

MUJER Y SALUD

Nota informativa N° 1

Prevención del cáncer génito-mamario: preguntas, respuestas y derechos que asisten a las mujeres

INTRODUCCIÓN

Todas las mujeres tienen derecho a la protección y atención integral de su salud.

Diversas convenciones internacionales sobre los derechos de las mujeres han sido aprobadas en nuestro país por vía legislativa, destacándose *La Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer*, aprobada por Ley N   23.179/85, e incorporada luego de la reforma de 1994 de la Constitución, en el artículo 75, inciso 22, como paso fundamental de reconocimiento de los principios de equidad en materia sanitaria. En su artículo 12, la *Convención* establece que "Los Estados partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica....".

En referencia a los múltiples aspectos que comprende la atención integral de la salud, en la actualidad están vigentes, en la Argentina, diversas Leyes sancionadas así como Resoluciones del Ministerio de Salud de la Nación, relativas a la prevención, atención y tratamiento de las enfermedades, algunas de las cuales se tratarán en forma pormenorizada en el apartado correspondiente a **Legislación**.

En este marco, el *Consejo Nacional de la Mujer* ha decidido abordar el problema del cáncer en las mujeres como un problema de salud que requiere un enfoque integral, y reconoce que su tratamiento resulta algo at pico ya que cuando se trata el tema salud de las mujeres se piensa en salud reproductiva, en forma preponderante.

El crecimiento constante en los últimos años de las mas diversas formas de tumores en nuestro país, reclama una atención urgente. Es necesario enfocar la problemática en los aspectos relativos a la prevención, la atención de la salud y la difusión de información.

Cuidar el medio ambiente, promover conductas sanas y estimular la solidaridad con las personas que sufrieron la enfermedad reviste una importancia fundamental. Es una necesidad de primer orden que se apliquen todos los métodos de diagnóstico conocidos; que se estimule la continuidad de la asistencia a los servicios de salud y de los tratamientos propuestos y acordados por parte de quienes recibieron un diagnóstico de cáncer. La difusión de toda la

información sobre los diversos aspectos del problema con particular énfasis en el conocimiento de los derechos que las asisten, la legislación vigente, los programas en funcionamiento, los servicios de atención, las características de las enfermedades, los tratamientos, y toda otra temática necesaria para enfrentarla, son de orden prioritario.

Los estudios relacionados con las condiciones de salud de las mujeres son de interés reciente en el terreno de la investigación y de la acción del Estado por distintos motivos.

Entre ellos, la concepción de la salud como un *continuum* salud-enfermedad considerado resultado del interjuego de diversos procesos biológicos, psicológicos, socio-económicos y culturales que trascienden los límites de la biología y de la fisiología y se integran a la dimensión social, ha abierto un campo de problemas enriquecedor que aporta múltiples dimensiones y dinamismo al enfoque.

Perspectiva de género en la salud

Para comprender el proceso de salud-enfermedad y conocer en especial la realidad de las mujeres, es necesario hacer referencia a concepciones médicas prevalentes en la sociedad.

En el modelo tradicional (hegemónico), se define la salud como realización de un determinado modelo ideal o normativo que otorga a la medicina el poder de definir qué es "lo sano" o "normal", y qué la "anomalía" o "enfermedad". Parte de un enfoque individualista y se apoya en lo bio-fisiológico que prioriza el concepto de enfermedad, busca curar, pero no promover y desarrollar condiciones de salud. En este tipo de práctica, se establecen relaciones autoritarias médico/médica-pacientes, en las que se manifiesta la supuesta superioridad del conocimiento médico, generando un vínculo asimétrico con el o la paciente, a quienes ubica en un lugar de subordinación. La persona es concebida aislada de las condiciones en que se desarrolla el proceso de salud-enfermedad, se minimiza la capacidad de buscar por sí misma la solución a los problemas: se torna pasiva, sometida a las decisiones del médico/a: la persona es concebida como objeto (de prácticas médicas). La aceptación de este modelo por parte de la población está relacionado con la manera en que se construye la relación con el o la paciente.

De acuerdo con múltiples investigaciones, existe un conjunto de representaciones colectivas aceptadas socialmente, que ubican al/la paciente en una situación de "minusvalía" frente al médico. En esta manera de ubicarse se asienta una relación de dominación del saber médico.

Respecto a la población femenina, la medicina ha desempeñado un papel fundamental en la sociedad moderna en cuanto a la transmisión y perpetuación del sistema de valores tradicionales, que reflejan una situación de subordinación de la mujer en el cuidado de su propia salud, como así también en el rol que desempeña en la sociedad. Utilizando supuestos de la fisiología, la biología y la anatomía contribuyó a dar racionalidad y a legitimar la función social que la ideología dominante atribuye a las mujeres: la de reproductora biológica. Al ubicarla más próxima a la naturaleza que el hombre, la coloca en una situación de desventaja, de subordinación. Con base en esta concepción se estructuran las relaciones de poder con un ordenamiento jerárquico que se proyecta a todos los ámbitos de la vida, se distribuyen espacios sociales, funciones y atribuciones.

Detrás del discurso del saber científico y de la práctica en el modelo médico tradicional se encuentra este modelo de género sexual dominante, que desconoce la existencia de los saberes acumulados de las mujeres acerca de sus propios cuerpos y mentes, su inserción socio-laboral y de la organización doméstica de la vida cotidiana. Los cambios tecnológicos han producido un enriquecimiento de los roles tradicionales de las mujeres: la salida al mercado de trabajo, la educación superior, la participación política, entre otros. Cambios en los roles sociales que el saber médico parece no haber incorporado en toda su dimensión.

Uno de los temas en donde se manifiesta este desconocimiento, es en la relación que se establece con las pacientes en los diferentes programas de salud. Un creciente número de investigadoras/es científicas/os se refieren a la necesidad de modificar el esquema de relación vertical que predomina en la forma de atención de las mujeres. Lo que se busca en este nuevo enfoque de las relaciones con los y las profesionales de la salud, es asegurar un diálogo más simétrico entre ellos/ellas, garantizar la participación de los/las agentes de las comunidades y de grupos que realizan programas con bases en lo grupal-participativo. La activa participación de los pacientes en general y, en este caso, de las mujeres en las decisiones sobre su salud, basada en el acceso a la información, al conocimiento de los tratamientos disponibles, los tiempos necesarios para informarse, es una forma de constituirla en sujeto de su propio cuidado.

Mujer, familia y salud

En los dos últimos siglos, los cambios en la conformación de las familias ubicaron a las mujeres en posiciones y responsabilidades múltiples. Sobre ellas recayó organizar y sostener la vida cotidiana en el espacio doméstico. La crianza de los hijos, la elaboración de los alimentos, el mantenimiento de la higiene y la salud enmarcada en un contexto de sentimientos ("por amor"), colaboraron a que se "naturalizaran" el lugar y las funciones. Es, en este contexto, que se va produciendo, una alianza entre médico y madre con miras a la promoción y conservación de la buena salud de los miembros de la familia. Familia que va consolidándose en forma creciente como integrada por el esposo, la esposa y los hijos de esa unión (la familia nuclear), y que será legitimada por el matrimonio civil.

Las relaciones conyugales tuvieron como eje la subordinación de la mujer al hombre de modo tal que éste tutelaba a la mujer, en un traspaso de la dependencia del padre al marido. En esta relación, el rol asignado y esperado de la esposa era el de prestar atención a los miembros del hogar: **ser para los otros**. Resolver y proveer a las necesidades, aplicando tiempo y trabajo a los integrantes del hogar, en el contexto de la naturalización de los sentimientos de amor hacia ellos. El lugar asignado y justificado, en base a los afectos naturalizados, contribuyó a que se otorgara al cuidado de la salud de los niños, un lugar de privilegio (el hogar era la base de conformación de una población sana y fuerte, riqueza de las nacientes naciones) y a dificultar la libre elección de actividades y concreción de intereses propios de las mujeres: **ser para sí**. La propia salud femenina está entre ellos. Este modelo, prevalente hasta nuestros días, ha sufrido modificaciones a favor de una mayor autonomía de los miembros jóvenes del hogar por un lado, y de la mujer por el otro, despegándola de la exclusividad del rol materno como eje constitutivo de su identidad, enriqueciéndola con una variedad de prácticas personales que trascienden los límites del mundo doméstico: participación ciudadana, educación, producción cultural, actividades profesionales, empresarias, etc. Junto con esto, no debemos olvidar el crecimiento de la responsabilidad intrahogareña de las mujeres que en forma creciente asumen su jefatura.

Es por ello que hoy en día, los cuidados de la salud de las mujeres deben contemplarse en el marco del mejoramiento integral de la salud e incorporar nuevos componentes derivados de la complejización de la vida cotidiana, las múltiples experiencias sociales y personales. La prevención de enfermedades de transmisión sexual (ETS) y de las enfermedades no transmisibles (ENT) se constituyen en puntos focales.

La prevención y/o la detección precoz del cáncer, (que se encuentra entre las enfermedades no transmisibles) en sus múltiples presentaciones y, en particular, las variantes típicamente femeninas -de mama y del tracto ginecológico- reclaman de las mujeres una atención sostenida, apuntando a los más diversos niveles de acción: en lo personal, acudiendo a la consulta médica, buscando información que les facilite la elección entre alternativas posibles de exámenes, intervenciones, tratamientos, etc., y a nivel público-societal, identificar y priorizar la intervención sobre factores socio-ambientales intervinientes y/o coadyuvantes que conspiran contra la salud integral.

Las mujeres y el cáncer en la Argentina

¿Sabías que.....[^],

...las muertes por cáncer ocupan el segundo lugar después de las ocurridas por problemas cardiocirculatorios...?

...las muertes por cáncer de mama en las mujeres son las más altas y le siguen en importancia las ocasionadas por cáncer de útero...?

...el número de muertes por cáncer de mama crece con la edad: y que el grupo más afectado es el que supera los 64 años...?

...en el caso del cáncer de cuello de útero las tasas de mortalidad más elevadas se presentan a partir de los 45 años...?

...existe una estrecha relación entre la condición social de la población y la prevalencia del cáncer: las mujeres de las regiones más pobres sufren más de cáncer de cuello uterino y las de las regiones menos pobres, de cáncer de mama...?

...en la Argentina, el cáncer de mama es responsable de la mayor cantidad de muertes, excepto en las provincias de Salta y Jujuy, donde prevalece la mortalidad por cáncer de útero (que incluye el de cuello y el de cuerpo de útero)?. ...y que esta última es la segunda causa de muerte después de la producida por cáncer de mama, en las provincias de Chaco, Chubut, Formosa, Misiones y Río Negro?

...alrededor de la mitad de las internaciones hospitalarias de mujeres debidas a tumores malignos corresponden a casos de cáncer de mama o de cuello de útero...?

[^] según las Estadísticas Vitales- Información básica Año 2001. Ministerio de Salud de la Nación. Diciembre de 2002

...y lo que es gravísimo, además ...

....se comprobó que más del 65% de las mujeres que recibieron un diagnóstico de cáncer de cuello de útero en la consulta en hospitales **no regresó a efectuar tratamiento alguno.**

Salud y Estado

Considerar que existen oportunidades diferentes de acceso a la atención de la salud que tienen su base en variables económicas, en la localización geográfica, en el sector de pertenencia social, es un desafío para elaborar propuestas para un desarrollo más equitativo y armónico. El concepto de equidad se funda en la noción de necesidad, que comprende tanto el aspecto de distribución de los recursos y servicios de salud como la puesta en marcha de políticas públicas que fomenten condiciones de vida saludables, así como programas y acciones de prevención, y tratamiento oportuno y adecuado.

Los Estados tienen a su cargo la responsabilidad de actuar sobre las condiciones de vida de la población, entre las cuales están el medio ambiente y el laboral.

En la actualidad se desarrolla un debate acerca de qué peligros para la salud requieren una prioridad en su tratamiento: si aquellos causados por actividades de las industrias y la contaminación, o aquellos resultado de nuestros modos de vida. La primera alternativa establece la obligación del Estado de controlar, regular y castigar, utilizando para ello políticas ambientales, sociales, económicas, laborales, culturales, sanitarias que apunten a preservar las condiciones de vida comunitarias. La segunda muestra la dificultad de la población para hacer elecciones personales referidas al modo de vida, dado que se ven condicionadas por los recursos económicos, las obligaciones familiares y las alternativas disponibles.

En realidad, los riesgos causados por el medio ambiente y las condiciones de trabajo afectan a la población. Son temas de políticas públicas, sobre las que hay que hacer hincapié, asignando presupuesto para investigar las causas de enfermedades, recomendando también, observar pautas individuales de conducta que promuevan la conservación del bienestar y la salud y colaboren a la prevención de enfermedades.

El Estado argentino, a través del Ministerio de Salud, cuenta con una propuesta de programas integrados de promoción de la salud y prevención de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles (ENT) en la mujer. Comprendidas bajo esta denominación están: el tabaquismo, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes y el cáncer. Todas de especial relevancia para las mujeres por estar en franco aumento. Al respecto, y en referencia a la mencionada en último término, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que en el 80% de los cánceres existe un factor ambiental: tabaquismo, sustancias tóxicas, hormonas, pesticidas, herbicidas. Por otra parte, que el 40% de los cánceres que atacan a la mujer se localiza en los órganos femeninos. Estos hechos, en conjunción, hablan de factores de riesgo, consecuencias e intervenciones específicas para las mujeres.

Legislación

El Estado es responsable de elaborar y de articular las medidas adecuadas de prevención, atención y provisión de requerimientos en salvaguarda de la salud de su población. Es responsable del respeto de los derechos de los y las ciudadanos/as a la salud, y del cumplimiento de las obligaciones de las instituciones, organismos y empresas proveedoras de servicios de atención de la salud en sentido amplio, en particular para las enfermedades que muestran una inclinación a transformarse en epidémicas (como las que se denominan enfermedades de transmisión sexual (ETS), el HIV y SIDA) y las no transmisibles (ENT) como el cáncer.

Con este fin, la Argentina ha sancionado un conjunto de regulaciones de diverso tipo que se refiere a la atención en término de tratamientos, tecnologías, medicación y ha constituido con carácter obligatorio la atención por parte de las obras sociales, de los hospitales públicos y de las empresas de medicina prepaga. Estas son:

- Ley 23.660 - Ley de Obras Sociales. Sancionada el 29 de Diciembre de 1988 - Publicada en el Boletín Oficial el 20 de Enero de 1989.
- Ley 23.661- Reglamentación del Sistema Nacional de Seguro de Salud. Sancionada el 29 de Diciembre de 1988. Publicada en el B.O. el 20 de Enero de 1989.
- Ley 24.455 - Obligaciones de las Obras Sociales de cubrir gastos generales por SIDA - Sancionada el 8 de Febrero de 1995- Publicada en el B.O. el 8 de Marzo de 1995.
- Ley 24.754 - Régimen aplicable a la Medicina Prepaga. Sancionada el 28 de Noviembre de 1996- Publicada en el B.O. el 2 de Enero de 1997.
- Resolución 932/2000 del Ministerio de Salud. Sancionada el 18/10/2000 - Publicada en el B.O. el 7 de Noviembre de 2000. Aprueba la norma de organización y funcionamiento y las guías de procedimientos, diagnóstico y tratamiento en **medicina del dolor**, que se incorporan al Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica.
- Resolución 939/2000 del Ministerio de Salud. Sancionada el 24/10/2000 - Publicada en el B.O. el 7 de Noviembre de 2000- Actualiza y aprueba el **Programa Médico Obligatorio** para los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el artículo 1° de la Ley N° 23.660, el Catálogo de Prestaciones y las Guías de Orientación para el Diagnóstico y Tratamiento de los Motivos de Consulta Prevalentes en la Atención Primaria de la Salud.
- Resolución 1/2001, deroga la resolución 247/96 del Ministerio de Salud y Acción Social y aprueba modificaciones a la resolución 939/2000 - Publicada en el B.O. el 10 de Enero de 2001.
- Resolución 45/2001, idem a la anterior. Publicada en el B.O. el 18 de Enero de 2001.
- Resolución 435/2001 del Ministerio de Salud. Sancionada el 25/4/2001- Publicada en el B.O. el 11 de Mayo de 2001. Aprueba los protocolos nacionales convencionales en oncología clínica, oncohematología y oncopediatria y los incorpora al Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica.
- Decreto 486/2002, de Emergencia Sanitaria Nacional del Ministerio de Salud. Publicada en el B.O. N° 29.857 el 13 de Marzo de 2002. Declara la emergencia sanitaria a nivel nacional. Preserva las prestaciones del PMO relacionadas con la atención oncológica, adecuándolas a la situación. Impone la obligatoriedad de prescribir medicamentos por su denominación genérica.

En su conjunto, **esta legislación apunta a asegurar el derecho a la salud de todos los habitantes con el objetivo fundamental de que se les brinden prestaciones igualitarias,**

integrales y humanizadas que promuevan, protejan, conduzcan a la recuperación y rehabilitación de la salud.

Programa Médico Obligatorio (Resolución 939/2000 del Ministerio de Salud)

En él se detallan el diagnóstico y tratamiento de todas las afecciones malignas, sin cargo alguno para el beneficiario, de acuerdo a los medios de diagnóstico y terapéuticas reconocidas en ambulatorio e internación por la autoridad de aplicación. Estipula que se cubrirán solamente medicamentos aprobados por protocolos nacionales. No cubrirá medicación incluida en protocolos experimentales ni en período de prueba. La prescripción se hará por medicamento genérico. Se excluyen las denominadas *terapias alternativas*.

El **Programa Médico Obligatorio** establece en su apartado 2.2 el **Programa de Prevención del Cáncer de Cuello Uterino** y en el apartado 2.3 el **Programa de Prevención del Cáncer de Mama**. El enfoque que se establece es de carácter preventivo. La detección precoz y el control de las patologías a través de estudios y controles periódicos.

El **Programa de prevención del cáncer del cuello uterino** (Ver **Terminología** al final) obliga a los servicios médicos adheridos al Seguro de Salud, efectuar a todas las mujeres mayores de 25 años -que hayan iniciado su vida sexual- y hasta los 70 años, un Test de Papanicolaou (PAP). Si éste diera como resultado "normal", repetirlo cada tres (3) años.

Si la el PAP diera "anormal", deberá realizarse una colposcopia y un cepillado endocervical. Si estos estudios dieran "normal", repetir el PAP dos (2) veces en un año. Si estos dos últimos dieron "normal", se continuará con un PAP por año, durante 3 años. De persistir normales los resultados, se hará un control cada 3 años.

Si la colposcopia indica patología o "anormal", se debe realizar una biopsia dirigida por colposcopia; el médico/a indicará el tratamiento adecuado y oportuno. Si la biopsia es "negativa", se realizará un control anual con PAP y colposcopia. Si estos controles fueran "normales", se continuará con el control cada 3 años.

El **Programa de prevención del cáncer de mama** funda su acción en la detección precoz del cáncer. Hace hincapié en que se debe promover y enseñar a efectuar el **autoexamen mamario** -incluyendo la palpación de la axila- con planes de educación, folletos ilustrativos y otras estrategias de comunicación.

Establece niveles diferentes de riesgo para las mujeres **con** antecedentes familiares de cáncer de mama y aquella población en riesgo standard.

Para las mujeres por debajo de los 40 años **con** una fuerte historia familiar de la enfermedad, se recomienda la realización de una mamografía a los 36 años y una mamografía anual, a partir de los 40.

Para la población mencionada en segundo lugar **-sin** antecedentes familiares de cáncer-se recomienda una mamografía a los 50 años.

Si fuera "negativa", se debe continuar con una mamografía cada 2 años hasta los 69 años de edad.

Si el resultado de la mamografía es "anormal", el médico indicará que se haga una biopsia. Si la biopsia da "positivo", se indicará un tratamiento adecuado. Si en cambio, fuera "negativo", deberá realizar una mamografía por año.

Con un resultado "normal", se continúa con control cada 2 años.

El **Programa Médico Obligatorio** fue integrado al **Sistema del Seguro de Salud** y debe ser exigible a los agentes aseguradores alcanzados por las Leyes 23.660, 23.661 y la Ley 24.754 (que amplía la obligatoriedad de prestación médico asistencial a las empresas o entidades de servicios prepagos). Dicho **Programa** determina cómo está conformado el régimen de asistencia obligatorio que debe ser proporcionado por los agentes aseguradores, a los beneficiarios. Aclara que no estarán permitidos períodos de carencia, como tampoco modificar los valores de los coseguros estipulados en el PMO.

Programas y proyectos

Los programas y proyectos encarados desde el Ministerio de Salud en relación a las enfermedades no transmisibles (ENT), entre las cuales se encuentra el cáncer, se enmarcan dentro del **Proyecto CARMEN** -Conjunto de Acciones para la Reducción Multifactorial de las Enfermedades No transmisibles- "que espera realizar un conjunto de acciones ...para reducir los múltiples factores que inciden en el grupo de enfermedades no transmisibles que afectan a la población joven y adulta en general y en particular a las mujeres...", afectadas por condiciones del medio ambiente laboral y por nuevos estilos de vida y de consumo". Tanto el cáncer de mama como el de cuello uterino son pasibles de prevención secundaria, en etapa precoz.

El **Programa Nacional de Control de Cáncer** "está trabajando en conjunto con entidades científicas, para la normatización de esta actividad, que se espera implementar a través de las distintas provincias, e integrará las ofertas de los hospitales de autogestión. Diversas actividades se llevaron y llevan a cabo en relación al Subprograma de detección temprana del cáncer de cuello de útero y de mama: la constitución de comisiones asesoras de detección temprana, participación en congresos y reuniones relativas a la misma y a los hábitos relacionados con las mismas; transferencia de herramientas para la implementación del Programa a través de la Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer (**LALCEC**); gestión de la transferencia de fondos a provincias con una alta incidencia del problema, para la capacitación de recursos humanos, apoyo técnico y provisión de insumos vinculados a la implementación del programa, con un fuerte componente en educación comunitaria que fortalezcan las capacidades de autocuidado de la salud de las mujeres en cada localidad del país".[^]

Cáncer: una pequeña introducción

La mayoría de las mujeres no tendrá nunca cáncer (los dos tercios de la población, en términos de probabilidad estadística). Muchas de las que sí lo sufrieron están libres del cáncer años después de haber sido diagnosticadas.

¿Por qué esta enfermedad despierta tanto terror?

Quizá se deba, en parte, a la constante atención que le dedican los medios de comunicación, a los tratamientos que parecen tan dañinos como la enfermedad misma, y a la incertidumbre acerca de la cura. En las mujeres se agrega un factor específico: la mayoría de los casos presenta cáncer en los órganos sexuales o reproductivos (mamas, ovarios, útero). Por otra parte, al ser el tratamiento convencional la remoción quirúrgica (por ejemplo, en el caso del cáncer de mama), aparece el temor de perder el atractivo o la así denominada "femineidad" y, la posibilidad de perder ciertos placeres sexuales, en una sociedad que localiza la identidad en los atributos físicos. A todo esto se agrega el uso que se hace del concepto "cáncer" en la jerga cotidiana cuando se habla de problemas sociales graves como la drogadicción y la delincuencia juvenil ("la droga es como el cáncer que destruye a la sociedad").

[^] **Situación de la salud de la mujer en la Argentina**, Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación-1998, Buenos aires, Argentina.

Este miedo y vergüenza hacen que muchas veces ni siquiera, entonces, se piense sobre él aún cuando se lo esté padeciendo. Es quizás, por estos motivos que con frecuencia no se toman las mejores decisiones médicas ni se vive la vida con la mayor intensidad.

¿Qué es el cáncer?

Según el National Cancer Institute (Instituto Nacional del Cáncer) de los EE.UU., el cáncer es un conjunto de enfermedades relacionadas. Empieza en la célula, la unidad básica de vida del cuerpo humano. Las células cumplen muchas e importantes funciones en el cuerpo; normalmente crecen, se dividen para formar nuevas células en forma ordenada. Normalmente llevan a cabo sus funciones por un tiempo y luego mueren. Este proceso ayuda al cuerpo a mantenerse sano. Algunas veces, sin embargo, las células no mueren. Al contrario siguen dividiéndose y creando células nuevas que el cuerpo no necesita. En un caso, constituye tumores benignos que no son cáncer, que se pueden operar y, en la mayoría de los casos, no vuelven a aparecer. En el otro, los tumores malignos, las células que los conforman son anormales. Se dividen sin control y sin orden y no mueren. Pueden invadir y dañar tejidos y órganos cercanos. También las células cancerosas pueden desprenderse de un tumor maligno y entrar en el torrente sanguíneo y/o en el sistema linfático. Así es como el cáncer se extiende desde el sitio original (primario) hasta formar tumores nuevos (secundarios) en otros órganos.

Los cánceres pueden ser de crecimiento lento, moderado o rápido. Cada tipo de cáncer tiene su patrón peculiar de crecimiento, diseminación, probabilidad de remisión o tiempo de sobrevida.

¿Quiénes tienen cáncer?

Si bien personas de cualquier edad pueden tener cáncer, es más frecuente su aparición en personas mayores dado que la enfermedad puede tomarse hasta 20 años para alcanzar un estadio en que es detectable.

Las mujeres desarrollan menos cánceres y mueren con menor frecuencia como producto de él, que los hombres. La brecha (excepto para el cáncer de pulmón) se está ampliando¹. En definitiva, parte de estas diferencias existen porque hasta hace poco los hombres consumían más tabaco y alcohol y estaban más expuestos a elementos cancerígenos en sus trabajos. O, quizás haya algo en el sistema inmunológico y en el metabolismo femeninos que incrementa la habilidad para contrarrestar el cáncer.

Herencia, sistema inmunológico y medio ambiente

El riesgo de contraer cáncer aumenta con la exposición a elementos carcinógenos (tales como la radiación, el asbesto, algunos pesticidas), fumar, ingerir alcohol, o tener algunos hábitos de alimentación particulares (Ver **Otras preguntas que se pueden formular**). Ciertos genes y virus han causado cáncer en animales de laboratorio, y se sospecha la existencia de otros procesos que inducen el desarrollo del cáncer en los humanos. No obstante, no queda claro

¹ De 1950 a 1985, hubo un incremento del 30% en las tasas de mortalidad masculinas y una disminución del 6% en las mujeres de los EE.UU. Sin embargo, como las mujeres fumadoras aumentan, el cáncer de pulmón también está creciendo entre ellas.

cómo estas sustancias causan la enfermedad o *por qué* las personas que desarrollan el mismo tipo de cáncer no reaccionan de la misma manera, tanto a la enfermedad como a los tratamientos. Existen también casos inexplicables de remisión espontánea: aproximadamente un 7 u 8% de las personas con cánceres terminales, sorpresivamente se recuperan y viven sus vidas con una aparente ausencia de enfermedad. Esto ocurre con mayor frecuencia con algunos cánceres. Estas diferentes respuestas muestran la importancia del sistema inmunológico individual ante la enfermedad.

Parecería que el cáncer estalla cuando el sistema inmunológico del organismo no puede tolerar más la carga. Por ejemplo: fumar no garantiza que se tendrá cáncer, pero incrementará las probabilidades de tenerlo. (Fumar en combinación con una gran ingesta de alcohol es responsable del 30% de todas las muertes por cáncer en los EE.UU.) Si se agrega a estos dos factores la repetida exposición a rayos X, la tensión nerviosa constante, la exposición a la contaminación o el sobrepeso excesivos, el riesgo aumenta.

Tanto elementos ambientales² como hereditarios parecen ser causas de cáncer. **Herencia:** se refiere a los rasgos o tendencias traspasadas por parientes en nuestros genes, mientras que los **ambientales** incluyen las condiciones en que vivimos, todo lo que comemos, respiramos, y que entra en contacto con nosotros. La mayoría de los investigadores cree en la actualidad, que la múltiple exposición a elementos carcinógenos o a "agresiones" de diversos órdenes causan mutaciones genéticas que desembocan en el cáncer. En personas que genéticamente ya tienen predisposición, se requieren pocas exposiciones a carcinógenos para que se dispare el cáncer. Sin embargo, aunque los genes cumplan su rol como condicionantes del cáncer, los factores ambientales día a día muestran tener un peso francamente significativo en su desarrollo.

Otras preguntas que se pueden formular

Pida que su médico/a le dé las respuestas a sus preguntas, pero también busque en libros, publicaciones, centros de investigación, redes de salud y hable con otras personas que tuvieron el mismo cáncer que usted.

1. ¿Qué tipo de cáncer tengo? ¿Es de crecimiento lento o rápido?
2. ¿Qué tratamientos hay disponibles?
3. ¿Qué efectividad tiene cada terapia? ¿Cuál es la posibilidad de cura? ¿Qué definición de cura está usando?
4. ¿Qué beneficios puedo esperar? ¿Vida más larga? ¿Reducción de los síntomas? ¿Reducción de sufrimientos? ...Y así en más
5. ¿La terapia, puede prolongar mi vida por meses? ¿Años?
6. ¿Podré continuar con mis tareas habituales durante y después del tratamiento? ¿Qué pasa con la sexualidad? ¿Y con mi trabajo? ¿Los deportes?
7. ¿El tratamiento requerirá internación prolongada en hospital, o puede ser realizado como paciente externo?
8. ¿Cuáles son los potenciales efectos negativos del tratamiento? ¿Son permanentes? ¿Hay drogas que puedan contrarrestarlos o aliviarlos? ¿Producen estas drogas efectos negativos? ¿Cuánto tiempo duran habitualmente estos síntomas? ¿En qué momento del

² Investigaciones realizadas en Israel, mostraron la presencia de pesticidas (xenoestrógenos) en productos lácteos ingeridos por mujeres que desarrollaron cáncer de mama.

- tratamiento pueden empezar? (Por ejemplo: ¿...las náuseas, generalmente empiezan inmediatamente o a los 20 minutos, o después de varias horas de aplicado el tratamiento?)
9. ¿Cuánto tiempo durará el tratamiento? ¿Y cada sesión de aplicación? ¿Cuántas sesiones tendré que hacer?
 10. ¿Cuánta gente tiene recidivas después de este tratamiento, y con qué frecuencia?
 11. ¿Cuáles son los costos? ¿Están normalmente cubiertos por el sistema de salud? (Según diversos dispositivos legales, resoluciones respecto al PMO, ley de obras sociales, etc. en la Argentina los tratamientos contra el cáncer están cubiertos en forma obligatoria y gratuita en hospitales públicos, obras sociales y sistemas de medicina prepaga). (Ver **Legislación**)
 12. ¿Puedo hablar con otros pacientes suyos? ¿Conoce algún grupo de pacientes con cáncer en esta ciudad? ¿Y grupos para familiares de pacientes con cáncer?

Cáncer de mama

¿Qué es ?

El cáncer de mama es la forma de cáncer que se diagnostica con mayor frecuencia y el que provoca mayor cantidad de muertes por cáncer en mujeres de la Argentina.

Las mamas

Cada mama tiene secciones llamadas lóbulos y cada uno de ellos tiene lobulillos más pequeños. Estos terminan en docenas de bulbos diminutos que pueden producir leche. Los lóbulos, lobulillos y bulbos están conectados por tubos delgados llamados conductos. Estos conductos llegan al pezón que está centrado en el área oscura de la piel llamada areola. Los espacios entre lobulillos y los conductos están llenos de grasa. No hay músculos en la mama; los músculos están debajo de cada mama y cubren las costillas. Cada seno tiene, además, vasos sanguíneos y vasos linfáticos, y estos últimos terminan en órganos pequeños llamados ganglios linfáticos. Hay racimos de ganglios linfáticos cerca de la mama, en la axila, arriba de la clavícula y en el pecho. Los ganglios linfáticos se encuentran en muchas otras partes del cuerpo.

¿Quiénes están en riesgo?

No se conocen las causas exactas del cáncer de mama. Sin embargo, los estudios muestran que el riesgo de cáncer aumenta conforme la mujer envejece. Es una enfermedad muy rara en mujeres menores de 35 años de edad. Las mujeres de 40 años y más están en mayor riesgo de desarrollar este tipo de cáncer.

Las investigaciones han demostrado que las siguientes condiciones aumentan las posibilidades de que las mujeres desarrollen cáncer de mama:

- ◆ Historia personal de cáncer de mama. Las mujeres que ya tuvieron cáncer de mama enfrentan un mayor riesgo de desarrollar otro cáncer de mama.
- ◆ Historia familiar. El riesgo de una mujer de desarrollar cáncer de mama aumenta si su madre, hermana, hija o dos o más parientes cercanas, como las primas, tuvieron cáncer de mama, sobre todo a una edad joven.
- ◆ Ciertos cambios en los pechos. El haber tenido un diagnóstico de hiperplasia atípica o de carcinoma lobular *in situ* (Ver **Terminología** al final) puede aumentar el riesgo.

- ◆ Alteraciones genéticas. Los cambios en ciertos genes (BRCA1 y BRCA2 y otros) aumentan el riesgo. Los médicos pueden sugerir formas de retrasar o de prevenir la aparición del cáncer en mujeres que tienen cambios en estos genes.

Otros factores relacionados con un riesgo mayor de contraer cáncer de mama son:

- ◆ Estrógeno. Estudios sugieren que cuanto más estuvo expuesta una mujer al estrógeno, mayor probabilidad existe de que desarrolle cáncer. Sería el caso de mujeres que menstruaron tempranamente y que experimentaron menopausia tardía. También incluye a las que utilizaron dietilestilbestrol (DES), una forma de estrógeno sintético muy utilizada hace varias décadas.
- ◆ La maternidad tardía (mujeres que tuvieron sus hijos después de los 30 años)
- ◆ La densidad del seno, que dificulta la detección de tejidos anómalos.
- ◆ La radioterapia anterior a los 30 años de edad.

La mayoría de las mujeres que desarrollan cáncer de mama no tiene alguno de estos factores, a excepción del envejecimiento. También es cierto que mujeres que tienen algunos de estos factores no desarrollan cáncer de mama. Se siguen investigando aún hoy las causas del cáncer para conocer los factores de riesgo y las formas de prevenirlo.

Diagnóstico

El primer paso para efectuar una detección precoz del cáncer de mama consiste en que las mujeres deben conocer cómo son sus propios senos.

Autoexamen de mamas

Debe llevarse a cabo en dos momentos y de la siguiente forma, según indicaciones del Instituto Alexander Fleming, Argentina:

1. Parada de frente al espejo, OBSERVE si hay cambios

- * Colocar las manos a los lados del cuerpo y mirar las mamas;
- * Con las manos sobre la cabeza, mire si hay cambios;
- * Con las manos en la cintura, apriete hacia abajo, inclínese hacia abajo y hacia delante. Mire si nota alguna diferencia.

2. Acostada, examínese al tacto cada mama, de la siguiente forma:

- * Acuéstese y ponga una toalla debajo del hombro derecho, levante el brazo derecho sobre la cabeza y con la mano izquierda...
- * Examínese la zona desde la axila hasta la línea baja del corpiño a través del pecho, hasta el esternón y, desde la clavícula hacia la axila, empleando la yema de los dedos medios de la mano izquierda. Arquee la mano y mueva los dedos en círculos del tamaño de una moneda de 10 centavos;
- * Emplee tres niveles de presión: suave, mediano y fuerte;
- * Examínese toda la zona pasando la mano de arriba hacia abajo.
- * Seguidamente, examínese la mama izquierda con la mano derecha siguiendo todos los pasos del ejemplo anterior, colocando esta vez, una toalla debajo del hombro izquierdo, y la mano izquierda sobre la cabeza.
- * Si encuentra protuberancias o cambios, comuníquese a su médico inmediatamente.

Para averiguar la causa de bultos, cambios en la mama (detectados en el autoexamen) o en imágenes que aparecen como anormales en una mamografía, el médico hará un examen físico detallado y preguntará la historia médica familiar y personal. Podrá hacer uno o varios de los siguientes exámenes:

- * Examen clínico.
- * Mamografía
- * Ecografía

Con base en estos exámenes puede solicitar más estudios, extraer líquido o tejido para hacer el diagnóstico. En este caso puede realizarse:

- * Una aspiración con aguja fina para extraer líquido del bulto -que es casi indolora- y su examen en laboratorio.
- * Una biopsia con aguja, con extracción de tejido del área que la imagen de la mamografía presenta como sospechosa. La muestra se envía a analizar por un patólogo.
- * Una biopsia quirúrgica. El patólogo examina el tejido bajo microscopio para verificar si tiene células cancerosas.

Preguntas que una mujer puede hacer a su médico ante la indicación de una biopsia:

1. ¿Qué tipo de biopsia me harán? ¿Por qué?
2. ¿Cuánto tiempo llevará? ¿Estaré despierta? ¿Dolerá?
3. ¿Cuándo tendré los resultados?
4. ¿Si tengo cáncer, quién hablará conmigo sobre el tratamiento? ¿Cuándo?

Si el diagnóstico es cáncer de mama, la mujer querrá hacer estas preguntas:

1. ¿Qué tipo de cáncer de mama tengo?
2. ¿Cuál fue el resultado de la prueba de receptores de hormonas? ¿Qué otras pruebas de laboratorio se hicieron en el tejido del tumor y cuáles fueron los resultados?
3. ¿Cómo ayudará esta información a decidir qué tipo de tratamiento o qué otras pruebas se recomiendan?

El médico puede derivar a la mujer a un especialista en cáncer -oncólogo- o ella pedir que le recomiende alguno. El tratamiento generalmente comienza unas semanas después del diagnóstico y habrá tiempo de consultar a otros médicos, pedir una segunda opinión, informarse y pensar las alternativas de tratamiento que están disponibles.

Los médicos rara vez pueden explicar por qué una mujer desarrolla un cáncer de mama y otra no. Sin embargo, queda claro que **no aparece por causa de un golpe, una magulladura o por tocar el seno. No es una enfermedad contagiosa.**

Consejos para mujeres operadas de mama a quienes se les hayan extraído ganglios:

Una de las complicaciones más molestas cuando se han extraído los ganglios de la axila, es la aparición del edema o inflamación del miembro superior. Para reducir los riesgos del linfedema se aconseja:

- * Use su brazo normalmente para realizar las tareas cotidianas como bañarse, vestirse, peinarse, comer.
- * Puede planchar, lavar y tejer pero durante períodos breves.
- * Depílese la axila únicamente con afeitadora eléctrica.
- * Evite usar pulseras cerradas o anillos que opriman el brazo afectado.
- * Use guantes de goma en la cocina y/o en el jardín.
- * Use dedal para coser.
- * No cargue grandes pesos con el brazo afectado.
- * Evite tomar la presión, inyecciones, vacunas o extracciones de sangre en el brazo afectado.
- * No use tijeras para cortar las cutículas. Use cortacutículas.
- * Use repelente para evitar picaduras.
- * Use protector solar para evitar quemaduras.
- * Si se corta o quema el brazo afectado, lave la herida, desinfectela y cúbrala con gasa estéril.

En fin, si alguna parte de su brazo o axila se hincha, enrojece o calienta, recurra a su médico.

¿Cuáles son los tratamientos existentes para el cáncer de mama?

El tratamiento del cáncer de mama dependerá: del tipo y etapa de la enfermedad, de la edad de la paciente, si está en la menopausia y de su estado de salud general.

Existen tratamientos para todas las pacientes de este cáncer: Se emplean 4 con mayor frecuencia:

- Cirugía: extracción del cáncer en una operación.
- Radioterapia: uso de dosis elevadas de rayos X para eliminar las células cancerosas y reducir el tumor.
- Quimioterapia: uso de fármacos para eliminar células cancerosas. Es un tratamiento sistémico, ya que el medicamento es distribuido por el torrente sanguíneo, por todo el cuerpo.
- Terapia hormonal: uso de fármacos para cambiar la forma en que actúan las hormonas, o la extirpación de órganos que producen hormonas, como los ovarios.

Están en estudio la terapia biológica (uso del sistema inmunitario para combatir el cáncer), el trasplante de médula ósea, y otros tratamientos.

La mayoría de las pacientes con cáncer de mama se someten a cirugía para extraer el cáncer. Generalmente también se extraen algunos ganglios linfáticos axilares para su estudio bajo el microscopio, a fin de detectar la presencia de células cancerosas.

Terapias alternativas: bajo esta denominación se encuentran la medicina holística y otras propuestas de autoayuda que intentan que las mujeres tomen control de su situación y adquieran una posición activa frente a la enfermedad. Puede suceder que algunos/algunas médicos/médicas no tengan demasiado en cuenta el poder de la mujer o que la ubiquen impensadamente en un rol de víctima pasiva. Quizás sean éstas condiciones para que, ante la propuesta de toma de control y posición activa, las propuestas alternativas hagan su aparición. A pesar de tener un enfoque revalorizador del poder de acción y de la actitud positiva de las mujeres frente a la adversidad, se tornan criticables en la medida en que, en última instancia, culpan a las mujeres mismas de tener la enfermedad, debido a las formas de vida que llevan; le otorgan un valor mínimo al peso que tienen las condiciones del medio ambiente (en sentido amplio) que escapa a su control y finalmente, crean expectativas sobredimensionadas en la curación.

Cáncer del tracto genital

1. Cáncer de cuello de útero

Esta patología debería ser erradicada en todo el mundo, debido a que es fácil acceder al cuello uterino y, el estudio de sus células y tejidos, permite la investigación de cualquier lesión. En países desarrollados muestra pocos casos, pero en la Argentina es muy alta su incidencia en todo el territorio.

La gran mayoría de los tumores que se localizan en esta parte del tracto genital tienen un inicio gradual y se detectan fácilmente y son reversibles mediante tratamiento. La realización anual de una toma de muestras de células del cuello (estudio de Papanicolaou o PAP) y la colposcopia -observación del cuello de útero con lentes de aumento- desde el inicio de la actividad sexual de las mujeres, han demostrado ser muy efectivos para detectar tumores en forma precoz. En particular cuando hay evidencia concluyente acerca de que una de sus causas más frecuentes se debe al virus del papiloma humano o HPV, enfermedad de transmisión sexual fácilmente detectable mediante el PAP. Un control regular es necesario ya que esta infección, en términos generales, no presenta síntomas.

Cómo se hace el PAP?

La prueba consiste en realizar los siguientes pasos: 1°.- Por medio de un espéculo (instrumento que sirve para abrir la vagina) el médico o la médica observa con atención el cuello del útero y raspa con un cepillito la superficie del mismo para tomar una muestra de los tejidos. No duele ni causa molestias. 2°.- Las células se colocan sobre una lámina de vidrio y se envían al laboratorio para que un patólogo (Ver **Terminología** al final) las analice. Se recomienda no hacer lavado vaginal, ni aplicar jaleas, cremas o espumas anticonceptivas ni de otra índole antes de hacerse un PAP.

¿Cuándo hacer el PAP ?

- **Momento del ciclo de vida:** Una vez que se ha comenzado a tener relaciones sexuales, o a partir de los 18 años.

¿Ante qué evidencias hacer un PAP?

- **Si la menstruación le dura demasiado tiempo o si sangra con mayor abundancia que lo habitual.**

- Si sangra por la vagina en forma anormal en los siguientes casos: a. Entre una menstruación y otra; b. Después de una relación sexual; c. Después de un lavado vaginal.
- Aunque se haya hecho una histerectomía o esté en la menopausia debe continuar haciéndose el PAP
- Momento del ciclo menstrual: El momento ideal para efectuar la prueba es entre los 10 y 20 días después de comenzado el período de menstruación, ya que la sangre puede modificar los resultados.

¿Qué significan los resultados del PAP?

Existe una manera de informar los resultados cuya clasificación general es como la siguiente:

Clase I: Negativo o normal. Es cuando las células son normales y no hubo cambio en ellas.

Clase II: irregular o anormal. Cuando las células son ligeramente anormales: esto puede ser debido a una pequeña inflamación de los tejidos del cuello de útero. Por lo general no se indica tratamiento pues muchas de las células vuelven con el tiempo a la normalidad sin tratamiento médico. En general el/la médica recomiendan repetir el PAP a los 3 ó 6 meses. También podrá pedir una biopsia para confirmar los resultados del PAP.

Clase III: sospechoso o displasia. No es cáncer. Es cuando las células cambiaron y hay que continuar investigando para determinar el grado de cambio anormal. Su evolución es impredecible: a veces mejora sin tratamiento o continúa, por eso hay que controlarla con pruebas regulares. Las mujeres entre 25 y 35 años de edad corren un mayor riesgo de tenerla.

Clase IV y V: Probabilidad de carcinoma *in situ* o de cáncer invasor. Aparecen con resultado positivo en el PAP lo que indica una probabilidad de cáncer. Sólo una biopsia puede determinar de qué células se trata. En cualquiera de los casos, requerirán tratamiento.

El carcinoma *in situ* está generalmente limitado a la capa superior de las células en la región cervical.

El cáncer invasor es más profundo o es un cáncer que se ha extendido a otros tejidos u órganos.

La prueba de PAP puede dar elementos a los médicos para hacer un diagnóstico de cáncer de cuello de útero. Pero deberá hacer más estudios para confirmarlo.

2. Cáncer de endometrio o de cuerpo uterino

Existe una falsa creencia sobre la "benignidad" de esta patología. Esta se presenta en forma constante y sostenida. Se desconocen las causas y hay factores de riesgo discordantes en distintas investigaciones: ausencia de hijos, esterilidad, obesidad, ingesta de estrógenos. Lo que sí se sabe es que en estadíos iniciales tiene altos índices de curabilidad. No sólo ocurre en mujeres que han pasado el período de la menopausia, sino que se presenta en mujeres menores de 40 años también.

El mayor problema radica en la consulta tardía frente a síntomas despreciados, tales como el sangrado de la cavidad uterina. Puede ser escaso o mínimo, de pocos o muchos días de duración, de color rojo, rosado o amarronado o puede presentarse flujo maloliente. En las

mujeres que menstrúan puede ocasionar aumento del flujo menstrual o que dure más tiempo de lo habitual o pérdidas en otro momento del ciclo.

Métodos de detección de esta patología:

- * Ecografía ginecológica, sobre todo la transvaginal que permite observar cualquier alteración.
- * Histeroscopia: es una técnica que facilita la observación directa del endometrio y permite diagnosticar las causas del sangrado.
- * Biopsia de endometrio por medio de raspado. Actualmente se cuenta con equipamientos que en determinadas circunstancias permiten obtener una muestra de tejido sin anestesia.

Es importante prestar atención a los sangrados y consultar con el médico o la médica.

Factores de riesgo

Algunos médicos investigan sistemáticamente el endometrio de pacientes que padecen de obesidad, hipertensión, diabetes, o en los casos de aquellas que han padecido cáncer de mama y toman Tamoxifeno (producto de amplio uso en oncología para eliminar los estrógenos), o que tuvieron ingesta de estrógenos prolongada, por considerarlos factores de riesgo para el desarrollo de tumores de endometrio. La investigación aconseja que toda mujer que vaya a recibir terapia de reemplazo hormonal con estrógenos, se someta previamente al estudio de las células de su endometrio.

3. Cáncer de ovario

Es el cáncer que más se detecta en un estadio avanzado ya que se presenta en forma **silenciosa**, o sea, **no da síntomas o éstos son difusos** (alteraciones digestivas, dolores tenues o trastornos inespecíficos abdominales).

Poco se sabe de las causas que lo originan. Se habla de un *factor ambiental* (contaminación en las ciudades industrializadas; etc.); uso de talcos en la zona perineal; presencia de amianto; dieta con alta ingesta de carne y grasa animal; galactosemia (alta ingesta de yogur y/o de queso cottage asociados con una deficiencia de la enzima que los metaboliza); factores endocrinos: el uso de anticonceptivos orales, los embarazos y ciertos factores genéticos hacen que desciende su incidencia.

Entre los factores para pronosticar el desarrollo del tumor figura el estadio de desarrollo en el que se encuentra. Esto significa, si está localizado exclusivamente en el ovario o se ha extendido más allá del mismo, en la cavidad abdominal. En este caso la sobrevida se reduce. Entonces, lo primordial es obtener un diagnóstico lo más temprano posible: realizar un examen ginecológico por año. Las mujeres con historia familiar de cáncer de ovario deberán hacer estudios ecográficos minuciosos, en forma semestral. También los estudios por vía transvaginal han aumentado la precisión para la detección ginecológica.

Formas posibles de reacción frente a un diagnóstico de anormalidad

Cada mujer reaccionará de manera diferente ante un diagnóstico de anormalidad: algunas sienten miedo o pánico; otras sentirán enojo o molestia; hay mujeres que ignoran o niegan sus reacciones. También es razonable tener este tipo de reacción y también querer compartirla con la familia, amistades o profesionales de la salud. Pero más que nada, es necesario seguir los

consejos médicos. Mientras más pronto se diagnostique y se trate cualquier síntoma, mayores probabilidades de remisión se tendrán.

Prevención del cáncer

A pesar de poder hacer cosas para reducir nuestro riesgo de cáncer (tal como dejar de fumar, limitar la exposición a rayos X), muchos otros factores tales como la contaminación y los carcinógenos ambientales que bombardean nuestra cotidianidad se encuentran claramente fuera de nuestro control. Cambios en la dieta, tales como comer productos producidos en forma orgánica, puede ser caro; las recomendaciones dietarias a veces son contradictorias; y la alimentación es un comportamiento complejo difícil de cambiar.

Por lo tanto, la prevención del cáncer significa reestructurar tanto nuestras vidas personales como nuestra sociedad, limpiando nuestro ambiente, teniendo trabajos seguros, alimentos saludables y una vida menos estresante.

Modos de reducir los riesgos de cáncer

Cada mujer debe considerar y sopesar sus factores de riesgo personales cuando deba decidir qué hacer. En la lista que sigue, los factores relacionados con el cáncer de mama se marcan con asterisco (*).

1. No fume y evite ambientes con humo.
2. Evite exposición frecuente a rayos X, especialmente a edades tempranas.
3. (*) Evite las terapias de reemplazo estrogénico en la menopausia, así como toda otra medicación con estrógenos. La relación entre anticonceptivos orales y el cáncer de mama sigue siendo controvertida. Algunos estudios mostraron que las mujeres que comienzan a tomar píldoras anticonceptivas a temprana edad y continuaron por un largo período, tienen un riesgo mayor de tener cáncer de mama. Otros estudios indican que tomar la píldora disminuye los riesgos del cáncer de útero y de ovarios. Para estar a salvo, las mujeres en riesgo de contraer cáncer de mama deberían evitar los anticonceptivos orales.
4. Minimizar el consumo de alimentos ahumados, salados o conservados, tales como el tocino ahumado. Evite aditivos, preservadores y harina refinada.
5. (*) Mantenga bajo el consumo de grasas -alrededor del 15 o 20% del total de calorías, mientras se asegura una ingesta de grasas esenciales adecuadas
6. (*) Limite o elimine el alcohol.
7. (*) Investigaciones demostraron que la gente que tiene sobrepeso (más del 40% por encima de las "normas") tiene más cáncer y muere con mayor frecuencia, hecho que debe estar asociado con los niveles de estrógeno. También, que los altos niveles de estrógeno son un factor de precipitación del cáncer de mama. Existe en la actualidad evidencia de que el tejido graso fabrica su propio estrógeno.
8. Evacuar el intestino en forma frecuente y regular. El incremento de ejercicio y la ingesta de fibras y agua pueden ser de gran ayuda.
9. Coma una dieta basada en granos completos, vegetales y frutas ricas en fibra y salvado.
10. Coma alimentos con mucha vitamina Beta caroteno (la vitamina A precursora que se encuentra en zanahorias y otros vegetales amarillos y de hojas oscuras así como en algunos frutos amarillos). O tome suplementos de Beta caroteno. Tenga cuidado con las exageradas dosis de vitamina A (más de 10.000 a 15.000 UI. Diarias), pues pueden resultar tóxicas y no son sustituto de la Beta caroteno.

11. Coma alimentos ricos en selenio (levadura de cerveza, huevos, ajo, cebolla, hígado, atún, champiñones, langostinos, riñones, granos completos y arroz integral). El selenio puede ser tóxico en altas dosis, por lo tanto sea cuidadosa con las megaterapias o suplementos.

Terminología

Con frecuencia los términos siguientes no se comprenden claramente o se usan incorrectamente. Es deseable que pida explicaciones cuidadosas.

Es un derecho suyo conocer exactamente qué está pasando

Debemos tener en cuenta que mientras las estadísticas proveen información útil, no pueden predecir lo que ocurrirá con nosotras como individuos.

Tasas de mortalidad: nos indican cuánta gente muere de cáncer cada 100.000 habitantes, por año.

Tasas de sobrevivencia: generalmente se dan para períodos de 5, 10 o 20 años, e informan sobre cuánto vive habitualmente la gente con cierto tipo de cáncer. Siempre se calculan a partir de la fecha del primer diagnóstico. Son más útiles cuando se subdividen según el estadio de desarrollo del cáncer al momento del primer diagnóstico, el tipo de tratamiento recibido, la edad, el sexo, la raza, la condición socio-económica y finalmente, la ocupación de la gente.

Tasas de curación: se usa para decir cuánta gente se curó. Sin embargo, las tasas de curación generalmente están basadas en las tasas de sobrevivencia, dando una impresión equívoca pues esta gente puede haber sobrevivido por un período –5 años- específico. Mucha gente equivocadamente cree que esta sobrevida significa curación. Esto es un error.

Remisión: se usa a veces para referirse a cualquier mejoría; en otros tiempos, en un sentido más técnico, era estrictamente la cantidad de cambio producida en el tamaño del tumor y a los resultados de los análisis de sangre. Técnicamente, la remisión significa que no existe evidencia de la enfermedad; ello no garantiza la no existencia de células cancerosas en el cuerpo. Algunas terapias contra el cáncer producirán la "remisión técnica" de ciertos síntomas pero no incrementarán la cura o las tasas de supervivencia.

Remisión de largo plazo: se refiere a un número específico de años sin enfermedad y se prefiere a "cura", pues es más frecuente considerar a la enfermedad bajo control que gozar de una cura completa.

Carcinoma: cáncer que comienza en la capa que cubre un órgano.

Carcinoma lobular *in situ*: células anormales en los lóbulos de la mama. Muy raramente se convierte en cáncer invasor. Sin embargo es un signo del riesgo de una mujer a desarrollar cáncer de mama.

Cáncer invasor: aquél que se extendió más allá de la capa de tejido en donde se inició. También se lo conoce como cáncer infiltrante o carcinoma infiltrante.

Benigno: no canceroso; no invade tejidos vecinos ni se extiende a otras partes del cuerpo.

Biopsia: extracción de una muestra de tejido o de líquido de un área visualizada como anormal. La analiza un patólogo.

Factor de riesgo: algo que aumenta las probabilidades de desarrollar una enfermedad.

Estrógeno: una hormona femenina.

Progesterona: una hormona femenina.

Mamografía: Uso de rayos X para obtener una imagen de la mama.

Menopausia: Tiempo en la vida de una mujer cuando los períodos menstruales cesan por completo.

Metástasis: Propagación del cáncer de una parte del cuerpo a otra. Las células en el tumor metastásico (secundario) son las mismas que las células del tumor original (primario).

Palpación: método que utiliza el médico por el cual presiona con las manos sobre la superficie del cuerpo para sentir los órganos o tejidos que están debajo. Es el método recomendado en el autoexamen mamario.

Patólogo: médico que identifica enfermedades estudiando células y tejidos bajo el microscopio.

Prueba de receptores de hormonas: es una prueba para medir la cantidad de ciertas proteínas, llamadas receptores de hormonas, en el tejido canceroso de la mama. Las hormonas se pueden pegar a estas proteínas. Un nivel alto de receptores de hormonas significa que probablemente ellas ayudarán a crecer el cáncer.

Tumor: masa anormal de tejido que resulta de una división excesiva de células. Los tumores no llevan a cabo funciones útiles al cuerpo. Pueden ser benignos (no cancerosos) o malignos (cancerosos).

Fuentes utilizadas para la elaboración de este documento

- * The Boston Women's Health Book Collective, *Nuestros cuerpos, nuestras vidas. Un libro escrito por mujeres para mujeres*, 2000, Plaza y Janés Editores S.A., Barcelona, España.
- * Mónica Gogna, Llovet, J.J., Ramos, S., Romero, M. "Los retos de la salud reproductiva: derechos humanos y equidad social", en Isuani, A. y Filmus, D. (comp.) *La Argentina que viene, análisis y propuestas para una sociedad en transición*, 1998, Grupo Editorial Norma S.A., Bs.As., Argentina.
- * "Dossier: Por qué el cáncer es un tema feminista". *Feminaria*, Año VII, Nº 12, 1994, Buenos Aires, Argentina.
- * Wilkinson, S. y Kitzinger, C. "Hacia un enfoque feminista del cáncer de mama" y "El enfoque feminista sobre la mujer y la salud" en, *Mujer y Salud. Una perspectiva feminista*,

1996, Ediciones Paidós Ibérica, S.A., Barcelona y Editorial Paidós, SACIF, Buenos Aires, Argentina.

- * Fernández, Ana M. y Giberti, E. (comp), *La mujer y la violencia invisible*, 1989, Editorial Paidós, Buenos Aires, Argentina.
- * Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Desarrollo Humano y Familia, Subsecretaría de la Mujer, Colombo, G. y Serra, S., *La salud de la mujer: influencia de los modelos médicos*, 1989, Buenos Aires, Argentina.
- * Ministerio de Salud y Acción Social, Secretaría de Programas de Salud, Subsecretaría de Acción Comunitaria, *Situación de la Salud de la mujer en la Argentina*, 1998, Buenos Aires, Argentina.
- * Jacqueline Friedman, *Feminismo y maternidad*, mimeo, 1992, presentado en la Carrera Interdisciplinaria de Especialización en Estudios de la Mujer, Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires, Argentina.
- * National Cancer Institute, Breast Cancer Action de California, EE.UU, Instituto Alexander Fleming, Buenos Aires, Argentina y otros sitios web de internet relacionados con oncología.

SERIE: MUJER Y SALUD

Nota Técnica N°1: *Mortalidad Materna. Problema de salud pública y derechos humanos*. Octubre de 2000

Nota Técnica N°2: *Leyes de Salud Reproductiva. ¿Por qué y para qué?* Abril de 2001

Nota Técnica N°3: *Adolescentes: salud sexual y reproductiva. Un abordaje de sus derechos*. Setiembre de 2001

Nota Informativa N°1: *Prevención del cáncer génito-mamario: preguntas, respuestas y derechos que asisten a las mujeres*. Julio de 2001

Nota Informativa N°2: *Menopausia. Un momento en la vida de la mujer*. Febrero de 2002

Los documentos que comprende la Serie: **Mujer y Salud** pueden ser consultados en la página WEB del CNM: www.cnm.gov.ar