



Asociación Mexicana de Tanatología, A.C.

---

**LA IMPORTANCIA  
DE LA DETECCIÓN  
OPORTUNA  
DEL CÁNCER DE MAMA**

**TESINA**

Que para obtener el diplomado en

**TANATOLOGÍA**

**P r e s e n t a:**

**MARÍA EUGENIA  
FLORES ÁLVAREZ**



Asociación Mexicana de Educación Continua y a Distancia

México, D.F. a 20 de septiembre de 2013.

**DR. FELIPE MARTÍNEZ ARRONTE  
PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN  
MEXICANA DE TANATOLOGÍA, A.C.  
PRESENTE.**

Por medio de la presente le informo que revisé y aprobé la tesina que presentó:

- María Eugenia Flores Álvarez

Integrante de la Generación 2012-2013 en Cuernavaca,  
Morelos

El nombre de la tesina es:

**LA IMPORTANCIA  
DE LA DETECCIÓN OPORTUNA  
DEL CÁNCER DE MAMA**

**Atentamente**

***Profa. Silvia Guadalupe Retana González  
Directora de Tesina***

## DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a todas y a cada una de las mujeres que, como yo, han tenido la experiencia de recibir el diagnóstico de cáncer de mama; algunas, además de haber sido intervenidas quirúrgicamente, también han recibido los tratamientos tanto de quimioterapia como de radioterapia, y todos y cada uno de sus efectos.

Algunas de ellas, muchas, son afortunadas sobrevivientes; otras actualmente se encuentran luchando contra esta enfermedad; otras más, por qué no mencionarlo, han partido antes que nosotros a otra dimensión; han iniciado un nuevo viaje, o como queramos llamarle. Muchas de mis amigas ya están en esta trayectoria.

Después del impacto del diagnóstico del cáncer de mama que desafortunadamente recibimos algunas mujeres; después de haber padecido los tratamientos, quienes sobrevivimos podemos entender ahora la fragilidad de la existencia; la sutil diferencia entre la vida y la muerte. Ahora vivimos con una constante incertidumbre, pero con una actitud positiva. Percibimos con otros ojos a las mujeres que siguen recibiendo la noticia del diagnóstico o que presentan metástasis, pero siguen arduamente luchando, con todo su ímpetu y toda su fuerza contra esta enfermedad.

A todas ellas mi reconocimiento, mi admiración y mi profundo respeto.

María Eugenia Flores Álvarez.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios, a la vida y al universo, por esta nueva y gran oportunidad que se me ha brindado, después de recibir el diagnóstico de cáncer de mama, después de la cirugía, el tratamiento de quimioterapia y el padecimiento de sus efectos, porque gracias a ello he iniciado con el despertar de mi consciencia.

Agradezco profunda e infinitamente a mi madre, quien siempre e incondicionalmente me acompañó antes, durante y después de este proceso tan difícil para mí como para ella, que nuevamente vivió el dolor después de una primera hija que tuvo el mismo diagnóstico nueve años antes y quien, al igual que yo, gracias a Dios, estamos siendo historias de éxito.

A Pedro Arturo, el amor de mi vida, el motor que me impulsa desde que nació; uno de los principales motivos que me mantuvo fuerte durante la batalla. Gracias hijo por tu fortaleza, por tu entereza durante esta experiencia no sólo para mí, sino también para ti.

A mis hermanos: Julio César, por acompañarme a los tratamientos a la ciudad de México; a Arturo quien a pesar de la distancia, me brindó palabras de ánimo; a Patricia, quien después de la cirugía, me ayudó a bañarme y arreglarme desde el primer día, como siempre yo lo deseaba; a Ángeles, por sus palabras y oraciones.

Agradezco infinitamente a tantas personas que me brindaron su apoyo con palabras, acciones, detalles e infinidad de demostraciones de afecto y cariño, por mencionar a algunas: a mi querida amiga Lupita Bahena, por sus bellas palabras de estímulo y reconocimiento hacia mi persona, por apoyarme en mi espacio laboral; a mi amiga Ross Córdova, por brindarme su hombro, por marcar juntas en el calendario las fechas de cada quimioterapia, por su abrazo de contención cuando lo necesité; a mi amigo y compañero de trabajo, Ricardo Chávez, quien siempre tuvo disposición, destreza y pericia para resolver todo cuanto se le indicó, a fin de brindarme su apoyo; A Elsa Arroyo, quien fuera titular del área donde laboré, también mi profundo agradecimiento; a Almita Estrada, porque cuando empecé a perder mi cabello como efecto del tratamiento de quimio, se cortó el suyo como gesto de solidaridad.

A mis amigas y compañeras de Grupo RETO, sobrevivientes también de cáncer de mama, con quienes comprendí que no sólo a mí me estaba sucediendo la experiencia, con quienes lloramos juntas, sentimos temores, dudas y también muchas alegrías. A mi amiga Tere Silva, por compartir la experiencia del diagnóstico y de trabajar juntas en la mesa directiva de Grupo RETO durante 3 años, lo cual nos permitió crecer mutuamente; a mi amiga y tanatóloga personal Rosy Zavala, por su contención cuando lo he necesitado, por impulsarme a tomar el Diplomado de Tanatología y por cada una de sus enseñanzas. A mi maestra Norma Sánchez, “Martes con mi profesora Norma”, por compartirme tan sabiamente tantos

conocimientos, además de ser una magnífica anfitriona, cuidando siempre cada detalle. A mi maestra del diplomado de Tanatología Silvia Retana, por su hospitalidad, amabilidad y calidez, a cada uno de mis maestros del diplomado entre ellos Marcela Feria y Oscar Tovar. A Tere Medina, Kikis Bedolla, Paty Martínez, Gloria Gómez, Karla Castillo, Adriana Luna, Cristian Cerón, Susana Lozano, Ma. de los Ángeles Pomposo; todos ellos mis queridos compañeros del diplomado de tanatología. También a Alma Lilia Evangelista. Gracias a todos por abrir sus corazones y por tantas experiencias compartidas.

# ÍNDICE

	Página
Justificación, objetivos y alcance	8
1. La detección oportuna	10
2. La actitud ante el diagnóstico	14
3. Los tratamientos <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Cirugía</li><li>▪ Quimioterapia</li><li>▪ Radioterapia</li></ul>	16
4. El proceso de acompañamiento: “Los Grupos de Apoyo”	25
5. Para crear conciencia sobre la detección oportuna del C.A. de mama. La participación activa de: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Empresas Privadas</li><li>▪ Dependencias de Gobierno</li><li>▪ Organizaciones no gubernamentales ONG's</li></ul>	27
6. Conclusiones	28
7. Bibliografía	29

## **JUSTIFICACIÓN OBJETIVOS Y ALCANCE**

El presente trabajo obedece a mi profunda preocupación por todas las mujeres que hemos recibido y siguen recibiendo el diagnóstico de cáncer de mama, porque muchas de ellas ya no se encuentran entre nosotros.

Reconozco que existen fundaciones, asociaciones civiles, organizaciones y otras instituciones que con mucha experiencia, actualmente se dedican a promover la autoexploración para la detección oportuna del cáncer de mama. Sin embargo, considero de vital importancia sumar esfuerzos para continuar con la capacitación no sólo en empresas privadas, en dependencias de gobierno y organizaciones no gubernamentales (ONG's), sino que también se ofrezca al personal de instituciones educativas para que éstas, a su vez, la proporcionen a los alumnos y alumnas desde la educación básica, a partir de la secundaria, ya que desafortunadamente esta enfermedad se está presentando también en mujeres jóvenes.

En mi experiencia como integrante de la mesa directiva de un grupo de apoyo llamado RETO, llevamos pláticas informativas sobre la autoexploración a algunas tiendas departamentales, oficinas de gobierno, escuelas secundarias, empresas de la iniciativa privada y a grupos organizados de amas de casas. Sin



embargo, aún así no es suficiente, debemos hacer más, mucho más.

Sabemos que esta enfermedad es multifactorial; si bien aún no se ha descubierto qué es lo que la provoca, podemos detectarla temprano, lo que evitaría riesgos mayores.

## **1. LA DETECCIÓN OPORTUNA DEL CÁNCER DE MAMA, ESPERANZA DE VIDA**

En México, el panorama epidemiológico de los dos principales cánceres femeninos muestra dos tendencias muy claras. En 2006, la tasa de mortalidad por cáncer de mama superó a la del cáncer cervicouterino por primera vez en la historia. Además, el primero tiende a incrementarse mientras que el segundo acusa una notable reducción. Aún cuando no existe una evidencia contundente, se estima que la tendencia a la reducción que muestra el cáncer de cérvix se relaciona con la política gubernamental iniciada en la década de 1990 para hacerle frente, incluidas las medidas preventivas y curativas.

***La evidencia establece que si el cáncer de mama se detecta en estadios iniciales, es curable. Tiene un mejor pronóstico, mayores tasas de supervivencia, los tratamientos son más asequibles y pueden administrarse con menos recursos. En ello reside la importancia de la detección temprana de la enfermedad y, por ende, del acceso a los servicios de salud. El acceso se concibe como el proceso de interacción entre usuarios y servicios, con la finalidad de permitir que el individuo enfermo reciba el servicio. En otras palabras, es la capacidad que tiene la población de buscar servicios de salud y obtener atención.***

En otros contextos, las publicaciones ofrecen múltiples y variados ejemplos de barreras que dificultan el acceso a la detección temprana del cáncer de mama. La falta de información,

bajo nivel educativo y económico, creencias y tabúes en torno de la enfermedad, falta de disponibilidad de servicios de salud, largos tiempos de espera para consulta o pruebas diagnósticas, entre otros factores más, pueden llevar a las mujeres a postergar la búsqueda de atención.

En el caso de la información, la insuficiencia y la falta de canales eficaces de difusión han sido elementos vinculados con el diagnóstico tardío. Esta falta de información puede promover percepciones vagas y abstractas, sea por parte de mujeres o de sus familias. En alguna medida, la falta de información se explica porque no es precisa ni concluyente. Por ejemplo, no existe consenso respecto a las causas y los factores de riesgo relacionados con la aparición de la enfermedad. ***Lo único que se sabe con certeza es que la detección temprana es un factor clave en la posibilidad de combatir de manera exitosa la enfermedad e incrementar la sobrevivencia de las mujeres diagnosticadas.***

Respecto a la relación con los prestadores de servicios, diversos estudios describen la falta de sensibilización, interés, preparación, actualización y destreza del personal de salud; en particular de algunos médicos, para determinar el diagnóstico oportuno del trastorno mamario. Asimismo, algunas mujeres manifiestan desconfianza en los servicios de salud; pudor y miedo ante el médico, sobre todo para aceptar algunos procedimientos diagnósticos (exploración de la mama y mamografía).

La mayoría de las mujeres reconoce la importancia de la información para un diagnóstico temprano. Ellas mismas señalan que, por lo general, no cuentan con información suficiente sobre el procedimiento para efectuar una autoexploración “correcta”. Plantean que los médicos deberían suministrar esta información cuando las mujeres se someten a la prueba del Papanicolaou. Además, señalan dos instancias de suma importancia para la información y la “correcta” autoexploración: la escuela y la familia. En el primer caso, para informar a las adolescentes y, en el segundo, para enfocarse principalmente en el papel de la madre de transmisora de conocimiento, el auto cuidado y la autoexploración de los senos.

Las mujeres en centros urbanos y con mejor nivel educativo recurren cada vez más al internet para obtener información acerca del cáncer de mama. En este sentido, algunas mujeres y varones señalaron haber buscado información sobre la detección temprana, medios de diagnóstico, técnicas para la autoexploración, alternativas de apoyo o tratamiento, entre otros temas. Esto lo confirmaron los informantes de organizaciones de la sociedad civil dedicados a suministrar información y apoyo en cáncer de mama. Ellos refieren que, cada vez más, tanto mujeres como hombres, llaman por teléfono o visitan sus páginas electrónicas en busca de información y ayuda para ellas mismas o para familiares y amigas que se encuentran en estudio o fueron diagnosticadas de cáncer de mama.

A continuación me permito transcribir un decálogo propuesto por el Dr. Gerardo Castorena en su libro *20 respuestas para cáncer de mama*.

## DECÁLOGO

- I. El cáncer de mama no es una sentencia de muerte.
- II. Hay diferentes tipos de cáncer de mama.
- III. Existen diferentes etapas y mientras más temprana, mayor probabilidad de curación.
- IV. Al momento no existe prevención efectiva.
- V. La autoexploración es una herramienta útil y confiable para detectar problemas.
- VI. El oncólogo es el especialista dedicado a la salud de las glándulas mamarias y una visita regular puede evidenciar alteraciones de forma oportuna.
- VII. Los estudios de imagen son de gran utilidad para el diagnóstico en etapas tempranas.
- VIII. La información específica en cada caso es indispensable para tomar decisiones.
- IX. Existen diversas opciones de tratamiento y no son tan terribles como se piensa.
- X. Una actitud positiva y una mente abierta son tu gran aportación al tratamiento.

## 2. LA ACTITUD ANTE EL DIAGNÓSTICO

Es importante saber que la vida nos presenta eventos inesperados, situaciones que nos rebasan y se salen de nuestro control, experiencias ante las cuales no sabemos qué debemos hacer. Sin embargo, cuando se recibe la noticia de un diagnóstico como es el de cáncer de mama, es necesario mantener la calma para poder tomar las mejores decisiones.

A partir de entonces y antes de saber el peregrinar que implica todo, desde los análisis, los estudios, la cirugía, el tratamiento y sus efectos, la paciente se debe armar de paciencia y mantener la calma con una actitud receptiva y de disposición ante lo que sea necesario.

Enseguida de la cirugía, el médico indica qué tratamientos se deben seguir, pareciera que al salir de la puerta de quirófano, continúa la puerta que dice “Quimioterapia” o la de “Radioterapia” en su caso. Las pacientes nos sentimos abrumadas y bombardeadas, todavía no se asimila lo que se está viviendo, cuando ya se tiene lo siguiente enfrente; no obstante, considero que siempre se deben asumir las indicaciones con fortaleza.

Recuerdo cuando fui a mi primera quimioterapia, llegamos al Hospital “Adolfo López Mateos” en la ciudad de México, entregué mi carnet y esperamos a que me llamaran; mientras tanto llegaba más gente, algunas personas con turbantes, otras con pelucas, algunas con semblantes pálidos, otras personas con piel muy oscura, grisácea y ceniza, y pensé. “Yo estoy bien, me siento bien, sólo me van a poner vitamina para estar mejor”.

Cuando se abrió la puerta y pronunciaron mi nombre, me levanté y entré, vi algunos asientos reclinables, algunos pedestales para sueros y empezaron a preguntarme mis datos personales; después, me pasaron con el médico. Él me dijo cuándo sería mi primer tratamiento.

El primer tratamiento fue de estar a la expectativa, nunca dejarme llevar por lo que escuchaba que sentían las demás personas, yo dije: "Voy a ver y sentir qué pasa, y no dejar que influya en mí todo lo que me diga la gente". Es importante estar con la mejor disposición para recibir el tratamiento y que éste a su vez haga el mejor efecto posible.

### 3. LOS TRATAMIENTOS

#### **La cirugía**

Tiene como finalidad extirpar el tumor en su totalidad a nivel local, es decir a nivel de la mama y de los ganglios linfáticos. El primer tratamiento quirúrgico eficaz fue la mastectomía asociada a la extirpación de los ganglios linfáticos axilares, introducida a finales del siglo XIX y principios del XX. Ha de tenerse en cuenta que, en esa época, habitualmente resultaba el único tratamiento quirúrgico factible, ya que las pacientes solían consultar en una fase avanzada, con un desarrollo tumoral importante. Además, existía la creencia que una alta radicalidad de la cirugía contribuía a evitar metástasis a distancia, al eliminar posibles residuos tumorales en la mama aparentemente sana o en los ganglios linfáticos que representaban un primer escalón de la enfermedad, a partir del cual, posteriormente, se diseminaba a otros órganos.

En el último cuarto del siglo XX se empezó a considerar la posibilidad de tratar localmente la enfermedad mamaria extirpando sólo la parte de la glándula en la que se había desarrollado el tumor, dando lugar al concepto de cirugía conservadora de la mama. Esta consideración se debió a diversos factores. En primer lugar la mayor educación sanitaria dio lugar a que las pacientes consultasen con tumores más pequeños que podían erradicarse extirpando una proporción de la glándula, lo suficientemente pequeña como para permitir una secuela estética aceptable. Este hecho se acentuó cuando se realizó el diagnóstico precoz de las campañas poblacionales de cribaje con mamografía que permitió



la identificación de tumores antes de que se manifestaran como tumores palpables. En segundo lugar, la consciencia en la comunidad científica de que la enfermedad podía comenzar a diseminarse desde sus primeras fases y que por tanto una mayor radicalidad de la cirugía era limitada para evitar la enfermedad a distancia. En tercer lugar, el desarrollo y la introducción de otros medios terapéuticos, como la quimioterapia o la hormonoterapia, que permitían abordar el tratamiento de la enfermedad a distancia, en el que la mayor radicalidad de la cirugía había fracasado. En la actualidad estos tratamientos complementarios se aplican en la inmensa mayoría de casos después de la cirugía.

La aceptación de la cirugía conservadora de la mama se consolidó en los años 1980, cuando diversos estudios con un elevado número de casos evaluados, demostraron una supervivencia a largo plazo de los pacientes tratados con cirugía conservadora similar a la de los tratados con mastectomía, cuando se cumplían los criterios de disponer de un margen de sección sano sin células tumorales en contacto o proximidad inmediata a este margen, y cuando no había sospecha o evidencia de enfermedad tumoral en localizaciones múltiples de la mama, la denominada multicentricidad.

Otro concepto importante de estos estudios es que el tratamiento quirúrgico conservador debe asociarse prácticamente siempre con radioterapia sobre la totalidad de la mama, con sobredosis en el lecho tumoral, ya que de lo contrario, la probabilidad de reproducción local asciende excesivamente. El beneficio de la radioterapia parece existir incluso en la forma más

inicial de la historia natural de la enfermedad, la del carcinoma intraductal, en el que un tratamiento adecuado permite una supervivencia a largo plazo en casi el 100% de los casos.

La cirugía de mama presenta diferentes técnicas. Existe actualmente la tendencia a practicar una cirugía tan conservadora como sea posible. La resección de una parte limitada de la mama que contiene el tumor se denomina tumorectomía o lumpectomía (barbarismo y adopción al español del término en lengua inglesa "lumpectomy"). Antes de que un tumor se logre palpar en una revisión clínica, a veces es identificado en la mamografía. La extirpación de los tumores no palpables precisa realizar una técnica de marcaje del sitio donde se observa la lesión que guíe la cirugía, ya sea con la inserción asistida por ecografía o mamografía de un fino fiador metálico, como técnica más extendida, o mediante otras técnicas como la ecografía intraoperatoria, la tinción del trayecto de acceso o la más reciente consistente en la detección del isótopo utilizado para la biopsia de ganglio centinela (Técnica ROLL o SNOLL).

No existe una unanimidad establecida sobre la magnitud del margen mínimo aceptable para la cirugía conservadora, variando según autores y escuelas entre 1 y 3 mm. En tumores que exigen una mayor demolición glandular, en ocasiones se puede conseguir un tratamiento conservador con la cuadrantectomía, donde se reseca la cuarta parte de la mama.

La mastectomía, a pesar de ser indicada en una minoría de casos, no constituye una proporción pequeña o marginal de la cirugía por cáncer de mama, representando el tratamiento

quirúrgico indicado en el 20 al 40% de los casos. Ello se debe a que su indicación no sólo es necesaria por diagnóstico de tumores localmente avanzados, sino también por enfermedad multicéntrica o por enfermedad en fases precoces, incluso de cáncer de mama no palpable y de carcinoma intraductal, que presenten una afectación extensa y no localizada, a pesar de que no hayan experimentado un crecimiento que se manifieste en masas con volumen tumoral.

El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama también se propone tratar los ganglios linfáticos axilares. Por ello, hasta muy recientemente, el tratamiento normativo tanto de la mastectomía como de la cirugía conservadora, incluía la extirpación sistemática de los ganglios linfáticos de la axila, que constituye la técnica del vaciamiento axilar o linfadenectomía axilar. Ésta se indicaba aunque no existiese evidencia o sospecha de afectación, salvo en el carcinoma intraductal o ductal in situ en el que se considera que esta afectación es excepcional. El diagnóstico precoz ha permitido la identificación de tumores pequeños en los que la probabilidad de metástasis linfáticas axilares, aunque posible, representa una fracción minoritaria de casos. Para evitar vaciamientos ganglionares innecesarios y su correspondiente secuela, se ha desarrollado la biopsia del ganglio centinela, en la que la inyección de isótopos o colorantes en la mama que migran al primer ganglio de relevo del tumor, el cual se denomina ganglio centinela, permiten la identificación del mismo. Se reseca dicho ganglio, se procede a su biopsia y estudio histológico y sólo si se demuestra tumor se procede a resecar todos los ganglios de la axila.

La cirugía como primera elección se considera contraindicada en el tratamiento del cáncer de mama en la mayoría de casos de afectación de estructuras vecinas, incluida la piel (estadio T4 de la clasificación TNM), en la enfermedad metastásica diseminada y en el carcinoma inflamatorio. En estos casos, la cirugía se indica de forma secundaria como tratamiento de rescate de la enfermedad local, después de otros tratamientos como la quimioterapia, la hormonoterapia y la radioterapia como terapéutica primaria de elección.

Clasificación con base en la extensión de las lesiones en:

- Localizado
- Regional
- Distante metástasis.

En forma más detallada:

- Tamaño del tumor (**T**)
- Existencia de Nódulos (**N**) (ganglios linfáticos)
- Metástasis (**M**) por medio del sistema **TNM** que incluye 4 etapas, que son:

### **Estructura**

- a) *Ductal o canalicular*. Tumores originados en la capa que reviste los conductos encargados de transportar la leche materna hacia el pezón.

- b) *Lobulillar o lobular*. Tumores originados en la capa que reviste los lóbulos o lobulillos de la glándula mamaria, que son los encargados de la producción de leche.

### **Invasión**

- a) *In situ*. Son aquellos que no han roto la membrana de la célula en la cual se originaron. Esto no tiene nada que ver con el tamaño del tumor ni tampoco con el grado de agresividad. Quizá esto sea un poco difícil de entender, pero hay tumores in situ que pueden alcanzar dimensiones de varios centímetros y que se pueden comportar de manera extremadamente agresiva.
- b) *Infiltrantes (invasivos)*. Contrario al caso anterior, estos tumores han roto la membrana celular pero, como especificué anteriormente, no tienen implicaciones de tamaño y agresividad.

### **Quimioterapia**

Las modalidades de aplicación de la quimioterapia en los pacientes con cáncer de mama pueden ser las siguientes:

#### *Quimioterapia Neoadyuvante*

Es la quimioterapia que se administra antes de la cirugía. Está indicada en los cánceres de mama localmente avanzados, y en aquellos que midan más de 3 cm o que tengan adenopatías axilares. Se suele utilizar adriamicina y taxanos. La intención de la neoadyuvancia es principalmente la disminución del tamaño

tumoral para practicar una cirugía conservadora y la valoración de la respuesta a la quimioterapia para posteriores tratamientos.

### *Quimioterapia Adyuvante*

La quimioterapia adyuvante es la que se administra después de la cirugía. Su indicación depende de los factores pronóstico clásicos que son la edad, el tamaño tumoral, la afectación ganglionar axilar, el grado de diferenciación celular (grado histológico) y los receptores hormonales. Si los ganglios axilares son negativos de infiltración tumoral las pacientes se clasifican en bajo y medio-alto riesgo. Las de bajo riesgo (receptores hormonales positivos, tumores menores de 2 cm, grado medio-alto I histológico y mayores de 35 años no son susceptibles de quimioterapia adyuvante. Las de riesgo (receptores hormonales negativos o receptores hormonales positivos pero con grado II III histológico y tumores mayores de 2 cm), se benefician de la quimioterapia adyuvante. Las pacientes con ganglios axilares positivos, siempre se benefician de la quimioterapia adyuvante, excepto en mujeres mayores (70-75 años) o que padezcan otras enfermedades que contraindique la quimioterapia.

### *Quimioterapia paliativa*

Es la quimioterapia que se aplica ante una enfermedad diseminada o recaída. Está indicada en primera línea ante receptores hormonales negativos o enfermedad visceral, a un intervalo corto desde la cirugía o sintomatología relacionada con la recaída o la metástasis

## **Radioterapia**

La radioterapia adyuvante tras la cirugía está indicada en dos situaciones:

### *Radioterapia tras cirugía conservadora de la mama*

La radioterapia siempre está indicada ante una cirugía conservadora de la mama, pues disminuye la probabilidad de recaída local. La irradiación de las regiones ganglionares adyacentes, sobre todo de la fosa supraclavicular, depende de la presencia de adenopatías en el vaciamiento axilar. Si ha tenido de 1 a 3 adenopatías, se irradiará la fosa supraclavicular ante dos de los tres siguientes factores pronóstico: grado III histológico, receptores hormonales negativos o mujer pre menopáusica o menor de 40 años. Si tiene más de 3 ganglios infiltrados en la axila siempre se irradia la fosa supraclavicular. La dosis de irradiación oscila entre los 45 y 50 Gray, más una sobredosificación en el lecho tumoral entre 10 y 16 Gy.

### *Radioterapia tras mastectomía radical*

La pared costal restante tras mastectomía, la fosa supraclavicular y la cadena ganglionar de la mamaria interna se irradiará si existen más de 3 ganglios axilares infiltrados, si el tamaño tumoral es mayor de 5 cm o es T4. Si sólo se existen entre 1 y 3 adenopatías en la axila, existe indicación de radioterapia tras mastectomía de la pared costal y la fosa supraclavicular si se cumplen dos de los tres factores de mal pronóstico como grado III

histológico, menor de 40 años o pre menopáusica y receptores hormonales negativos.

*Radioterapia paliativa*

Está indicada ante metástasis que generalmente producen dolor, sobre todo las metástasis óseas y cerebrales.



## 4. GRUPOS DE APOYO

El proceso de acompañamiento

Grupo Reto Morelos, A.C.

### **RE**cuperación **T**otal de cáncer de mama

Es una Asociación Civil sin fines de lucro, integrada por mujeres, todas sobrevivientes de cáncer de mama, a excepción de las tanatólogas que brindan acompañamiento emocional, ofrece a las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, los siguientes servicios:

- *Apoyo emocional (tanatológico):*

Éste consiste en dar acompañamiento individual, grupal o privado a las pacientes, por parte de una tanatóloga. El propósito de la terapia es que la paciente tenga oportunidad de externar y compartir su dolor, aclarar sus dudas y temores, o llorar abiertamente si es lo que desea o necesita, en virtud del impacto del diagnóstico, de la cirugía (en su caso), o de los tratamientos y sus efectos.

- *Orientación nutricional:*

Son los profesionales en nutrición quienes brindan en el grupo este tipo de orientación, ya sea antes, durante o después de los tratamientos de quimioterapia y radioterapia, ya que el organismo durante estos tratamientos se encuentra vulnerable y algunos alimentos, por diversos factores, causan daño.

- *Ejercicios de rehabilitación:*

Los ejercicios son necesarios, principalmente después de una cirugía de mastectomía radical, lo cual significa que retiran toda la glándula mamaria y algunos ganglios que forman parte del sistema linfático. Esto impide mover en forma inmediata y temporalmente el brazo del lado donde se realizó la cirugía.

- *Orientación sobre el uso de prótesis externas:*

Las prótesis externas se utilizan cuando existe una cirugía de mastectomía radical. Cuando las pacientes se miran al espejo se ven y se sienten planas, sin forma. Utilizar la prótesis les ayuda a tener una imagen más aceptable por ellas mismas.

Este tipo de grupos de apoyo se consideran importantes ya que ayudan a sobrellevar el proceso desde antes de la cirugía y después de ella, además del acompañamiento durante los tratamientos. Ésta es una manera de compartir con las integrantes cada uno de los síntomas, las dudas, los temores, la experiencia en general, etcétera.

## **5. LA PARTICIPACIÓN ACTIVA DE: EMPRESAS PRIVADAS, DEPENDENCIAS DE GOBIERNO Y ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (ONG's)**

Actualmente, muchas empresas privadas, dependencias de gobierno y Organizaciones no Gubernamentales (ONG's), han tenido una participación sumamente importante y se han dado a la tarea de colaborar y coordinar esfuerzos con el sector salud, a fin de que el personal que labora en sus espacios, durante sus horarios de trabajo, reciban capacitación y cuenten con información sobre el tema que nos ocupa en este trabajo. Lo anterior para que tanto las mujeres como los hombres conozcan cómo están formadas sus glándulas mamarias y cómo deben hacerse la autoexploración para poder percibir cualquier malformación, coloración o molestia y, en su caso, detectar oportunamente el cáncer de mama.

Desde hace algunos años, la Secretaría de Salud ha implementado entre otras actividades, las "Rutas de la Salud" que incluyen vehículos equipados con mastógrafos, cuya finalidad es acudir a gran parte de las comunidades del estado de Morelos, para que todas las mujeres asistan a estas unidades y se realicen los estudios que ayuden a detectar a tiempo la enfermedad.

## CONCLUSIONES

Cuando una mujer recibe un diagnóstico como el de cáncer de mama, sufre un impacto emocional muy fuerte; posiblemente esto se debe a que la mayoría de las personas, al escuchar la palabra cáncer, la consideran como un sinónimo de muerte. Por fortuna esta idea, aunque paulatinamente, ha ido cambiando; cada vez más se difunde información relacionada con este tema, por diferentes medios. El propósito no es sólo informar sino, sobre todo, hacer consciencia en la población femenina de la importancia que tiene la observación de sus senos y la autoexploración. Es concluyente que en la actualidad, uno de los principales factores que aumenta la probabilidad de supervivencia en los casos de cáncer de mama, es su detección a tiempo, lo cual es el tema central de este trabajo.

Por otra parte, es de vital importancia que se brinde acompañamiento tanatológico a las pacientes que han recibido el diagnóstico de cáncer de mama desde el momento en que se les da la noticia; apoyarlas durante todo el tiempo previo a la cirugía y continuarlo después, durante los tratamientos, ya que esto ayuda a que la paciente vaya acomodando sus emociones y sentimientos. Con el apoyo tanatológico podrá aclarar sus temores y las dudas que surgen durante el proceso, además de que aprenderá a aceptar primero que nada su situación. Es muy importante también el papel de la tanatóloga al otorgar este acompañamiento, en caso de deceso de la paciente, a todos y cada uno de los familiares que así lo deseen.

## BIBLIOGRAFÍA

Castorena, Gerardo, *20 respuestas para cáncer de mama*, México, D. F., Editorial Vergara, 2010.

Cruz, Abel, *Cáncer de mama. Prevención y lucha contra el cáncer más frecuente en la mujer*, México, D.F., Editorial Bionatura, 2009.

Garza Gutiérrez, Fidel de la *Cáncer. Guía para médicos, pacientes y familiares*, México, D.F., Editorial Trillas, 2006.

Knaul, Felicia Marie, *Tómalo a pecho*, México, D.F., Editorial Aguilar Fontanar, 2009.

Lane, William y Linda Comac, *Los tiburones no enferman de cáncer. Cómo el cartílago de tiburón puede salvar vidas*, Barcelona, Editorial URANO, 1992.

Soto, Walter Guillermo, *El seno. Prevención y cura del cáncer de mama*, Buenos Aires, Editorial del Nuevo Extremo, 2006.

Vander, Dr. *Evite el cáncer. Cómo prevenirlo con absoluta seguridad, lograr salud perfecta y buenas defensas contra las enfermedades*, Barcelona, Editorial Librería Sintés, 1961.

### **Disco compacto**

“Un Tiempo para sanar” (A Time to Heal). Apoyo, inspiración e ideas para sanar, dirigido a sobrevivientes de cáncer.