

La entrevista

por Leonor Taboada



Carmen Sánchez-Contador Escudero

Coordinadora del Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama en Baleares.

Vocal del Comité Técnico de la Asociación Española Contra el Cáncer.

**“LAS MUJERES AFECTADAS
NO DEBEN DEAMBULAR.**

**NECESITAMOS UNIDADES DE MAMA
EN UN MISMO LUGAR”**

Es difícil resumir el currículum de una mujer tan energética con su familia, con su trabajo y con la sociedad, que nunca para de hacer cosas importantes. Nació en Madrid, estudió Medicina en la Facultad Central de Barcelona. Desde 1983, ejerce de Médica de Salud Pública en la Conselleria de Salut del Govern de les Illes Balears, primero en Menorca y luego en Mallorca, donde adquirió experiencia en múltiples programas de prevención- tuberculosis, anomalías congénitas, vacunación infantil, educación sanitaria y un largo etcétera que incluye la puesta en marcha, en 1984, de una consulta de prevención de ETS´s dirigida a prostitutas de la que está muy orgullosa, porque fueron sus comienzos en los “temas de las mujeres” y “era un referente de salud en el sentido biofisiológico y social”.dice.

También puso en marcha y, desde 1998, coordina, con auténtica entrega, el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama en Baleares. Desde el año pasado 2005 es, además, responsable de las actividades relacionadas

con la salud de las mujeres y la infancia del Servicio de promoción de la Salud y vocal del Comité Técnico de la Asociación Española Contra el Cáncer.

Su currículum profesional bastaría para ser la entrevistada estrella de este número de nuestra revista dedicado al cáncer de mama, pero aún hay más: “Por una casualidad de la vida”, según lo explica ella, en 2002 se autodiagnosticó un cáncer de mama, razón por la que se implicó aún más, si cabe, en la relación con otras afectadas. Manifiesta que esta vivencia la ha hecho ser más consciente y comprometida, lo que la ha llevado a formar parte de la Asociación de Mujeres para la Salud de Baleares. Y doy fe de ello, puesto que tengo la suerte de compartir con ella ese espacio imprescindible de la asociación (ADIBS), que reúne a afectadas, profesionales y activistas de la salud de las mujeres y que me permite, como a todas, admirarla de cerca y beneficiarme de su sabiduría, eficacia, generosidad y del buen humor y la energía positiva contagiosa que destila.

¿En qué consiste un programa de cribado?

Se entiende por cribado la aplicación de cualquier tipo de prueba a personas aparentemente sanas para seleccionar aquellas que pueden tener una enfermedad concreta o mayor riesgo de padecerla. Todo resultado positivo de una prueba de cribado conlleva la realización de pruebas complementarias con el fin de confirmar el resultado.

El fundamento que caracteriza a un programa de cribado es que la iniciativa de realizar las pruebas de cribado parte de la administración sanitaria, constituyen programas de salud pública y el objetivo principal es el descenso de la mortalidad por esa causa en la población.

El cáncer de mama reúne todos los requisitos exigibles para ser objeto de un programa de cribado de carácter poblacional. Es el tumor más frecuentemente diagnosticado en las mujeres y la primera causa de muerte en mujeres de 35 a 55 años; se conoce su historia natural y existe una fase preclínica detectable mediante mamografía que adelanta de 2 a 4 años el diagnóstico clínico; su pronóstico depende principalmente de la extensión de la enfermedad en el momento de la detección.

La mamografía se ha acreditado como la

prueba de cribado de mayor validez, más efectiva, con escasa morbilidad y buena tolerancia.

Los criterios de selección de las mujeres en un programa de cribado son la edad, en función de la incidencia del cáncer de mama, la sensibilidad del test diagnóstico y por supuesto los recursos existentes en cada comunidad.

El intervalo más adecuado entre mamografías es el que permite maximizar los beneficios del cribado con el menor número de mamografías realizadas a lo largo de la vida de las mujeres manteniendo una baja tasa de cánceres de intervalo. El propuesto en todos los programas de cribado es de 2 años.

Los numerosos estudios y ensayos clínicos desarrollados en América y Europa desde hace más de tres décadas, han demostrado la posibilidad de reducir la mortalidad por cáncer de mama en alrededor de un 30% en mujeres de más de 50 años y con una participación en programas de cribado de al menos el 60% de las mujeres de la población.

¿No tiene dudas sobre la eficacia de los métodos de detección precoz de cáncer de mama que se utilizan actualmente?

Creo que la mamografía es el mejor método de detección precoz del cáncer de mama con el que contamos en la actualidad, pero también que no es un método infalible y que acabará siendo desbancada por estudios genéticos, proteómicos o de determinantes específicos de alteración celular.

Me parece muy importante que las mujeres estén informadas y sepan que la mamografía de cribado tiene una sensibilidad (detectar cáncer cuando existe) entre un 85% y 95% y una especificidad (resultado negativo cuando no existe un cáncer de mama) superior al 90%. Por tanto hay entre un 5-15% de cánceres que no se van a detectar precozmente y un 10% de falsos positivos que generan pruebas complementarias y pueden ocasionar ansiedad y miedo añadidos a las mujeres

¿Qué le diría a las que no se fían de las mamografías?

Que es saludable ser escéptica cuando la duda procede de una inquietud de saber.

La autoexploración, como método de detección precoz, también es objeto de controversia.

No hay evidencia de que la autoexploración mamaria reduzca la mortalidad por cáncer de mama. La detección precoz supone localizar cánceres in situ, con tamaño menor de 1 cm y sin afectación ganglionar y éstos no son apreciables en la autoexploración mamaria. Además tiene una baja efectividad ya que el 75 % de los nódulos de las mamas son benignos y en muchas mujeres ocasiona obsesión y gran ansiedad, pero también sabemos de muchas mujeres que fueron diagnosticadas de cáncer de mama tras auto apreciarse una alteración en sus mamas. Lo aconsejable sería que todas las mujeres aprendieran a conocer su propio cuerpo y a reconocer los mensajes que éste nos transmite, ya que la mejor herramienta para prevenir o solucionar los problemas de salud parte de la información y el autoconocimiento.

Al parecer, no hay pruebas de su eficacia en el tramo de 40 a 49 años...

Los estudios no evidencian que los programas de cribado mediante mamografía consigan una reducción de la mortalidad en mujeres menores de 50 años. Hablamos de eficacia en programas de cribado poblacional. Sin embargo la mamografía sí que resulta eficaz en tanto que permite diagnosticar cáncer de mama en mujeres con lesiones palpables y por tanto una ganancia personal a las mujeres diagnosticadas, sea cual sea la edad.

¿Los programas de detección precoz se limitan a la mamografía?

Como programa de salud pública, el objetivo es la salud de la población

desde un punto de vista colectivo. Los programas de detección precoz junto con los avances diagnósticos y terapéuticos se han traducido en un aumento de la supervivencia, que se sitúa por encima del 70% a los cinco años del diagnóstico. La generalización de programas ha promovido que la mayor parte de las mujeres de nuestro ámbito sepan qué es una mamografía y qué repercusiones puede tener. Uno de los objetivos que se contemplan al poner en marcha los programas de detección precoz de cáncer de mama es la mejora de los recursos necesarios, tanto de las unidades de detección, como de diagnóstico y tratamiento. La configuración de unidades de mama multidisciplinarias, es por tanto una reivindicación técnica que las profesionales de la salud y las mujeres debemos exigir.

¿El concepto de unidad de mama implica una coordinación entre especialistas o tiene también que ver con un espacio físico?

La experiencia de ser coordinadora de un programa de detección precoz de cáncer de mama desde hace 9 años y la perspectiva de haber padecido un cáncer de mama en 2002 me ha permitido evidenciar que el sistema sanitario está volcado en el tratamiento de los aspectos biológicos del cáncer de mama; tratamiento quirúrgico, quimioterapia, radioterapia... pero no podemos obviar que uno de los atributos más genuinamente femeninos es la mama, "la teta", y evidentemente, todo lo relacionado con ella tiene connotaciones sociales, estéticas, de feminidad, sexuales, eróticas y simbólicas. Las mamas, los senos, simbolizan cobijo, protección, alimentación y crecimiento. Es decir que la patología de la mama y sobre todo el cáncer de mama tiene unas importantes repercusiones bio-psico-sociales con implicaciones físicas y psicológicas complejas. Entiendo que las Unidades de Mama deben ser un departamento del hospital atendido por un equipo multidisciplinar de especialistas expertos en mastología cuyo diseño atienda a la utilidad, facilidad y comodidad de empleo por parte de

las usuarias y del personal sanitario, que permita cubrir aspectos de confort psicoemocional y social ya que puede aportar una importante repercusión positiva sobre la calidad de vida integral. La Unidad debe estar dirigida y coordinada por una persona especialista, cualificada y especializada en mastopatías y formada por un equipo que integre el manejo multidisciplinar de las pacientes (ginecología, cirugía, radiología, citopatología, oncología, psicooncología, radioterapia, cirugía reparadora, cirugía torácica, fisioterapia, enfermería, servicios sociales...)

El abordaje integral del tratamiento debe contemplar desde el momento diagnóstico los factores psicológicos, sociales y conductuales que pueden influir en la morbilidad del cáncer de mama, las diferentes fases de tratamiento, hasta la reincorporación a la vida social o laboral, en integridad física y psíquica para enfrentarse de nuevo a la vida cotidiana. Y para recibir esa atención integral, las mujeres no pueden estar deambulando de un sitio a otro. La necesidad de que esté ubicada en un espacio físico específico lo refrenda la publicación de un reciente estudio de la universidad de Los Ángeles, California, que demuestra que las mujeres sienten la necesidad de proteger a sus hijos y de agruparse con otras mujeres en situaciones en que aumenta la producción de oxitocina provocada por el estrés. Cuando esto ocurre, se produce mayor cantidad de oxitocina que disminuye el estrés severo y produce efecto calmante. Podemos deducir que la interrelación entre mujeres constituye una fuente recíproca de fortaleza.

Acerca de esta necesidad hay que insistir a las personas que gestionan el sistema sanitario ya que el cáncer de mama es el tumor más frecuente en las mujeres.

¿Cómo es posible, entonces, que no se sepa nada de su origen?. ¿Se está investigando lo que hay que investigar?

Por su importancia, la investigación, el diagnóstico y el tratamiento del cáncer de mama deben ser considerados como prioritarios dentro de las políticas

sanitarias, pero sería necesario dar mayor relevancia a la investigación etiológica de buena calidad, ya que los factores establecidos explicarían menos del 50% de los casos observados y no justifican su incremento en las sociedades industrializadas.

¿Qué papel juegan los intereses de las multinacionales farmacéuticas en la investigación de las causas y tratamientos de cáncer?

El poder económico de la industria farmacéutica responde más a necesidades industriales que a las de la salud de las poblaciones y, por ende, se promueve la investigación en quimioprevención por encima de la investigación etiológica. Como ejemplo de ese poder, baste recordar que la regulación de medicamentos en la UE depende de la Dirección General de Industria y no a las de Salud o Consumo! Para minimizar o evitar la medicalización injustificada de la vida de las mujeres se debería comprometer a las administraciones sanitarias públicas a realizar investigación independiente.

¿Existe el derecho a la reconstrucción mamaria en la sanidad pública?

La reconstrucción mamaria debería ser una parte fundamental del tratamiento y rehabilitación de las pacientes que han sufrido mastectomía: los beneficios mejoran ostensiblemente la calidad de vida de la paciente. Sin embargo, el acceso a la misma no es equitativo en el sistema sanitario.

Está claramente demostrado el impacto psicológico y emocional que supone la pérdida de la mama en tanto símbolo cultural y socialmente asociado a la feminidad. Los efectos negativos en la mujer afectada de cáncer de mama incluyen depresión, sensación de falta de feminidad, imagen corporal negativa, pérdida de interés sexual...

La reconstrucción mamaria se encuentra en continuo progreso, siendo posible ofrecer a las pacientes mastectomizadas una amplia variedad de alternativas quirúrgicas,

con implantes de silicona o con tejidos autógenos para lograr recrear una mama de aspecto natural. Puede realizarse de forma inmediata tras la mastectomía o como procedimiento diferido tras un intervalo de tiempo.

¿Qué piensa de la mastectomía preventiva, que ya se está haciendo en España?

Por todo lo que he comentado anteriormente sobre la simbología de la mama y las implicaciones biopsicociales que conlleva, la indicación de mastectomía profiláctica sólo debería ofrecerse a portadoras de la mutación en unidades de mama que cuenten con atención de especialista en consejo genético y apoyo psicológico.

Se estima que el 5-10% de los casos de cánceres de mama están asociados a predisposición hereditaria, es decir causados por la transmisión hereditaria de mutaciones en genes de penetrancia variable. La predisposición al cáncer tiene una herencia autosómica dominante, con un 50% de riesgo de transmitir los alelos de las mutaciones a los hijos, y por tanto un 50% de riesgo de ser portador de la mutación genética.

La sospecha de cáncer de mama hereditario se basa en patrones de agregación familiar, edad de presentación, expresión de bilateralidad y la coexistencia de otras neoplasias.

Para llevar a cabo el estudio molecular, además de tener una historia familiar de cáncer significativa debe tenerse en cuenta si el estudio influirá en decisiones médicas para la mujer y para otros miembros de la familia. La complejidad de las pruebas genéticas estriba en las consecuencias psicológicas y conductuales que generan y la cadena de decisiones en los familiares. El consejo genético es un proceso de comunicación que aborda los problemas asociados con la aparición de un trastorno genético en una familia, cálculo del riesgo de síndrome hereditario y si procede, estudio de

mutaciones específicas. La demanda de consejo genético para personas con alto riesgo de padecer cáncer de mama por sus antecedentes familiares está aumentando en todo el mundo. Sin embargo, el número de especialistas capaces de ofrecer este tipo de información es escaso.

Aunque la mayoría de los casos de cáncer de mama sean probablemente esporádicos, en el siglo pasado ya se observó la existencia de un agrupamiento de casos en algunas familias.

Este año, el día dedicado al cáncer de mama, la Asociación Española Contra el Cáncer, trajo a Baleares a una mujer famosa tratada en Houston: ¿Son mejores en Houston?

Creo que la **aecc** cayó en el error de primar el "tirón" mediático de una persona famosa, a la que personalmente ofrezco mi respeto y solidaridad. Para la sensibilización en temas sanitarios hay que medir la repercusión que del mensaje que pueda trascender. En este caso, la imagen de una famosa afectada de cáncer de mama pero que opta por un centro de renombre internacional para tratarse, puede dar a entender -de forma errónea- que los tratamientos que se emplean aquí no son buenos o tienen peores resultados. Más criticable me pareció la campaña para promover la mamografía, un tríptico es como una tarjeta de "felicitación" en cuya portada aparece un sonriente elefante rosa sobre una montaña de corazoncitos... La infantilización de las mujeres en esta campaña para decir "lo que es mejor para ellas" refleja el peso de la sociedad androcéntrica en la que vivimos.

