

CÁNCER

Historias de pacientes

CLAUDIO DUBERSARSKY
ANDREA ORLANDO
MARCELO A. MAZZEO
EVELIN BACHMEIER
SEBASTIÁN VISOTSKY

CÁNCER

Historias de pacientes



EDITORIAL AUTORES DE ARGENTINA

Dubersarsky, Claudio

Cáncer : historias de pacientes / Claudio Dubersarsky ; Andrea Orlando ; Marcelo Mazzeo. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : Autores de Argentina, 2019.

150 p. ; 21 x 15 cm.

ISBN 978-987-87-0232-2

1. Literatura Testimonial. I. Orlando, Andrea II. Mazzeo, Marcelo III. Título
CDD A863

EDITORIAL AUTORES DE ARGENTINA

www.autoresdeargentina.com

Mail: info@autoresdeargentina.com

Queda hecho el depósito que establece la LEY 11.723

Impreso en Argentina – *Printed in Argentina*

*A nuestras
familias por el apoyo incondicional.*

*A nuestros hijos,
David, Nicolás y Sofía,
las personas que más amamos en este mundo.
Los admiramos y estamos orgullosos por la clase de personas que son,
por sus valores y su sensibilidad para con el prójimo.
Son nuestros maestros en la vida.*

*A nuestros pacientes
que nos eligieron para acompañarlos*

ÍNDICE

Prólogo.....	13
Introducción	17
Entrevista imaginaria.....	19
La vida en centímetros.....	27
Onelio	31
Bernardo	34
Pedro.....	40
Pablo.....	42
El cáncer en el poder	47
Evita	54
Patricia.....	58
Juan.....	61
Agustín	65
Taxi: el segundo viaje	67
Prevención, la madre de todas las batallas	69
Prevención primaria y secundaria	72
Nutrición y cáncer, íntimamente relacionados	81
La importancia del odontólogo en el equipo interdisciplinario	87
Estrés, ansiedad y depresión en pacientes con cáncer	95

Mindfulness, una herramienta eficaz.....	115
¿Quién cuida al que cuida?	119
Top 100 de preguntas y respuestas segunda parte	123
Llagas y úlceras en la boca: ¿son siempre aftas?.....	137
Terapia financiera	145

AGRADECIMIENTOS

Prof. Graciela Balegno
Mariano Leibovich
Dra. Evelin Bachmeier
Econ. Sebastián Visotsky
Prof. Dr. Marcelo Mazzeo
Ing. Ana Sturam

PRÓLOGO

Cuando en 2004 regresé a la Cátedra de Fisiología de la Facultad de Odontología de la UNC (Universidad Nacional de Córdoba), luego de un autoexilio de casi nueve años, tuve la oportunidad de retomar mi pasión por la docencia y, junto a ello, la posibilidad de motorizar la actividad de investigación y extensión aletargada por circunstancias que no vale la pena recordar. Había encontrado, gracias a la ayuda invaluable de mi querida maestra y amiga, la Prof. Dra. Ana Beatriz Finkelberg, una nueva veta para resignificar mis sueños frustrados por medio de la iniciación de la tesis de doctorado en Odontología. Ensayamos durante varios meses dentro de su línea de investigación alguna temática que me permitiese no solo cumplir mis anhelos, sino también en “devolver”, tal como ella siempre expresara, a la “comunidad de pacientes”, los posibles nuevos conocimientos para ponerlos a su “servicio” en un intento por mejorar su calidad de vida, desde nuestro rol en el equipo interdisciplinario de salud oncológico.

Jamás imaginé que ese juego de variables orientadas hacia las metas propuestas culminaría en la posibilidad de adentrarme en el mundo de las enfermedades crónicas, más específicamente en la enfermedad de cáncer y en su vinculación con la odontología.

Es así como comenzamos a esbozar una hipótesis, con objetivos generales y específicos sobre un modelo de investigación en pacientes que recibían quimioterapia ambulatoria sobre la base de dos de los diagnósticos más comúnmente frecuentes como son el cáncer de colon y de mama.

El desafío consistía en evaluar los cambios o complicaciones que podrían advertirse en diversas estructuras de la cavidad bucal, con especial énfasis en el funcionamiento de las glándulas salivales y el mantenimiento de la homeostasis local, por efecto de las toxicidades secundarias a partir del tratamiento con drogas oncológicas.

El planteo era concreto: debía efectuar estudios observacionales de la boca durante cuatro a seis meses (dependiendo del tratamiento terapéutico indicado) en pacientes que debían sistemáticamente concurrir a un hospital de día, efectuando en ellos actividades de diagnóstico clínico, evaluación de índices de salud bucal, confección de historias clínicas, fichas odontológicas y recolección de muestras de saliva, analizando sobre ellas algunas modificaciones en la cantidad y su composición antes, durante y al finalizar sus respectivos tratamientos.

Claro está que dicho estudio comprendía la valoración de los tejidos duros y blandos de la boca, más el consentimiento previo de cada paciente observado, sumado a su generosa voluntad de participar en un protocolo de investigación sin ningún otro interés que el de encontrar nuevos hallazgos que tendiesen a mejorar la calidad de vida de otros pacientes, que en el futuro debiesen enfrentar terapéuticas similares.

Creo imaginar a esta altura del prólogo que el lector manifestará (y tiene todo el derecho de hacerlo): ¿qué relación existe entre esta historia de un odontólogo que quería hacer una tesis con el prólogo del libro *Cáncer: historias de pacientes*? Lo cierto es que el proyecto había quedado pautado, pero nos faltaba el eslabón más importante: necesitábamos de la ayuda y orientación de un especialista en el área de la clínica oncológica que nos permitiese la capacitación adecuada y el soporte hospitalario donde formalizar la tarea con los debidos permisos legales de un comité de ética perteneciente a un nosocomio, que resguardase los intereses de los pacientes y la seriedad de nuestras acciones.

En ese tiempo, una querida colega de mi cátedra estaba transitando un cáncer de mama y fue precisamente ella quien dio el puntapié inicial para darle rienda suelta a un largo camino de encuentros. Aquí es, querido lector, donde se entrelaza la narración de mi proyecto, constituyendo el punto de partida, en el que las circunstancias de la vida me hicieron conocer a uno de mis más grandes amigos: el médico oncólogo Claudio Gastón Dubersarsky. Por ese entonces Claudio ejercía su novel especialidad en el Sanatorio Allende de Córdoba, en el cual ya se había desempeñado como residente y posteriormente como jefe de Residentes.

A medida que fuimos integrando e intercambiando nuestros conoci-

mientos, comprendimos que Claudio era un médico con condiciones humanitarias destacadas que le permitían no solo abordar específicamente la enfermedad, sino que ahondaba en otras dimensiones de la vida de sus pacientes.

Desde el estudio y diagnóstico de las distintas posibilidades de cáncer sistémico, existía un hilo conductor en la relación paciente-profesional que lo vinculaba y comprometía con quienes requerían de sus servicios profesionales en una devolución sin fin.

La contención del paciente con cáncer y de su entorno familiar, además de su intachable trayectoria profesional, fueron mostrándonos uno de sus más fuertes pilares, en su desempeño como médico.

Todas estas virtudes, sumadas a un trato transversal y afectuoso con gran pertinencia, hacen de este amigo un ser de cualidades excepcionales. Más allá de su labor asistencial, el Dr. Dubersarsky quiso “acercar” y “amigar” una especialidad compleja como la oncología a un lenguaje más cotidiano, despejando “tabúes” propios de la sociedad frente a la temática del cáncer, por medio de la edición del segundo libro de su autoría: *Cáncer: historias de pacientes*.

En 2010 nos sorprendía con un primer libro destinado a la comunidad titulado *Cáncer: oportunidad y aprendizaje*, en el que claramente transmitía sus vivencias desde las enseñanzas de sus queridos pacientes, trascendiendo la dimensión científica para transitar a una dimensión holística de la enfermedad, como proceso atravesado por otras perspectivas, más allá del diagnóstico y del tratamiento de rigor para su cura.

Hoy, nos acerca una nueva propuesta para entender desde un lenguaje coloquial, claro, simple, ameno y preciso, un conjunto de relatos ordenados que permitirán a quien desee adentrarse en tomar un conocimiento aproximado sobre el cáncer, su incidencia, factores de prevención, índices de prevalencia y tratamiento desde los aportes de la ciencia para remediarlo.

En sus dos facetas tanto como profesional y como persona, el Dr. Dubersarsky es un claro ejemplo de vida y sus acciones reflejan su tenacidad por seguir irrumpiendo con nuevos desafíos, que se tornan aún más valerosos sabiendo que son para el bienestar de los otros.

Por todo ello, nada mejor que citar a la autora Elizabeth Kübler-Ross,

quien oportunamente expresó: “Las personas son como ventanas con vidrieras: a la luz del sol brillan y relucen, pero en la oscuridad solo son bellas si algo en su interior las ilumina”.

De alguna forma, el Dr. Dubersarsky desde su interior ilumina su entorno, contagiando entusiasmo y alentando entre quienes padecieron o tienen cáncer un camino de esperanza como “oportunidad” y como “aprendizaje” para revalorizar desde la enfermedad el sentido de la vida.

Prof. Dr. Marcelo Adrián Mazzeo

INTRODUCCIÓN

Luego de algunos años de la presentación de mi primer libro, *Cáncer oportunidad y aprendizaje*, siento que es el momento de comenzar a transitar nuevamente este camino de transmitir ideas, pensamientos, sueños y vivencias a través del milagro de un libro.

Mi primera experiencia como autor fue maravillosa, cientos de pacientes, colegas, amigos y familiares asistieron a la presentación.

Aquel 25 de agosto de 2010 algo mágico sucedió... un clima de emoción invadió la sala.

Canciones de Eladia Blázquez, interpretaciones actorales de “Cambalache” (uno de los textos del libro) y testimonios de pacientes hicieron de aquella noche una inolvidable.

En el primer libro, intenté transmitir que el cáncer puede ser una oportunidad para aprender a vivir en plenitud.

Busqué la manera de conciliar la idea de que una situación tan grave podía ser la llave para un cambio.

Sin embargo, en este momento quiero expresar también mi enojo por esta enfermedad que hace sufrir a la gente, sin distinción de edad, sexo, raza o condición socioeconómica.

El título de este libro trasluce un juego de palabras, que intenta ser un grito de desahogo... “Cáncer H D P”...

En esta obra invité a participar a mi compañera en la vida, la Dra. Andrea Orlando, desde hace unos años trabajamos en un equipo interdisciplinario en donde ella trata a los pacientes en el aspecto psicológico y emocional.

Su sensibilidad y su don para escuchar e interpretar en profundidad las circunstancias del proceso salud-enfermedad ha sido el complemento ideal para ayudar a los pacientes y familiares en el camino de sanación.

También convoqué para que me acompañe al Dr. Marcelo Mazzeo,

con quien desde hace años compartimos la pasión por la investigación y la docencia. Agradezco y me enorgullezco por su amistad.

Los invitamos a transitar juntos historias de personas famosas, y no tanto, que padecieron o padecen cáncer, y por medio de ellas aprender más acerca de la enfermedad y de los tratamientos, pero por sobre todas las cosas, las experiencias de vida de cada uno de ellos.

*“El creer y el crear están a una letra de distancia, y relacionar
ambos conceptos es muy sencillo: si tú crees en un sueño,
él se crea”.*

ALBERT ESPINOSA

ENTREVISTA IMAGINARIA

Dra. Andrea Orlando

Años atrás mientras estaba en plena búsqueda de explicaciones acerca del dolor de la gente, llegó a mis manos el libro *Cuando la gente buena sufre* de Harold Kushner.

El contenido de este libro posee una riqueza de reflexiones y pensamientos que ayudan a aquellos que están sufriendo y no le encuentran sentido a ese sufrimiento.

Personalmente este libro me conmovió e imaginé una entrevista personal con él, en la que tenía la posibilidad de hacerle preguntas para tratar de develar nada más ni nada menos las causas del sufrimiento de las personas, cuál es rol que tiene Dios y su influencia para que esto suceda, entre otras cosas...

En esta entrevista imaginaria, le planteo diferentes preguntas, a las que él contestará con párrafos de su libro.

A las nueve en punto estaba ya sentada en el Café de la Cañada y Colón, aguardando que llegara Harold para el reportaje.

Observaba los rostros que había a mi alrededor, por las dudas él hubiese llegado antes de lo previsto.

—¿Más café, señora? —preguntó el mozo. Asentí con la cabeza. Volví a consultar el reloj.

Alguien se puso de pie en una mesa contigua. ¡Allí estaba! Tenía que ser él. Canoso, frente descubierta y unos grandes anteojos que acentuaban aún más su aspecto de hombre bueno e inteligente.

Hice unos pasos, y ya estaba junto a él.

—Doctor Kushner, soy Andrea Orlando. Un gusto conocerlo. ¿Nos sentamos? Quiero agradecerle su tiempo y predisposición para realizar esta entrevista. La primera pregunta que le quiero hacer es acerca de la motivación para escribir *Cuando la gente buena sufre*.

Harold levantó la taza e inhaló el aroma del rico café. Y comenzó a hablar...

—Luego de la muerte de mi hijo (Aaron), que solo tenía tres años, tuve que enfrentarme al más duro y terrible interrogante de todo ser humano: ¿por qué sufre la gente inocente? Sabía que algún día escribiría este libro. Lo haría desde mi propia necesidad de poner en palabras algunas de las más importantes cosas que he llegado a creer y a comprender... Quise escribirlo para quienes han sido heridos por la vida, por muertes, enfermedades, rechazos o desilusiones y que íntimamente saben que, si hay justicia en el mundo, ellos merecen algo mejor.

—¿Cuál fue exactamente el diagnóstico de Aaron?

—Te cuento brevemente. Aaron era un niño alegre y feliz, mi esposa y yo nos preocupamos por su salud desde que dejó de crecer a los ocho meses y más aún cuando se le comenzó a caer el cabello poco después de cumplir un año. En Boston, el pediatra nos comunicó que el problema de nuestro hijo se llamaba *progeria*, “envejecimiento acelerado”. Nos explicó que Aaron no alcanzaría una altura superior a los 90 cm, no tendría cabellos ni en la cabeza ni el cuerpo, su cara sería la de un ancianito aun siendo niño y moriría al comienzo de la adolescencia.

Mientras lo escuchaba, mis ojos se llenaron de lágrimas, y no podía dejar de pensar en mis hijos...

—¿Cómo se maneja una noticia como esa?

—Yo era un rabino joven y sin experiencia, no estaba familiarizado con el proceso de la pena, no como lo estaría más adelante, y lo que más sentí ese día fue una profunda y dolorosa sensación de injusticia. No tenía sentido. Yo había sido una buena persona. Me había esforzado por hacer lo correcto a los ojos de Dios. Más aún, llevaba una vida de mayor compromiso religioso que la mayoría de la gente que conocía. Creía que estaba siguiendo los designios de Dios y haciendo su trabajo. Me preguntaba: ¿cómo era posible que le estuviese sucediendo eso a mi familia? Si Dios existía, si era mínimamente justo y, aún más, afectuoso e indulgente, ¿cómo era posible que me hiciera eso? Aun cuando pudiera convencerme de que me merecía ese castigo por algún pecado de omisión o de orgullo del cual no era consciente, ¿por qué razón por medio de Aaron?

—¿Tuvo una crisis de fe?

—No sé exactamente si llamarlo crisis de fe... La noticia estaba en contra de todo lo que me habían enseñado. No es así como funcionaba el mundo. Se suponía que esas tragedias les sucedían a personas egoístas y deshonestas a quienes yo, como rabino, debía consolar, asegurándoles que el amor de Dios lo perdonaba todo. Si lo que yo creía acerca del mundo era cierto, ¿cómo podía sucederme a mí, a mi hijo?...

—Entonces, rabino, la pregunta que no podemos eludir es: ¿por qué a la gente buena le pasan cosas malas?

—Te lo puedo explicar de la siguiente manera. El hombre o la mujer que vuelve del médico con un diagnóstico espantoso, el estudiante universitario argumentándome que no hay Dios, o el desconocido en una reunión social, que al enterarse de que soy un rabino, se me acerca con la pregunta: “¿cómo puede creer en...?”, todos tienen en común la preocupación por la injusta distribución del sufrimiento en el mundo. Las desgracias de la gente buena no son solamente un problema para los que sufren y sus familias. Constituyen un problema para todos los que quieren creer en un mundo justo, honesto, habitable. Cuestionan la bondad, la benevolencia, y aun la propia existencia de Dios. He visto a familias e incluso a una comunidad entera unirse para rezar pidiendo la recuperación de una persona enferma, solo para ver que sus esperanzas eran burladas y sus oraciones desatendidas. He visto enfermar a las personas equivocadas, he visto sufrir daño a los que menos lo merecían, he visto morir a los más jóvenes.

—Una sensación similar ocurre con el cáncer, increíblemente vemos padecer la enfermedad a personas buenas, jóvenes, niños, con toda una vida por delante, que sin ninguna duda no merecían nada de lo que les estaba sucediendo... Las preguntas “¿por qué a mí?”, “por qué ahora?”, son recurrentes...

Noté que estaba cómodo y a gusto con el reportaje. Cada tanto sonreía en forma cómplice, cuando notaba mi cara de asombro ante cada uno de sus comentarios.

Tomó el último sorbo de café y me confesó:

—Cuando abro el periódico me resulta difícil creer en la bondad de

este mundo: asesinatos sin sentido, bromas fatales, jóvenes muertos en accidentes de tráfico cuando se dirigían a su boda o volvían de la entrega de diplomas de su hijo. Sumo estas historias a las tragedias personales que he vivido y tengo que preguntarme si puedo, en buena fe, seguir diciendo a la gente que el mundo es bueno y que hay una especie de Dios amoroso y responsable de todo lo que sucede en él. No es preciso que se trate de personas excepcionales o muy santas para que nos enfrentemos a esta cuestión. No solemos plantearnos por qué sufren las personas que carecen por completo de egoísmo, personas que nunca han hecho el menor daño a alguien, porque conocemos muy pocas personas de ese estilo. Pero nos preguntamos con frecuencia por qué las personas normales, vecinos encantadores y amistosos, que no son extraordinariamente buenas ni extraordinariamente malas, por qué esas personas tienen que enfrentarse de repente a la agonía del dolor y de la tragedia. Si el mundo jugara limpio, seguro que no se lo merecerían. No son mucho mejores ni mucho peores que la mayor parte de la gente que conocemos. ¿Por qué entonces son sus vidas tan duras?.. La idea de que Dios da a los hombres lo que se merecen, de que nuestras faltas ocasionan nuestras propias desgracias, es una solución atractiva y adecuada a varios niveles, pero posee serias limitaciones.

—¿Y entonces cuál es el rol de las religiones?

—Es posible que el objeto de la mayoría de las respuestas religiosas no sea tanto aliviar el dolor de la persona sufriente, sino defender y justificar a Dios, para persuadirnos de que lo malo es en realidad bueno, de que nuestra aparente desgracia sirve a los designios más grandes de Dios. Sin embargo, te puedo decir que lo que más necesitan las personas que atraviesan por un momento doloroso es consuelo, no una explicación. Un abrazo cálido y un oído paciente curan más corazones que un sermón teológico.

—En ocasiones familiares y amigos se sienten impotentes, no saben cómo colaborar, qué decir, cómo actuar... ¿Qué consejo les podría dar?

—Habrá momentos en que las cosas estén tan destrozadas que estarán seguros de no poder hacer nada para enmendarlas, pero siempre pueden hacer algo, aunque más no sea sentarse junto a alguien y ayudarlo a llorar, para que no tenga que llorar solo...

—Harold, ¿Ud. cree en los milagros?

—Por supuesto que creo. Pero algunas veces debemos mirar con mucha atención para verlos porque no siempre adoptan la forma que estábamos esperando. Cuando un niño muere de una enfermedad incurable, el milagro no fue que el niño sobreviviera, sino tal vez el milagro fue que el matrimonio de sus padres sobrevivió a pesar de las tensiones que inflige la muerte de un hijo a un matrimonio. Cuando vemos que gente débil se vuelve fuerte, que gente tímida se vuelve valiente y que gente egoísta se vuelve generosa, sabemos que estamos presenciando un milagro...

Nos acababa de terminar la última frase, cuando sonó su teléfono.

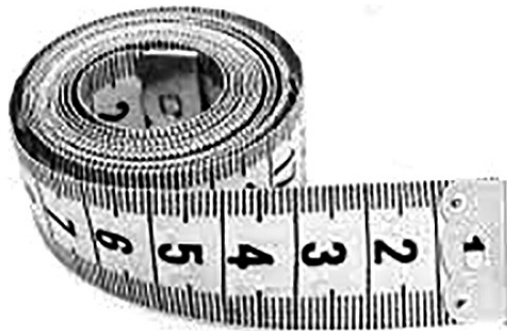
Era su mujer para recordarle que habían quedado en almorzar con la familia Cohen.

Me pidió disculpas por tener que interrumpir la charla y me invitó a presenciar la conferencia que iba a dar al día siguiente en la Universidad Nacional de Córdoba...

Nos dimos un fuerte abrazo, como si fuésemos amigos de años...

HK nació en Brooklyn, Nueva York, y se graduó en la Universidad de Columbia. Se ordenó y doctoró en Estudios Bíblicos en el Seminario Teológico Judío. Es rabino desde hace más de treinta años. En 1981, a fin de superar la muerte de un hijo, escribió *Cuando la gente buena sufre* (1994), libro que lo lanzó a la fama y se ha convertido en un verdadero clásico. Es autor también, entre otros títulos, de *Cuando nada te basta* (1987), *¿Quién necesita a Dios?* (1991), *¡Por la vida!* (1996), *¿Debemos ser perfectos?* (1997), *Dar sentido a la vida* (2002), *El Señor es mi pastor* (2003) y *Cuando la vida te decepciona* (2006).

LA VIDA EN CENTÍMETROS



“La vida en centímetros”, TEDEX Universidad Católica de Córdoba
<https://www.youtube.com/watch?v=bqmdu4GkD0w>

Ejercicio:

Tomar un centímetro, ubicar el número 80 y hacer un corte con una tijera...

A ese trozo le haremos un nuevo corte, restando la edad que tenemos.

Ejemplo: Una persona de 40 años hará un corte a la mitad.

Ahora le haremos un nuevo corte de un 30% aproximadamente que representa el tiempo que pasaremos durmiendo.

El ejercicio va llegando a su fin, y cada uno de nosotros se quedó en la mano con un pequeño fragmento de tela que representa metafóricamente la vida que nos queda por vivir.

“No pierdas tiempo y comienza a disfrutar de la vida HOY”.

ONELIO

*“La fe ve lo invisible,
cree lo increíble y recibe lo imposible”.*

ANÓNIMO

El día de la presentación de mi primer libro, allá por 2010, en la Facultad de Ciencias Exactas de la Universidad Nacional de Córdoba, el rabino Marcelo Polakoff contó un cuento.

Pasaron varios años desde aquel momento y, todavía, muchos de mis pacientes se acuerdan y hacen reflexiones acerca de su profundidad. Por este motivo decidí contárselos y compartirlo con ustedes.

En una pequeña ciudad de Polonia, residía una importante comunidad judía conformada aproximadamente por cuatro mil personas. Tenían una hermosa sinagoga, un colegio y un cementerio. Gran parte de la comunidad se dedicaba a la agricultura y a la ganadería.

En 1985, una gran y prolongada sequía hizo que muchos de los campesinos perdieran gran parte de la cosecha.

Desesperados por la situación, decidieron convocar a toda la kehilá (comunidad) con el propósito de rezar y pedir a Dios para que enviara la lluvia, la tan ansiada salvación.

El presidente de la kehilá, junto a la comisión directiva, se reunió con el rabino y le plantearon la inquietud.

Al rabino, que era una persona inteligente y carismática, muy respetado incluso fuera de la comunidad, pero que, además, junto a representantes de otras religiones integraba un grupo interreligioso por la paz, le pareció una muy buena idea, por lo tanto, se fijó en su agenda y propuso la convocatoria para el domingo siguiente por la mañana y en la sinagoga.

Los organizadores se encargaron de la difusión, personalmente, por

teléfono e incluso mandaron una nota en los cuadernos comunicadores de los niños que iban al colegio judío.

La nota decía así: “Convocamos a toda la comunidad el domingo a las 9 en la sinagoga para orar y pedir a Dios que nos envíe la lluvia. Te esperamos junto a toda la familia.

Shalom!

Comisión directiva de la kehilá”.

Finalmente llegó el domingo y cientos de personas se reunieron en la sinagoga, incluso fueron algunos que no asistían a los servicios religiosos desde hacía mucho tiempo.

Los empleados del templo repartían kipot (gorritos para la cabeza), sidurim (texto para rezar), y además habían preparado una mesa con café, té, gaseosas y muchas exquisiteces típicas de la comida judía. Knishes, strudel de manzana, pletzales con pastrón, entre otros manjares. Según decían los sabios judíos, en ninguna reunión podía faltar la buena comida...

Eran las 9:30, la sinagoga estaba repleta, pero el rabino no había llegado.

Corrieron a llamarlo por teléfono, pero no tuvieron éxito. La gente se empezó a inquietar, entonces Shlomo, el presidente, fue a buscarlo en su auto.

Durante el trayecto pensaba y temía por la salud del rabino, no era habitual que faltara a un compromiso y mucho menos que llegara tarde.

Una vez en la casa, a la que solo separaban cinco minutos en auto desde la sinagoga, tocó con nerviosismo el timbre. De inmediato, el rabino vestido aún con pijamas abrió la puerta y saludó a Schlomo.

—Rabino, lo estamos esperando en la sinagoga, ¿acaso se ha olvidado que hoy nos juntábamos para orar y pedir a Dios que nos envíe la lluvia y acabe de una vez con esta tremenda sequía?

—No me he olvidado, Schlomo, simplemente decidí no ir porque ustedes no tienen fe.

—No lo entiendo, rabino. ¿Qué quiere decir? ¿Acaso se ha vuelto loco?

—No, Schlomo, no estoy loco, simplemente esta mañana a partir de las 8 observé que de todas las personas que se dirigían a la sinagoga ninguna de ellas llevaba paraguas... Por lo tanto, quiere decir que no tenían fe en que Dios todopoderoso podía hacer llover...

Al final del relato, en la sala colmada, todos enmudecieron ante el impactante relato, el cual lo “único” que hace es llevarnos a la reflexión acerca de la fe, de la convicción que tenemos cuando oramos para que ocurra un milagro.

A la semana siguiente de la presentación del libro, vino a la consulta un paciente muy querido por mí, Onelio. Me trajo de regalo un paraguas y además una carta muy emocionante, en ella me decía que él creía en el milagro de la sanación y que llevaría siempre consigo un “paraguas”...

BERNARDO

Berni, como lo llaman sus amigos y familiares, es para mí un paciente muy especial. Desde que lo conozco, me ha ido despertado un profundo cariño y admiración.

Les cuento brevemente su historia...

Era la época en que se estaba jugando el mundial de fútbol en Sudáfrica, año 2010. Bernardo vino a la consulta...

Lo traté por un cáncer de recto en 2007. Efectuó un tratamiento multimodal con quimioterapia, radioterapia y cirugía. Lamentablemente, no se pudo evitar la realización de un ano contra natura definitivo debido a que el tumor estaba localizado a muy pocos centímetros del ano e impedía la anastomosis (unión) de los extremos del intestino.

Bernardo siempre fue muy positivo y optimista, pero le costaba lidiar con la idea de convivir con una bolsa de colostomía toda la vida. De hecho, lo alenté y prácticamente, con mucho esfuerzo, lo induje a consultar con un psicólogo cuando me comentó su desgano para seguir viviendo, necesitaba que lo ayudaran en forma especial.

Nunca me hubiese imaginado que años más tarde me sorprendería con la noticia que se había convertido en presidente de un club.

El hecho de que se estuviese jugando el mundial de fútbol, en cuyo transcurso y durante todo un mes se habla y se piensa solo en fútbol, me predispuso a pensar que se refería a presidente de un club deportivo.

—Claudio querido, fuiste una de las personas que más me ayudó a afrontar mi enfermedad, me hiciste ver que uno puede encontrar luz y esperanza en todas las circunstancias de la vida, incluso en la más duras y tristes.

Sus palabras me pusieron los ojos vidriosos. Mi cara fue cambiando de fisonomía mientras relataba que había fundado en su ciudad “El club de la colostomía”. Si bien había escuchado que funcionaba una asociación

parecida en el Hospital de Clínicas, me impactó que él, al que tanto le había costado lidiar con este tema, hubiera transformado su realidad en solidaridad hacia otros.

—Primero te felicito, estoy muy orgulloso de vos. Contame cómo se te ocurrió tan maravillosa idea.

—Hace ya muchos meses empecé a comprender que los pacientes como yo necesitaban una ayuda “extra” a la que recibían de sus cirujanos. La mayoría temían hablar o les avergonzaba realizar ciertas preguntas, sobre todo las relacionadas con el olor, gases, sexualidad. Hay muchos mitos y tabúes.

—Tenés razón, casi nunca me consultan acerca de este tema y, los que lo hacen lo realizan muy por arriba.

—Es que, preocupado por la situación, indagué y realicé una búsqueda por internet para averiguar cómo se abordaban estos problemas en otras partes del mundo. Así pude confirmar lo que intuía... Existían múltiples asociaciones de ostomizados que se encargaban de brindar ayuda y asesoramiento a pacientes y familiares. Al igual que en otros grupos de ayuda, estas asociaciones estaban conformadas y lideradas por personas ostomizadas; parecido al grupo de los alcohólicos anónimos.

Entonces hablé con mi cuñado, que es periodista del diario local y amigo de la infancia del intendente, y le pedí que me concertara una reunión con el fin de conseguir apoyo y fondos para armar el club.

Al principio algunos amigos y sobre todo mis familiares cercanos trataron de disuadirme: “Para qué te querés complicar la vida...”, “Vas a descuidar tu trabajo, pará...”, “Te vas a meter en un quilombo, vos no sos ni médico ni enfermero...”.

Lejos de amedrentarme fortalecieron mi convicción.

—¡¡Qué maestro!!! Contame, ¿el intendente qué te dijo?

—No vas a creer en las casualidades, el padre del intendente está colostomizado, secreto total, en el pueblo nadie sabía porque lo habían operado en Córdoba. Es muy común que los gringos se traten acá para que nadie se entere. Como se dice: pueblo chico, infierno grande...

—Estoy convencido de que no existen las casualidades, sino las causalidades.

—Así es... Me prestó un pequeño departamento monoambiente en el centro de la ciudad para que funcionara el club. El inmueble estaba muy descuidado, pero con mis hijos lo pintamos, le pusimos algunos detalles de decoración, entre otras cosas, y quedó impecable.

—¿Qué bueno! ¿Ya tenés muchos miembros o socios?

—Al principio dos o tres. Surgían dudas en los modos de funcionamiento pensando en las diferencias de nuestro sentido del asociacionismo para que encajase en una mentalidad más individualista y reservada en determinados temas. Afortunadamente la realidad me sorprendió y noté claramente la necesidad que estos pacientes sentían y “exigían” comunicarse abiertamente con otras personas en la misma situación. Actualmente somos 15 personas...

—¿Fue muy difícil contar tu historia abiertamente?

—No, para nada. Sentí el alivio de no tener que ser un intermediario para estas relaciones, puesto que se producían con toda espontaneidad.

El grupo encuentra en su propio seno la fuerza y los mecanismos para que sus miembros se ayuden mutuamente.

A mí me queda el trabajo de facilitar las relaciones y dedicarme fundamentalmente a las tareas de información y formación.

En los comienzos de mi carrera, cuando entrevistaba a un ostomizado, percibía la necesidad de comprobar que no era la única persona en el mundo a quien le ha sucedido tal desgracia. Se necesita comprobarlo personalmente. Este es un sentimiento bastante generalizado, aunque, por una u otra razón y cada vez más, quién más... quién menos, conoce de un modo directo o indirecto de la existencia de alguien que está pasando o ha pasado por la misma situación. Lo que no sabe, sencillamente, es cuán frecuente se desarrolla en nuestra sociedad.

Estaba tan compenetrado en la historia y en los recuerdos que no me di cuenta de que ya habían pasado treinta minutos, de pronto irrumpió el llamado telefónico de la secretaria recordándome que los pacientes en la sala de espera se estaban inquietando.

Semanas más tarde recibiría de Bernardo un mail, en él me contaba que lo habían premiado por su labor y en archivo adjunto me llegaba el discurso que había pronunciado en el acto.

Discurso de Bernardo, con motivo de haber sido distinguido como ciudadano ilustre de su ciudad

Queridos amigos: preparé unas líneas que quiero compartir con todos Uds.

Entre nuestros logros destacaré solo los más significativos...

En primer lugar, el habernos convertido en entidad de referencia en nuestra comunidad en el campo de la ostomía, haber sido reconocidos por los profesionales de la medicina y de la enfermería relacionados con el tema.

En segundo lugar, el haber conseguido crear una casa abierta donde todo el que llega encuentra algo muy parecido a una familia con quien compartir su recuperación.

Y como en la satisfacción por estos logros encontramos razones para seguir luchando y nos permitimos el lujo de tener proyectos.

La ampliación del número de nuestros asociados, amigos y colaboradores de nuestro club.

También quiero hablarles de nuestras dificultades.

Podría decirles lo que todos en esta sala sabemos, puesto que los obstáculos en nuestro camino son los mismos que los que ensombrecen el día a día de nuestras asociaciones.

Podría contarles que nuestros medios económicos son tan escasos que no permiten pagar la labor de nuestro equipo profesional, como es lo normal en las entidades de este tipo, alcanzando tan solo para cubrir con dificultad los gastos propios de mantener una sede abierta.

Así que nuestros colaboradores sanitarios y administrativos han de prestar su colaboración de forma desinteresada, de la misma forma en que lo hacen todos los que ayudan a sacar adelante todo el proyecto.

Pero no quiero quedarme en eso.

Prefiero hablarles, con un tinte algo personal, de que a pesar de las muchas dificultades de cada día por mantener en pie un proyecto de este tipo, a pesar de que el esfuerzo es tan enorme que a veces nos llega a desanimar, hay un regalo infinitamente valioso que nos compensa de todo. Y es la sonrisa de cada enfermo que, tras llegar a nuestras manos, desvalido y desorientado, sale después a la calle con el paso firme de una persona con esperanza.

Permítanme que les diga que esa es la única cosa capaz de recompensar nuestro esfuerzo. Y créanme que, para todos nosotros, es un buen pago a nuestro esfuerzo.

Para finalizar quiero dar las gracias de todo corazón a la municipalidad por esta distinción.

Gracias a mi esposa e hijos por el apoyo permanente.

Gracias a mis médicos, en especial al Dr. Claudio Dubersarsky, que me salvó la vida.

Pero por sobre todas las cosas gracias a todos los amigos del Club de la Colostomía, ya que sin ellos esto no podría ser posible.

Hay que aparentar que se es más RICO, más GUAPO, más JOVEN, más LISTO, más BRILLANTE, mejor PREPARADO, más DE TODO....

Este es el gran teatro del mundo en el que cada actor, que somos todos, nos confeccionamos nuestra propia máscara para hacernos valer; para hacer valer nuestra PERSONA que, ahora ya, hemos convertido en nuestro PERSONAJE. Y el personaje, en escena, tiene que mantener siempre su identidad para que sea creíble.

Este personaje pasa a ser nuestra PROPIA IMAGEN y de una u otra forma consciente o inconscientemente tratamos de eliminar todo lo que no convenga al "culto" de esta IMAGEN.

Podéis hacer una prueba práctica: hacidle una serie de fotos a cualquier persona y automáticamente ella se encargará de eliminar o, al menos tratar de eliminar, aquellas poses que no ensalcen los perfiles de ese PERSONAJE que ya lleva como impreso en el fondo psicológico y que no se doblega fácilmente al veredicto diario del espejo. Es una imagen que aun siendo virtual tiene una vigencia determinante y hasta ¡qué extremos!

El fenómeno de la ostomía significa nada más y nada menos que una irrupción violenta y por sorpresa en la vida de una persona y que con

el efecto de un mazazo que aplasta el juguete de nuestro “personaje”, los oropeles, acicalamientos, mampostorías y ropajes se han esfumado y quedan todas las “vergüenzas” al descubierto sin, tan siquiera, una hoja de higuera.

Dr. Bienvenido Díaz

EL CÁNCER DE COLON Y SUS FACTORES DE RIESGO

El cáncer de colon más frecuente en el 90% de los casos es el adenocarcinoma que se origina en las glándulas, mientras que los linfomas, sarcomas y melanomas son más raros.

Las principales pruebas de cribado para pólipos precancerosos y tumores son el test de detección de sangre en heces y la colonoscopia.

El principal factor de riesgo de cáncer de colon es la edad, en la franja de los 50. En los estudios se ha comprobado que a partir de esa edad empieza a aumentar la aparición de pólipos que podrían degenerar en cáncer y eso se debe a que los fallos celulares se van acumulando.

Los antecedentes familiares son otro de los factores de riesgo tanto para los tumores generados por pólipos (más del 95%), como para aquellos síndromes hereditarios no polipósicos (menos de un 5%) que se deben a determinadas mutaciones genéticas que pasan de padres a hijos, como el síndrome de Lynch.

PEDRO

Una mañana de otoño, concurren a la consulta Pedro, su esposa y su suegra. Iban en busca de una segunda opinión...

Me presento, los saludo con cordialidad y los invito a tomar asiento. Como de costumbre les pido que me cuenten los detalles de la enfermedad que padece el paciente y los tratamientos recibidos hasta el momento. Posteriormente y según la rutina, indago los estudios, para finalmente dar mi opinión.

Pedro comenzó a contarme su historia, me costaba entenderle, ya que balbuceaba, prácticamente no abría la boca para modular.

Instintivamente pensé que quizás tenía metástasis en el cerebro y esa era la causa de su dificultad. Apenas pude entender que tenía un cáncer de colon y que ya había realizado tres líneas distintas de quimioterapia, pero, a pesar de ellas, la enfermedad había progresado a nivel hepático.

Al parecer no le habían dicho que tuviese metástasis en otro órgano a excepción del hígado, así que en mi cabeza ya estaba la idea de sugerirle la realización de una resonancia magnética cerebral que confirmara la presencia de alguna lesión que justificara la dificultad en el habla.

Mientras tanto, la esposa y la suegra me observaban insistentemente, atentas a cada uno de mis gestos, quizás tratando de adivinar cuán grave estaba Pedro.

Tras unos minutos de analizar la biopsia, las tomografías y análisis invité a Pedro a acostarse en la camilla para poder revisarlo...

El estado clínico no era tan malo, solamente el hígado agrandado y doloroso eran las evidencias clínicas más relevantes. Sin embargo, si realmente tenía compromiso cerebral el pronóstico era otro, mucho más grave...

Ya estábamos sentados nuevamente alrededor del escritorio, cuando me preparaba para explicarles la necesidad de realizar estudios del cerebro, como por arte de magia, Pedro comienza a hablar bien...

No entendía nada...

—Discúlpeme, Pedro, ¿me puede explicar por qué hace unos instantes usted hablaba con dificultad y ahora lo está haciendo normalmente?

—Sí, doctor, le explico... Antes de entrar al consultorio me puse las gotas del tratamiento de medicina alternativa debajo de la lengua y debía mantenerlas allí durante unos minutos para que se absorbieran....

Me quedé perplejo, no sabía si reírme a carcajadas o decirle al paciente que no podía ser tan pero tan... ¡Y la esposa y la suegra no fueron capaces de decirle algo!

Finalmente prevaleció la sensación de inimputabilidad de los tres, me reí muchísimo, decidí escribir y compartir con ustedes esta historia trágica que de alguna manera rompió con la rutina de la crónica de las consultas de segunda opinión.

PABLO

“La imaginación consuela a las personas de lo que no pueden ser. El humor las consuela de lo que son”.

WINSTON CHURCHILL

Pablo es un paciente muy especial, muy querido por mí. Lo conozco desde hace tres años cuando el urólogo lo derivó por un cáncer de testículo.

Me cautivaba su sentido del humor; en cada consulta y, sobre todo, durante la quimioterapia me contaba chistes relacionados con los médicos. Me hacía reír a carcajadas no solo por el chiste en sí mismo, sino por la forma en que lo contaba.

A pesar de que Pablo ya está curado, todos los viernes desde hace más de un año, recibo un mail con algún que otro chiste.

El humor ayuda a afrontar la enfermedad por parte de los pacientes, pero también nos ayuda al equipo de salud para descargar el estrés y la tristeza que muchas veces nos envuelve en la práctica de nuestra profesión.

A continuación, una copia de un extracto de mails con los mejores chistes que recibí de Pablo.

Hola, doc., ¿cómo está? Yo con mucho trabajo en la oficina... estoy esperando un ascenso, así que no me puedo quejar, si Dios quiere en poco tiempo estaré en el puesto que soñé toda mi vida.

Mi abuelo me contó este chiste y quiero compartirlo con usted.

“Jorge, a sus 80 años, va a hacerse el chequeo anual.

Todos los análisis tienen resultado normales, por lo que el Dr. García le dice:

—Bueno, Jorge: todo indica que está muy bien desde el punto de vista físico. Pero ¿cómo se siente emocional y espiritualmente?

Jorge responde:

—Dios y yo estamos muy ligados. Fíjese, doctor, como Dios sabe que soy muy corto de vista, cuando voy al baño por las noches, Él me enciende la luz, cuando termino, me la apaga.

—¡Qué bárbaro! —dice el médico—. Parece increíble...

Un par de horas más tarde, el doctor, decide llamar por teléfono a Susana, la hija de Jorge, amiga suya.

—Hola, Susana. Tu padre está muy bien. Físicamente un diez. Pero te llamo porque tengo ciertos temores en cuanto a su relación con Dios. ¿Es cierto que cuando se levanta por la noche se enciende sola la luz del cuarto de baño y cuando termina la luz se apaga?

—¡¡¡Madre mía!!! —dice Susana—. Ya está otra vez meando en la heladera...

El siguiente e-mail lo recibí para un día del padre.

Querido Claudio, quería saludarte en este día tan especial para vos. Te regalo unos chistes cortitos pero muy graciosos...

Que los disfrutes, doc.

—¡Doctor, doctor! Sigo pensando que soy invisible...

—¿Quién dijo eso?

—¡Doctor, doctor! Estoy nerviosa. Esta es la primera vez que me operan.

—No tengas miedo, niña. Esta es la primera vez que opero.

El médico le dice a su paciente, en tono muy enérgico:

—En los próximos meses nada de fumar, nada de beber, nada de salir con mujeres, nada de comer en restaurantes caros, y nada de viajes.

—¿Hasta que me recupere, doctor?

—No. ¡Hasta que me pague lo que me debe!

—Doctor, ¿Ud. piensa que después de esta operación voy a volver a caminar?

—Claro que sí... Porque va a tener que vender el auto para poder pagar la factura de la clínica...

ANATOMÍA PATOLÓGICA INFORME:

Estimado Sr. Zabala:

—Tenemos buenas noticias para Ud., la mancha rosada del pene no era gangrena, sino lápiz labial.

—Atentamente, el equipo de Anatomía Patológica.

—P. D.: lamentamos la amputación.

—Fui al médico y me ha quitado el whisky, el tabaco y las drogas.

—Pero ¿vienes del médico o de la aduana?

—Doctor, doctor, TODOS me ignoran...

—Siguiente...

El marido le dice a su mujer: “¿Jugamos a los médicos?”.

La mujer le contesta: “Pero... ¿de la Seguridad Social o del privado...?”.

El sorprendido marido pregunta: “¿Y cuál es la diferencia?”.

A lo que contesta la mujer: “Si es de la Seguridad Social te doy cita para dentro de un año... y si es por lo privado... son 100 euros”.

Un matrimonio visita al médico. Tras examinar a la mujer, el médico le dice al marido:

—La verdad es que no me gusta el aspecto de su esposa.

—Ni a mí, pero es que su padre es muy rico...

Una mujer de 25 años le cuenta a una amiga sobre su matrimonio con un señor de 75 años.

—Es tan caballero... me trae flores todos los días, me regala bombones, me lleva de paseo, fuimos de vacaciones a Hawái, me compra ropa todas las semanas, me lleva al cine, al teatro, de cenas a los mejores restaurantes, joyas...

—¿Y en la cama? —pregunta la amiga.

—En la cama hacemos el tratamiento.

—¿Qué tratamiento?

—Él trata y yo miento.

Esta mañana, al levantarme, me encontraba tan mal que decidí matarme tomándome mil aspirinas.

—¿Y qué pasó?

—Pues que después de tomarme la segunda ya me encontré muchísimo mejor.

EL CÁNCER EN EL PODER

“Los síntomas de la enfermedad del poder, según la observación de Hemingway, comenzaban con el clima de sospecha que lo rodeaba, seguían con una sensibilidad crispada en cada asunto donde intervenía y se acompañaban con una creciente incapacidad para soportar las críticas. Más adelante se desarrollaba la convicción de ser indispensable y de que, hasta su llegada al poder, nada se había hecho bien”.

GUILLERMO JAIM ETCHEVERRY

En el transcurso de los últimos años, la medicina ha profundizado el análisis y la relación existente entre el “poder” y diferentes patologías. Entre las más frecuentes se presentan patologías cardiovasculares, oncológicas y psiquiátricas. Este interés responde a una toma de conciencia sobre la importancia que la salud de los poderosos tiene en su actuación pública. Se ha comprobado que el impacto de decisiones trascendentales ha estado ligado estrechamente al curso de las enfermedades que en su momento padecían quienes las adoptaron.

Sorprendentemente, quienes cuentan con las mejores alternativas para enfrentar sus enfermedades muchas veces son los que peor cuidado reciben porque tanto el poder y su entorno influyen al presionar, sobre la base de consideraciones de índole política, a que no se adopten las decisiones diagnósticas o de tratamiento que serían las más convenientes.

Felipe Pigna, al prologar el libro del Dr. Daniel López Rosetti *Historia Clínica*, expresó: “Al hombre público no solo se le perdona no ocuparse debidamente de su salud, sino que, en una visión muy particular de lo humano, se valora ese estoicismo, que encubre en no pocos casos cierta omnipotencia”.

Un caso paradigmático que se ajusta a este postulado es el de Evita, quien muere a causa de un cáncer de cuello uterino. Una enfermedad curable si se hubiese diagnosticado tempranamente. El doctor Albertelli, médico ginecólogo que atendió a Evita, escribió sus memorias con el título *Los cien días de Eva Perón*. En el texto relata acerca de que el diagnóstico era un secreto de Estado, Perón estaba al tanto de todo, pero a ella nunca se le mencionó la palabra “cáncer”.

El tumor era inoperable inicialmente por eso decidieron tratarla con braquiterapia, que consistió en la introducción de semillas de radium intravaginal. Cuarenta días después se convocó a uno de los cirujanos más prestigiosos y de experiencia de Estados Unidos, el Dr. George Pack, para que junto al Dr. Albertelli realizaran la cirugía oncológica. A pocos días y cursando el posoperatorio, el 11 de noviembre de 1951, se realizaron las elecciones nacionales, donde por el impulso de Eva, las mujeres votaron por primera vez. La Junta Electoral arbitró los medios para que ella votara en el hospital. Quizás este sea el legado político máspreciado que Eva dejó a nuestro país.

Solo tiempo después las metástasis pulmonares complicaron su situación, a pesar de que su estado clínico no era muy favorable se le realizó quimioterapia.

El 26 de julio de 1952, falleció luego de un extenso sufrimiento.

El otro legado y quizás el más importante es el aprendizaje y la toma de conciencia de efectuar los controles anuales de Papanicolau y colposcopia. Quizás si ella los hubiese hecho se habría curado y la historia de este país sería distinta.

Volviendo a la analogía del cáncer y el poder. ¿Es casualidad que en la última década cinco presidentes latinoamericanos padecieron cáncer?

A ciencia cierta no se puede afirmar una relación directa.

Bartolomé Mitre refiriéndose a San Martín decía: “Los héroes necesitan tener salud robusta, para sobrellevar las fatigas y dar a sus soldados el ejemplo de la fortaleza en medio del peligro”.

Es interesante analizar las características de los tumores que padecieron a los fines de informarnos sobre cada uno de ellos.

A Raúl Alfonsín, el padre de la democracia argentina, se le diagnosticó

un carcinoma pulmonar metastásico en huesos a principios de 2008. El pronóstico en este caso es muy desfavorable y la supervivencia muy corta. El objetivo del tratamiento en esta etapa consiste en mejorar la calidad de vida.

Alfonsín eligió tratarse en el University of Miami Sylvester Comprehensive Cancer Center, quizás para preservarse del acoso de la prensa, ya que en la Argentina se disponía de la misma tecnología y drogas que en Estados Unidos.

Se le realizó radioterapia en huesos de la cadera para paliar el dolor y quimioterapia para controlar el tumor pulmonar. Lamentablemente no fueron efectivos y el 31 de marzo de 2009, a tan solo más de un año del diagnóstico, falleció en su propia casa rodeado de familia y amigos como él deseó que sucediera.

El cáncer de pulmón representa un tercio de todas las muertes por cáncer. La incidencia de la enfermedad continúa aumentando especialmente en mujeres.

Se puede expresar que es una enfermedad fundamentalmente de fumadores. El ochenta por ciento de los casos sucede en fumadores o exfumadores y se estima que el 5% restante se debe a la exposición pasiva al humo del tabaco.

El diagnóstico suele hacerse por biopsia bronquial o punción percutánea. La estadificación se realiza con tomografía computada de cerebro, tórax y abdomen o PET scan.

En los estadios tempranos el tratamiento de elección es la cirugía, en cambio en los avanzados se utiliza quimioterapia y radioterapia.

El cáncer de laringe que tuvo el expresidente de Brasil Lula da Silva es un tumor directamente relacionado con el tabaquismo y el alcoholismo, aunque en ocasiones se debe a otros factores como el reflujo gastroesofágico que se genera a partir de una gastritis o esofagitis crónica.

Las primeras manifestaciones clínicas son la disfonía o la afonía debido a que la laringe es el órgano encargado de la fonación.

La ventaja es que se puede realizar un diagnóstico certero y temprano mediante un fibroscopio que realiza el otorrinolaringólogo en el consultorio.

Si se detecta la presencia de un nódulo o un pólipo se toma la biopsia del material y se envía a anatomía patológica.

En los casos malignos se realiza una tomografía o resonancia para identificar la presencia o no de compromiso ganglionar y de esta manera definir la estrategia terapéutica.

En la actualidad el tratamiento inicial y de elección es la conservación de la laringe mediante la realización de radioterapia y quimioterapia.

Cuando fracasa el tratamiento conservador se puede rescatar con una cirugía denominada laringectomía.

El conocimiento de la historia natural de esta neoplasia ha aumentado de forma importante y hay que resaltar los resultados logrados por la radioterapia, las técnicas quirúrgicas y la quimioterapia.

Es apropiado mencionar que cantantes, docentes y en aquellos que trabajan permanentemente esforzando la voz se pueden presentar síntomas de disfonía que no necesariamente son causados por un tumor.

A los presidentes Lugo y Roussef, de Paraguay y Brasil respectivamente, se les diagnosticó una enfermedad oncohematológica denominada linfoma.

Se caracteriza por la afección de los ganglios linfáticos y en ocasiones de la médula ósea u otros órganos.

Los pacientes consultan por presentar uno o más ganglios inflamados y aumentados de tamaño. Frecuentemente tienen fiebre, pérdida de peso y sudoración profusa.

Al sacar uno de los ganglios se realiza el diagnóstico, básicamente hay dos grandes grupos los linfomas Hodgkin y los no Hodgkin. El pronóstico y tratamiento son distintos.

La mayoría de ellos se curan con quimioterapia y radioterapia.

Se han postulado que muchas afecciones pueden ser las causas desencadenantes de los linfomas, entre ellas el antecedente de trasplante de órganos, HIV, enfermedades autoinmunes, infección por el virus de Epstein-Barr, *Helicobacter pylori* o hepatitis C.

Hasta la fecha la evolución de ambos presidentes ha sido muy favorable.

Hugo Chávez padeció un tipo de cáncer muy agresivo denominado sarcoma. Este tipo de tumor se genera en el tejido mesenquimático (mus-

culo, tejido graso o hueso), habitualmente se presenta en las extremidades, aunque puede afectar cualquier órgano.

La modalidad de tratamiento incluye en primer término la resección del tumor, y luego se trata con quimioterapia o radioterapia de acuerdo a cada caso en particular.

Los sarcomas suelen dar metástasis a distancia, especialmente en los pulmones.

Chávez recibió tratamiento con cirugías, quimioterapia y radioterapia, la mayoría de ellos efectuados en Cuba. La progresión de la enfermedad y las complicaciones intercurrentes le provocaron la muerte.

Llegando al final de este capítulo podemos concluir en que en los últimos años la investigación científica en diferentes disciplinas ha permitido enriquecer los abordajes de la relación entre vivencias emocionales y la presentación de diferentes enfermedades, entre ellas el cáncer.

Contamos hoy con información sólida sobre los mecanismos fisiopatológicos asociados a diferentes estados emocionales.

Asimismo, desde la neurociencia y la neurobiología ha surgido la comprensión de la biología de las emociones que ha permitido profundizar en su sentido y funciones.

El psicoanálisis también contribuyó a comprender los puentes que existen entre lo emocional y lo biológico.

El cáncer es una problemática multidimensional.

El cáncer es un “un mal amigo. Llega sin que lo llamen y se queda sin que lo inviten. En ocasiones, sin darnos cuenta, no solo lo llamamos, sino que además le facilitamos el camino y le abrimos la puerta”.

Tabaré Vázquez, oncólogo y actual presidente de Uruguay

EVITA

“Aparento vivir en un sopor permanente para que supongan que ignoro el final... Es mi fin en este mundo y en mi patria, pero no en la memoria de los míos (...).”

Extraña coincidencia: dos esposas del general Perón murieron del mismo cáncer....

¿Es pura casualidad que Aurelia Eugenia Tizón, la primera esposa del General, hubiera muerto de la misma enfermedad que Evita?

Es probable que Juan Domingo Perón las hubiera contagiado con el virus del papiloma humano, agente productor del cáncer cervical que, al parecer, padecieron ambas. Perón fue quizás un portador sano. También es probable que sus dos esposas lo hubieran padecido antes de conocer al General.

Con solo 31 años, Eva Duarte es intervenida de urgencia por un cuadro de abdomen agudo, se sospechaba una apendicitis...

Lamentablemente durante la cirugía los doctores Ivanissevich y Puig descartan la apendicitis y diagnostican en el examen ginecológico, un cáncer de cuello uterino.

Es dada de alta y unos días más tarde en la residencia presidencial los Dres. Albertelli y Dionisi, le practican un exhaustivo examen ginecológico bajo anestesia y determinan que la paciente tenía un tumor endofítico, grado III, con compromiso parcial del parametrio izquierdo y cúpula vaginal.

Le propusieron un tratamiento inicial con radium intrauterino para reducir el tamaño del tumor y posteriormente una cirugía radical para extirpar todos los órganos ginecológicos.

En su libro *Los cien días de Eva Perón*, el Dr. Albertelli da cuenta de

la negación de Evita para reconocer la gravedad de la enfermedad que padecía.

Cáncer de cuello de útero: una enfermedad que se puede evitar

Cada año se diagnostica cáncer invasivo de cuello uterino a aproximadamente 500.000 mujeres. Más del 80% ocurre en países en vías de desarrollo. En la Argentina, mueren 1600 por año por esta causa, en general de zonas vulnerables. La enfermedad se puede prevenir con técnicas sencillas y su tratamiento precoz garantiza una supervivencia cercana al 100%.

Eva Perón fue una mujer única para la historia, pero una mujer más, apenas una más, para una enfermedad que —ironías de la historia— empezaba a encontrar su techo de prevalencia y mortalidad en los años 50 de la mano de un examen novedoso y revolucionario: el Papanicolaou, una técnica sencilla que tiene como objetivo la búsqueda de condiciones precancerosas o cancerosas en el cuello uterino y, al permitir el diagnóstico precoz, reduce notablemente la mortalidad por cáncer cérvico-uterino.

En la Argentina, el cáncer de cuello de útero es el segundo cáncer más diagnosticado en mujeres, con una incidencia estimada de 23,2 casos por 100.000 mujeres. Se estima que cada año se diagnostican alrededor de 3000 casos nuevos y mueren aproximadamente 1600 mujeres a causa de la enfermedad.

EPIDEMIOLOGÍA

A nivel mundial, las áreas de mayor incidencia y mortalidad corresponden a los países menos desarrollados: Latinoamérica, África y Sudeste Asiático. Los países con mayor desarrollo económico presentan menor incidencia.

El virus HPV, que sigue la vía de transmisión sexual, es el principal agente causal.

Gracias al efecto combinado del cribado o “screening”, junto con el tratamiento desde las primeras fases de la enfermedad, la mortalidad por cáncer de cérvix ha disminuido significativamente en los últimos cincuenta años en los países desarrollados.

La supervivencia a cinco años (porcentaje de mujeres que sobrevive al menos cinco años una vez detectado el cáncer, excluidas aquellas que mueren por otras enfermedades) en todos los estadios del cáncer de cuello uterino asciende al 71%. Cuando se detecta en un estadio temprano, el cáncer invasor de cuello uterino tiene una supervivencia a cinco años del 92%.

CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO

El VPH está presente en más del 99% de los casos de cáncer de cuello uterino. Este virus es una causa necesaria para el desarrollo del cáncer de cuello uterino y es el factor de riesgo más importante. El HPV se transmite de persona a persona durante las relaciones sexuales.

Los factores que aumentan el riesgo de infección por HPV incluyen la actividad sexual a edad temprana, numerosos compañeros sexuales (o la relación sexual con un hombre que ha tenido muchas parejas) y la relación sexual con un hombre que tiene verrugas en el pene.

La mayoría de las infecciones por VPH se resuelven espontáneamente. Se desconocen los motivos por los que solo algunas infecciones progresan a alteraciones malignas.

Otros factores de riesgo:

- Las mujeres cuyos sistemas inmunológicos están debilitados por el uso de ciertos medicamentos (corticosteroides, los usados tras trasplantes de riñón o terapia para otros tipos de cáncer o sida) corren más riesgos.
- Las mujeres con herpes genital tienen más riesgo de desarrollar

cáncer de cuello uterino.

- Las mujeres con muchas parejas sexuales, o convivir con un varón con antecedentes de múltiples relaciones sexuales, tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer de cérvix.
- Las mujeres que fuman tienen dos veces más riesgo de desarrollar cáncer de cuello uterino que las mujeres no fumadoras.
- El uso de anticonceptivos orales aumenta el riesgo de desarrollar cáncer de cérvix.
- El riesgo aumenta entre el final de la adolescencia y la mitad de los 30 años. Las mujeres de más de 40 años siguen en riesgo y deben continuar sometiéndose a exámenes para detección precoz (test de Papanicolau) con regularidad.

PATRICIA

Era una mañana agitada, la agenda estaba inundada de sobretornos y el teléfono no paraba de sonar.

Los primeros cinco pacientes eran para controles, estaban clínicamente bien y los estudios fantásticos.

Cerca del mediodía llamo por pantalla a una paciente de primera vez. Ingresó al consultorio Patricia, una mujer de 50 años, oriunda de Ojo de Agua, Santiago del Estero. Está casada y tiene dos hijos. Es docente y desde hacía dos años había asumido la dirección de la escuela. Físicamente tiene la presencia de una mujer alta, elegante, cutis trigüeño y ojos color miel.

Se presentó con cierta timidez, su cara denotaba muchísima ansiedad y miedo.

Tras unos comentarios para romper el hielo, acerca del clima, el paro de colectivos, entre otras cosas, me adentré en la consulta propiamente dicha.

Le pedí que me contara sobre el problema por el cual me estaba consultando y le solicité que me entregara los estudios, especialmente la biopsia.

Mientras leía los resultados y al constatar que se trataba de un cáncer de mama estadio temprano, la axila era negativa, y en el resto de los estudios no había metástasis a distancia. Daba la sensación de que iba a ser una consulta relajada, llena de optimismo. Pero....

Cuando terminé de explicarle todo y darle la buena noticia. “Era un cáncer muy agarrado a tiempo”, solo tenía que hacer radioterapia y tomar tamoxifeno, una pastillita todos los días... Patricia explotó en llanto, desconsoladamente.

No era un desahogo de alegría como estaba acostumbrado a ver en estas situaciones. Era una manifestación que denotaba profundo dolor, ese dolor que sale del alma y una tristeza muy difícil de describir. A pesar de estar acostumbrado me conmovió profundamente.

En un intento de calmarla, le dije que no entendía la reacción si le estaba dando una buena noticia.

Me miró fijo a los ojos y me dijo:

—No estoy llorando por el cáncer, simplemente estoy harta de sufrir... Mi vida fue un calvario y lo sigue siendo.

—Patricia, le pido que se relaje. Respire hondo. ¿Quiere contarme las razones de su dolor?

—Sí, claro, doctor, ¿pero tiene tiempo?

—Tranquila... Cuénteme.

—Mi madre quedó embarazada de mí cuando tenía quince años, ante la noticia mis abuelos enloquecieron. La encerraron en un cuarto de la casa y en ocasiones cuando mi madre se desbordaba gritando o dando golpes a la puerta y ventanas la ataban al respaldar de la cama.

No podía creer lo que estaba escuchando... No obstante, trataba de no hacer ningún gesto de espanto para no cortar o inhibir el relato.

—Al nacer, a mi madre la echaron literalmente de la casa y la mandaron a vivir a la casa de una tía solterona en un pueblito de Catamarca. Mis abuelos me criaron. Crecí bajo la tutela de dos personas autoritarias, frías, agresivas. Imponían disciplina al estilo militar. Mi infancia fue tristísima. En mis plegarias a Dios le pedía que mi madre volviera a buscarme. No sabía quién era mi padre. Una mañana de marzo, mientras estaba en primer grado, una mujer jovencita fue a buscarme al colegio. Era mi madre... No le puedo explicar, doctor, la felicidad que sentí en ese momento, Dios me había escuchado...

—¡Qué bueno! le dije sin saber muy bien qué acotar ante tan tremendo relato.

—No tan bueno, doctor, la vida junto a mi madre fue una pesadilla, siempre me culpó de haber sido la causa de que la echaron de su casa y que mis abuelos dejaran de hablarle, pero lo peor de todo es que no le pasaban un centavo. Ella volvió a buscarme, no para criarme, amarme y protegerme. Todo lo contrario, quería venganza. Cuando no la obedecía me daba cintazos en la espalda, me tiraba las orejas o el pelo. Tampoco me permitía dejaba jugar con otras niñas de la cuadra, me obligaba a limpiar mi cuarto, el baño y a veces a barrer la vereda. Como yo era delicada para

comer, muchas cosas no me gustaban, a propósito, me cocinaba todos los días la comida que yo aborrecía para que aprendiera que había niños que no tenían nada para comer... Doctor, ¿está bien? ¿Le pasa algo? —me preguntó.

—Sí, Patricia, simplemente me impacta lo que me está contando. Le hago una pregunta, ¿su madre está viva?

—Sí, doctor. Vive con nosotros en casa, tuvo un ACV y no tiene quién la cuide. A pesar del odio y resentimiento que siento por ella... es mi madre y no puedo abandonarla.

—¿Ud. buscó ayuda psicológica?

—Sí, doctor, hace 4 años que estoy bajo tratamiento psiquiátrico. Estuve internada dos veces en una clínica psiquiátrica por intento de suicidio.

—Mire, Patricia, olvídense del cáncer, primero vamos a tener que trabajar desde lo psicológico y espiritual para sanar sus heridas. Su verdadero cáncer es su pasado, sus padecimientos de cuando era niña.

JUAN

Al preguntarle por qué había enfermado nunca imaginé la tremenda historia que Juan había pasado y sufrido.

Dos tipos diferentes de cáncer es poco usual de ver en la práctica corriente, por lo tanto, supuse que además de una posible causa genética o ambiental algo emocional debía estar pasando.

Juan era un jugador compulsivo, lo había perdido todo en el casino. A pesar de haber tocado fondo supo recuperarse, Juan es un ser resiliente.

Le pedí a mi amigo que escribiera su vivencia, ya que, seguro, mucha gente se vería reflejada en ella, no solo por tratarse de ludopatía, sino por cualquier otra adicción que genere culpa, dolor y sufrimiento.

Comparto con ustedes su relato, tal cual él me lo envió, luego encontraremos una breve reflexión.

—Estimado Claudio: te envió un testimonio que supe dar en JA (Jugadores Anónimos) cuando perdí mi anonimato y hablé ante un grupo de personas.

Un abrazo.

Soy Juan F., jugador compulsivo en vías de recuperación.

La hermandad de JA tiene un solo fin, y este es ayudar al hermano que sufre como consecuencia de su adicción al juego. Es una enfermedad reconocida por la Organización Mundial de Salud a la que se denomina “ludopatía”. No es como muchos creen un vicio, es una enfermedad tan insidiosa que toma el cerebro hasta convertirte en un esclavo total de ella.

Lo único que le pedimos al nuevo adherente es que deje de apostar, es que se concentre durante 90 días para poder escuchar y no contestar las cosas que sus hermanos le sugieran, de esa manera podrá hacer una plancha por esos 90 días, después decidirá si quiere una vida más sana o volver al juego, a apostar. El día que la persona ingresa le hacemos 20 preguntas a las que deberá contestar con toda sinceridad. En JA decimos que, si contesta más de 7 preguntas, es un jugador compulsivo. La primera vez que asistí a la reunión yo contesté 18 de las preguntas afirmativas. Indudablemente podían catalogarme como el jugador compulsivo que era. Pero cuando recuerdo que, paradójicamente, unos cuatro años antes asistí para ver de qué se trataba, entonces mi hermano y socio me preguntó cómo me había ido y yo le contesté con mucha soberbia y orgullo: “Eso no es para mí, allí concurren todos los viciosos”. No sabía que era una enfermedad y que yo estaba metido hasta la médula.

En JA decimos que si uno no toma la decisión de recuperarse le quedan inevitablemente tres caminos: **la cárcel, la locura o la muerte.**

En uno de esos caminos me encontré el último día que asistí al Casino de Carlos Paz, rutina que hacía de lunes a viernes. Fue el 5 de octubre de 2005.

Esa tarde decidí, como todos los días, ir por dos horas al casino y volver sin que mi señora se enterara. Al pasar la primera hora ya estaba perdiendo y se me había acabado el dinero que había llevado, por lo tanto, recurrí, como lo hacía a menudo, a los prestamistas. En mí, existía la esperanza de revertir la situación y recuperar todo lo apostado. Aunque nunca ocurría, increíblemente, siempre confiaba en el azar.

Acostumbraba a apagar el teléfono para que mi señora no me molestara, odiaba tener que darle explicaciones y mentirle. Día tras día mi comportamiento se repetía hasta que esa noche caí en un profundo pozo de depresión, jamás había sentido esa sensación con anterioridad.

Permanecí en el casino hasta su cierre, alrededor de las 5 de la mañana. Salí y fui a un bar a escribir lo que supuse sería mi carta de despedida. En ella pedía por favor que no me odieran por la determinación que había tomado. No podía más... Subí al auto y empecé a correr alocadamente para terminar con mi vida. La suerte o el destino hizo que llegara

a Córdoba vivo. Guardé el coche en la cochera y subí a la terraza, en esa en donde ya se habían producido varios suicidios. La puerta siempre permanecía abierta, pero esa noche curiosamente estaba cerrada. Entré al departamento sin hacer ruido para que mi mujer no se despertara y empecé a buscar la manera en que podía suicidarme. Encontré unos cinturones anchos, me encerré en el baño, pero no había nada de donde pudiera colgarme.

Se despertó mi señora y junto a mi hijo decidieron que al día siguiente me llevarían a JA. Un hermano me recibió con mucha amabilidad y afecto. Ese día no pude articular palabra alguna, pero empecé a sentir que había comenzado el camino de sanación al escuchar testimonios de personas que habían pasado por lo mismo que yo. Incluso en algunos casos la situación había sido peor, ya que algunos habían perdido a su familia, doy gracias a Dios y valoré que así no fuera mi caso. En la siguiente reunión, finalmente, pude expresar mis emociones tras momentos de llanto incontenible. Recuerdo que entre sollozos conté parte de lo que había sufrido todos esos años.

Cuando ingresé al grupo tenía 74 años, había sido un comerciante muy exitoso, nunca había rehuído al trabajo, ya que desde niño ayudaba en el negocio de mis padres, con esa experiencia logré tener seis locales comerciales en el área peatonal de la ciudad de Córdoba, pero por culpa del juego y algunos problemas familiares terminé en la quiebra y a los 70 años empecé a trabajar como empleado.

Viene a mi mente el recuerdo del día en que por primera vez me tocó recibir a un hermano nuevo, experimenté la sensación de que podía ser útil al otro y quizás podría salvar una vida. Es, posiblemente, el más maravilloso sentimiento, dar y a la vez recibir tanto. Hoy, exactamente cumpla 12 años y 6 meses de asistencia y recuperación. Mis hermanos del grupo se sienten felices de tener al hermano con más edad de la Argentina, cariñosamente me llaman “querido viejito”. La verdad es que, si no me miro al espejo, me siento como si estuviera en mi juventud. A todos los hermanos nuevos les digo que es un programa que funciona, pero, indefectiblemente, hay que cambiar un hábito destructivo por uno de construcción.

Al final lo logré... Logré ser lo que soy hoy: UNA PERSONA NORMAL.

Lamentablemente solo el 10% de los hermanos que asisten a estos grupos de autoayuda permanecen en el tiempo, entre los que quedan se crea un sentimiento de amor tan grande que al decir de todos JA es nuestra segunda familia.

Este impactante relato da cuenta de que las personas sufrimos diferentes problemas a lo largo de nuestras vidas. Personas que aparentemente lo tienen todo, dinero, trabajo, éxito, pero indudablemente no encuentran la felicidad.

La psiquis puede conspirar para arruinar una familia, las adicciones se comportan como agentes infecciosos que se van desparramando por la sociedad.

En el caso de la ludopatía es aún más grave porque los casinos son legales y socialmente aceptados.

Cuánta impunidad....

¿Por qué como sociedad aceptamos que haya lugares que lucran con la enfermedad de la gente y que haya usureros prestamistas que también colaboren con ello?

Me pregunto entonces si las adicciones no se constituyen en el cáncer que tiene la sociedad, que todo lo infiltra, todo lo carcome y todo lo arruina.

Como ciudadanos debemos alzar nuestra voz y ayudar a aquel que lo necesite para que no se vea en la necesidad de suicidarse para escapar al horror de la adicción.

En este caso tratado en este capítulo, el verdadero cáncer de Juan fue su adicción, los otros dos fueron la resultante de un desequilibrio emocional.

Mi gran admiración para él y todos aquellos que resurgen desde el abismo, redoblan la apuesta a la vida con **UN QUIERO RETRUCO.**

AGUSTÍN

Hola, campeón, en donde quiera que estés quiero rendirte el homenaje que te prometí. Aunque un día te lo dije personalmente necesito contarle a la gente que fuiste un ser excepcional.

Lo conocí cuando tenía 19 años, en el hospital se había armado un revuelo tremendo porque se internó un chico que era campeón argentino de pádel, a quien le habían detectado metástasis pulmonares, hepáticas y cerebrales.

El tumor primario era testicular, así que sentía esperanzas en la pelea que podíamos dar...

Luego de muchos tratamientos su evolución no fue buena, en este momento ya no es importante que lo cuente, en lugar de eso, prefiero relatarles acerca de los logros deportivos que consiguió.

Toda la información que aportó aquí me la mandó él cuando se la pedí para dedicarle un capítulo del libro.

Agustín comenzó su historia deportiva jugando al pádel a los 9 años, era su entretenimiento o hobby preferido.

A medida que pasaba el tiempo fue dejando muchas cosas de lado para comenzar a escribir esta historia de lo que se había convertido de deporte en pasión.

Empezó jugando torneos en las categorías inferiores (8.ª categoría y 7.ª categoría), así fue ascendiendo cada año.

En Córdoba compitió en categoría libre, en ocasiones tuvo que enfrentarse a jugadores mucho mayores que él, ya que a nivel provincial no había torneo de menores. Obtuvo muchos logros, ganando varios campeonatos junto a su compañero, en ese momento, Matías Gutiérrez.

En 2009 representó a Córdoba en la categoría Sub 14 del Campeonato Panamericano.

En abril de 2011 se presentó en el primer selectivo correspondiente a

ese año, consiguiendo el segundo puesto que lo clasificó para el Mundial de Portugal.

Agustín amaba lo que hacía, después de sus actividades escolares, entrenaba duro todos los días. Invertía cuatro horas diarias en su entrenamiento, tres veces por semana hacia (táctico), y otras tres veces la parte física.

Su nivel de profesionalismo lo privó de algunas salidas con amigos o de realizar actividades propias de su edad. Pero nunca se quejaba porque estaba haciendo lo que amaba. Su esfuerzo se traslucía en logros.

En octubre de 2011 fue convocado para integrar el Equipo del Seleccionado Nacional de Menores que se disputó en Melilla (España), de allí salieron **Subcampeones Mundiales**.

En octubre del mismo año viajó a Porto Alegre (Brasil) junto a la delegación y obtuvieron el título de **Campeón Panamericano**.

Ganó el Premio Revelación, por logros obtenidos en el circuito CCP (Circuito Cordobés de Pádel). Recibió el Premio Estímulo otorgado por *La Voz del Interior* y Premio Cóndor de la Confederación de Deporte de la provincia de Córdoba.

Cuando Agustín nos dejó, su familia, hermosa, por cierto, en el peor momento daba gracias a Dios por haberlo tenido y disfrutado diecinueve años...

Qué paradójica y dura es esta vida, un joven radiante, sano y deportista enfermó y a pesar de haberlo intentado todo no pudo triunfar.

Me despido diciéndote que fue un honor haberte tenido de paciente, sos un ejemplo para muchos jóvenes que, pudiendo disfrutar de estar vivos, malgastan su vida en la noche, la droga, el alcohol...

Ya que cumplí con mi promesa de incluir tu historia en este libro te pido que, cuando llegue el momento de reencontrarnos, allá en el cielo, me dejes ganarte en un partido de pádel.

TAXI: EL SEGUNDO VIAJE

Comencé el día con el pie izquierdo, el auto no arrancaba y no tenía tiempo de esperar a la grúa.

Veinte minutos más tarde se anunciaba con un bocinazo el taxi que había pedido.

Tras un rato de charla sobre el estado de las calles, inflación, precio de la nafta, entre otras...

El chofer mira por el retrovisor y me dice:

—Doc., ¿no se acuerda de mí?

—La verdad es que le veo cara conocida, pero...

—Yo lo llevé hace unos años y Ud. me dio un montón de consejos para prevenir el cáncer.

—¡Claro! Ahora sí lo recuerdo, aunque usted no lo crea escribí un libro y uno de los capítulos se llama “Taxi”, en donde narré la conversación que tuvimos.

—¿En serio, doc.?

—Sí, incluso fue uno de los textos que más les gustaron a los lectores, no solo porque el diálogo fue divertido, sino porque sirvió como información clave en la prevención del cáncer.

—A mí me ayudó mucho, pero aún no puedo dejar de fumar. Este trabajo es muy estresante y, aunque esté prohibido fumar en el vehículo, cada una hora si no paro a fumarme un puchito me vuelvo loco.

—Recordame tu nombre.

—Miguel.

—Mirá, Miguel, el primer paso es tomar conciencia de lo mal que te hace, luego la decisión de dejarlo y por último informarte de todos los métodos que te pueden ayudar. Te cuento, mis padres, ambos exbanqueros, fumaban casi treinta cigarrillos por día, ambos lo dejaron luego de un gran susto, a mi padre lo operaron de úlcera duodenal perforada y el

médico le dijo: “Si no dejás el cigarrillo, él te deja a vos. Además, yo no voy a seguir siendo tu médico si vos no te cuidás”. A partir de ese día no fumó nunca más. En cambio, mi mamá luego de un disgusto tuvo un preinfarto, aún recuerdo el día que agarró la etiqueta de Colorado que tenía en la mesita de luz, la hizo un bollo y la tiró a la basura. Tuvieron que esperar pasar por una situación límite para tomar conciencia.

—Cuánta razón que tiene, doctor. Pero no es nada fácil. ¿Usted nunca fumó?

—Por suerte nunca tuve ganas de probarlo, es más lo detesto, el olor me produce repugnancia.

—Porque hay médicos que a uno lo aconsejan y después los vemos fumando en la vereda del hospital...

—Sí, es inentendible que personas que tratan día a día enfermedades que produce el cigarrillo, a pesar de todo, fumen.

—Bueno, doc., me convenció, voy a intentarlo una vez más...

Sin darme cuenta la charla me distrajo y tuve la sensación de haber llegado rapidísimo.

**PREVENCIÓN,
LA MADRE DE TODAS
LAS BATALLAS**

Comencemos este capítulo definiendo qué es la prevención del cáncer.

La prevención es el conjunto de acciones que se pueden realizar con el fin de disminuir la incidencia o mortalidad por cáncer.

La prevención tiene los siguientes objetivos:

Disminución de la incidencia: cuatro de cada diez cánceres se pueden evitar con hábitos de vida saludables.

Disminución de la mortalidad: se consigue una disminución de la mortalidad si se detecta el cáncer en sus etapas más tempranas y se aplican tratamientos específicos más sencillos y eficaces.

PREVENCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

La prevención primaria es el conjunto de acciones encaminadas a modificar los hábitos poco saludables de la población hacia otros más adecuados. Con esto se consigue evitar que los factores de riesgo actúen sobre un órgano concreto y causen en él alteraciones que puedan generar un cáncer.

Para que una persona modifique un hábito es necesario una serie de pasos:

- Que posea información suficiente y veraz sobre un factor de riesgo.
- Que tome conciencia del riesgo que supone mantener dicho hábito.
- Que tome la decisión de modificarlo o evitar contacto con él.
- Que mantenga a lo largo del tiempo el cambio de comportamiento.

Esto se consigue ofreciendo información a la población a través de campañas y llevando a cabo programas de educación para la salud en los que se concientice y ayude a la persona a adoptar y mantener hábitos de vida saludables.

La prevención secundaria es la agrupación de acciones dirigidas a detectar precozmente determinados tumores malignos. Este conjunto de acciones se denominan “programas de *screening* o cribado”.

Cada programa se caracteriza por una serie de factores:

- Debe ir dirigido a detectar precozmente un tumor concreto. Este tumor debe poderse diagnosticar bien en las fases más precoces de la enfermedad o en fases premalignas o en ambas circunstancias.
- Es preciso determinar qué población sana tiene más riesgo de desarrollar dicho cáncer.
- Debe existir una prueba que lo detecte de forma sencilla.
- Es preciso que exista tratamiento eficaz para las fases tempranas de la enfermedad.

- El objetivo de la prevención secundaria es disminuir la mortalidad de un cáncer, detectando precozmente la enfermedad mediante el cribado de la población que corre el riesgo de contraerla (población de riesgo).

¿Qué es un programa de *screening* o cribado?

Existen determinados cánceres que se pueden prevenir como el de pulmón, colon o piel. Otros se pueden detectar precozmente mediante la realización de una prueba sencilla como el de mama, colon o cérvix (cuello del útero).

Generalmente, en las fases tempranas el cáncer no produce síntomas. Para detectarlo es preciso que la población sana de riesgo para ese cáncer efectúe una prueba o test, que habitualmente es de fácil realización. Por ejemplo, la citología en el *screening* de cáncer de cuello de útero.

Un programa de *screening* o cribado consiste en la identificación de personas que probablemente posean un cáncer o lesión premaligna y que aún no tengan síntomas. Estos programas se deben ofrecer y realizar de forma masiva en toda la población de riesgo para un cáncer concreto.

El diagnóstico tan temprano de la enfermedad conlleva ventajas importantes para la persona:

Generalmente recibe tratamientos menos agresivos y más eficaces que los que recibiría si el tumor estuviera en fase más avanzada.

Los efectos secundarios del tratamiento son menores, por lo que no se ve alterada su calidad de vida.

Si se diagnostica la lesión premaligna se puede evitar que esta progrese a un cáncer, por lo que la supervivencia es mucho mayor.

Características de la prueba de *screening*:

- Debe ser una prueba de alta sensibilidad y especificidad.
- Debe ser sencilla, cómoda, segura y aceptada por la población.
- Ha de ser fácilmente reproducible e interpretable por distintos profesionales.

Existen una serie de circunstancias que hay que tener en cuenta en cualquier *screening*, y son los falsos positivos (resultado de la prueba positivo sin que la persona esté enferma) y los falsos negativos, en el que el resultado de la prueba ha sido negativo, pero la persona está realmente enferma.

Sustancias cancerígenas

Se estima que un 5% de los casos de cáncer son atribuibles a la exposición de factores cancerígenos laborales.

Los tipos de cáncer más frecuentes, relacionados con la exposición a estos cancerígenos son: pulmón, vejiga, pleura, laringe, leucemia, fosas nasales y piel (no melanoma).

Trabajar con productos cancerígenos exige un control exhaustivo y una serie de medidas encaminadas a evitar la exposición a dichos productos por los trabajadores.

Clasificación de sustancias cancerígenas

Determinar que una sustancia es cancerígena entraña gran dificultad, debido a que en la aparición de un cáncer intervienen muchos factores y a su larga historia natural.

El IARC es un organismo de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que clasifica las sustancias en tres grandes grupos:

- Grupo 1: procesos industriales, compuestos químicos o grupos de estos que son cancerígenos para el hombre.
- Grupo 2: productos clasificados como probables carcinógenos para el hombre. Este grupo se subdivide en dos:
 - 2A: alta probabilidad cancerígena.
 - 2B: baja probabilidad cancerígena.
- Grupo 3: productos que no pueden considerarse cancerígenos para el hombre.

Alimentación y cáncer

El 35% de todos los cánceres se podrían evitar con una alimentación saludable.

Según la OMS, aproximadamente, 1 de cada 10 cánceres en países desarrollados puede ser debido a una dieta pobre en frutas y verduras.

En los países desarrollados, la causa principal de mortalidad son las enfermedades crónicas, como la diabetes, los trastornos cardiovasculares y el cáncer, que generalmente son causadas por un exceso en la ingesta de determinados alimentos.

Entre el inicio de una dieta poco saludable y la aparición de la enfermedad crónica, existe un período amplio que nos permite actuar corrigiendo las posibles prácticas insanas y potenciando aquellas beneficiosas, ya que:

Su desarrollo está relacionado con consumo de dietas con elevado valor calórico y abundante contenido en alimentos de origen animal.

Los grandes maestros de la nutrición dicen que NO existen alimentos buenos o dañinos, sino que todo alimento es saludable cuando se come en la proporción adecuada.

Se puede definir una dieta saludable con 3 palabras: moderación, variedad y equilibrio.

Tabaco, un veneno legalizado.

Datos alarmantes revelan que 4.000.000 de personas mueren cada año por fumar. Cada 10 segundos muere una persona por culpa del tabaco. El tabaco es una DROGA que produce más dependencia en quien la consume que la heroína o la cocaína. Hace que el fumador se mantenga fumando durante años (una media de 30 años).

El inicio al consumo de tabaco se produce durante la infancia y adolescencia. La edad media de inicio es a los 13,2 años.

Componentes del tabaco

El humo procedente de la combustión del tabaco (cigarrillos, puros, pipas), está compuesto por unas 4000 sustancias diferentes, 69 de ellas altamente tóxicas y cancerígenas.

La nicotina es la responsable de la dependencia física del fumador.

Al inhalar el humo del tabaco, la nicotina se absorbe muy rápidamente tanto en la mucosa de la boca, como en los pulmones, desde donde pasa al aparato circulatorio distribuyéndose por todo el organismo.

En 7 segundos llega al cerebro donde se une a los llamados “receptores nicotínicos”, y produce un efecto placentero y gratificante para el fumador. Este es el mecanismo que desencadena la aparición de la dependencia del tabaco. Debido a esto, cuando un fumador deja de fumar, aparece el síndrome de abstinencia. La nicotina, por lo tanto, es la responsable de la adicción y el mantenimiento del hábito tabáquico. A través de la sangre la nicotina llega al hígado donde se transforma, dando lugar a diferentes compuestos (metabolitos).

La eliminación de la nicotina se produce fundamentalmente a través de la orina. Tras el parto, durante la lactancia, la nicotina también se elimina a través de la leche materna. Esta circunstancia es muy importante por las posibles consecuencias que puede tener en el recién nacido.

La nicotina produce una serie de efectos en el organismo entre los que destacan:

- Incremento de la tensión arterial.
- Incremento de la frecuencia cardíaca (taquicardia).
- Incremento de la glucemia (azúcar en sangre).
- Incremento del movimiento intestinal.

El fumador ingiere entre 1 y 2 mg de nicotina por cigarrillo. En dosis altas (40-60 mg) causa la muerte en pocos minutos debido a un fallo respiratorio.

a) Sustancias irritantes

Las sustancias irritantes son las responsables de las patologías respiratorias (no cancerosas) relacionadas con el consumo de tabaco, que están englobadas bajo el término de EPOC (enfermedad pulmonar

obstructiva crónica), donde se incluyen la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar.

La acción de las sustancias irritantes se produce por contacto directo del humo con las paredes del árbol respiratorio. Sobre las células mucosas, las sustancias irritantes provocan una excesiva producción de moco que luego es difícil de expulsar, por lo que se precisan fuertes golpes de tos para eliminarlo y que poco a poco va dificultando la respiración.

Sobre las células ciliadas, cuya misión es movilizar el moco y las pequeñas partículas que puedan entrar a los pulmones, provoca una parálisis y posterior muerte de los filamentos, dificultándose cada vez más la expulsión de moco y de los agentes nocivos. Los síntomas que el fumador presenta progresivamente como consecuencia de estas alteraciones son: tos crónica irritativa, expectoración o esputos, disminución de la capacidad pulmonar, infecciones respiratorias altas y bajas a repetición.

b) Agentes cancerígenos:

Son los responsables de la formación de los procesos cancerígenos en distintas localizaciones (pulmón, laringe, cavidad oral, vejiga, riñón, etc.). En los componentes del tabaco se han detectado al menos 69 cancerígenos.

El riesgo aumenta:

Si se consume el cigarrillo hasta el final. Según se va consumiendo el cigarrillo, la nicotina y los alquitranes se acumulan en la zona más cercana al filtro, de manera que, si se apura el consumo hasta esta zona, la cantidad de sustancias nocivas es más elevada.

Si se traga el humo. Si el humo se retiene en el aparato respiratorio, la concentración de sustancias absorbidas aumenta y por lo tanto también su toxicidad.

Si existen enfermedades del aparato respiratorio. Si la mucosa está dañada o presenta algunas patologías respiratorias (bronquitis, enfisema) el efecto nocivo del tabaco aumenta.

En ambientes de humo. Los componentes del humo del tabaco en el aire ambiental suponen un riesgo para la persona que lo respira. Si esta situación se mantiene en el tiempo hablamos del fumador pasivo.

Miles de estudios ponen de manifiesto que el consumo del tabaco determina la aparición de enfermedades cardiovasculares, cáncer y enfermedades pulmonares obstructivas crónicas.

Sorprendente, pero real...

Desde los primeros momentos en que se deja de fumar el organismo empieza a beneficiarse.

Veinte minutos después del último cigarrillo:

- * La presión arterial baja a su nivel normal.
- * La frecuencia cardíaca desciende a valores normales.
- * La temperatura de las manos y los pies aumenta hasta valores normales.
- * Pasadas 8 horas:

La concentración de monóxido de carbono en sangre baja a su nivel normal.

- * La concentración de oxígeno en la sangre se normaliza.

A las 24 horas:

- * Disminuye el riesgo de sufrir un infarto cardíaco.

48 horas después de dejar de fumar:

- * Las terminaciones nerviosas se acostumbran a la ausencia de nicotina.
- * Aumenta la agudeza del olfato y el gusto.

De 2 a 3 semanas:

- * Mejora la circulación.
- * La función pulmonar aumenta hasta un 30%.
- * Caminar se vuelve más fácil.

De 1 a 9 meses después de dejar de fumar:

- * Disminuye la tos, la congestión nasal, la fatiga y la sensación de ahogo.
- * Vuelven a crecer los cilios en los pulmones, lo que mejora la capacidad para limpiar el pulmón y disminuyen las infecciones.

1 año después:

- * El riesgo de padecer insuficiencia coronaria es 50% menor que el de un fumador.

5 años después de dejar de fumar:

- * El riesgo de morir de enfermedad cardíaca es igual al de los no fumadores.
- * El riesgo de morir por enfermedad pulmonar disminuye a la mitad.

10 años después:

- * El riesgo de morir de cáncer de pulmón es similar al de los no fumadores.

Consejos para dejar de fumar

- Busca información sobre las diferentes opciones de ayuda disponibles.
- Elige un buen momento para dejar de fumar. No trates de dejarlo cuando te encuentres en situaciones de estrés o cambio.
- Escribe una lista de razones para dejar de fumar.
- Fija una fecha para dejarlo.
- No compres cigarrillos. Retira todos los ceniceros, encendedores y fósforos de tu casa y automóvil.
- Solicita a familiares y amigos que no te ofrezcan ni te pidan tabaco y que no fumen en tu presencia. Pídeles que te ayuden y te animen en los momentos difíciles y que te feliciten cuando lleves tiempo sin fumar.
- Cuando sientas deseos de fumar realiza actividades alternativas.

- Habla con alguien, sal a pasear, ocúpate con alguna tarea, mastica chicles sin azúcar, come frutas y bebe mucho líquido para disminuir la ansiedad.
- Planea hacer cada día alguna actividad que te resulte gratificante.
- Identifica aquellas situaciones que pueden inducirte a fumar, como pueden ser los acontecimientos sociales (fiestas, celebraciones), situaciones estresantes negativas (muerte de un ser querido, enfermedad grave, dificultades en el trabajo), situaciones de tensión (discusión, conflictos familiares), etc. Piensa cuál sería tu reacción en estas situaciones y planifica alternativas al consumo de tabaco.
- Disfruta cada día que llevas sin fumar.

BIBLIOGRAFIA

<https://seom.org/>

SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica - SEOM ...

NUTRICIÓN Y CÁNCER, ÍNTIMAMENTE RELACIONADOS

El Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos estableció que un 35% de los tumores malignos tienen origen o están relacionados con factores alimentarios, comparándose así con el riesgo de cáncer que produce el tabaco. Es así como los expertos sitúan a la alimentación como uno de los factores de riesgo tumoral más importantes dentro de los factores ambientales y prevenibles. Se estima que un cambio en la dieta puede reducir la incidencia global de cáncer en un 30 a 40%, lo que equivale a entre 3 y 4 millones de casos en el mundo.

En general, las dietas hipercalóricas, las ricas en grasa y proteínas animales son las más peligrosas, junto con algunas formas de cocinar como los asados al carbón y los ahumados.

Por el contrario, la fibra (insoluble, sobre todo), vitaminas y algunos minerales forman el grupo de protectores frente a los tumores. También existe consenso en que los alimentos vegetales reducen el riesgo de cáncer. Por otro lado, el alcohol, las dietas ricas en grasas y la obesidad aumentan el riesgo de cáncer de colon, mama, próstata y riñón.

Seguramente luego de leer estas recomendaciones Ud. se estará preguntando...

¿Está prohibido categóricamente el consumo de los alimentos antes mencionados?

La respuesta es NO, simplemente hay que bajar el consumo en cantidad y frecuencia.

Se aconseja ingerir muchas frutas y verduras

Ya que son una buena fuente de nutrientes, como vitaminas A, C, E, folatos y fibras. Diversos estudios han mostrado que el consumo de verduras puede tener un efecto en la reducción de cáncer de boca, faringe, esófago, pulmón, estómago, colon y recto. De manera similar, las verduras probablemente reducen el cáncer de laringe, páncreas, mama y vejiga.

Se recomienda incorporar a la dieta una gran cantidad de verduras y frutas, de diferentes colores para así incluir una mayor variedad de nutrientes y vitaminas.

¡Ojo con la carnes!

Comer grandes cantidades de carnes rojas aumenta el riesgo de cáncer de intestino y de estómago. Dentro de las carnes procesadas con más riesgo se incluyen al jamón, tocino, salame y salchichas. Se recomienda comer pocas cantidades de carnes rojas, y de hacerlo cocinarlas a baja temperatura. Se piensa que la carne excesivamente asada adquiere compuestos potencialmente cancerígenos tanto del combustible utilizado (carbón) como de las proteínas propias de la carne sometidas a altas temperaturas. Lo importante es no consumir las carnes asadas carbonizadas.

Fibra

La fibra disminuye el riesgo de cáncer de colon y recto hasta en un 25%. Esto incluye las frutas y verduras, cereales integrales, pan y arroz integral.

Grasas

Las grasas son necesarias y fundamentales en nuestra dieta, pero las dietas ricas en grasas pueden aumentar el riesgo de cáncer y enfermedades cardiovasculares, entre otras. Las grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas son beneficiosas, asociadas al “colesterol bueno”, mientras que las grasas saturadas y las grasas trans son las grasas asociadas al “colesterol malo”. Las comidas vegetales son más ricas en grasas monoinsaturadas y poliinsaturadas, mientras que las carnes son ricas en grasas saturadas

Top 10 de alimentos que previenen el cáncer

- Brócoli
- Repollo
- Jengibre
- Zanahorias
- Té verde
- Granos, avena, centeno, cebada.

- Tomates
- Arándanos
- Porotos, lentejas, garbanzos
- Arroz integral

Top 10 de alimentos que aumentan el riesgo de cáncer

- Carnes a la parrilla y hamburguesas
- Frituras
- Aceites hidrogenados
- Azúcares refinados, margarinas, comidas grasas.
- Alcohol
- Quesos
- Chacinados, salames, salchichas.

BIBLIOGRAFIA

<https://seom.org/>

SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica - SEOM ...

**LA IMPORTANCIA
DEL ODONTÓLOGO EN EL EQUIPO
INTERDISCIPLINARIO**

Dr. Marcelo Mazzeo

“... Doctor, ¿no le parece que ya tengo suficiente con enfrentar el tratamiento oncológico como para tener que además hacer una visita al odontólogo? A ver explíqueme, ¿qué tiene que ver el estado de salud de mi boca con mi enfermedad de cáncer?”. (JP)

El relato que antecede el inicio de este capítulo entre paciente y su oncólogo clínico hace alusión a los variados comentarios o cuestionamientos que suceden a menudo en la relación profesional, luego del diagnóstico de la enfermedad. A lo largo de estos quince años de asistir y participar en diversos equipos interdisciplinarios de salud dedicados al tratamiento del cáncer sistémico, he observado con detenimiento que se suscitan dos situaciones emocionalmente opuestas. Por un lado, existen momentos de profunda incertidumbre y tensión vinculadas fundamentalmente con el hecho de enfrentar la comunicación o confirmación del diagnóstico de la existencia de la enfermedad; o bien cuando esta ha avanzado de tal modo que la única esperanza se reduce a los cuidados paliativos o alternativos porque desde la alopatía ya no hay más nada por hacer. Por el contrario, el segundo gran momento se relaciona con la instancia de alegría de la cronificación de la enfermedad, eludiendo temporalmente su progresión o lo que es mejor aún, la curación del cáncer. En ambas instancias, lo malo y lo bueno, aunque se contraponen, tal como expresa el Dr. Claudio Dubersarsky en su primer libro, prevalecen las situaciones límite para entonces entender a la enfermedad como una oportunidad y por consecuencia en un verdadero aprendizaje.

Lo cierto es que, en medio de instancias tan movilizadoras, donde ambas partes tejen un vínculo importante, la intromisión de consejos en los que actualmente muchos oncólogos invitan a sus pacientes a visitar al odontólogo se muestra como un tanto irrelevante o fuera de contexto real

de su propio tratamiento. El paciente con diagnóstico de cáncer busca o anhela, aun sabiendo que es un tratamiento prolongado, quitarse de encima y por cualquier medio la enfermedad y poco y nada le importan otras cosas de su vida o incluso de su propio cuerpo, ¡y mucho menos del cuidado de su boca!

Ahora bien, volviendo al párrafo inicial de este capítulo, el convencimiento creciente durante los últimos diez años de muchos médicos oncólogos de sugerir en el plan de tratamiento una visita profesional al consultorio del odontólogo nace de un largo proceso de intercambio de conocimientos entre pares. La incorporación de nuestra área del conocimiento fue comprendida paulatinamente desde la importancia de integrar en el protocolo oncológico el diagnóstico y tratamiento de las posibles o más frecuentes complicaciones bucales, con el objetivo prevenirlas o tratarlas durante la quimioterapia o la radioterapia. El desafío era muy importante: significaba resignificar que tanto el acto médico como el acto odontológico presuponían un nuevo paradigma, a partir de la construcción de un camino que fomentase el intercambio y apropiación de saberes, basados en experiencias de diversas áreas del conocimiento. Estas áreas ya no individuales, sino complementarias, donde la única meta se plasmaría en mejorar las condiciones bucales del paciente antes, durante y luego de efectuado su tratamiento, fuese este un tumor sólido o un trasplante de médula ósea. Desde nuestra experiencia, la actividad profesional se centró en la profundización de las posibles alteraciones morfológicas y funcionales de la boca por quimioterapia. Por ende, vamos a concentrar nuestra descripción en pos de esta área del conocimiento, dejando momentáneamente de lado, los efectos deletéreos de la radioterapia, no por menos importante, ya que muchos de sus efectos además no son reversibles, sino porque nos hemos vinculado más con pacientes tratados con citostáticos. Corresponde aclarar que a nivel mundial son numerosos los reportes de distintos pioneros en este ámbito que abrieron esta “ventana” junto a una “esperanza” para mejorar o minimizar las condiciones de vida de los pacientes oncológicos, desde la prevención o el óptimo tratamiento local en el mantenimiento de la salud bucal. Hubo certezas, pero también, no debemos negarlo, muchos fracasos que siempre redundaron en repensar

estrategias superadoras que pudiesen revertir errores u actos fallidos tanto desde el diagnóstico y el tratamiento. Aquí la ciencia odontológica una vez más hizo su aporte mediante ensayos clínicos o experimentales de los más variados, generando nuevas hipótesis y con ello el advenimiento de nuevos conocimientos que a su vez fueron probados o refutados.

Hechas estas salvedades, posiblemente nuestro lector seguramente comience a soslayar desde una óptica un tanto más resiliente el porqué de nuestra presencia en los equipos interdisciplinarios de salud oncológicos.

“... ¿De qué modo, doctor, cree que la quimio pueda provocarme complicaciones en mi boca? ¿Qué tipo de efectos secundarios pueden presentarse? ¿Es tan grave? Mire que no tengo síntomas de ningún tipo y me alimento sin ningún problema”.

Como podrán observar, esta es la segunda frase que de alguna manera usan muchos pacientes oncológicos para evadir lo que ellos creen más y mayores complicaciones en su vida. Este es otro gran error que solemos cometer aun sin tener otra enfermedad sistémica de relevancia asociada. Creemos que porque estamos sin síntomas en la boca puede no estar pasando nada. Y como muchas patologías, estas a veces suelen ser silenciosas comportándose como un “lobo con piel de cordero”. Si bien la ausencia de signos y síntomas estarían asociados al estado de salud, también tenemos que decirles que no siempre es así. Hay siempre un detonante. Para nuestro caso, uno de ellos tiene que ver con el comportamiento del sistema inmunitario del cuerpo y en forma particular de la boca, como resultado de la acción no selectiva de la quimioterapia, las que además de actuar sobre las células malignas del tumor, pueden provocar algún daño en órganos y sistemas normales del cuerpo que también están siendo afectados por el tratamiento oncológico. Una de las células del sistema inmune más desprotegidas que nos confieren defensa contra muchas enfermedades son los polimorfonucleares neutrófilos y los linfocitos. Ellos son los “centinelas” alertas encargados de neutralizar cualquier enfermedad presente en la boca. Numerosos esquemas oncológicos habituales asocian dos o más drogas con capacidad para desmoronar temporalmente como a un “castillo de naipes” a estos soldados silenciosos, permitiendo de este

modo efectos secundarios, tales como mucositis (ulceración y sangrado de las mucosas), complicaciones en tejidos de soporte como las encías y el hueso que recubre las raíces de los dientes (conocidas más comúnmente como piorrea o periodontitis), alteraciones en la calidad y cantidad de la secreción salival que modula funciones asociadas al habla, a la masticación, a funciones defensivas y de alteración en la percepción del gusto de los alimentos, irritación, ardor y depapilación de las papilas gustativas de la superficie de la lengua, infecciones de diversa índole (bacteriana o micóticas o inflamaciones en cualquier sector de la boca, además de dolor generalizado en toda la zona orofacial, entre las más importantes.

La aparición de una o la suma de dos o más complicaciones puede desencadenar que el paciente no pueda hablar, dolor al tragar, sensación de ardor incontrolable, no puede alimentarse por sus propios medios y un gran discomfort que lo sume en una gran depresión y abatimiento. Esto genera retrasos del tratamiento por cáncer, aumento de gastos intrahospitalarios y por cierto y lo más importante un retraso considerable de la calidad de vida del enfermo que desea curarse y que en cambio, solo ve como ese norte anhelado se va disipando en un momento crucial de su vida. En estas condiciones se debe recurrir a la alimentación e hidratación parenteral (por sonda), a calmar los intensos dolores, a minimizar los efectos inflamatorios o infecciosos bacterianos o micóticos (oportunistas dados por la aparición de hongos en la boca), además de intentar ofrecer un adecuado soporte psicológico tanto para el paciente como para sus seres más cercanos.

“¿... Y todo esto que me comenta sí o sí va a sucederme? ¿Estas complicaciones siempre están asociadas a tumores como el que Ud. me diagnosticó?”

Esta es otra interesante pregunta. Generalmente la administración de citostáticos se indica tanto en pacientes con diagnóstico de tumores sólidos como los de colon, mama, testículo, pulmón etc., como en aquellos que serán sometidos a trasplante de médula ósea por cáncer en algunos componentes de la sangre. Lo único que cambia en términos generales es la dosis, donde los esquemas de tumores sólidos se hacen con dosis mo-

deradas de fármacos oncológicos, en tanto que los tumores asociados a la sangre reciben dosis altas de drogas citostáticas que provocan aplasia total de la médula ósea y así estar en condiciones de recibir un trasplante de células nuevas no enfermas que puedan circular en el cuerpo del paciente con normalidad y sin alteraciones.

... Ahora entiendo que la boca es una parte del cuerpo capaz de tener un gran recambio celular y que cumple variadas funciones, ¿verdad?

Así es. Parece que este tiempo de nuestra charla haya servido para que comprenda la importancia de visitar al odontólogo para que haga un buen diagnóstico clínico y radiográfico de su boca antes de iniciar el tratamiento oncológico. Le paso algunos datos más que pueden ser de su utilidad. Ya habíamos dicho que la quimioterapia puede alterar su sistema inmunitario que es altamente activo y que al verse afectado podría desencadenar en mayor o menor grado algunas de las complicaciones funcionales que hemos conversado anteriormente. La mayoría de los tejidos blandos de la boca como las encías, las mucosas y las células de las glándulas salivales recambian sus células con una frecuencia entre diez y catorce días. Algunos tejidos duros de la boca carecen de actividad en el recambio celular como el esmalte de los dientes y otros tejidos duros como el hueso o la dentina lo hacen en forma un tanto más lento que los tejidos blandos. Además, en combinación con este proceso, no olvide que dentro de la boca existe en condiciones de normalidad un “universo” de bacterias (microbiota bucal) que es altamente compleja y variada. Entonces la ecuación es prácticamente perfecta. Si la quimioterapia no es selectiva y propicia que se deteriore su sistema inmune, por un lado, que se altere el normal funcionamiento de los tejidos bucales y prolifera su flora microbiana porque el sistema inmune no está funcionando bien, solo resta pensar que el desequilibrio de su boca es muy alarmante y se evidencien complicaciones secundarias como las ya enumeradas. En estas condiciones desfavorables, se hace muy difícil la higiene por medios mecánicos del cepillado habitual incrementando al panorama existente más inflamación, ulceración, infección, sangrado y dolor, entre otras variadas consecuencias.

En síntesis, visite a su odontólogo y explíquelo que va a iniciar un

tratamiento quimioterapéutico. Él va a observar clínicamente su boca, le hará algunas radiografías y efectuará el acondicionamiento adecuado de tejidos blandos y duros de su boca, para que, al momento de tratarse con citostáticos, los efectos adversos sean minimizados o erradicados. No olvide el correcto cuidado de la higiene y las visitas periódicas posteriores al tratamiento.

ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER

Dra. Andrea Orlando

“Si tu cuerpo te limita, no dejes que tu mente también lo haga”.

STEPHEN HAWKING

El diagnóstico de un cáncer ocasiona un importante impacto psíquico en la persona que lo recibe y su entorno. Es una enfermedad muy temida por la gravedad que puede suponer y porque hoy se asocia en el imaginario colectivo a muerte y deterioro importante. Además de los condicionantes socioculturales, hay una serie de condicionantes individuales (personalidad previa, experiencias de personas cercanas con el cáncer, atribuciones que se dan a la propia situación, creencias religiosas, etc.) que también influyen en la reacción psicológica de la persona ante el diagnóstico.

La mayoría de las personas viven con mucho temor, ansiedad, preocupación el hecho de enfrentarse a una enfermedad grave que amenaza sus vidas.

Aparte de las alteraciones que conlleva el tratamiento, la ruptura de las actividades habituales o el enfrentamiento con la posibilidad de no poder realizar planes futuros, está la posibilidad de una muerte próxima.

Todas las dificultades imaginarias o reales ante el diagnóstico de un cáncer pueden representar fuentes importantes de estrés para los pacientes, que los puede llevar incluso a sufrir una serie de alteraciones psicopatológicas.

Ante dicho estrés se ponen en funcionamiento las reacciones de afrontamiento para intentar manejar la situación y atenuar su impacto emocional; es decir, el afrontamiento podría mediar el impacto del estrés en la psiquis del enfermo y por lo tanto mediar el efecto del diagnóstico en la aparición de alteraciones psicopatológicas.

Cuando el estrés y el sufrimiento de la situación de padecer un cáncer sobrepasa la capacidad de adaptación o de respuesta del paciente ante la situación pueden llegar a producirse auténticos síndromes que alteran de forma significativa la calidad de vida de estos enfermos.

Las alteraciones psicopatológicas más frecuentes en enfermos de cáncer tienen que ver, sobre todo, con sintomatología ansiosa y depresiva. Dicha sintomatología puede producirse por el impacto del diagnóstico, por el dolor y otros síntomas físicos, por la angustia ante la posibilidad de una muerte cercana, por las alteraciones generadas por el tratamiento, o ser independientes del proceso oncológico. Además, el cáncer altera numerosos aspectos de la vida de las personas que lo sufren incluyendo las relaciones familiares, el trabajo, el funcionamiento diario, etc. A lo que hay que añadir la presión que supone la toma de decisiones ante tratamientos, posibilidades ante el futuro y otras derivadas del diagnóstico. No obstante, no hay que desestimar la influencia de los factores psicológicos preexistentes antes del diagnóstico que influyen en su reacción ante la situación que están pasando.

El Psicosocial Collaborative Oncology Group auspició un importantísimo estudio aleatorizado realizado en tres centros oncológicos. Se estudiaron 215 pacientes adultos en tratamiento oncológico, con neoplasias primarias.

Se encontró que:

- El 47% de los pacientes presentaba trastornos psiquiátricos evidenciables clínicamente (la prevalencia en la población general era del 15%).
- Los trastornos adaptativos constituían el 68% de todos los diagnósticos, lo que corresponde a una prevalencia del 32% y predominaban los cuadros depresivos.
- No se diagnosticó ningún caso de esquizofrenia (la prevalencia en la población general es del 1%).
- El 6% de todos los pacientes padecían depresión mayor, generalmente unipolar. Esta cifra correspondía al 13% de los pacientes con trastornos psiquiátricos.

- No se detectaron pacientes maníacos ni bipolares.
- A estos diagnósticos se sumaron en orden descendente de prevalencia: trastornos mentales orgánicos (4%), trastornos de personalidad (3%) y trastornos ansiosos (2%).
- La prevalencia de trastornos psiquiátricos en los pacientes de este estudio fue del doble de lo que aparece en las comunicaciones de trabajos con pacientes somáticos no oncológicos y del triple de las cifras que se mencionan para la población en general.

Ansiedad

El diagnóstico de trastorno de ansiedad en estos enfermos es complicado porque los síntomas de la ansiedad pueden deberse a alteraciones emocionales previas o a la repercusión psíquica de la enfermedad, al propio cáncer o al tratamiento antineoplásico e incluso se pueden producir por una interacción de todas ellas (Meseguer, 2003).

La ansiedad en enfermos oncológicos puede ser de varios tipos según Meseguer:

- 1) Ansiedad confusional: tiene que ver con el no entender todas las dimensiones de lo que está pasando y el no saber hacia dónde va; lo que genera la sensación de peligro de desestructuración de la personalidad. El paciente pregunta mucho e incluso busca segundas opiniones, pues busca control mediante la información.
- 2) Ansiedad paranoide: por la vivencia de un ataque a la propia integridad y por el miedo a la desestructuración de la personalidad. Esta ansiedad se aumenta por procedimientos médicos que sean invasivos o agresivos, entrevistas con familiares sin la presencia del enfermo, la actitud autoritaria del médico o de otros profesionales y las medidas de inmovilización que se usan en la radioterapia.
- 3) Ansiedad depresógena: es la que tiene que ver con sentimientos de desesperanza, el temor a las pérdidas múltiples a las que se está exponiendo, la falta de motivación, la tristeza o el aburrimiento.
- 4) Ansiedad existencial: se da en personas que expresan sentimientos

de vacío (en los que se pierde el valor de la experiencia presente) y pérdida de sentido de su existencia a raíz del diagnóstico y circunstancias de la enfermedad.

Es frecuente que se asocie con la toma de conciencia de la posibilidad de la muerte que genera sentimientos de soledad insoslayable y de desvalimiento.

Las diferentes situaciones ya citadas, que generan estrés y sufrimiento en el paciente con cáncer, pueden desencadenar diferentes tipos de síndromes depresivos.

Estrés

El estrés es un concepto multidimensional en el cual se involucran los estímulos, los sistemas de procesamiento biológico, psicológico y la respuesta o reacción de estrés.

Hans Selye fue quien creó este concepto y lo definió como un síndrome causado por distintos agentes nocivos que son capaces de producir una respuesta inespecífica del organismo, lo que denominó “síndrome general de adaptación”.

Selye hacía hincapié en la respuesta frente a un evento, y no en el estímulo propiamente dicho. Consideraba al estrés como el resultado no específico de cualquier demanda sobre el cuerpo que generaba un cambio físico o mental. A esta reacción la dividió en tres fases:

- Reacción de alarma
- Fase de resistencia
- Estadio de agotamiento, si el estrés se prolonga en el tiempo.

Este concepto ha ido cambiando a lo largo del tiempo y hoy se cree que el estrés es el responsable de diferentes patologías, tanto fisiológicas como psicológicas. Se le atribuye al estrés la responsabilidad en episodios

depresivos, deterioro del rendimiento laboral, disfunción en las relaciones sexuales, problemas del sueño, hipertensión, entre otras.

A lo largo de los años ha aumentado la cantidad de estudios donde plantean que el estrés también es responsable de alteraciones producidas como consecuencia de una afectación del sistema inmune, como son las enfermedades infecciosas, enfermedades autoinmunes y cáncer.

El término estrés es sumamente ambiguo. Este presenta distintas connotaciones y tiene poca utilidad para entender cómo el organismo se adapta a las diferentes demandas de la vida diaria y a situaciones catastróficas que ocurren esporádicamente.

Se puede definir al estrés como un estado de alarma. Este estado de alarma natural de nuestro cuerpo tiene como función preparar al organismo para afrontar una situación amenazante o escapar de ella.

Según Vales, el estrés es una reacción del ser humano ante determinadas situaciones amenazantes.

La respuesta emocional del individuo frente al estrés tiene síntomas de ansiedad, ira, cólera, irritabilidad, tristeza, pánico y sensación de desesperanza. Estos síntomas son de naturaleza transitoria.

El estrés activa diferentes reacciones que generan respuestas conductuales y fisiológicas. Estas respuestas neuronales, metabólicas y neuroendocrinas le permiten al organismo actuar frente al estresor de manera adaptada.

Vales plantea tres instancias en respuesta al estrés, la ultrarrápida, la cual se produce en segundos y conlleva la liberación de hormona (catecolaminas y corticotrofinas). Luego encontramos la rápida, que implica la liberación de ACTH, endorfinas y hay un aumento del flujo cerebral sanguíneo, así como también la utilización de glucosa, la pérdida del apetito y disminución de los sistemas gonadotróficos. La tercer y última instancia es la mediata, la cual es necesaria para mantener los niveles de actividad y el funcionamiento de las etapas anteriormente nombradas. Esta etapa implica principalmente la liberación de glucocorticoides.

Podemos diferenciar lo que es el estrés agudo de lo que es el estrés crónico. Dentro del estrés agudo se encuentra una diferencia entre el hombre y la mujer. En la respuesta al estresor, en el hombre se activa el córtex

prefrontal, a diferencia de la mujer que activa preferentemente el sistema límbico.

Por otra parte, el estrés crónico se desencadena cuando la respuesta al estrés es repetitiva, entra en lo que se denomina fase de agotamiento o hipercortisolemia crónica.

A lo largo de los años y a través de diferentes enfoques de la ciencia, la medicina y la psicología han estudiado la posible influencia que tienen los factores psicológicos en el funcionamiento corporal. (Bonet, 2013). Se ha establecido que el estrés genera fallas inmunológicas y por lo tanto puede incidir en el inicio y curso del cáncer, ya que este último pertenece a las denominadas “enfermedades inmunosupresoras”.

Según Ray, los factores mediadores entre la mente y el cuerpo, entre ellos la interacción social del individuo, favorecen en la preservación o el deterioro de la salud. Plantea que una situación estresante que es capaz de alterar el funcionamiento de uno de los sistemas del organismo, afectará el funcionamiento de los demás sistemas, debido a que se encuentran interconectados.

Kiecolt-Glaser, McGuire y Robles nos plantean que nuestra forma de pensar, nuestras creencias y nuestros sentimientos son una actividad bioquímica que se desarrolla en nuestro cerebro.

Esto a su vez se expresa en nuestros sistemas endocrino e inmune y es lo que determina nuestra salud. Actualmente se puede establecer que nuestros pensamientos modifican nuestra biología. Por ende, no es solamente la influencia de los actores psicológicos, los pensamientos, los recuerdos, las emociones y las conductas son partícipes en los estados globales de adaptación.

Distintas situaciones estresantes que son procesadas por el sistema de creencias de cada individuo son capaces de generar emociones negativas, enojo, ira, miedo, depresión, desesperanza. Activan mecanismos bioquímicos a nivel del hipotálamo, la hipófisis y las glándulas suprarrenales que tienden a disminuir o suprimir la respuesta inmune. Esto hace posible el desarrollo de distintas patologías, entre ellas el cáncer.

El cáncer no es una enfermedad aislada, sino que depende de un conjunto de factores, tanto internos como externos. Diversas situaciones de

la vida moderna llevan a generar estrés en un individuo y esto conlleva modificaciones fisiológicas.

Se plantea que el estrés, que resulta de la relación del individuo con su entorno, genera deficiencias en las funciones afectivas, comportamentales y cognitivas de los individuos, y esto aumenta significativamente los riesgos de padecer dolencias como la depresión, enfermedades autoinmunes, cardiovasculares, entre otras. Por lo tanto, los factores psicológicos que son producto de la historia de cada individuo y del contexto sociocultural en el que se desenvuelve, influyen en el proceso de enfermar y en el mantenimiento de un estado de salud óptimo. Las variables psicológicas siempre inciden, de forma directa o indirecta, en el proceso de enfermedad y a su vez, las enfermedades tienen repercusiones en el ámbito psicológico.

En 2005 Glaser y Kiecolt realizaron una investigación donde establecieron que los factores psicológicos están asociados a disfunciones inmunes y el desarrollo de células cancerígenas. Fue en este mismo estudio en que se logró establecer evidencias de que el estrés psicológico puede influir en el aumento del riesgo de contraer cáncer.

Por otra parte, Lutgendorf y Sood plantean que el comportamiento de las personas tiene un rol importante como factor de riesgo para la progresión del cáncer. Dentro de los factores que promueven esta enfermedad, encontramos la adversidad social, la depresión y el estrés. Bryla, en 1996, realizó una investigación donde relacionó el estrés con el cáncer de mama y los efectos mediadores del sistema inmune. Los estudios demostraron una relación positiva entre ambos, aunque el mecanismo exacto no está del todo claro. Los investigadores caracterizaron a las mujeres que sufrían cáncer de mama con ciertos rasgos de personalidad y establecieron que eran más receptivas al estrés emocional. Dentro de estos rasgos de personalidad se encontraban: la supresión emocional, la depresión, estilos de afrontamiento represivos, evitación de conflictos, incertidumbre, inhibición sexual.

Si bien actualmente podemos establecer que el estrés psicológico y determinados estados emocionales alteran la función del sistema inmune, es importante destacar que no todos los eventos estresantes son inmunosupresores, algunos son de activación.

Desde la psiconeuroinmunoendocrinología se ha intentado demostrar que, cuando la respuesta al estrés percibido deviene en un proceso crónico, facilita el comienzo de un estado de disestrés emocional. En este estado de disestrés emocional se puede observar una gran utilización y mal manejo de hormonas, corticosteroides y catecolaminas por parte de los ejes neuroendocrinos. (McEwen, 2007. Citado en Moscoso, 2009a).



Depresión

El National Cancer Institute (NCI) estima que la depresión afecta a una proporción de entre un 15% y un 25% de los pacientes oncológicos.

En un elevado porcentaje de casos se observan síntomas depresivos en las primeras semanas tras el diagnóstico de cáncer. Los estudios de seguimiento muestran que una gran proporción de estos pacientes acaban desarrollando un trastorno depresivo mayor.

Entre los factores de riesgo con mayor peso para el desarrollo de depresión en pacientes con cáncer se destacan los siguientes:

- Tipo de cáncer: síndromes paraneoplásicos y cánceres con liberación de citoquinas.
- Estadio del cáncer: en los pacientes más sintomáticos se observa una mayor presencia de trastorno mental.

- Tratamiento oncológico en curso.
- Antecedentes de depresión: tener un diagnóstico previo de depresión es el mayor factor de riesgo para desarrollar este trastorno en enfermedad oncológica.
- Dolor
- Limitada red social
- Pobre estado funcional
- Menor edad

La incidencia de sintomatología depresiva es diferente en función del tipo de cáncer:

- Tumor cerebral: entre 41 y 93%
- Páncreas: 17%
- Cabeza y cuello: 15%
- Mama: entre 4,5 y 37%
- Ginecológico: 23%
- Pulmón: 14%
- Estómago 20%

Importancia de la detección y tratamiento de la depresión en pacientes oncológicos

Además del malestar que puede experimentar una persona con depresión, padecer un trastorno depresivo parece afectar la evolución de una enfermedad oncológica. En un estudio con 103 pacientes, el estilo de afrontamiento depresivo se correlacionó con una disminución del tiempo de supervivencia, incluso cuando se tuvieron en cuenta otros factores de riesgo biomédicos como el grado tumoral y la clasificación histológica.

La depresión disminuye el cumplimiento de la terapia, incrementa la duración de la estancia hospitalaria, disminuye la calidad de vida y limita la posibilidad de cuidar de uno mismo. Es también un predictor independiente de una pobre supervivencia en cánceres avanzados.

Teniendo en cuenta la influencia de depresión en la evolución de la

enfermedad, y el hecho de que es una entidad con tratamiento eficaz, se hace incuestionable la necesidad de abordarla en la población oncológica.

Herramientas para el diagnóstico

Como herramienta principal para la detección y el acercamiento a la clínica depresiva de los pacientes oncológicos contamos con la entrevista clínica psiquiátrica.

Sin embargo, la puesta en marcha de esta evaluación supone en muchas ocasiones un reto doble; por un lado, que en el paciente oncológico se detecte la necesidad de ser derivado al especialista y, por otro lado, separar y diferenciar la clínica propia de la enfermedad oncológica de la clínica depresiva.

A pesar de esta dificultad para diagnosticar la presencia de depresión, se cuenta con un amplio abanico de instrumentos de evaluación psicológica, que pueden complementar la evaluación clínica psiquiátrica o, en otros casos, ser la vía de acceso al especialista.

Recursos interpersonales

Afrontamiento

El concepto de afrontamiento se basa fundamentalmente en la teoría de Lazarus y Folkman (1986) sobre el estrés psicológico y el proceso de afrontamiento. Según estos autores el afrontamiento consistiría en los esfuerzos cognitivos y conductuales, que son constantemente cambiantes, que lleva a cabo la persona para manejar las demandas específicas internas o externas que al ser evaluadas resultan estresantes.

Las reacciones psicológicas del enfermo ante la situación de padecer un cáncer son complejas y pueden verse influenciadas por diferentes factores como: el tipo de enfermedad, el nivel previo de adaptación, la amenaza que supone sobre los objetivos de vida (en relación con el sentido de su vida), las actitudes culturales y religiosas, el apoyo afectivo del que se

dispone, las potencialidades para la rehabilitación psíquica y psicológica, personalidad previa y estilos de afrontamiento.

Afrontar un diagnóstico de cáncer supone tener que afrontar una multitud de estresores potenciales que varían según las circunstancias de cada persona y que están en función de las amenazas percibidas. Dicho afrontamiento es un proceso dinámico que puede ir cambiando a lo largo del tiempo y puede estar condicionado por las creencias previas sobre lo que es la vida, sobre lo que es enfrentarse a ciertas circunstancias estresantes y por los significados que atribuye la persona ante lo que está pasando.

Así el afrontamiento puede estar condicionado por el sentido que uno encuentra a su vida, que a su vez está influenciado por las creencias existenciales o religiosas de las personas. El sentido es considerado como un factor importante para la vida de las personas y para el afrontamiento de situaciones estresantes, la enfermedad, el sufrimiento y la muerte desde perspectivas teóricas de tipo existencial y cognitivo.

Distintos autores hacen hincapié en que el hallar un sentido influye al afrontamiento, que el sentido que cada uno desarrolla en torno a su enfermedad influye en su bienestar psicológico y que este sentido lleva a la persona con cáncer a desarrollar un sentido de coherencia en relación con las experiencias que vive, algo que también se puede relacionar con el sentido que se da al sufrimiento. Por lo tanto, el sentido parece ser un factor relevante en la adaptación a la enfermedad y en el afrontamiento de la misma, algo que resulta lógico si pensamos que el afrontamiento está condicionado por la evaluación cognitiva que se hace de una situación y por lo tanto del significado o sentido que se le da; algo que a su vez puede estar condicionado por visiones más generales acerca del significado o sentido que tiene la propia existencia.

Otro factor que puede influir o actuar como mediadora en las reacciones psicológicas ante la enfermedad es la percepción de control ante esa situación, ya que dicha percepción de control se puede ver amenazada por la enfermedad. Es posible que las personas que son capaces de mantener una mayor sensación de control ante lo que está sucediendo tengan una mejor adaptación a la enfermedad y que esto a su vez se relacione con el sentido atribuido a lo que está pasando y con el sentido de la propia

vida, así como con las estrategias de afrontamiento utilizadas. Por lo que, finalmente, también condicionará la aparición o no de alteraciones psicopatológicas en estos enfermos.

Para Lipowski, la reacción psicológica ante cualquier enfermedad, y por lo tanto ante el cáncer, tiene que ver con las siguientes variables:

- Personalidad del paciente y aspectos relevantes de su historia personal que condicionan su respuesta en general ante eventos estresantes en forma de percepciones, emociones, ideas y conductas determinadas.
- La situación social y económica del paciente. Sobre todo, por las reacciones de las personas más cercanas ante lo que está sucediendo y las visiones culturales de la enfermedad.
- Características del ambiente físico que le rodea.
- La naturaleza y características de la enfermedad tal y como son percibidas y evaluadas por el enfermo. Es fundamental el significado subjetivo atribuido a la enfermedad que es un proceso cognitivo, pero no necesariamente racional o consciente. Este significado está condicionado por factores personales y culturales tanto conscientes como no conscientes y tiene que ver con un intento del paciente por reducir la ambigüedad, la incertidumbre y la ansiedad ante lo que está pasando.

Según Bayés el cáncer acaba suponiendo con frecuencia una situación de estrés que posee cuatro características:

- Incertidumbre: el paciente se enfrenta a una situación en la que no sabe qué sucederá en el futuro en relación con su enfermedad, su vida y con el tipo de tratamientos utilizados.
- Sentimientos negativos: como miedo, tristeza o ansiedad.
- Pérdida de control: que genera indefensión y sensación de que no puede influir en los tratamientos.
- Amenazas a la autoestima: por cambios en el cuerpo, incapacidad de trabajar, alteraciones de tipo sexual, etc.

Hay que tener en cuenta que el impacto de la enfermedad repercute tanto en el paciente como en su contexto social y familiar, es decir, implica a una dimensión psicosocial que hay que tener en cuenta para apoyar al paciente de una forma adecuada. El descuido de dicha dimensión psicosocial puede generar muchos problemas como: ansiedad o depresión, que pueden ser no reconocidas o no tratadas, dificultad en la toma de decisiones por la propia ansiedad o depresión, no seguir un tratamiento adecuado, insatisfacción o decepción con el cuidado recibido que pueden llevar a abandonar el tratamiento, buscar terapias alternativas inadecuadas, estrés sobre los cuidadores, etc.

Desde el ámbito de la psicología se ha usado el término *adjustment* para referirse a la adaptación o respuesta psíquica más equilibrada ante la situación de padecer un cáncer. Dicha adaptación se ha relacionado con estar casado, tener mayores ingresos económicos y mayor nivel educativo y una percepción positiva del propio estado de salud, un mayor apoyo social y la percepción de un mayor sentido en la vida, así como con menores niveles de afrontamiento de la situación mediante evitación.

Negación

La negación es un estado psicológico habitual. Negamos cada día cuando comemos a pesar de saber que hay hambre en el mundo, cuando teniendo problemas o situaciones negativas en nuestra vida salimos a la calle y hacemos una vida normal. El psicoanálisis habla de negación como un mecanismo de defensa consistente en “no valorar o anular pensamientos, sentimientos o fantasías que pueden generar sufrimiento mental”. Las corrientes teóricas más cognitivo-conductuales la definen como una “estrategia de afrontamiento consistente en omisión de hechos que podrían ser dolorosos si se aceptaran en la conciencia”, así que más o menos estamos hablando de lo mismo. Parece que el ser humano necesita negar para subsistir, para sobrevivir, por lo menos psicológicamente, a los hechos estresantes.

En la enfermedad la negación es frecuente, a veces como una primera reacción al diagnóstico. Pero encontramos la negación en muchas fases

de la enfermedad, incluso previas donde puede llevar a descuidar señales o avisos corporales no activando conductas como visitas al médico por miedo. Algunas personas apartan mentalmente la atención a los dolores, molestias o cambios en funciones vitales o dándose alternativas como “no pasa nada”, “ya me pasará” o basándose en experiencias previas (“ya tuve dolor el año pasado y no era nada” o “mi hermana tuvo eso mismo y al final no fue más que un virus”...). En enfermedades como el cáncer se da esta paradoja, a pesar de que el tiempo que pasa en esta situación resta posibilidades de tratamiento por el crecimiento incontrolado del tumor, y por tanto de curación.

Ya en el diagnóstico no es infrecuente encontrar enfermos que quedan bloqueados por la información y pasan a una negación basada en la incredulidad (“no puede ser”, “no me está pasando a mí” o “se habrán equivocado, yo me encuentro bien”).

Este último ejemplo puede ser porque a veces la enfermedad se detecta en estadios muy precoces gracias a los avances actuales, pero entonces la persona no ha tenido pistas de enfermedad y se mantiene en la estrategia negadora, no tiene evidencia de que sea la que le han comunicado y a menudo cuesta más que el paciente lo interiorice.

TIPOS DE NEGACIÓN

La negación puede tomar diversas formas:

TOTAL: Es poco habitual hoy, ya que hay mucha información mediática sobre la enfermedad oncológica. No obstante, encontramos pacientes que no inician conversaciones sobre lo que les pasa ni preguntan ni expresan ninguna curiosidad por aspectos relacionados. Esta reacción extrema podría suponer un problema si conduce a rechazar el tratamiento. Antes era más típico: pacientes que recibían información al respecto, por ejemplo, cáncer de mama como bulto benigno o de grasa, o de colon que asumían que tenían úlcera de estómago. Si estas alternativas usadas con la inten-

ción de suavizar el problema, llevaban al rechazo de someterse a una intervención quirúrgica, era necesario cambiar la información por una más veraz para asegurar un cumplimiento del tratamiento.

PARCIAL: Es bastante más frecuente. Se da en pacientes que admiten el diagnóstico, pero no en su totalidad. Pueden asumir un diagnóstico inicial, pero niegan la posibilidad de no curarse, o aceptar un primer cáncer, pero no su reaparición. Lo que están negando es la gravedad cuando existe. El quid de la cuestión es el pronóstico.

NEGACIÓN INTELECTUALIZADA: Es un modelo creciente. La tendencia actual es dar mucha información, incluyendo tecnicismos de significado confuso que hacen sentirse tranquilo al profesional que lo ha emitido, pero que no queda claro que tengan un eco emocional coherente con su significado en el receptor. Encontramos, por ejemplo, mujeres con cáncer de mama que responden de forma automática y aprendida expresiones como “carcinoma ductal infiltrante” cuando se les pregunta si tienen información. La forma de responder con una expresión aprendida de memoria nos muestra que no han interiorizado el significado de aquellas palabras. La información debería darse de forma gradual, adaptada a las capacidades de cada paciente, no sólo refiriéndonos a aspectos intelectuales, sino también al perfil psicológico. El procesamiento de la información ante situaciones estresantes, se ralentiza y es probable que un exceso y más si se formula demasiado técnicamente no pueda ser realmente absorbida e integrada por la persona que necesita asumirla a su ritmo.

NEGACIÓN DE SUFRIMIENTO EMOCIONAL: Hasta ahora nos hemos estado refiriendo a la información de carácter médico, pero hay una forma de negación más compleja: la negación de sufrimiento psicológico ante el cáncer.

Uno de los objetivos de recuperación psicológica del paciente oncológico es ayudarlo a encontrar su estrategia para hacer frente a la enfermedad y sus consecuencias, intentar que no quede sumergido en la negatividad. Pero eso no quiere decir que no vaya a haber un proceso adaptativo que

significa aceptar e incluir las emociones negativas que conlleva. Algunos pacientes niegan el miedo, la ansiedad y la incertidumbre. Verbalizan en voz alta que no lo pasan mal o que lo han tomado bien. Es cierto que hay pacientes sin niveles de ansiedad o depresión valorables, pero ahora nos referimos a personas que tienen una pose aprendida y artificial rellena de expresiones positivas, que a menudo no se corresponde a la realidad emocional que están viviendo. Aunque no es una actitud de riesgo para la vida, sí que lo es por las consecuencias posteriores de la supresión forzada del sufrimiento psicológico.

EVITACIÓN POSITIVA: Cuando una persona responde con negación y eso no la lleva a rechazar los procedimientos médicos, puede sobrevivir psicológicamente a la enfermedad sin perjuicio, es la evitación positiva. Una vez finalizado el tratamiento, prefiere volver a la vida cotidiana sin que el cáncer sea algo presente o implique nada en especial. No hay que confundir con personas que no aceptan lo que les ha pasado, sino aquellas que quieren vivir una vida que les parece normal y corriente. Esto lleva a confusión, ya que en una época donde enfermos y enfermedades salen en la televisión, en Internet y tienen una voz pública, parece que la persona que no sigue este patrón es alguien que esconde o no acepta su experiencia. No siempre es así, en todo caso se debería valorar psicológicamente esta actitud. Mientras mantengan un seguimiento con su rutina médica, nadie puede decidir que es mejor que hablen o se expongan públicamente.

NEGACIÓN Y ANSIEDAD, NEGACIÓN Y DEPRESIÓN: Algunas alteraciones del estado de ánimo propias de las reacciones ante un diagnóstico de malignidad pueden provocar conductas y actitudes similares a la negación, e incluso mezclarse. Se refiere a aquellas consecuencias más frecuentes ante el sufrimiento de una enfermedad oncológica que son ansiedad y depresión.

En algunos estudios se ha demostrado cómo la depresión o actitud resignada pueden llevar a no activar conductas saludables, no cumplir con las visitas de control, no tener interés en introducir una dieta sana, ejer-

cicio o no hacer caso de molestias o síntomas por pensar que igualmente no hay nada que hacer. Por este motivo algunos estudios muestran que las actitudes más negativas pueden llevar a una menor supervivencia por un retraso en acudir al médico ante determinados síntomas.

“Cada persona, cuando enferma, desarrolla su propia modalidad de comportamiento para afrontar la situación. Pero la esperanza en la recuperación y la voluntad de vivir son indispensables para una adaptación con buena calidad de vida”.

En conclusión...

- El diagnóstico de un cáncer tiene una importante repercusión psicológica en la vida de muchas personas, lo que puede aumentar el riesgo que aparezcan diversas alteraciones psicopatológicas. Por este motivo son cada vez mayores las demandas de estos enfermos de recibir ayuda por parte de los servicios de salud mental. Se debe trabajar en forma interdisciplinaria con los oncólogos, cirujanos, radioterapeutas y enfermeros.
- Se deben atender las necesidades del paciente y de su grupo familiar.
- Un tratamiento psicológico/psiquiátrico adecuado y oportuno mejora la calidad de vida y la adhesión a los tratamientos.

MINDFULNESS,
UNA HERRAMIENTA EFICAZ

Dra. Andrea Orlando

La atención plena (o mindfulness) es una forma de meditación que consiste en prestar atención al momento presente, de forma deliberada y sin juzgar. El concepto de mindfulness ha trascendido sus orígenes espirituales y lo practican cada vez más personas. Se fomenta como terapia para enfrentarse al estrés, la ansiedad, el dolor o la enfermedad.

Tendemos a no ser conscientes de que estamos pensando prácticamente todo el tiempo. La incesante corriente de pensamientos que fluye por nuestra mente nos deja muy pocos descansos para experimentar el silencio interior. Y dejamos muy poco espacio para simplemente ser, sin tener que correr de aquí para allá haciendo cosas constantemente.

¿QUÉ ES LA ATENCIÓN PLENA (MINDFULNESS)?

La atención plena es una antigua práctica de meditación budista. Sin embargo, no tiene nada que ver con el budismo per se ni con hacerse budista, sino con el hecho de examinar quiénes somos y con cuestionar nuestra visión del mundo y el lugar que ocupamos en él, así como con el hecho de cultivar la capacidad de apreciar la plenitud de cada momento que estamos vivos.

En la práctica, el mindfulness es una forma de meditar muy sencilla.

La atención plena nos despierta para que podamos darnos cuenta de que nuestras vidas solo se despliegan en el momento presente. Si durante la mayoría de esos momentos no estamos plenamente presentes, es posible no solo que nos perdamos aquello que es más valioso en nuestra vida, sino también que no nos percatemos de la riqueza y la profundidad de nuestras posibilidades de crecimiento y transformación. El mindfulness

nos permite ser conscientes de nuestros comportamientos automáticos y tener más posibilidades de tomar decisiones que alienten el equilibrio y el bienestar.

Cuando podemos permanecer centrados en nosotros mismos, aunque sea durante breves períodos, ante las exigencias del mundo externo, sin tener que buscar en otro lugar algo que nos llene o que nos haga felices, podemos sentirnos cómodos dondequiera que nos encontremos y en paz con las cosas tal como son, momento a momento. (Jon Kabat-Zinn, *Mindfulness en la vida cotidiana*).

¿QUIÉN CUIDA AL QUE CUIDA?

Dra. Andrea Orlando

“El bienestar del cuidador requiere alivio, consuelo, comprensión y orientación”.

MARGARITA ROJAS

Es bastante frecuente que acudan a mi consulta personas afectadas de cuadros mixtos de depresión y ansiedad después de ser, durante un tiempo, el cuidador principal de un enfermo dependiente.

El bienestar emocional del cuidador requiere alivio, consuelo, comprensión y orientación. Suavizar el malestar de un enfermo supone altas dosis de renuncia, energía y paciencia, pero también es necesario cuidarse a sí mismo, dosificar la energía, reafirmar la autoestima, elaborar las culpas y un largo etcétera.

Cuidar a un paciente dependiente requiere de mucha fortaleza mental, física y emocional. La persona en cuestión se va a enfrentar a situaciones que pueden llegar a perjudicar gravemente su salud física y psicológica. Es lo que se llama “síndrome del cuidador”.

Estas son sus recomendaciones fundamentales:

Cuidarse para cuidar...

Si el cuidador enferma la persona a su cargo se queda sin atención, por ello es fundamental seguir pautas como visitar de forma periódica al médico, evitar el aislamiento social, ya que es básico para encontrar apoyo ante las demandas diarias, pedir ayuda cuando es necesario y valorar la función de cuidador que se está ejerciendo.

Evitar la sobrecarga. Vigilar el sueño, la alimentación, mantener una actitud positiva, buscar información y prepararse ante el duelo por el familiar se encuentran entre las cuestiones básicas que también ayudan a evitar la posible sobrecarga. Fomentar la autonomía del familiar. En cuestiones de

higiene hay que saber qué puede y qué no puede realizar de forma autónoma la persona a la que se cuida y promover esta autonomía. Vestirse, comer o cuidar de su aseo repercuten en la autoestima del familiar y en su salud.

Cuidar las posturas.

El cuidador debe ser consciente en todo momento de la postura física que toma cada vez que realiza una tarea como movilizar a su familiar en la cama, pasarlo de la cama a una silla o ayudarlo a caminar.

Estar atento a la alimentación.

La falta de apetito o la pérdida de peso son indicios de que algo sucede y el cuidador debe saber reconocer estos indicadores para consultarlos con el médico.

Desarrollar habilidades de comunicación.

Existen cuestiones muy prácticas como evitar hablar con el paciente cuando está enfadado o cansado, saber reaccionar ante muestras de agresividad o actuar de forma adecuada ante posibles alucinaciones.

El médico es una vez más el mejor aliado para poder tomar la actitud más adecuada a la situación, por eso acudir a su consulta es clave. Conocer la medicación y cómo conservarla.

El cuidador cuenta con el apoyo de médicos y enfermeros para ayudarlo y afrontará mejor las situaciones que se le presenten si reúne toda la información necesaria para ello.

Manejar las caídas Un hogar adaptado evitará muchos de los accidentes comunes y si además el cuidador sabe cómo movilizar al familiar cuando haya sido inevitable su caída, evitará lesiones propias y empeorar las existentes.

Como dijo Abraham Lincoln, «suavizar las penas de otros es olvidar un poco las propias».

BIBLIOGRAFIA

Mindfulness en la vida cotidiana.

Donde quiera que vaya, ahí estás.

Jon Kabat-Zinn

**TOP 100
DE PREGUNTAS Y RESPUESTAS**

SEGUNDA PARTE

El capítulo Top 100 de preguntas y respuestas de mi primer libro, *Cáncer oportunidad y aprendizaje*, está compuesto por 99 preguntas con sus respuestas respectivas, estas son cortas y sencillas y tienen la finalidad de aclarar los interrogantes más frecuentes que plantean los pacientes en el consultorio.

La pregunta número 100 me la podía hacer el lector vía mail.

Aquí les presento un compilado de las preguntas que me hicieron vía mail y otras que habitualmente me hacen los pacientes en el consultorio.

—Hace muy poco a mi padre le diagnosticaron cáncer de pulmón, y está muy deprimido... ¿Cuál es la mejor forma de ayudarlo?

Vivir con cáncer puede desencadenar muchas inquietudes y sentimientos negativos: ira, miedo, tristeza, ansiedad acerca de lo que depara el futuro y, para algunas personas, incluso sentimientos de falta de sentido y desesperanza.

La terapia que proporcionan psicólogos o psiquiatras a menudo es enormemente útil para abordar este tipo de sentimientos.

Ustedes como familia también se pueden beneficiar con la consulta a estos profesionales.

—Tengo 67 años, hace 2 semanas me diagnosticaron cáncer de ovario. En mi primera consulta con el oncólogo yo estaba muy nerviosa y no entendí casi nada de lo que me explicó y no me animé a decírselo. Doctor... ¿Qué me aconseja hacer?

Con frecuencia, y sobre todo en conversaciones de gran carga emocional, es difícil recordar lo que ha dicho el médico. Suele ser útil que lo acompañe un familiar o amigo.

Muchos pacientes toman notas e incluso (si el médico no tiene ninguna objeción) graban la conversación.

—Soy Carlos de Mendoza, me diagnosticaron un melanoma. No estoy muy seguro de contarle mi problema a mi familia porque no quiero preocuparlos. ¿Considera que estoy actuando correctamente?

A menudo a los pacientes como a Ud. les preocupa cómo o qué explicarles a sus familiares y amigos.

Las personas queridas sentirán mucha ansiedad si piensan que usted les está mintiendo acerca de su salud o que les está ocultando algo.

Por estos motivos recomiendo la comunicación.

La mayoría de los pacientes piden que sus familiares participen tanto para obtener su apoyo como por la sensación de sentirse acompañados.

Sin embargo, algunos pacientes prefieren privacidad para hacer preguntas sensibles que no quieren que sus familias conozcan. Esto también es válido.

Si usted necesita ayuda para saber qué decir o cómo explicar las cosas, su oncólogo o alguien de su equipo podrán ayudarlo.

—Me acabo de divorciar, tengo cáncer de mama. Si mi exmarido se entera, va a pedir la tenencia de los niños. ¿Cómo hago para que mi oncólogo no le brinde información, en caso de que vaya a verlo?

Tiene usted derecho a la confidencialidad y deberá usted informar a su médico con quién puede o no hablar de su enfermedad.

—Mi oncólogo me invitó a participar de un protocolo de investigación de una nueva droga. Mi miedo es convertirme en un conejillo de Indias. ¿Qué me recomienda?

Participar en un ensayo clínico no es para todos y a algunas personas les preocupa y disuade, correr el riesgo de los efectos secundarios, las exigencias de análisis de sangre, pruebas de imagen y cuestionarios adicionales.

Mi recomendación es que tiene que conversar con su oncólogo, que le explique en qué consiste el tratamiento y sus potenciales efectos adversos.

Recuerde que todas las drogas de las que disponemos hoy han pasado por una fase de investigación.

El marco legal regulatorio y los comités de ética son buenos filtros, cuidarán y controlarán todas las fases del estudio para preservar sus derechos como paciente.

—Soy Emilse de Villa General Belgrano, tengo diagnóstico de cáncer de cuello uterino. Me estoy atendiendo en la villa con un oncólogo que viene semanalmente de Córdoba. Mi marido insiste en hacer una consulta en Buenos Aires, para confirmar que si estoy bien tratada. Tengo miedo de que si se entera mi oncólogo se ofenda y no quiera atenderme más...

Para muchos pacientes la información que reciben de su oncólogo en quien confían es suficiente. Pero en caso de necesitar una segunda opinión, no debería ser un motivo para que su médico se enoje.

Es muy común en la oncología este tipo de consultas.

Para sacarle provecho a la consulta de segunda opinión le sugiero lo siguiente:

- a) Pídale a su oncólogo una carta resumen acerca de su situación y sus recomendaciones de tratamiento.
- b) Si le han realizado radiografías o resonancias, puede ser importante llevar no solo los informes, sino también los discos o vídeos de los estudios de imagen mismos.

—Estoy obsesionada con internet. Googleo todo lo que me dice el oncólogo. Hay tantas cosas, recomendaciones, tratamientos... que me estoy volviendo loca. ¿Qué me sugiere?

Aunque internet puede ser muy útil para muchos pacientes, alguna información en internet puede ser perjudicial por diversos motivos:

No toda la información disponible en internet es exacta, y en algunas situaciones puede inducir a grandes errores.

Muchos sitios en internet se basan en intereses comerciales, con la intención de animar a los lectores a comprar sus productos concretos.

Incluso en los sitios web apoyados por autoridades fiables y responsables, se puede estar expuesto a información acerca de pronósticos esperados que pueden no ser adecuados para su caso concreto. A veces esto ocasiona un gran sufrimiento y confusión.

Es importante que dialogue con su oncólogo y que este le sugiera cuáles son los sitios seguros.

—Estimado doctor: desde que me diagnosticaron el cáncer, vivo exclusivamente dedicado al tratamiento, siento que me estoy aislando de mis amigos y familiares. ¿Es normal que me suceda esto?

El objetivo de vivir con cáncer es estar lo suficientemente bien para disfrutar de las relaciones, las actividades y el tiempo con la familia y maximizar las oportunidades que da la vida.

A menudo es difícil encontrar el equilibrio adecuado entre ser un paciente en tratamiento y ser uno mismo y vivir la propia vida.

La verdad es que el tratamiento es importante, ¡pero también lo es su vida! Atender a sus prioridades, a su familia y otras relaciones significativas es una parte importante del esfuerzo por mantener un equilibrio.

Estos son algunos consejos importantes que parecen muy sencillos pero que con el torbellino de la enfermedad a menudo se ignoran:

- Cuide de sus relaciones con la familia y amigos.
- Si alguna relación se ha visto afectada por problemas del pasado, considere cómo arreglarla.
- Encuentre tiempo para la gente que le hace sentirse bien y que son importantes para usted.
- Comparta sus esperanzas, temores y recuerdos con sus seres queridos.
- Dígales a las personas que quiere cuánto las quiere.
- Dedique tiempo a las cosas que le dan placer.
- Priorice las cosas importantes que hay que hacer: hoy, esta semana, este mes, este año.
- Entienda que la gente le valora simplemente por ser usted, no por lo que puede hacer.

—Ya he probado varios tratamientos y el cáncer sigue avanzando. Decidí abandonar todo y disfrutar de mis últimos días. Mi familia no respeta mi decisión. ¿Qué me recomienda?

Su decisión es muy valiosa y probablemente sea mejor que aproveche su tiempo y energía haciendo cosas importantes con su familia y amigos.

Comuníquese en forma clara y tranquila y ellos deberán respetar su decisión. Al igual que hace falta valor para probar un nuevo tratamiento,

también hace falta valor para decir: “Ya no más, ha llegado el momento de parar”.

Su oncólogo y el equipo con el que trabaja continuarán ayudándolo a vivir lo mejor posible intentando controlar sus síntomas, así como ofreciéndole el apoyo necesario para ayudarle a usted y a su familia a vivir el resto de su vida con la máxima comodidad posible en todo momento.

—Siento que mi oncólogo que me atiende hace años ya no me presta la atención que requiero, por otro lado, estoy muy acostumbrada a él y me da miedo cambiar... ¿Qué puedo hacer?

Si usted considera que sus necesidades asistenciales no están siendo adecuadamente atendidas o que existe una falta de sintonía interpersonal entre usted y su oncólogo, debería planteárselo, si después de esto continúa su insatisfacción, quizás sea conveniente consultar a otro profesional.

—¿Se puede continuar trabajando o estudiando mientras se realiza la quimio?

La continuidad de sus actividades habituales va a depender del tipo de tratamiento y de la tolerancia de este. Algunos tratamientos requieren internaciones por 48 horas o más, en ese caso dependerá de cuál es la actividad laboral que realices, y la permisividad que te otorgue la empresa o el lugar en que trabajes.

Recomendaciones prácticas:

- Agendar turnos de tratamiento en el horario en que salís del trabajo preferiblemente.
- Disminuir carga horaria de la jornada laboral y realizar tareas livianas.
- Podés llevar trabajo para realizar en tu hogar.

—¿Se puede tomar alcohol mientras estoy bajo tratamiento de quimio?

Pequeñas cantidades de alcohol pueden ayudarlo a relajarlo y aumentar el apetito. Pero tiene que recordar que también puede interactuar con algunas drogas, inhibiendo o aumentando la actividad de estas.

—A veces olvido tomar el tamoxifeno... ¿Me perjudica?

No es grave y no la perjudica si ocurre esporádicamente. Le sugiero fijar una hora del día, y repetir esta rutina diariamente para evitar el olvido de tomar la pastilla.

—Estoy bajo tratamiento con radioterapia en la mama. ¿Cómo tengo que cuidar la piel de la zona irradiada?

La piel debe estar limpia antes de la sesión de radioterapia.

Para el baño, utilizar jabón neutro y agua templada.

No utilizar esponjas.

Secar por contacto con la toalla, sin frotar.

No tomar sol.

Vestir con prendas de algodón.

—¿Puedo realizar actividad física mientras realizo el tratamiento oncológico?

Es aconsejable ejercicio suave cada día, como caminar o ejercicio de moderada intensidad tres veces a la semana. Los más recomendados son caminar, bicicleta o natación.

—Me operaron de un cáncer de mama, me extrajeron 7 ganglios de la axila, estoy muy asustada por la posibilidad de tener una linfedema. ¿Qué me recomienda?

Evitar todo lo posible punciones en la vena y presión sobre el brazo, por ej. Para tomar tensión arterial.

Usar guantes para el horno, cuidar el jardín o lavar la vajilla.

Depilarse con máquina eléctrica.

Hidratar bien la piel.

Evitar la sobrecarga del brazo.

Evite picaduras de insectos.

—Me diagnosticaron mieloma múltiple y me indicaron una biopsia de médula ósea. ¿Qué es la médula ósea?

La médula ósea está dentro de los huesos y es la encargada de producir los glóbulos rojos, blancos y plaquetas.

Los elementos de la sangre se pueden cuantificar mediante un análisis bioquímico al que se denomina hemograma.

Los valores normales varían de acuerdo al género y edad (diferencial entre ancianos y niños).

—¿Cuáles son las actividades laborales que por su exposición a tóxicos pueden producir cáncer?

Efectivamente hay muchas ocupaciones y actividades laborales que aumentan el riesgo de padecer un cáncer. En el siguiente cuadro tendrás un detalle de las más importantes.

—¿Cómo se sabe si un tumor está encapsulado?

Mediante estudios de imágenes se estadifica a cada paciente. De esta forma se puede establecer el TNM, que tiene en cuenta el tamaño del tumor, el compromiso ganglionar y la presencia o ausencia de metástasis.

—Mi madre tiene 80 años, le diagnosticaron un cáncer de vejiga, está totalmente lúcida, nos planteamos junto a mis hermanos si es necesario decirle la verdad de su enfermedad. ¿Qué me aconseja?

Es un derecho del paciente conocer la verdad.

Los profesionales debemos facilitar una información clara y concisa y no siempre es necesario explicar en una única consulta el total del diagnóstico, sino que el médico ha de tomarse todo el tiempo necesario para que la persona recién diagnosticada pueda reaccionar y asimilar lo que se le ha transmitido.

Conociendo la verdad el paciente puede decidir y tener la opción de hacer o no los tratamientos que se le ofrecen.

En mi experiencia las mentiras tienen “patas cortas”, de alguna u otra forma el paciente se entera la verdad, deja de confiar en su familia y en los profesionales que lo atienden.

—**¿En qué consiste la terapia biológica o bioterapia?**

Tratamiento para estimular o restaurar la capacidad del sistema inmunológico de combatir el cáncer, las infecciones y otras enfermedades. También se utiliza para reducir algunos efectos secundarios que pueden causar determinados tratamientos contra el cáncer. También recibe el nombre de inmunoterapia, bioterapia o terapia de modificador de la respuesta biológica.

—**¿Qué es una biopsia?**

Extracción de células o tejidos para ser examinados por un médico his-topatólogo, quien puede estudiar el tejido con un microscopio o realizar otras pruebas y análisis en las células o el tejido.

Hay muchos diferentes tipos de procedimientos de biopsia. Las más habituales incluyen: 1) biopsia por incisión, en la que únicamente se retira una muestra de tejido; 2) biopsia por escisión, en la que se retira un bulto completo o una zona sospechosa; 3) biopsia por punción con aguja, en la que se retira por medio de una aguja una muestra de tejido o de líquido.

Cuando se utiliza una aguja gruesa, se denomina “biopsia con trocar”. Cuando se utiliza una aguja fina, se denomina “biopsia por punción aspiración con aguja fina”.

—**¿Me podría informar cuáles son los síntomas característicos del cáncer de próstata, para darme cuenta a tiempo?**

- Los síntomas como el aumento de la frecuencia de orinar, dificultades para comenzar a orinar, levantarse en la noche muchas veces para orinar, urgencia o ganas de orinar inmediatamente podrían indicar cáncer de próstata.
- Un examen físico y el análisis de una proteína producida por la próstata (PSA) en la sangre guiarán el diagnóstico.
- El diagnóstico puede ser confirmado únicamente realizando una biopsia.

—**¿El aumento del PSA indica si o si la presencia de un cáncer de próstata?**

PSA es el antígeno prostático específico y es una proteína producida ex-

clusivamente por la próstata. El análisis de PSA mide la concentración o el nivel de dicha sustancia en la sangre.

Normalmente el PSA suele estar presente en la sangre, pero un aumento en su concentración podría indicar cáncer de próstata.

En pacientes en los que se sospecha de cáncer se debe realizar una biopsia. Debe tenerse en cuenta que el cáncer de próstata no es la única razón por la que la concentración de PSA aumenta. Condiciones benignas como una inflamación (prostatitis), infección de las vías urinarias e hiperplasia prostática benigna pueden causar un aumento en los niveles de PSA. La administración de ciertos medicamentos, una biopsia de próstata o un tacto rectal, montar en bicicleta y las relaciones sexuales son causas comunes de aumento de PSA.

—A mi hermano le diagnosticaron cáncer de pulmón, pero aún continúa fumando. ¿Es importante que lo deje o el daño ya está hecho?

Debido a la estrecha relación entre el tabaquismo y el desarrollo del cáncer de pulmón, es siempre recomendable que los pacientes con cáncer de pulmón dejen de fumar en todo momento. Por lo tanto, dejar de fumar debería ser considerado parte del tratamiento integral, sin importar el estadio de la enfermedad.

—Desde hace 3 años estoy tomando letrozol, siento muchos sofocos. ¿Es normal?

Los efectos secundarios de la hormonoterapia son muy frecuentes. Dependen de los fármacos administrados, pero todos los tratamientos de hormonoterapia comparten los mismos efectos secundarios.

- Sofocos y sudores (muy frecuentes, especialmente con tamoxifeno)
- Sequedad o descargas vaginales
- Dolores musculares y articulares (especialmente con los inhibidores de la aromatasa)
- Cambios de humor
- Fatiga
- Náuseas
- Reducción del interés en las actividades sexuales (esto puede ocu-

rrir por muchas razones diferentes relacionadas con el cáncer de mama, pero los cambios hormonales debidos al tratamiento pueden explicarlo, al menos en parte).

La mayoría de los fármacos producen efectos sobre los huesos y pueden derivar en osteoporosis. Por consiguiente, es de gran importancia una ingesta suficiente de calcio y de vitamina D, además de una evaluación de la densidad ósea mediante exploración radiológica.

—**¿En qué consiste la biopsia del ganglio centinela?**

Extirpación y examen de los ganglios centinelas (los primeros ganglios linfáticos a los que probablemente lleguen las células cancerosas que se diseminen a partir de un tumor primario). Para identificar los ganglios linfáticos centinelas, el cirujano inyecta una sustancia radioactiva, un tinte azul o ambos cerca del tumor. El cirujano entonces utiliza una sonda para encontrar los ganglios centinelas que contienen la sustancia radioactiva o busca los ganglios linfáticos teñidos. Entonces extirpa los ganglios centinelas para comprobar si hay en ellos células cancerosas.

—**¿A qué se denomina “cáncer de mama triple negativo”?**

Describe las células de cáncer de mama que no presentan receptores de estrógenos, ni receptores de progesterona, ni sobreexpresión del HER2.

—**¿Cuál es el rol de la vitamina D en cáncer de mama?**

Es un nutriente que el cuerpo necesita en pequeñas cantidades para funcionar y mantenerse sano. La vitamina D ayuda al cuerpo a usar calcio y fósforo para fortalecer los huesos y los dientes. Es liposoluble (puede disolverse en grasas y aceites) y se encuentra en el pescado graso, la yema de huevo y los productos lácteos. La piel expuesta a la luz solar también puede fabricar vitamina D. El déficit o la carencia de vitamina D pueden provocar una enfermedad de los huesos que se denomina raquitismo (osteomalacia, en adultos).

—**¿Cuáles son los principales factores de riesgo para el cáncer de mama en mujeres?**

- El riesgo de padecer cáncer de mama aumenta a medida que las mujeres se hacen mayores.

Las mutaciones de ciertos genes que son heredados de la madre o el padre aumentan el riesgo de cáncer de mama.

Las mujeres que no han tenido hijos o que tuvieron su primer hijo después de los 30 años tienen un mayor riesgo de desarrollar cáncer de mama.

El uso de la píldora anticonceptiva oral, especialmente antes del primer embarazo aumenta el riesgo de cáncer de mama.

El uso de la terapia hormonal de reemplazo después de la menopausia aumenta el riesgo de cáncer de mama.

—**¿Qué es un carcinoma in situ?**

Estadio precoz del cáncer, en el cual las células cancerosas han invadido en una sola capa de tejido en el órgano afectado.

—**¿Exactamente en qué consiste el examen de Papanicolaou?**

Procedimiento en el que se raspan las células del cuello uterino para su exploración al microscopio.

Se usa para detectar el cáncer y los cambios que pudieran derivar en él. Una prueba de Papanicolaou también puede mostrar otros problemas, como la infección o la inflamación, que no son cáncer.

También se denomina “citología vaginal” o “estudio citológico vaginal”.

—**¿El virus del papiloma humano (HPV) causa siempre cáncer?**

El VPH representa una familia de virus que produce infección de la piel o las mucosas a nivel local.

Hay dos subgrupos de tipos de VPH que infectan las vías genitales: los tipos de bajo riesgo (que causan verrugas en las zonas genitales) y los de alto riesgo (que producen cáncer de cuello uterino, vagina, vulva y ano en las mujeres, y cáncer de pene y ano en varón).

Si aún después de estas preguntas tenés alguna duda, escribime a consultaonco@gmail.com

LLAGAS Y ÚLCERAS EN LA BOCA: ¿SON SIEMPRE AFTAS?

Dra. Evelin Bachmeier

Corría la tarde de un día claro, tranquilo y templado. Un paciente de unos 65, tal vez 66 años, aguardaba en la sala de espera del Dr. Pichler, odontólogo especialista en cirugía maxilofacial.

Adicto a los puros, pero con una profunda molestia en su boca a causa de una úlcera que no cicatrizaba, se debatía entre salir a fumar mientras esperaba su llamado. No hizo falta, casi inmediatamente escuchó que lo llamaban por su apellido: Freud... El paciente no era otro más que Sigmund Freud.

Es bastante conocido el hecho de que el padre del psicoanálisis fue aquejado al menos durante los últimos años de su vida por un cáncer de la mucosa bucal. Sus biógrafos no logran ponerse de acuerdo respecto de la ubicación y ni siquiera de la variedad de carcinoma que lo aquejó. Durante muchos años se pensó que la lesión primaria estuvo ubicada en maxilar inferior, hoy es casi aceptado por todos que en realidad esta asentaba en maxilar superior y se extendía hacia el velo del paladar. En cuanto al tipo de cáncer, no se conoce a ciencia cierta de si se trató de un carcinoma a células escamosas de la mucosa bucal (la variedad más frecuente de cáncer bucal) o de un carcinoma verrugoso. Lo que sí se conoce es que una serie de eventos desafortunados hizo que Freud asistiera aquella tarde al consultorio del Dr. Pichler con un cáncer bastante avanzado.

Inclusive, algunos estudiosos de su vida y su obra, especulan con que las dificultades funcionales en materia de fonación posteriores a las múltiples cirugías oncológicas que se le practicaron, contribuyeron al desarrollo de la técnica del psicoanálisis, basada más en escuchar al paciente antes que en dar su punto de vista. Sin embargo, esto no resulta fácil de comprobar.

El patólogo que analizó las muestras de tejido procedente de la mucosa bucal de Freud luego de cada intervención, el Dr. Jacob Erdheim, un eminente catedrático de la Universidad de Viena, fue el primero en reconocer la

relación existente entre las lesiones malignas de Freud y su hábito de fumar. Advertido Freud de esta posible asociación, asintió con la cabeza, pero durante los años que le quedaron de vida, muy amablemente, se rehusó a dejar de fumar, y continuó consumiendo una gran cantidad de cigarrillos por día.

De hecho, en la Europa de la década del 30, el cáncer de maxilar y paladar era considerado como “cáncer del hombre rico”, por el precio del tabaco en ese entonces.

Freud era un fumador empedernido. Como relató, en sus propias palabras: “Empecé a fumar a la edad de 24 años, y me repugna sumamente privarme de este placer. Desde entonces me he mantenido fiel a este hábito. Mi modelo en este sentido fue mi padre, quien también fue un gran fumador hasta los 82 años”.

La asociación entre el hábito de fumar y la aparición de lesiones premalignas y malignas de la mucosa bucal permanece vigente. Sin embargo, a la luz de los conocimientos actuales, el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de Sigmund Freud hubiese sido muy diferente.

CÁNCER BUCAL: ESTADO ACTUAL

El cáncer de cabeza y cuello es uno de los seis cánceres más frecuentes en los seres humanos. Los localizados en la cavidad oral representan el 48% de los casos de cabeza y cuello, y el 90% de estos son carcinomas a células escamosas de la mucosa bucal (CCE). Los carcinomas de cabeza y cuello comprenden a los de células escamosas del tracto superior aéreo, desde los labios hasta la región esofágica incluyendo la cavidad oral, laringe y faringe. Estos cánceres suelen considerarse en forma conjunta, dada sus similitudes epidemiológicas, de tratamiento y pronóstico.¹

Esta patología representa un problema creciente y preocupante en ciertas áreas geográficas del mundo como regiones del sur de Asia, Latinoamérica y partes del este y centro de Europa.

Se trata de uno de los once tipos de cáncer más comunes en el mundo,

en términos del número de casos. Aproximadamente por año estos cánceres producen 200.000 muertes. La tasa de supervivencia de los pacientes con diagnóstico de cáncer oral es de un 60% aproximadamente a los 5 años. Mientras que la recurrencia de lesiones malignas en pacientes con cáncer bucal, se producen en el 5-50% de los pacientes diagnosticados, e influye negativamente en el pronóstico de la enfermedad. Cerca de un 50% de los pacientes con diagnóstico de carcinoma a células escamosas de la mucosa bucal presentan metástasis de nódulos linfáticos.^{2,3}

Morelato y col., en un estudio realizado en la provincia de Córdoba (Argentina) observaron que en el sexo masculino la tasa de mortalidad del cáncer bucal se incrementó en un 59% entre los años 1975 al 1995; y posteriormente, esta tasa descendió levemente hasta el año 2000. Contrariamente en el sexo femenino, en el mismo período, se produjo un incremento gradual del 77%.⁴

Causas del cáncer de la mucosa bucal

Se trata de una enfermedad de etiología multifactorial que en el 80% de los casos se debe a factores externos como el estilo de vida y la existencia de hábitos tóxicos y en un 20% a factores genéticos.⁵ Los factores externos como la mala alimentación, las situaciones de estrés, las relaciones sexuales promiscuas (con riesgo de contagio de virus HPV), el hábito de beber alcohol en exceso, el hábito de fumar, entre otros, pueden producir en las células de la mucosa bucal modificaciones moleculares en determinados genes que llevan a la generación de tumores. El comportamiento biológico del cáncer de boca es similar en pacientes jóvenes y mayores, aunque ciertos estudios sugieren que es más agresivo en los pacientes jóvenes.²

Julio de 2019. Asiste a consulta estomatológica Andrés, un paciente de 38 años sin antecedentes patológicos generales de importancia. Viene porque le duele “del lado de adentro del cachete”. No fuma y nunca fumó, no bebe alcohol más allá de algún festejo o salida ocasional. Al revisar su mucosa, observamos una lesión que no nos gusta nada... una úlcera con fondo

necrótico y bordes indurados, de una dureza pétreo, en mucosa yugal. La mucosa yugal es la parte de la mucosa bucal que reviste internamente las mejillas. La lesión, si bien falta confirmar por medio de la biopsia, clínicamente tiene toda la apariencia de ser una lesión maligna. Sin embargo, los números no cierran: es un paciente joven, sano, deportista, nunca fumó ni bebe alcohol en exceso. La posibilidad de la causa genética existe, por cierto, pero probablemente exista algo más. Y ese algo más se nos presenta en la forma de un factor local, menospreciado o subestimado por largo tiempo por la comunidad médica y odontológica: la irritación mecánica crónica de la mucosa bucal. En este caso representada por la presencia de una muela de juicio en malposición. En la actualidad se considera factible la relación existente entre trauma crónico de la mucosa y la aparición de lesiones carcinomatosas. Esto estaría relacionado con el hecho de que una irritación mecánica sostenida a nivel de las células de la mucosa induce un fenómeno inflamatorio crónico que, al igual que en otros sectores del organismo, podría favorecer —sumado a otros factores— el desarrollo del cáncer.

De allí la importancia del control y tratamiento odontológico oportuno, de tal manera de eliminar o modificar todos aquellos factores que puedan actuar como irritantes de la mucosa tales como: elementos dentarios rotos, filosos o en malposición, prótesis desadaptadas, sueltas o que lastimen, etc. Por esto mismo también resulta de gran importancia que todas las restauraciones y prótesis sean confeccionadas por quien más conoce del terreno bucal: el odontólogo. Un técnico de laboratorio o protesista dental no está capacitado (ni legalmente habilitado) para tomar impresiones de la boca del paciente, sino que su función (no menos importante, por cierto) consiste en trabajar en conjunto con el odontólogo quien le dará las indicaciones precisas respecto de lo que el paciente necesita en función de las características de su boca y su fisiología. Todo lo demás es considerado intrusismo profesional, y más allá de las repercusiones legales que tenga, entraña un serio peligro para salud oral del paciente.

Ahora bien, no es común que las lesiones malignas de la mucosa bucal asienten sobre tejido sano. Lo más probable es que se desarrollen sobre lesiones previas, que en conjunto son denominadas desórdenes potencialmente malignos de la mucosa bucal. Dentro de ellas encontramos patolo-

gías tales como las leucoplasias (muchas de ellas asociadas al consumo de tabaco, aunque existe un pequeño porcentaje que no lo está), los líquenes bucales y las ulceraciones traumáticas crónicas, entre otras. Lo importante para el paciente es reconocer que, ante cambios en la apariencia, textura o volumen de algún sector de su mucosa, consulte a su odontólogo de confianza. Signos tales como manchas (rojas, blancas, pardas), llagas que no curan, aumento de volumen, dolor y dificultad para tragar, etc., pueden representar una señal de cuidado y de necesidad de consulta a la brevedad. Después de todo, en esta patología – como en tantas otras, más vale prevenir que curar, y en caso de lesiones sospechosas de malignidad el diagnóstico de certeza lo más temprano posible y la instauración de un tratamiento oportuno augura una mayor posibilidad de éxito y mejor calidad de vida para el paciente y su entorno.

- 1– Losi-Guembarovski R, Menezes RP, Poliseli F, Chaves VN, Kuasne H, Leichsenring A, Maciel ME, Guembarovski AL, Oliveira BW, Ramos G, Mizuno LT, Cavalli IJ, Ribeiro EM, Cólus IM. Oral carcinoma epidemiology in Paraná State, Southern Brazil. *Cad Saude Pub*; 25(2):393-400.
- 2– Kumar M, Nanavati R, Modi TG, Dobariya C. Oral cancer: etiology and risk factors: a review. *J Cancer Res Ther* 2016 Apr-Jun; 12 (2): 458-63.
- 3– Xu C, Liu Y, Wang P, Wenhong Fan, Rue TC, Upton MP, Houck JR, Lohavanichbutr P, Doody DR, Futran ND, Zhao LP, Schwartz SM, Chen C, and Méndez E. Integrative analysis of DNA copy number and gene expression in metastatic oral squamous cell carcinoma identifies genes associated with poor survival. *Mol Cancer* 2010; 9:143.
- 4– Morelatto RA, López de Blanc SA. Oral cancer mortality in the province of Cordoba, Argentine Republic in the period 1975-2000. A comparative study with other populations. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2006; 11(3): E230-5.
- 5– Brunotto M, Zarate AM, Bono A, Barra JL, Berra S. Risk genes in head and neck cancer: a systematic review and meta-analysis of last 5 years. *Oral Oncol* 2014; 50(3):178-88.

TERAPIA FINANCIERA

Sebastian Visotsky

Era una mañana fresca del 2015 y hacía más de dos años que vivía, junto a mi familia, en Buenos Aires. Sin embargo, seguía siendo un pajuero que no lograba ubicarse en la gran ciudad para llegar de un lado a otro. Tenía una entrevista con un potencial cliente, que tanto necesitaba, quien me había indicado cómo llegar a su oficina desde Canning y Santa Fe, sin mencionar que Canning había cambiado de nombre hacía más de veinte años y ahora se llamaba Scalabrini Ortiz. Esa costumbre tan porteña de citar una intersección suponiendo que por ejemplo Callao y Corrientes es el centro del universo conocido por cualquier ser humano. Por suerte, a esas alturas Google maps ya era de uso cotidiano y en mi caso un guía inseparable, casi una adicción. Entré al auto y conecté el celular para que me guiara a destino, pero algo llamó mi atención, Google me decía que tenía 20 minutos de viaje al trabajo. Yo trabajaba ya hacía 3 años como consultor económico en forma independiente, alternando entre el escritorio de mi dormitorio y los cafés de la zona. ¿Que sería aquel lugar que Google con sus algoritmos había supuesto que era mi lugar de trabajo?, me pregunté.

Apreté la pantalla para averiguar de qué se trataba y para mi sorpresa me guiaba al Hospital Italiano. En un instante entendí la lógica de Google, hacía ya un año que cotidianamente llevaba allí a mi hijo que había nacido con fisura labiopalatina para realizar los distintos tratamientos, fonoaudiología, odontopediatría, gastroenterología, cirujanos, etc. No había advertido hasta ese instante que, sumado al mal trago de la enfermedad, las largas noches, la ansiedad a la espera de malas nuevas y los ánimos por el piso, también mi carrera se había resentido. Tenía otro trabajo y no lo había percibido, cuidar a mi hijo.

Con los años por suerte mejoraron las cosas, las cirugías y los tratamientos dieron sus frutos y mi trabajo volvió a su senda de crecimiento, todo

se calmó. Fue por eso por lo que, cuando me reencontré con mi amigo de la infancia el Dr. Claudio Dubersarsky y me contó de su fundación Todos Contra el Cáncer, se nos ocurrió que yo podría colaborar ayudando a las familias en el golpe menos esperado de las patologías, la economía familiar.

Cuando comenzamos a tratar a las familias de los pacientes nos encontramos con un universo de personas de todo tipo, profesionales y algunas sin secundario completo, gente en buena situación económica y otras con dificultades cotidianas, preocupados por el dinero y relajados totales. El único factor común era la falta total de una planificación familiar de la economía. No tenían un presupuesto, un plan de ahorro, objetivos a corto y mediano plazo. Conductas de consumo y coordinación familiar que parecían si no locura por lo menos de una irracionalidad extrema.

Comencé a estudiar el tema y entonces pude entender que, a pesar de que las familias son uno de los tres agentes económicos¹ y casi seguro quienes más decisiones económicas toman día a día, nadie las prepara para esto. Existen cientos de universidades que dictan cursos de economía, administración de empresas, contabilidad, gestión pública, entre otros. Los diarios hablan sobre medidas macroeconómicas, inversiones, negocios inmobiliarios y hasta de bitcoins todo, absolutamente todo destinado a hombres de empresas y gobierno. Las familias sin ningún tipo de instrucción tienen que tomar decisiones que pueden cambiar el curso de sus vidas sin ningún tipo de formación. Y no solo eso, deben combatir contra las tentaciones y trampas que personas muy bien instruidas intentan venderles como productos y servicios que no necesariamente son lo mejor para ellos.

Ahora bien, amigo lector, es fácil hablar de ellos. Pero ¿por casa cómo andamos? ¿Usted tiene un presupuesto? ¿Ha planificado su vejez? Es decir, ¿está ahorrando para cuando se jubile lo suficiente? ¿Tiene seguro de auto, pero no por incapacidad?

El desafío era entonces encontrar una fórmula para darles a las familias las herramientas básicas para poner en marcha sus planes de acción. Poder salir rápidamente adelante sin tener que hacer un doctorado en el tema.

1 Familias, gobierno y empresas.

El primer paso era ayudarlos a coleccionar toda la información de ingresos y egresos, patrimonio y deudas para luego plantear objetivos y armar un presupuesto que los ayude a poder concretarlos.

El segundo paso era enseñarles cuáles son los trucos con los que generalmente las empresas nos intentan seducir y hacer que tomemos malas decisiones. Esta es la parte más difícil, porque necesita un cambio de actitud permanente y eso depende mucho de la motivación. Fue en esa etapa donde nos dimos cuenta de que aquí la racionalidad no alcanzaba y que el estado emocional de las personas y la cohesión familiar los hacía tomar decisiones erróneas a pesar de ser conscientes de lo que hacían. Los fumadores saben del riesgo del tabaquismo y sin embargo continúan fumando. Por eso comenzamos a incluir asesoramiento emocional y psicológico con la Dra. Andrea Orlando, quien asistía a las familias en el fortalecimiento emocional y los vínculos familiares. Cuando uno se encuentra emocionalmente complicado es difícil tomar buenas decisiones.

El tercer y último punto era la barrera psicológica que impedía pedir la ayuda de familiares, amigos y comunidad. Algo que suele suceder en nuestras vidas modernas es que creemos que pedir ayuda es molestar y son estas las situaciones en las que en realidad estamos dándoles una oportunidad a nuestros seres queridos de demostrarnos su afecto y aprecio. Como ya mencioné soy economista y me especialicé muchos años en los rubros de riesgo y seguros. Como parte de mi instrucción aprendí un poco de la historia del seguro que en general se remite a los babilonios y los bares de Londres. Pero yo suelo poner como punto de inicio a Nandy.

Nandy es el seudónimo con que se conoce a uno de los esqueletos hallados a fines de los 50 por arqueólogos americanos en las cuevas de Shanidar en Irak. Nandy era un “anciano” neandertal que tenía entre 40 y 50 años, una edad notable para un neandertal, equivalente a 80 años hoy, que mostraba signos severos de mala salud. Según los investigadores sufría de anomalías relacionadas con un trauma, que en su caso habrían sido debilitantes hasta el punto de hacer que su vida cotidiana fuera dolorosa. En algún momento de su vida había sufrido un golpe violento en el lado izquierdo de su cara, lo que creo una fractura aplastante en su órbita izquierda que lo habría dejado parcial o totalmente ciego de un ojo. El

análisis también sugería que Nandy probablemente sufrió una pérdida auditiva profunda. Tampoco podía utilizar su brazo derecho el cual se había fracturado en varios lugares y sanado, pero que le causó la pérdida de la parte inferior del brazo y la mano. Las pericias indicaban que todos estos problemas de salud los contrajo mucho antes de su muerte y por ello los investigadores concluyeron que, si Nandy sobrevivió hasta esa edad avanzada, fue sin lugar a duda gracias a la ayuda de su grupo íntimo, la tribu.

La preocupación y empatía por quienes nos rodean es tan antigua como los neandertales. La razón de nuestra vida en comunidades, tribus y familias es, desde la perspectiva del manejo de riesgos, nuestra póliza de seguro más importante para enfrentar las vicisitudes de la vida.

ACERCA DE LOS AUTORES

Claudio Dubersarsky

- Es Médico Cirujano egresado de la Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba, Argentina.
- Especialista en Oncología Clínica.
- Doctorando Ciencias de la salud. Facultad de Medicina. UNC
- Presidente de la Fundación Todos contra el Cáncer.
- Ex Director médico LALCEC Córdoba.
- Jefe de servicio de Oncología: Clínica Marchegiani, Sanatorio Alive; Instituto Damico, Clínica Santa María, Clínica San Patricio, Instituto médico privado Carlos Paz.
- Miembro del Servicio de Vinculación y Orientación de Pacientes con indicación de quimioterapia ambulatoria y Trasplante de Médula ósea. Facultad de Odontología. UNC

Andrea Orlando

- Es Médica cirujana. Egresada de la Universidad Nacional de Córdoba. Argentina.
- Oftalmóloga clínica., Hospital Nacional de Clínicas, UNC.
- Posgrado de Psiquiatría Sanatorio Morra.
- Miembro de la Sociedad de Psiquiatría de Córdoba.
- Jefa área Psico oncología. Servicio de Oncología Clínica Marchegiani.
- Secretaria Fundación Todos contra el Cáncer.
- Vocal Comisión Directiva de LALCEC filial Córdoba.
- Ex miembro del Comipaz.

Evelin Bachmeier

- Es Odontóloga. Profesora Asistente de Estomatología “A”, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.
- Profesora Adjunta Interina de la Cátedra de Fisiología, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.
- Especialista en Docencia Universitaria (Universidad Tecnológica Nacional, Regional Córdoba, Argentina).
- Doctorando en el área de Patología Bucal.
- Investigadora de Categoría III de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de Córdoba.
- Integrante de equipo de investigación en proyectos de investigación acreditados por organismos científicos gubernamentales. Asesora externa de equipos de investigación en el área de Patología Bucal.
- Autora y co-autora de publicaciones en revistas con referato. Docente invitada en cursos de posgrado.
- Conferencista, disertante y presentadora de trabajos en Congresos, Jornadas y Simposios Nacionales e Internacionales.
- Miembro del Servicio de Prevención del Cáncer Bucal “Héctor Lanfranchi”. Facultad de Odontología. UNC.
- Miembro del Servicio de Vinculación y Orientación de Pacientes con indicación de quimioterapia ambulatoria y Trasplante de Médula ósea. Facultad de Odontología. UNC.

Marcelo Adrián Mazzeo

- Es Odontólogo. Doctor en Odontología.
- Profesor Adjunto por concurso de la Cátedra de Fisiología, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.
- Profesor Titular Interino de la Cátedra de Fisiología, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.
- Especialista en Docencia Universitaria (Universidad Tecnológica Nacional, Regional Córdoba, Argentina).

- Investigador de Categoría IV de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de Córdoba.
- Director de Proyecto Consolidar de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Universidad Nacional de Córdoba.
- Secretario de Extensión de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.
- Autor y co-autor de publicaciones en revistas con referato. Docente invitado en carreras de posgrado. Presentador de trabajos en Congresos y Jornadas Nacionales e Internacionales. Miembro del Comité Editorial de la Revista Ext y Revisor por Extensión de la Revista de la Facultad de Odontología, UNC.
- Fundador y Coordinador del Servicio de Vinculación y Orientación de Pacientes con indicación de quimioterapia ambulatoria y Trasplante de Médula ósea. Facultad de Odontología. UNC.

Sebastian Visotsky

- Es economista egresado de la Universidad Hebrea de Jerusalén.
- Actualmente está finalizando su doctorado en economía en la Universidad Católica Argentina.
- Cuenta con amplia experiencia en el mercado internacional en los rubros de Risk
- Management y seguros. Trabajo en el Ministerio de Finanzas de Israel y en empresas internacionales, a nivel local fue subgerente comercial de Caruso y consultor de Ecipsa.
- Actualmente es consultor para el Banco Inter-americano de Desarrollo en Washigton

FUNDACIÓN TODOS CONTRA EL CÁNCER



**FUNDACIÓN
TODOS CONTRA
EL CÁNCER**

Integrantes

Presidente: Prof. Dr. Claudio Dubersarsky

Secretario: Dra. Andrea Orlando

Tesorero: Economista Sebastián Visotsky

Asesor científico: Prof. Dr. Marcelo Mazzeo

Administración, Contabilidad: Cra. Vanesa Kaplan

MISIÓN

Contribuir a reducir la mortalidad por cáncer a través de la formación médica, la investigación científica, la educación, la concientización y el servicio a la comunidad para la prevención y el cuidado de la salud.

VISIÓN

La Fundación promueve una mirada realista y esperanzadora sobre las enfermedades oncológicas, con la intención de alejarse del mito del cáncer como sinónimo de muerte, basados en la evidencia de que más de la mitad de los pacientes pueden curarse.

NUESTROS VALORES

Honestidad

Profesionalismo

Responsabilidad

Compromiso

Solidaridad

Qué hacemos

Prevención

Campaña Diagnóstico precoz cáncer de mama.

Campaña HPV y cáncer de cérvix.

Campaña cáncer de piel.

Campaña diagnóstico precoz cáncer de colon.

Campaña cáncer de próstata.

Docencia

Formación de auxiliares de enfermería y el perfeccionamiento del equipo de salud en cuidados paliativos.

Investigación

Estamos trabajando en diferentes líneas de investigación en la cátedra de Fisiología, Facultad de Odontología, UNC.

Publicaciones:

Libro *Cáncer, oportunidad y aprendizaje*.

Eventos solidarios

Seguinos en...

www.todoscontraelcancer.org



dr.dubersarsky



dr.dubersarsky

LIBRO EDITADO POR



EDITORIAL AUTORES DE ARGENTINA