

¿Es la senología una utopía médica?

¿Para qué sirve la Senología? La pregunta puede parecer sorprendente ya que la respuesta es sencilla y clara. La preocupación de los senólogos es la mujer. "Proteger a las mujeres del cáncer de mama", ¿Es ese nuestro único objetivo? Sin embargo, si viajamos en el vasto mundo de la senología, nos damos cuenta de una cosa, la mujer está cada vez más ausente de nuestro universo médico. Cuanto más se convierten las mamas en objeto de investigación, de cuidados, de vigilancia, más pierde ella su identidad de ser de carne, de espíritu y de emoción. ¿Hay que extrañarse de esta evolución? Para examinar y cuidar un órgano, es conveniente primero objetivarlo, hacer de él un objeto, una cosa. El planteamiento científico normal supone una puesta entre paréntesis del sujeto y su subjetividad. Especialista de la mama, el senólogo adopta esta conducta como garante de objetividad. Hace de la mama un objeto. Pero toma un riesgo, siempre el mismo: cortar el cuerpo en fragmentos. Si la desligamos y hacemos independiente de la paciente, la mama se convierte entonces en un órgano sin ninguna ligazón física ni psicológica con la mujer. Despegado del cuerpo, flota por el imaginario médico. En su espíritu, y a pesar de él, el médico separa la mama del cuerpo y del alma. Está efectuando una *mastectomía mental*.

Si el tratamiento científico implica separar la mama de la mujer, el acto médico sin embargo exige reunirlos. No hay que cortar ni separar nada. Aquí reside por lo tanto para el senólogo una primera dificultad: curar a la vez la mama y la mujer. ¿Cómo resolver esta dificultad? Existe una solución, un poco paradójica, y es el poseer la competencia del especialista y comportarse como médico general. Aunque cada senólogo tiene la preocupación constante de una práctica médica de calidad, no puede escaparse del peso enorme de los conceptos culturales al uso. La medicina y los médicos se parecen a la sociedad que los hace nacer y crecer. Si una sociedad se convierte en inhumana, sus curadores pierden una parte de su humanidad. En una colectividad donde ya nadie ni mira ni escucha al otro, el médico encuentra muchas dificultades para comportarse como un profesional de la comunicación. A esto hay que añadir las fuentes de alienación propias de las sociedades de consumo: carrera febril hacia las nuevas tecnologías, agitación y dispersión provocadas por la necesidad de inmediatez en las soluciones y en los resultados. Y se olvida de su primera finalidad: estar al servicio del hom-

bre y no de las máquinas, de las estructuras o de los objetivos de producción. La medicina no tiene futuro ni sentido si los médicos se olvidan de que tienen que curar a humanos y no a robots o a clones. No puede sobrevivir si separa la ciencia de la caridad. "Busco un hombre", gritaba Diógenes, recorriendo Atenas con su linterna encendida en pleno día. ¿En qué se reconoce una criatura humana? Es una pregunta ardua y cada uno tiene sus criterios de respuesta. Por mi parte, tengo ganas de decir: Un humano es un ser que te mira a los ojos, te habla, te escucha gentilmente, que incluso te sonríe..., ve en ti a otro si mismo, y no a un enemigo o a un extranjero. Cuando una criatura humana pierde esta capacidad de comunicar con el otro, pierde una fracción esencial de su identidad. Esta dificultad de comunicación entre los hombres está hoy en día en el corazón mismo de la patología de la ligazón social. Afecta también a la senología.

Con ocasión de la Asamblea General del Cáncer organizada en Francia en 1.998, la voz de los enfermos no ha parado de repetir la misma cosa: el cuaderno de reclamaciones era unívoco, las preguntas simples y normales: "escúcheme, míreme, hábleme, explíqueme..., tranquilíceme. Ayúdeme". Basta con leer el libro publicado con ocasión de esas jornadas y llamado: ¿Los enfermos tienen la palabra? Ramsay 1.999. ¿Qué hay de extraño? Una medicina de calidad no puede realizar una economía de comunicación con el enfermo. A pesar de que —e iba a decir *sobre todo*— la sociedad contemporánea sufre de una patología: sufre de una patología de la comunicación. Que los enfermos de cáncer tengan que recordar a los médicos sus necesidades vitales de acompañamiento, parece extraño. Las cosas se complican, incluso más desde que la salud se ha convertido en un bien como los demás que se vende, se compra, se negocia. Nuestros conciudadanos tienen exigencias legítimas: certezas de diagnóstico, eficacia de tratamientos, éxitos técnicos, se olvidan de que el médico no es ni Dios, ni el diablo, ni un ángel, y que la medicina no es todopoderosa. Por su parte, los facultativos aspiran, como cualquier otro gremio, a una mejora constante de su calidad de vida. Ellos también tienen sus exigencias. Su aguante hacia hechos temibles disminuye, su reconocimiento social disminuye, su práctica se banaliza, y pierde su aura. Una desmotivación aparece ligada a una disminución del interés por una actividad que parece cada vez menos atractiva.

Toda acción impone una definición neta del objetivo a cumplir. La senología no se escapa a esta regla. Aunque se trate del diagnóstico precoz, del diagnóstico o de la terapéutica, todo senólogo tiene un objetivo. ¿La imagen es un objetivo del senólogo? Ver en la imagen una finalidad y no un medio conduce al médico a convertirse en un simple fabricante de imágenes. Las crea, las describe admirablemente, pero se olvida de lo esencial: proponer una conclusión clara y precisa sobre la naturaleza real de esas imágenes. ¿Los objetivos del senólogo se ven influenciados por la ley? ¿Debemos ejercer nuestro arte con el miedo a equivocarnos y a vivir con el miedo a la justicia? Es la puerta abierta a todos los excesos. Unos adoptan el principio de una vigilancia exacerbada e indefinida; los otros multiplican los gastos quirúrgicos inútiles, sin beneficio ninguno para la salud de las mamas. ¿El objetivo del senólogo es únicamente el cáncer? ¿Solamente se tiene que preocupar de la detección de mamas cancerosas, excluyendo cualquier otro interés por los síntomas mamarios no ligados a la existencia de un cáncer? Este tipo de actitud tiene sus inconvenientes. Para apaciguar a una paciente que tiene dolor en las mamas, no basta con decirle: "su mamografía es normal". Es muy importante precisarle la razón de sus dolores con diligencia y serenidad. Conviene proponerle un medio adecuado para aliviar sus sufrimientos. ¿El objetivo de la senología debe verse sometido a los imperativos de productividad o de rentabilidad de nuestras sociedades consumistas? Al infiltrar lo cotidiano, la adoración del *becerro de oro* ofrece sin lugar a dudas bienestar y opulencia, pero no da mucho sentido a las acciones humanas. ¿El amor del poder y de la gloria es un elemento susceptible de infiltrar las acciones del senólogo? Como cualquier otra persona el médico puede verse invadido por el deseo de notoriedad y la voluntad de poder. Esta actitud es humana. En este contexto, las pacientes corren el riesgo de convertirse en simples *observaciones, casos, documentos* útiles para publicar en las revistas médicas o comunicar en los congresos.

En referencia a nuestra ética, en esto estaremos todos de acuerdo, ninguno de estos elementos puede ni debe, ni debería constituir un objetivo médico. El ser humano no es un instrumento. El centro de gravedad de la actividad del senólogo no es ni la imagen, ni el cáncer, ni la ciencia. Tampoco lo es el dinero, el poder o el miedo a la ley. El único centro de gravedad es y debe ser la mujer. No esa mujer-ser descarnado, clon u objeto, sino la mujer como sujeto único y persona singular. Sin embargo este concepto de la senología denominada con cara humana, se considera hoy como una utopía, sin duda generosa, pero lejos de las realidades y contraproduktiva.

La senología es una medicina complicada y difícil por una razón muy sencilla: Se relaciona con la mama y con el cáncer. Frente a estas dos entidades nadie debe aspirar a una neutralidad emocional. Como cualquier otro, el médico no se escapa a las fuerzas simbólicas. El cáncer de mama induce efectos psicológicos en la mujer, en su entorno y en el facultativo también. En efecto, es el más emblemático de los cánceres. Las razones de esta prodigalidad simbólica son conocidas y múltiples. Es el más frecuente de los cánceres femeninos. Esta enfermedad existe desde que las mujeres existen. Ninguna modernidad en esta afección, incluso si –para tranquilizarse– la colectividad tiene ganas de creer que se trata de un problema moderno. Aunque en un número menor, las mujeres de antaño han pagado su tributo al cáncer de mama. Ninguna raza, ni sociedad puede pretender estar a salvo. En cuanto su pronóstico, es singular. Cualquiera que sea el estadio de la enfermedad y la terapéutica, el futuro es percibido a partir de ese momento por la paciente como precario, dudoso y lleno de interrogantes. Otro elemento, y no de los menores: este cáncer afecta un lugar anatómico que se ve y evoluciona en el registro de la apariencia. Incluso disimulado bajo los vestidos, el pecho se asienta en la parte anterior. Fuerza la mirada. Una mama, la podemos tocar, acariciar, succionar. ¿Cómo disimular una herida en ese sitio, una ablación? La mama lleva signos fuertes: identidad femenina, sexualidad, maternidad, relación, vida. El cáncer, por su parte simboliza otra cosa. Es el monstruo que viene de ningún sitio, sin razón aparente y sin signos precursores. Es el anunciador de sufrimientos, mutilación, muerte quizás. Entonces, frente a esta enfermedad, ¿quién puede permanecer neutral?

Aunque esté implicado en lo cotidiano, en el despistaje, el diagnóstico o el tratamiento, el senólogo enseñada realiza la especificidad de su actividad. Una ley gobierna la senología: el polimorfismo. A la infinita variedad de mamas y de imágenes, se suma la diversidad extrema de los comportamientos de las mujeres y de los médicos frente al cáncer de mama. Además, cualquiera que sea el síntoma o el contexto, una misma razón conduce a las mujeres a consultar: asegurarse de la salud de sus mamas, con la esperanza de que el *cangrejo* no haya llegado a la cita. Esta actitud, constante y natural, se acompaña de una legítima necesidad de información. ¿Y qué hay más difícil que informar a cada paciente? Sin respuestas claras y precisas adaptadas, no estereotipadas, no hay información. Sin clima de serenidad, emoción compartida y confianza, no hay comunicación. Sin consejos concretos o planes sobre la conducta a seguir, no hay rumbo para esta mujer inquieta.

Se entiende por ello que la papeleta que se nos presenta no es nada fácil. Para mejor conocer al otro, primero seguramente nos tendremos que conocer nosotros mismos. *Médico, concóctete a ti mismo*. Del mismo modo, para curar al otro, hay que curarse a sí mismo. *Médico cúrate a ti mismo*. ¿Esta es otra aventura difícil y además peligrosa? El adagio es antiguo, sin duda tan antiguo como la medicina, ¿pero de qué habría que curarse a sí mismo?, ¿cuál es la enfermedad que padece el médico? Para empezar, está el temor, incluso el miedo. Frente al diagnóstico del cáncer de mama, hay que anunciar la enfermedad. Hay que explicar el daño sin hacer daño, sin ser el verdugo a pesar nuestro, diciendo la verdad, ¿y cómo decir la verdad cuando no la conoce uno mismo?, ¿cómo contestar a esas preguntas que plantea la mujer enferma, y de las que sabemos que no tienen respuestas fiables, definitivas? “¿Por qué yo? ¿Desde cuándo? ¿Me voy a curar? ¿Y mis hijos? ¿Voy a poderlos ver crecer?”. ¿Cómo explicar la recidiva, la metástasis? El médico se ve confrontado a su ética y a sus obligaciones. Deber de serenidad. Es difícil, algunas veces imposible. ¿Cómo puede uno ser bueno y decir: “tiene usted un cáncer de mama”? Deber de humildad: el médico no es un todopoderoso, la medicina tampoco. Ambroise Paré decía del enfermo agradecido: “yo lo he cuidado, Dios lo ha curado”. ¡Bella lección de modestia y de lucidez!

Entonces, a pesar de que el médico sea muy generoso y lleno de deseos de benevolencia, aparecen las tentaciones. Una de ellas, frecuente, consiste en levantar paredes, barreras, fronteras, entre él y la paciente. Muro del lenguaje: palabras sabias y oscuras, fórmulas hechas, usadas, sin contenido ni calor. Ejemplos: “no es grave”, o “no se preocupe usted”, o “es una mastosis”. Barrera de las actitudes que indican: “no tengo tiempo”. Frontera de una tecnología omnipresente, con una multiplicación exponencial de imágenes. Parece una mamografía que es normal, pero “nunca se sabe” ¡hay que hacer una ecografía! Se ve “algo” en los ultrasonidos y le proponemos una Resonancia Magnética la cual permanece incierta. ¿Cuál es la conclusión de todas esas exploraciones? “Hay que vigilar”. El espíritu de la paciente está a partir de ahora lastrado por este “algo” detectado en su mama y que permanece inexplicado. Otro muro, fácilmente levantado, es el de la prisa, incluso el de la urgencia. Permite evitar tener que dar explicaciones: “¡hay que operarle rápidamente!”. Sin embargo, cualquiera que sean las circunstancias, el cáncer de mama nunca es una urgencia, ni médica ni quirúrgica, la urgencia está en otra parte: es psicológica y se resuelve con disponibilidad y escucha.

Otra razón explica la dificultad de la senología: lo técnico y lo psicológico están íntimamente e indisolublemente ligados como un nudo gordiano. En la nebulosa de un acto de diagnóstico senológico, se cruzan e interaccionan muchas cosas entre sí: emoción, intimidad, máquinas e instrumentos, verbo, imaginería, desnudez y sexual. El médico es una parte de ese universo. Como un espejo, su actividad no cesa de reenviarle la imagen de sus propias relaciones con la mama, con el cáncer y con las mujeres. Aquí ni la sordera y ceguera psíquicas nos pueden proteger. Sabiéndolo o no, el senólogo sabe por experiencia la dificultad de mirar y tocar una mama, de radiografiarla, de puncionarla. Conoce también la dificultad de observar y palpar un cáncer. Tiene una especial aprensión ante la perspectiva del anuncio de esta enfermedad..., entonces este mismo senólogo, muy concienzudo y conocedor de la problemática de su profesión, se vuelve perplejo. Le gustaría una senología menos complicada, menos angustiosa a veces. Y por ello, se convierte fácilmente en la presa de tentaciones diversas. Estas tienen en común el proponer un sentido aparente a sus acciones médicas, aquellas que justamente le parecen que no tienen ningún tipo de significado —cuando hace una pausa y ejerce la reflexión en el secreto de su conciencia—.

Una de las tentaciones muy actuales de la senología consiste en querer hacer la medicina de la mama ¡sin la mujer ni el médico! El diagnóstico precoz poblacional por mamografía es una perfecta ilustración de este tema. Impregna como una mancha de aceite el diagnóstico. Ni una palabra, ni una mirada sobre la mujer, ni nadie que toque la mama. Solamente imágenes, un sueño... Es el reino de la mamografía exprés estilo fotomatón: “no se mueva, sonría, hasta luego, ya le escribiremos si hay algún problema”. Inmensa y permanente ventaja de las imágenes: las imágenes no hablan y no hacen preguntas. No están inquietas, no lloran. Y además es inútil emitir críticas, incluso reservas sobre este tipo de despistaje. ¡Enseguida serían interpretadas como la prueba manifiesta de nuestra incompetencia, inexperiencia, ligereza o tendencia iconoclasta y provocadora!. Las cifras, las curvas, las estadísticas y el peso de lo *senológicamente correcto* están ahí para reconducirte a la vía real y tranquilizadora de los que piensan bien.

Muchos sostienen que la mamografía de despistaje debe de ser un acto de imaginería pura. Los argumentos son la rapidez y el bajo costo. Los límites de esta metodología son conocidos e infravalorados: negación de la herramienta clínica, defecto de comunicación con la paciente. Otros, entre los que yo me encuentro, estiman

que la mamografía de despistaje puede y debe ser un acto médico. Tres elementos indisolubles constituyen cualquier acto médico. El primero es psicológico, es la escucha y el diálogo. El segundo es técnico, es el examen clínico asociado a una eventual imaginería o a las punciones. El tercero es intelectual, y es la construcción del diagnóstico.

Necesariamente, la mamografía concebida como un acto médico supone una mutación de los espíritus. La reducción del despistaje a una simple imagen de las mamas hecha con unos rayos X es una aberración metodológica. El acto de despistar supone el acto de un médico, un verdadero médico. La mejora de las prácticas senológicas tiene ese precio. Aunque no les guste a aquellas y aquellos que siguen presumiendo con el “control de calidad”, aplicándolo solamente a sus clichés, sus negatoscopios y sus máquinas. Reducir la mama a imágenes conduce a curar sólo imágenes y ya no a mujeres. Los ejemplos abundan aquí, un médico prescribe hormonas para intentar aclarar mamas etiquetadas como demasiado densas en la mamografía. ¿Qué es lo que está haciendo si no curar una imagen radiológica y no unas mamas? Allí, otro receta anti-estrógenos durante 5 años debido al descubrimiento de algunos muy raros focos inframilimétricos de “neoplasia lobulillar *in situ*”. ¿Qué está curando si no una imagen microscópica y no una enfermedad o a una mujer?

Otra tentación de la senología es, la ideología de la mujer de riesgo. Esta mujer no existe. Todas las mujeres tienen un riesgo de cáncer de mama, unas ni más ni menos que otras. De la misma manera, todos los hombres tienen un riesgo de cáncer de próstata. Nada que ver con la manera de ser o de vivir, con el perfil psicológico o con eventos, nada de tipos de mamas susceptibles de constituir criterios justos, fiables, para estimar o medir el riesgo. Vemos las mismas mujeres volver a consulta durante años: unas tienen quistes y otras no, unas tienen mamas densas o granuladas y otras no, unas están angustiadas, estresadas, nerviosas y las otras serenas, calmadas, ¿quién ha podido jamás verificar realmente una frecuencia incrementada de cáncer de mama en unas mujeres u en otras? Incluso la herencia que tan frecuentemente se incrimina, no es nada útil para prever el futuro, ya que la casi totalidad de los cánceres de mama son formas de tipo esporádico, sin relación ninguna con la genealogía.

La ideología de la mujer de riesgo no es de ninguna utilidad. Nada permite prever la aparición de un cáncer antes de que éste ahí y que se manifieste con toda su brutalidad. “El médico llega siempre demasiado tarde”. Al igual que la locura, el cáncer de mama no puede pre-

decirse salvo bajo la forma de oráculos o de profecías. Los presagios de esta enfermedad, sus estigmas precursoros y otras señales flojas, existen en todas las imaginarias, con sus variaciones en función de los individuos, de las épocas y de las culturas. Vencer la imprevisibilidad del cáncer de mama permitiría realizar la utopía de su erradicación. El éxito del concepto de mujer de riesgo está ligado a una realidad contemporánea: la incapacidad para prever los accidentes, las catástrofes o el mal tiempo, se nos está haciendo insoportable.

En “el mejor de los mundos senológicos”, el culto inmoderado de las imágenes, la lógica de producción, la ideología de la mujer de riesgo, ofrecen la bella ventaja de conducirnos a un cotidiano médico menos fastidioso intelectual y moralmente. Entonces, a fin de cuentas, ¿para qué querer cambiar las cosas y volverse como ese personaje del poeta latino Terencio, un *heautontimoroumenos* o verdugo de sí mismo? ¿En nombre de quién tenemos que complicarnos la vida que ya lo es suficiente? Que cada uno conteste, por mi parte, creo que no se puede indefinidamente perseverar en la vía actual. Una revolución cultural se impone para los “soldados de Santa Agata”. Es así como les llamo yo a los soldados de infantería de la senología que dedican su tiempo a una actividad de despistaje y de diagnóstico.

Primera prioridad: La urgencia de una conciencia senológica. Trabajar en el campo del despistaje y del diagnóstico, es ser consciente de los objetivos y de las finalidades. En este caso, se trata de responder a las necesidades de las mujeres y de lo que esperan. ¿Cuáles son éstos? “Urbi et orbi”, las pacientes están todas animadas por el mismo deseo. Las mujeres no consultan para que se les diga que tienen un cáncer de mama, si no más bien todo lo contrario, que no tienen nada y que a ver si es verdad que nunca lo van a tener... Y si por mala suerte la enfermedad aparece, quieren oír que se van a curar. Esta actitud es natural, legítima y normal. Todas estas mujeres esperan informaciones claras, fiables, inmediatas y tranquilizadoras. Consecuencia simple: el senólogo debe responder a las preguntas sin rodeos o falsas apariencias, ni dudas o incertidumbres. Tener una conciencia senológica, es implicarse hasta el final en la búsqueda de la verdad y del diagnóstico. La competencia se ha convertido en insuficiente, porque las mujeres reclaman senólogos responsables. A estas preguntas legítimas y simples, les corresponden respuestas verdaderas y sin ambigüedad. “Me duelen las mamas. ¿Por qué?” o “Me he descubierto un bulto”. ¿Qué puede ser?”, o “Me han encontrado calcificaciones. ¿Qué debo hacer?”. Tener una conciencia senológica, es no aceptar “la artística turbidez” de las conclu-

siones sin conclusión o de las respuestas vacías de ningún sentido. Cualquiera que sea su disciplina original, el honor del senólogo debe impedirle sucumbir ante cualquier dificultad de diagnóstico a la tentación de la vigilancia indefinida o de la cirugía de entrada. La mama, asunto a seguir u órgano a cortar...

Segunda prioridad: La creación de un *espacio senológico*. Yo entiendo que ese espacio es el que corresponde al conjunto de las áreas donde se expresa la actividad médica. De manera ideal, se trata de reagrupar en el mismo sitio o en locales contiguos los tres pilares de la verdad: examen clínico, imagen y punciones. La arquitectura debe expresar una unidad de lugar, de tiempo y de acción. Es para la paciente un seguro suplementario de eficacia médica y de confort psicológico. Además, el espacio senológico debe comportar un lugar para la palabra y el intercambio entre la mujer y el médico. Pensado, construido y equipado para esta función, permitirá a la información transitar por un lugar favorable para la comunicación. En todos los servicios o consultas, existen lugares que son imposibles para la comunicación: un pasillo, un hueco entre dos puertas, una sala de mamografía, una cama de ecografía, un vestuario... Nada en estos lugares permite crear un ambiente de escucha tan necesario a la relación de confianza y de serenidad. Cualquier médico implicado en una actividad de despistaje y de diagnóstico de un cáncer de mama debe inventarse un espacio para compartir la palabra. ¿Qué más da la dimensión, la forma o el color de este espacio si de él se irradian intimidad, disponibilidad y calma?

Tercera prioridad: La creación de un *tiempo senológico*. Una actividad de despistaje o de diagnóstico se acomoda muy mal al zapping y a las discontinuidades. La especificidad de la senología solicita el no mezclar los géneros. ¿Cómo continuar siendo eficaz si hay que ir a interpretar una mamografía, o hay que correr a analizar una resonancia magnética hepática, seguida de un TAC torácico, o incluso volver a hacer mamografías? Las consultas de senología reclaman una disposición de espíritu y un ambiente específicos. Este clima es muy diferente del que es necesario en otros campos de la medicina. Hacer senología, es aceptar la gestión de la emoción que impregna cualquier consulta y que acompaña a la paciente al igual que al médico. Es imponerse a sí mismo un deber de serenidad y tranquilidad. Respetar el tiempo senológico es rehusar vivir en el instante para ofrecer a la mujer toda la disponibilidad necesaria.

Al lado de estas prioridades, yo añadiría otra: No hay que olvidar algunas realidades, incluso cuando son desagradables. La cara de la verdad no es necesariamen-

te seductora, nadie puede detectar un cáncer de mama antes de que sea un cáncer. ¡Incluso si decidiéramos hacer a partir de ahora mamografías todos los días a todas las mujeres, con las máquinas más sofisticadas y los radiólogos más performantes, convendría recordar una evidencia: el cáncer de mama continuaría existiendo y no disminuiría!. La mayoría de esos cánceres tampoco se vería diagnosticada en un estadio infinitamente pequeño, *in situ* o incluso no palpable. Otra realidad: nadie puede prever un cáncer de mama. Nadie sabe como evitarlo. Ningún médico ignora estas verdades. A veces tiene ganas de olvidarlas. Es humano, es normal.

Este tipo de olvido puede tener efectos perversos y conducir a una falta de sentido común. El asunto del despistaje de masa por mamografía ilustra bien algunos de estos errores. Ocultamos demasiado frecuentemente que el único objetivo de este despistaje, es la reducción de mortalidad por cáncer de mama. ¡Nada que ver con el frenesí de despistar o la transformación de las mamas de todas las mujeres en órganos precancerosos!. Este olvido del objetivo real se hace sin que nos demos cuenta. En lo cotidiano del lenguaje, ¿no somos numerosos los que utilizamos –por error– la palabra *prevención* para designar el *despistaje*? Este es un lapsus muy revelador. En esta misma perspectiva, algunas publicaciones médicas son significativas. Esto es lo que ocurre en ésta titulada: “Un sistema descentralizado de despistaje de cáncer de mama: El ejemplo de “Bas-Rhin” en Francia”. Este texto está publicado en el *Journal de Radiologie*, 2.000, 81, 845-857. El artículo está muy bien hecho. Refleja el trabajo, la tenacidad, la apuesta generosa de un equipo a favor de un proyecto iniciado hace casi 10 años. Todo se analiza con detalle, desde la participación de las mujeres a la calidad de las mamografías, el número y el estadio de los cánceres despistados, lo bien fundada que está la doble lectura. Incluso el laxismo de algunos médicos participantes en esta campaña de despistaje se comenta. Sin embargo, un punto, aparentemente muy secundario, no ha chocado a los autores cuando escriben: “El impacto sobre las estadísticas de *mortalidad no puede ser evaluado*, por una parte, porque existe una gran variabilidad estadística ligada al bajo número de fallecimientos de cáncer de mama en esta fracción de edad, y por otra parte, porque la incidencia de la enfermedad ha progresado y la supervivencia ha mejorado considerablemente”. La cuestión de la reducción eventual de la mortalidad parece aquí un tema secundario. No da lugar a ninguna discusión. ¡Algunas líneas sólo en un artículo de 13 páginas!. ¿Cómo no quedarse de piedra? Pienso en Alfred Jarry y en su Padre Ubu, el genial inventor de la *patafísica* o

ciencia de las soluciones imaginarias. ¿Habría que admitir para la medicina de la mama lo que ningún asalariado ni accionista de ninguna de empresa admitiría? A saber: la adhesión a un proyecto para el cual nadie podría decir, ni antes ni después de su realización, si es útil, y si aporta algo a alguien.

¿Pero qué importancia, pensarán algunos, si esta evaluación no es posible para ese departamento francés? La utilidad del despistaje por mamografía ha sido demostrada ya por otros equipos desde hace tiempo. Es un hecho claro. “Baja la mortalidad el 30%”. La verdad reclama una formulación un poco diferente. En realidad, se trata de una horquilla. El porcentaje fluctúa entre 0 y 30. El despistaje “puede” bajar la mortalidad hasta el 30%. Lo que significa también es que “puede” no disminuirla en nada. Esta variación del porcentaje está ligada a elementos conocidos: centralización del sistema, participación de las mujeres, valor de la infraestructura radiológica, quirúrgica, anatomopatológica, epidemiológica, administrativa... Y la calidad de los materiales de evaluación. Sin ninguna duda, esta constatación de la complejidad y de los límites del despistaje no es para nada un argumento para rehusar su instauración. Estas realidades merecen sin embargo, ser integradas en nuestra reflexión sobre la senología. La frecuencia del cáncer de mama no se relaciona para nada a una falta de despistaje. De la misma manera, los fracasos terapéuticos están en relación con los límites de la ciencia médica, y no tienen ninguna correlación con una supuesta negligencia de las mujeres, siempre bajo la sospecha de no realizarse suficientes mamografías.

Como en toda actividad humana la senología necesita sentido. Los senólogos necesitan saber hacia donde van para no perder el rumbo y perderse. ¿Cómo dar un suplemento de sentido a la senología, si no es ofreciéndole un suplemento de alma? Incluso, si las costumbres contemporáneas pesan sobre nuestras prácticas médicas, de nosotros depende volver a colocar a la mujer que nos consulta en el “corazón del acto médico”. Que se trate de la palpación de la mama, de una mamografía o de una punción, nada autoriza al médico a ignorar a la persona. Se trate de la comunicación de un resultado normal o del anuncio de un diagnóstico de cáncer, siempre debemos pensar que la mujer enferma o que tiene miedo a estarlo, pertenece a la misma categoría de ser humano que nosotros. Que se trate de un gesto quirúrgico o de una simple cura, de una quimioterapia o de una determinación de marcadores, forma parte del mismo mundo. Esta mujer con su cáncer de mama, voy a poder serlo yo quizás mañana. Es quizás alguien próximo, una amiga. Entonces, nos vuelve a la memoria una

de las fórmulas del imperativo categórico enunciadas por el filósofo Emmanuel Kant: “Actúa de tal manera de tratar siempre a la humanidad para ti o para el otro, como un fin, y no simplemente como un medio”.

¿Qué hacer entonces para que nuestros planteamientos sean más humanos? Hace falta “benevolencia”, los iniciados dicen *empatía*. Feliz coincidencia en estos tiempos económicamente difíciles, esta “benevolencia” no necesita ningún tipo de medio externo, ningún presupuesto, ningún tipo de apoyo administrativo o político. Le cuesta al facultativo algo que no se compra ni se vende, pero que se encuentra en uno mismo. Para nacer, esta empatía reclama una mirada, una simple mirada. Una mirada sobre el otro, “mi hermano, mi similar”, como lo escribía Montaigne en el prefacio de uno de sus ensayos. Todo ser humano siente que existe todavía más cuando es percibido como humano que es objeto de la mirada del otro. Algunos sostienen que esta capacidad de mirar al otro es innata, al igual que lo sería la pedagogía. Algunos la poseen, otros no. Yo pretendo lo contrario. Si él lo decide, cualquier médico puede aprender a mirar al otro y a curarlo con empatía. Algunos formalismos son necesarios: cesar de mirarse a sí mismo y olvidarse un poco, considerar al otro sin temor ni espíritu de rivalidad, ir hacia el otro con confianza. Para ello no hay necesidad de santidad, ni ningún tipo de cualidad singular. Basta con creer en la verdad del epitafio escrito en la tumba de Paracelso en Salzburgo: “Toda la medicina es amor”.

Los espíritus positivos dirán: “La empatía sí, pero la curación primero”. Es cierto que curar es una de las mejores garantías para la calidad de vida. Curar lo mejor que se pueda, limitar los efectos secundarios o las complicaciones de las diferentes terapéuticas, es participar en la mejoría de esta calidad. En esta perspectiva, cualquier progreso en el despistaje, el diagnóstico y tratamiento, del cáncer de mama es beneficioso. Pero, lo somático no existe sin lo psicológico, el cuerpo sin el espíritu. Un error muy profundo sería olvidarlo. Jamás, la técnica, incluso la más sofisticada, basta para informar y tranquilizar. Ninguna máquina mira jamás a una paciente a los ojos, ninguna la escucha con simpatía. El acompañamiento psicológico forma parte integrante de los cuidados médicos. La mama de una mujer puede ser perfectamente curada y su corazón permanecer herido. ¿De qué sirve una curación para aquella que ya no se puede mirar en un espejo desde su ablación? ¿De qué sirve estar curada para esta otra mujer impedida en lo cotidiano por un brazo grueso, doloroso e incapaz? ¿Qué quiere decir reconstrucción para aquella que ha sido abandonada por su marido? El apoyo psicológico

no es un rival de la técnica, si no un componente del acto terapéutico.

A pesar de las dificultades de la especificidad de la senología, todos los senólogos estamos preocupados por un diagnóstico cada vez más precoz, por una calidad en los cuidados cada vez mejor. Sin embargo, muchos somos los que deseamos otra senología. La querríamos más sencilla, más serena, más humana. ¿Cómo llegar a hacerlo? Todas y todos, tenemos nuestras ideas sobre los usos y las costumbres. Tenemos respeto por la autoridad y estimamos a nuestros maestros. Damos crédito a las opiniones de los expertos y las publicaciones médicas. Confiamos en la ciencia y en la modernidad. Sin embargo, toda la historia de la medicina está jalada por una larga secuencia de éxitos, errores y de dudas e interrogantes. El arte de curar se nutre de certezas, de incredulidades y de dudas. ¿Y en el cotidiano del senólogo no está continuamente planeando la duda? ¿Esta imagen es benigna o maligna? o ¿esta mama cancerosa podría conservarla o amputarla? o todavía ¿quizás esta mujer tendría más posibilidad de curación con una quimioterapia adyuvante? Aunque no se exprese a la luz del día, la duda acompaña al médico en el diagnóstico y en el tratamiento. No nos impide actuar. Entonces ¿por qué debería ser prohibitivo interrogarse sobre el estado de la senología para mejorarla? ¿Por qué no dudar sobre lo bien fundado de los objetivos actuales y proponer otros?

Cultivar la distancia consigo mismo, su tiempo, sus ideas, es una de las condiciones del pensamiento. Este estado de espíritu no es para nada confortable, cada uno lo sabemos, y más si pensamos que en nuestras sociedades hay que enfrentarse a ese efecto perverso del despotismo democrático denunciado por Tocqueville, y que consiste en adormecer “la dificultad de pensar y la pena de vivir”. Entonces, nos pasamos fácilmente a ese

tipo de manera de pensar “nunca contentos”, “nunca tranquilos”, “siempre críticos”. ¿Cuál es la razón de esta manera de pensar? Yo lo he apreciado más bien como un temor provocado por la perspectiva de falta de certeza. Pongo bajo la sospecha a esos reidores impertinentes que ven así su confort intelectual amenazado. Considerar estas creencias como verdades tiene algo de apaciguador. “Creer que *es verdad*” porque “*todo el mundo lo dice*”, es fuente de tranquilidad. Es el confort de un pensamiento conforme, pleno de “correctness” como dicen los anglosajones. Así ocurre en lo político, en lo judicial, en lo económico, en lo sociológico... y lo médico. En cada uno de estos campos, existe un pensamiento dominante, reflejo del tiempo y de la cultura. El bien pensante, es aquel que se encuentra a gusto en este pensamiento, sobre todo porque lo comparte –eso cree él por lo menos– con la gran mayoría. Sin embargo, la preocupación de estar con su tiempo no es el imperativo supremo del ser humano. Estar con tu tiempo es tener el destino de las hojas muertas. Ser moderno no es un valor, es solamente un hecho. ¡Y nadie es moderno mucho tiempo! Entonces, yo contesto como en la Escuela de Caballería de Saumur: “Adelante, con calma y recto”. Hemos escogido ser médicos, hemos decidido ser senólogos. Nada nos impide volver a la fuente de nuestras motivaciones y al objeto de nuestro cotidiano: el ser humano. Enfrente de nosotros se extiende el camino que nos lleva hacia una medicina de la mama útil para las mujeres, respetuosa con la ética médica y que llena de satisfacción al médico. Esa senología no es para nada utópica.

Dominique Gros

Unidad de Senología,

Hospitales Universitarios, Strasbourg. France.

[Traducción Dr. J.A. Alberro]