



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA.

Facultad de Psicología.

Trabajo Final de Grado.

Monografía.

Lactancia materna como factor protector al desarrollo de cáncer mamario. Una mirada desde la Psicósomática Psicoanalítica.

Montevideo, mayo 2018.

Docente tutor: Lic. Ana Laura Russo.

Por:

María Florencia Ojeda Trelles
4.796.422-7

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
1.0 INTRODUCCIÓN.....	2
2.0 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA APARICIÓN DEL CÁNCER DE MAMA.....	5
3.0 TENDIENDO REDES...UNA APROXIMACIÓN AL MODELO MÉDICO.....	8
3.1 Cáncer de mama.....	8
3.2 Lactancia.....	11
3.3 Lactancia vs. Cáncer de mama.....	13
4.0 UNA APROXIMACIÓN AL MODELO PSI.....	15
4.1 Aportes del Psicoanálisis a la Psicopatología, desde un posicionamiento Complejo.....	15
4.2 Enfermar desde la Teoría Psicopatológica Psicoanalítica.....	18
4.3 El acto de amamantar.....	20
5.0 UN ACERCAMIENTO SOCIO-CULTURAL A LA LACTANCIA Y EL ACTO DE AMAMANTAR.....	23
6.0 REFLEXIONES.....	25
Referencias Bibliográficas.....	

RESUMEN

El principal cometido de este trabajo será poder introducir al lector desde una mirada epistemológica multicausal ya que al decir de Najmanovich (2011), devenimos sujetos en y a través de nuestra vida social. Posicionarse desde el Paradigma de la Complejidad y tomando los aportes del Psicoanálisis y la Psicósomática, es intención de esta monografía, generar nuevas miradas sobre el cáncer de mama desarrollado en mujeres con hijos/as, haciendo especial énfasis en la lactancia materna como factor protector

En Uruguay, según los datos aportados por la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (2016) 1 de cada 10 mujeres podría desarrollar cáncer de mama a lo largo de su vida, siendo diagnosticadas aproximadamente 5 mujeres uruguayas cada 24 horas.

En el desarrollo del trabajo, se da cuenta de aspectos que hacen a lo biológico y a la función fisiológica, así como también, aspectos que hacen alusión a lo histórico, psicológico, vivencial, social, cultural y emocional del enfermar y el acto de amamantar. Por lo tanto, lo físico y lo psíquico no se excluyen mutuamente ni existe oposición entre ellos, es decir psique y soma no son realidades ontogenéticamente diferentes

Palabras clave: cáncer de mama – psicósomática psicoanalítica – lactancia materna

1.0 INTRODUCCIÓN

¿Qué pensamos cuando decimos cáncer?, posiblemente hallemos infinitas acepciones asociadas a dicho término a las cuales atribuimos por una razón cultural connotaciones negativas; donde al parecer la enfermedad y el individuo que la padece se funden en uno.

Por lo tanto, es menester para lograr una mejor comprensión de la vivencia y constitución de la enfermedad como tal, enfocarse desde una perspectiva histórica, social y cultural.

Según Oswaldo Salaverry (2013) desde la prehistoria el estudio de la mentalidad primitiva permite suponer que al igual que con otras manifestaciones patológicas se atribuía la aparición de lesiones ulcerosas (que se manifestaban sin relación con traumatismos o causas identificables) a fuerzas sobrenaturales.

Continuando la línea de observación, de hecho, en la Grecia clásica, Hipócrates llamó a los tumores benignos "oncos", en griego tumores para la hinchazón, y a los malignos "carcinomas", traducción del griego cangrejo o langosta. Este nombre proviene de la apariencia de la superficie de corte de un tumor maligno sólido, el cual por las venas se extendía a todas las partes del animal como el cangrejo tiene sus pies, de donde deriva su nombre. Más tarde, añadió el sufijo "oma", del griego hinchazón, dando el nombre de "carcinoma", afirmando así su postura de que la enfermedad no era obra de fuerzas sobrenaturales como en la prehistoria, sino que correspondía a la expresión de un fenómeno natural. (Yalom, M. 1977)

Se podría afirmar que la literatura médica de la Grecia clásica realizó grandes aportes en lo que respecta la historia del cáncer, concepciones que aún hoy continúan vigentes.

La historiadora feminista norteamericana Marilyn Yalom (1977) señala que:

En lo que respecta particularmente al cáncer de mama, aunque ciertas características de los pechos parezcan eternas, como su facultad para producir leche y su vulnerabilidad ante las enfermedades, los significados que relacionamos con ellos se hallan sujetos a considerables variaciones. (p.177)

Es así que invita a preguntarse: ¿a quién pertenece el pecho? ¿Pertenece al lactante, cuya vida depende de la leche de una madre o de algún sustituto eficaz? ¿Pertenece al hombre o a la mujer que lo acaricia? ¿Pertenece al médico, quien a menudo dispone con qué frecuencia hay que hacerse una mamografía, o si se le debe practicar

una biopsia o extirparlo? ¿O pertenece a la propia mujer, para quien los pechos son parte de su propio cuerpo? (Yalom, M. 1977)

Los senos siempre han sido parte del cuerpo femenino, pero hoy el empoderarnos, sentirlos y hacerlos propios en el autoconocimiento, sería la clave para que nos pertenezcan y hacerlos nuestros en su totalidad. El acto de amamantar o el desarrollo de una enfermedad, nos confronta con una parte propia que está, que deja huella. Es por ello, que considero fundamental el darnos la libertad de conocernos para poder identificar cambios, romper con los tabúes y observarnos para tomar contacto con nosotras mismas. Son parte de nuestra esencia, de nuestro ser, por lo tanto también están sujetos a una historia, a nuestra historia y atravesados por un sinfín de dimensiones que nos constituyen.

Así es, que uno de los principales cometidos de este trabajo será poder introducir al lector desde una mirada epistemológica multicausal ya que al decir de Najmanovich (2001), devenimos sujetos en y a través de nuestra vida social. Posicionarse desde el Paradigma de la Complejidad y tomando los aportes del Psicoanálisis y la Psicósomática, es intención de esta monografía, generar nuevas miradas sobre el cáncer de mama desarrollado en mujeres con hijos/as, haciendo especial énfasis en la lactancia materna como factor protector.

Tomar el Paradigma de la Complejidad como forma de situarse en el mundo implica el habilitar la coexistencia de diferentes posiciones ya que éste “hace suya la necesidad de un diálogo continuado entre las distintas formas de conocimiento, y niega la existencia de formas de conocimiento más simples que otras.” (Bonil, J., Sanmartí, N., Tomás, C. y Puyol, R. 2004. p.12) Es decir, constituye un verdadero desafío para el pensamiento de hombres y mujeres, promoviendo nuevas formas de sentir, pensar, accionar, por lo tanto de producir conocimiento.

La Psicósomática Psicoanalítica como disciplina sienta sus bases en el Psicoanálisis freudiano, donde la noción de inconsciente será clave al momento de establecer la relación mente cuerpo como nueva forma de pensar al ser humano.

De manera que, posicionada desde esta forma de pensar el mundo y teniendo en cuenta que el diagnóstico de cáncer de mama supone para la mujer un evento estresante el cual puede ser expresado a nivel familiar, social, laboral; que las conduce a realizar modificaciones y forzosas adaptaciones ante los diversos cambios físicos y emocionales que la enfermedad conlleva. (Zayas y cols. 2015) Me pregunto:

¿Es importante conocer nuestra historia con sus múltiples formas de simbolización para lograr una mejor comprensión del por qué enfermamos?

Mi interés en la realización del presente trabajo surge debido a las elevadas tasas a nivel mundial y nacional de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y la importancia que conlleva su detección precoz para un tratamiento eficaz y oportuno. Así como el poder iniciar mi formación en el campo de la Psicología Psicoanalítica como disciplina de la Salud para una mejor comprensión de la enfermedad y del por qué enfermamos y en qué momento lo hacemos. Sin embargo, no dejo de reconocer la importancia del motor personal para la elaboración de dicho trabajo.

Se trata de una enfermedad que se ha hecho presente en el entorno de mis afectos donde particularmente las prácticas de lactancia se vieron seriamente comprometidas y obstaculizadas por diversos factores tanto a nivel individual como familiar, he aquí el por qué me parece sumamente beneficioso promover la lactancia materna como un objetivo en salud tanto para la madre como para el lactante y la importancia que tendrá para ello la vivencia del acto de amamantar y los mandatos que sobre esta recaen.

A la fecha, se han desarrollado múltiples investigaciones en lo que respecta a la relación establecida entre cáncer de mama y lactancia prolongada. Entre estas, se destacan la revisión de Molina., Hidalgo y Miranda llevada a cabo en el año 2017 pertenecientes al Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario de Jaén (España); la investigación de Aguiar, González, Alvarez, Padilla, Mur, García y Valenza donde se revisaron 504 historias clínicas de mujeres entre los 19 y 91 años todas diagnosticadas y tratadas por cáncer de mama entre 2003 y 2008 en el Hospital Universitario "San Cecilio" de Granada y la investigación llevada a cabo por el Doctor Rojas Camayo en el Servicio de Oncología Médica y Radiología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Lima Perú. La misma involucró 103 pacientes diagnosticadas con cáncer de mama en el período comprendido entre julio de 2006 y octubre de 2007.

De las investigaciones citadas, se concluye la importancia de la promoción de la lactancia materna como factor de riesgo pasible de modificación para la prevención del diagnóstico de cáncer mamario.

2.0 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA APARICIÓN DEL CÁNCER DE MAMA

El cáncer y particularmente el cáncer de mama no es una enfermedad nueva, sino que ha formado parte de nuestra humanidad desde el antiguo Egipto hasta el día de hoy. ´

La descripción más antigua del cáncer data aproximadamente del 1600 a.C. en Egipto, donde el papiro adquirido por el comerciante Edwin Smith del cual lleva su nombre describe 8 casos de tumores o úlceras del cáncer que fueron quemados con una herramienta llamada "la orquilla de fuego". Dicho escrito dice afirmar que no existe tratamiento para la enfermedad. (Lugones, M. y Ramírez, M. 2009)

En el 460 a.C. en la Grecia Clásica, Hipócrates "el padre de la Medicina" sugirió que el cáncer era causado por un exceso de bilis negra según su teoría de la enfermedad humoral. Así cómo también le dio el nombre de "carcinoma" producto de la apariencia de la superficie de corte de un tumor.

Hacia el Siglo I ya se hacía presente lo que hoy se conoce como mastectomía (aunque como último recurso). Se presentará una breve descripción de una intervención realizada por el médico Leónidas perteneciente a la escuela de Alejandría:

Hago que la paciente se tumbe sobre la espalda. Luego le hago una incisión en la parte sana del pecho, por encima del cáncer, y le aplico cauterización hasta que se produce una escara que le detiene la sangría. Entonces hago otra incisión y corto en lo más profundo del pecho y de nuevo cauterizo las distintas partes. Esto lo repito a menudo, alternando los cortes con las quemaduras para detener la sangría. De esta manera se evita el peligro de la hemorragia. Cuando he completado la amputación, quemo una vez más todas las partes hasta que estén secas. Las primeras cauterizaciones se hacen con el propósito de detener la hemorragia. En cambio, las demás se hacen con la intención de erradicar los restos de la enfermedad. (Yalom, M. 1997,p.248)

Es de destacar la minuciosidad con la que se realizaba la intervención. El nivel de detalle en el relato descriptivo dejando en evidencia que desde hace siglos se ha intentado combatir dicha enfermedad; sin embargo en el discurso médico se puede entrever que el pecho que se opera deja de pertenecer a la mujer que lo posee, pasando a ser propiedad de otro, con un saber. Donde a partir de la enfermedad, la propia mujer diagnosticada deberá cultivar y aprender desde la pérdida, la conmoción, sufrimiento, miedos y esperanzas que supone una enfermedad que amenaza la vida, que sus pechos son realmente suyos.

El médico griego, Galeno de Pérgamo (129-157 d.C) también realizó aportes en lo que respecta al cáncer, en concordancia con los postulados de Hipócrates y su teoría humoral, sostiene la existencia de algunos tumores más peligrosos que otros. (Anaya Mandal, 2016)

La teoría de Galeno se encontró vigente hasta el siglo XVII, pero comenzó a verse desafiada por los aportes del médico anatomista alemán Francois de la Boe Sylvius (1614-1672) quien postula en 1670 que el cáncer proviene de un cambio químico producido en la linfa y no en un exceso de bilis negra. Por lo tanto con el avance de la ciencia y una mayor comprensión por parte de la Medicina del aparato circulatorio, en la Modernidad se lograron importantes avances en lo que respecta a la relación establecida entre cáncer de mama y nódulos linfáticos

A mediados del siglo XIX, la cirugía era la opción disponible para el cáncer de mama. El desarrollo de antisépticos, anestesia y transfusión de sangre durante este tiempo también hizo la supervivencia después de una cirugía más posible. (Anaya Mandal, 2016)

El cirujano francés Jean Louis Petit (1674-1750) y posteriormente Benjamín Bell (1749-1806) cirujano escocés, fueron los primeros en realizar una mastectomía radical. Removiendo nódulos linfáticos, tejido mamario y músculos pectorales. Sus aportes fueron continuados por uno de los pioneros de la cirugía moderna, el doctor estadounidense William Stewart Halsted, que inventó la operación conocida como mastectomía radical de Halsted, popular hasta los últimos años de la década del 70 del pasado siglo XX. (Cruz, L. y Morales, E. 2014)

El recorrido realizado da cuenta que el cáncer de mama ha convivido con todos y todas desde los inicios de la humanidad. Si bien se han establecido diferentes posturas en relación a su origen, tratamiento y han existido importantes avances de las ciencias médicas, aún hoy no se puede explicar una causa concordante para el desarrollo de un carcinoma ni su cura.

Por lo tanto, es menester comprenderlo en la singularidad de quien lo desarrolla y en la necesidad de integrar un modelo que supere lo médico y lo psicológico, donde las disciplinas pierdan sus fronteras. Con afán de superar los dualismos históricos en el que el sujeto cartesiano que construyó un mundo estable, de modelos causales (Najmanovich, D.1995), se vea sacudido por la complejidad para comenzar a pensarse y sentirse partícipe del mundo en el que vive y siente; así como también de su propia historia en constante interacción.

De manera que, será necesario tener presente que la historia de las ciencias no es solamente la de la constitución y crecimiento de disciplinas. Sino que también responde al quiebre y superposición de fronteras disciplinarias, abriendo paso a la circulación de conceptos y teorías, a la formación de disciplinas híbridas que terminan por volverse autónomas. Es entonces, al mismo tiempo, la formación de complejidades donde diferentes disciplinas se agregan y se aglutinan. (Morin, E. 2009)

3.0 TENDIENDO REDES...UNA APROXIMACIÓN AL MODELO MÉDICO

3.1 Cáncer de mama

Desde la superposición de fronteras disciplinarias, con el presente capítulo se pretende introducir al lector en algunos de los aspectos biológicos y anatómicos que hacen al modelo médico desde el cual se realiza el diagnóstico de cáncer mamario. Es un recorrido que conduce desde la enfermedad hacia el enfermo, donde a través de la medicina se buscará identificar las causas por las cuales enfermamos.

“La mama es una glándula par de la mujer, situadas simétricamente con relación a la línea mediana, en la cara anterior y superior del tórax”. (Latarjet y Ruíz Liard. 1998 p.1779)

En cuanto a su anatomía, se puede decir; según González y Ugalde (2012) que la mama está compuesta en su interior por entre 15 y 20 lóbulos que se irradian desde el pezón y se dividen entre sí por tejido adiposo y conectivo. Cada lóbulo (constituido por numerosos lobulillos) es drenado por su conducto lactífero que lleva directamente al pezón, antes de llegar a él cada uno se dilata para formar un seno lactífero y a continuación se estrecha antes de desembocar en el pezón. (González y Ugalde, 2012)

Por lo tanto, la mama se constituye principalmente por lobulillos, conductos y el estroma. Los lobulillos son las glándulas encargadas de la producción de leche, los conductos pequeños tubos que transportan la leche desde su glándula productora hacia el pezón y el estroma es el tejido adiposo conectivo que bordea los conductos, lobulillos y vasos sanguíneos y linfáticos

Según la Sociedad Americana contra el Cáncer (American Cancer Society) casi cualquier célula del cuerpo puede convertirse en cáncer y propagarse a otras áreas. Por lo tanto, el cáncer de mama es el crecimiento desenfrenado de células malignas en el tejido mamario.

El tipo de cáncer de mama más frecuente, nace de la transformación de una célula glandular mamaria que se maligniza. De allí crece localmente dando células hijas y constituyendo un tumor (o bulto) que va creciendo progresivamente y que se denomina tumor primario porque es donde se origina la enfermedad. (Estape, J. y Burgos, I.1991)

La mayor parte de los vasos linfáticos de la mama convergen en los ganglios linfáticos axilares que se ubican debajo del brazo.

Las células cancerosas deben entrar en los vasos linfáticos y extenderse a lo largo de los mismos para alcanzar los ganglios linfáticos... estos son como unas colecciones pequeñas en formas de judía, de células del sistema inmunitario, destinadas a combatir las infecciones. Cuando las células de cáncer mamario los alcanzan pueden seguir creciendo y a menudo provocar hinchazón. Si las células de cáncer mamario se han multiplicado en los ganglios, existen más posibilidades de que se hayan diseminado hacia otros órganos del cuerpo. (American Cancer Society & National Comprehensive Cancer Network. 1999. p.6)

Así pues, existen diferentes tipos de cáncer mamario como ser: el carcinoma ductal (el más frecuente) que comienza en los conductos que llevan leche desde la mama hasta el pezón y el carcinoma lobulillar que comienza en los lobulillos productores de leche. (Gómez, Salazar, Dominguez, Iborra, de la Fuente, de Córdoba. 2015)

Estadísticamente:

...el cáncer de mama es el cáncer más frecuente entre las mujeres con un estimado de 1,38 millones de nuevos casos de cáncer diagnosticados en 2012 (23 % de todos los cánceres), y ocupa el segundo lugar general (10,9 % de todos los cánceres) después del cáncer de próstata. (GLOBOCAN 2012, International Agency for Research on Cancer, citado en Aguirre,R., Delgado, L. y Visconti, A. 2015 p.10)

Diversas investigaciones han demostrado que dentro de los principales factores de riesgo de contraer cáncer de mama se puede incluir: edad avanzada, menarca a edad temprana, edad avanzada en el momento del primer parto, mujeres nulíparas, antecedentes familiares de cáncer de mama, consumo de hormonas tales como estrógeno y progesterona, factores dietéticos, entre otros. (Gómez, Salazar, Dominguez, Iborra, de la Fuente, de Córdoba. 2015)

Por consiguiente, además de los factores genéticos, existen factores ambientales y otros que se relacionan con el estilo de vida de cada mujer y su nivel socioeconómico que contribuyen a la carcinogénesis mamaria.

En relación a este último, Sabini, Delgado, Suárez, y Musé (2004) destacan que, a diferencia de las estadísticas observadas en los tumores de cuello uterino, el riesgo de desarrollar cáncer de mama es mayor en poblaciones con status socioeconómico

elevado, lo que podría explicarse, al menos en parte, por diferencias en la expectativa de vida y en la distribución de los factores de riesgo reproductivos.

En Uruguay según los datos aportados por la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (2016) 1 de cada 10 mujeres podría desarrollar cáncer de mama a lo largo de su vida, siendo diagnosticadas aproximadamente 5 mujeres cada 24 horas.

Es por esto, que el Ministerio de Salud incluyó dentro de sus Objetivos Sanitarios Nacionales a 2020 disminuir la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad; teniendo como área primordial de intervención la detección oportuna y seguimiento para el diagnóstico y tratamiento de los cánceres de cuello uterino, mama y colo-recto en todos los prestadores del Sistema de Salud. (Ministerio de Salud, 2015)

El diagnóstico presuntivo de cáncer de mama es clínico y/o imagenológico y se confirma mediante estudio cito/histopatológico. (Sabini, G., Delgado, L., Suárez, L. y Musé, I. 2004 p.237)

Por lo tanto, el autoexamen mamario, la realización de la mamografía y el examen clínico mamario en forma periódica son fundamentales para el diagnóstico oportuno y condición necesaria para el abordaje oncológico de la enfermedad

Sabini, Delgado, Suárez, y Musé (2004) proponen que el diagnóstico de cáncer de mama es clínico, mamográfico y anatomopatológico. Donde los síntomas y signos que pueden manifestarse lo hacen a nivel local, regional o metástasis a distancia. A nivel local se presentan nódulo mamario y mastalgia (dolor); específicamente en la región del pezón erosiones, secreción fijación y retracción. En la piel capitonaje, edema y úlcera.

En tanto a nivel regional, adenopatías axilares y supraclaviculares (aumento del tamaño de ganglios) y dolor torácico.

Finalmente, el uso de la radio, hormono y quimioterapia y de nuevas técnicas quirúrgicas menos invasivas y agresivas, han mejorado la sobrevida y el intervalo en remisión de la enfermedad de las mujeres portadoras de la misma. Así como lo ha hecho el incremento de los factores protectores para evitar el desarrollo de la enfermedad como ser: dieta saludable, multiparidad, realizar actividad física de forma regular, práctica de lactancia materna prolongada, entre otros (Molina, L., Hidalgo, M. y Miranda, M. 2017); contribuyendo ampliamente en la calidad de vida de las mujeres

3.2 Lactancia

Para hablar de lactancia es imprescindible explicar qué es la leche humana y los beneficios que su consumo conlleva.

Según la pediatra María José Latorre, integrante del Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría (2010) la leche humana no es únicamente una colección de nutrientes, sino que es un producto vivo en sí, con una alta complejidad biológica, protectora e inmunomoduladora estimulante para el desarrollo del lactante.

Es considerada un sistema que se estructura en tres fases “emulsión-glóbulos de grasa, suspensión-micelas de caseína y solución-constituyentes hidrosolubles” (Latorre, M. 2010 p.279). Durante los diferentes momentos de la toma, cada una de estas fases va tomando lugar y predominando sobre la otra de modo que “a lo largo de una toma completa, el lactante recibe un producto dinámico, variable, con características distintas y ajustadas al momento específico en que se encuentra. (Latorre, M. 2010 p.279).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1993) recomiendan que “todos los niños reciban lactancia exclusiva a partir del nacimiento durante los primeros 6 meses de vida, y que continúen con la lactancia materna junto con alimentos complementarios adecuados hasta los 2 años de vida y posteriormente” (p.3) Por lo tanto son promotores de la misma como método más eficaz de nutrición para los lactantes y niños pequeños.

La leche materna es el alimento ideal para los recién nacidos y los lactantes pues les aporta todos los nutrientes que necesitan para un desarrollo sano. Es inocua y contiene anticuerpos que ayudan a proteger a los lactantes de enfermedades frecuentes de la infancia como la diarrea y la neumonía, que son las dos principales causas de mortalidad en la niñez en todo el mundo. La leche materna es un producto asequible que puede conseguirse fácilmente, lo que ayuda a garantizar que el lactante tenga alimento suficiente. (OMS. 2017 p.2)

Además de los beneficios que el consumo de leche materna proporciona en materia de promoción de desarrollo cognitivo y sensorial de lactantes y niños pequeños también se ha demostrado que presenta beneficios en la madre y el medio ambiente. Entre estos, se destacan: la disminución del riesgo a desarrollar cáncer ovárico y

mamario, favorece a espaciar los embarazos, acentúa y eleva los recursos de la familia y el país, es una forma segura de alimentación y resulta inofensiva para el medio ambiente. (OMS. 2018)

Por lo tanto, los beneficios de la lactancia para la madre así explicados serán mejor comprendidos desde una perspectiva neurohormonal. Las hormonas que controlan la lactancia son la oxitocina y la prolactina. Olaza y Marín (2014) afirman que estas son hormonas que se producen en el cerebro en tanto, además de actuar sobre la glándula mamaria productora de leche también actúan sobre éste favoreciendo y facilitando la conducta maternal.

Nissen, Gustavsson, Widstrom y Uvnäs-Moberg en su investigación realizada en 1998 establecen que la prolactina presenta un efecto ansiolítico en aquellas madres que amantan. Sostienen que las madres lactantes puntúan más bajo en escalas de estrés y ansiedad en comparación a las que no lo son. Por lo tanto, en base a esto Olaza y Marín (2014) destacan este efecto ansiolítico de la lactancia como particularmente importante para aquellas madres que presentan trastornos afectivos.

Continuando con los aportes de la lactancia y su regulación del sistema endócrino, en relación a la oxitocina se destaca su papel como regulador de las conductas sociales. Entre estas se incluyen “la conducta sexual, el apego materno infantil, la memoria social y el reconocimiento” (Olaza y Marin. 2014. p.31), actuando como móvil mediador en el vínculo madre-hijo

Finalmente a estos beneficios, Latorre (2006) agrega que dar de mamar disminuye el riesgo de hemorragia tras el parto a causa de las contracciones del útero por la liberación hormonal, colabora a una recuperación más rápida del peso ganado durante el embarazo, disminuye el riesgo de osteoporosis y por lo tanto de fracturas óseas en la posmenopausa, desciende el riesgo a desarrollar Diabetes tipo II, entre otros.

3.3 Lactancia vs. Cáncer de mama

La lactancia materna ha sido identificada como un factor clave en la prevención del desarrollo del cáncer mamario.

A pesar de que éste no es el único factor que determina el riesgo a desarrollar cáncer de mama, su ausencia podría contribuir a su alta incidencia en la actualidad, reduciéndose en más del 50% entre aquellas mujeres con descendencia si estas proporcionasen más lactancia al pecho y por mayores períodos de tiempo a sus hijos. (Molina, L., Hidalgo, M. y Miranda, M. 2017 p.44)

Según Aguiar, et al. (2010):

...pruebas crecientes muestran que las mujeres que amamantan reducen el riesgo de desarrollar cáncer de mama. Si bien es cierto que, a largo plazo la protección ofrecida por la lactancia materna es mayor en mujeres pre-menopáusicas. Algunos de los aspectos que podrían explicar tales efectos protectores son la reducción de estrógenos y la eliminación de líquidos a través de la mama, esto es la excreción de agentes cancerígenos a través del tejido mamario durante el proceso de la lactancia materna. (p.955)

Se han expuesto diversas hipótesis en lo que respecta a los mecanismos de protección de la lactancia frente al cáncer mamario. José Rojas Camayo (2008) propone que una de ellas podría ser el hecho de que durante la lactancia no hay ovulación por lo tanto esto podría ser clave en la reducción de la exposición a las hormonas sexuales femeninas particularmente del estrógeno. Hipótesis concordante con lo propuesto anteriormente por Aguiar, et al.

Rojas Camayo fundamenta su hipótesis en los aportes de Yager y Davidson (2006) los cuales postulan que los períodos de menor secreción de estrógenos producto de la lactancia podría ser el mecanismo que elucide la reducción del desarrollo de un cáncer mamario ya que la secreción de estrógeno está sumamente ligada a la producción de células cancerosas.

Además, Rojas Camayo (2008) sostiene que “la lactancia aumenta la proporción de células diferenciadas en el parénquima mamario. La cual le confiere protección contra los carcinógenos” (26)

Por lo tanto, podría decirse que el sistema endócrino y la regulación hormonal de éste juegan un papel fundamental en el período de lactancia como factor protector al

cáncer mamario; ya que influye positivamente en la diferenciación del epitelio mamario (Molina, L., Hidalgo, M. y Miranda, M. 2017)

Finalmente:

...a través de una revisión de 47 estudios llevados a cabo en 30 países, involucrando a cerca de 50000 mujeres con cáncer de mama y 97000 controles, surgió que la lactancia materna pudo ser responsable de 2/3 de la reducción de la estimación de cáncer de mama. Cuanto más larga fuera la duración de la lactancia materna mayor fue la protección: el riesgo relativo de cáncer disminuyó un 4,3% cada 12 meses de duración de la lactancia, sin importar las nacionalidades de las mujeres, la edad, la raza, la presencia o ausencia de la menopausia y el número de hijos. (Molina, L., Hidalgo, M. y Miranda, M. 2017 p.49)

Es por esto, que desde la Organización Mundial de la Salud se promueve la lactancia como factor de riesgo pasible de modificación. Donde su promoción da luz a la prevención de desarrollo de cáncer mamario aportando beneficios tanto para la madre como para el lactante.

No obstante, la toma de decisiones en relación a la lactancia materna se ve influenciada por múltiples factores tanto a nivel individual como a nivel colectivo, ya sean sociales, culturales, biológicos, psicológicos, entre otros. Los cuales van a formar un entramado que puede actuar como propiciador o inhibidor para la continuidad de la lactancia.

4.0 UNA APROXIMACIÓN AL MODELO PSI

4.1 Aportes del Psicoanálisis a la Psicósomática, desde un posicionamiento Complejo.

El mundo en que el vivimos no es un mundo abstracto, sino que es una creación simbólico-vivencial por tanto individual (Najmanovich, D. 1995). Lo vamos construyendo desde la interacción de nosotros mismos para con él, desde nuestros afectos, desde nuestra experiencia, desde la relación intelectual y cognitiva que establezcamos.

Esto es, un individuo ve lo que a partir de su experiencia, de su historia, desde su singularidad se permite ver. Por lo tanto cada uno tendrá una forma diferente y particular de vivenciarlo. Que nos identifica como únicos en nuestra forma de mirar, sentir y construir nuestra realidad.

Como consecuencia de las dicotomías heredadas a lo largo de la historia, aún hoy persisten concepciones en las que las enfermedades son psíquicas o somáticas; modelo lineal del concebir el proceso salud-enfermedad. Sin embargo, desde la Psicósomática el individuo es concebido en una manera holística, como un todo en interacción.

“El término psicósomático corresponde etimológicamente a la lengua griega y significa: “psyché” = alma y “soma” = cuerpo. Se trata de dos vocablos unidos, en el intento de consolidar una forma de pensar y explicar al ser humano”. (Russo, A. 2009, p.41)

Por lo cual, se entiende por Psicósomática:

...disciplina que, en ese intento de unificar, lo que en realidad nunca estuvo separado, presenta un modelo holístico del hombre, donde lo sano o lo enfermo son manifestaciones de lo uno y de lo único. No hay dos aspectos, dos registros o dos instancias, sólo hay un ser que se expresa y conocemos a través de lo que manifiesta y del sentido que tiene para él esa manifestación. (Russo, A. 2009, p. 57)

La Psicósomática Psicoanalítica, sienta sus bases en el Psicoanálisis freudiano, a partir de las cuales Luis Chiozza (2010) sostiene que las realidades de psiquis y soma no son ontogenéticamente diferentes, sino que son categorías que la consciencia establece en relación con la cosa en sí misma, en última instancia incognoscible. Es decir, lo físico y lo psíquico no se excluyen mutuamente ni existe oposición entre ellos.

Por lo tanto si se destaca a Freud como uno de los pioneros en el estudio de los procesos físicos y psíquicos como paralelos, será necesario hacer una explicación de cómo era el funcionamiento del aparato psíquico que él planteaba.

La noción de inconsciente, es clave al momento de establecer la relación mente-cuerpo como una nueva forma de pensar el ser humano. Es ante todo una noción tópica y dinámica inferida de la experiencia de la cura (Laplanche, J. y Pontalis, J. 1996). La cual pone de manifiesto que el psiquismo no se reduce a lo consciente y que ciertos “contenidos” solo podrán ser accesibles a la consciencia una vez superadas las resistencias. “La cura ha revelado que la vida psíquica está saturada de pensamientos eficientes, aunque inconscientes y que de éstos emanan los síntomas” (Laplanche, J. y Pontalis, J. 1996. P.194).

El Psicoanálisis freudiano como el estudio de los procesos inconscientes, surge de la práctica clínica en el Hospital Público de Salpêtrière (París). En 1881 ya graduado en Medicina, Sigmund Freud (1856-1939) logra una beca para ingresar a dicha institución donde se encontraba trabajando el neurólogo Jean Martin Charcot (1825-1893) el cual utilizaba como método clínico la hipnosis en pacientes histéricas. Pero... ¿Qué se pretendía con del método de la hipnosis?

Freud y Josef Breuer (1842-1925) ambos discípulos de Charcot, tras investigaciones realizadas publican *Estudios sobre la Histeria en 1895* donde manifestaban que a través de dicho método de cura propiciaban en sus pacientes una manifestación verbal, que descubriera para sí el origen de los síntomas y poder revelar su historia. “Una expresión verbal a la fantasía afectiva que en ese momento dominaba” (Carro, S. y de la Cuesta, P.2010 p.74)

Es entonces, que a través de estas experiencias se da lugar a la noción y comprensión de que el inconsciente existe en tanto sistema que tiene contenidos que se alojan por fuera de la consciencia reafirmando así la concepción de sujeto desde un modelo holístico, integral, multideterminado, para la comprensión del proceso de salud-enfermedad como un continuo

Freud en su trabajo *Perturbación psicógena de la visión* (1910) realiza un aporte sumamente significativo en lo que respecta a la concepción de órgano afectado. Señala que los conceptos de represión y pulsión son primordiales a la hora de pensar los trastornos psicógenos de la visión, otorgándole un carácter de especificidad al órgano. (Russo, A. 2009, p. 59)

Se entiende por pulsión:

...proceso dinámico consistente en un empuje (carga energética, factor motilidad) que hace tender al organismo hacia un fin. Según Freud, una pulsión tiene su fuente en una excitación corporal (estado de tensión); su fin es suprimir el estado de tensión que reina en la fuente pulsional; gracias al objeto, la pulsión puede alcanzar su fin. (Laplanche, J. y Pontalis, J. 1996 p.324)

Mientras que por represión:

...operación por medio de la cual el sujeto intenta rechazar o mantener en el inconsciente representaciones (pensamientos, imágenes, recuerdos) ligados a una pulsión. La represión se produce en aquellos casos en que la satisfacción de una pulsión (susceptible de procurar por si misma placer) ofrecería el peligro de provocar displacer en virtud de otras exigencias. (Laplanche, J. y Pontalis, J. 1996 p.375)

Con esto, Freud infiere que lo orgánico y lo psíquico son procesos indisolubles, en tanto se propone la búsqueda de sentido más allá de lo manifiesto. Es entonces que la noción de sentido dará luz para evidenciar el significado que permanece latente. Al decir de Russo, A (2009), “un sentido inconsciente que expresa el cuerpo”. (p.59) Donde el síntoma aparece como lo evidente, manifiesto, notificando y dando parte de la caída parcial de la represión inconsciente como mecanismo defensivo del sujeto que enferma.

“Los significados “psíquicos”, lo que denominamos “el sentido” de los acontecimientos, surgen del modo en que la conciencia organiza las sensaciones que “tiñen”, con diferentes importancias a cada una de las experiencias”. (Chiozza. L. 2010, p.78) Es por esto que desde el Psicoanálisis freudiano se ha intentado dilucidar el significado inconsciente de algunas alteraciones físicas así como también la comprensión de las diferentes fantasías que se encuentran en los individuos a través de estructuras corporales.

En *Estudios sobre la Histeria* (1895), Freud y Breuer también plantean la existencia de condiciones que van a determinar la elección de un órgano y refieren particularmente al mecanismo denominado conversión simbolizante. Establecen que la elección del órgano estará designada por la facultad que el mismo posea para representar de manera simbólica la fantasía inconsciente.

Por lo tanto toda estructura corporal constituirá una fuente somática de un impulso diferenciado. Dicho impulso es en simultáneo una fantasía inconsciente propia, es decir específica, con respecto a esa estructura. Considerando a estas fantasías como los elementos inconscientes que configuran la matriz del lenguaje. (Chiozza, L. 1970)

Siguiendo los postulados de Weizsaecker, donde todo lo corporal tiene un sentido psicológico, se sustenta que la existencia de la expresión somática hace a una conducta cargada de sentido psicológico. Por esto Chiozza (1970) sostiene que “la estructura o proceso corporal y la fantasía inconsciente específica de aquél son una y la misma cosa vista desde dos puntos de vista diferentes”. (p.159)

4.2 Enfermar desde la Teoría Psicósomática Psicoanalítica

Para hablar del enfermar, es imprescindible tener en cuenta desde qué concepciones de salud partimos.

A lo largo de la historia, las concepciones de salud y enfermedad han variado, estableciéndose diferentes modelos para ellas. Se pasó desde un primer modelo denominado biológico, reduccionista, que propone una visión unicausal del proceso de enfermar a modelos más evolucionados como el ecológico, el cual propone un abordaje de tipo preventivo con un enfoque multicausal. (Carro, S. 2009)

Para Chiozza (2008):

La enfermedad somática “oculta” un afecto. Pero no se trata de un afecto cualquiera, sino que cada enfermedad diferente se constituye como un desarrollo que representa o equivale a un particular afecto inconsciente, específico de esa enfermedad, enraizado en una historia que ha hecho crisis configurando un “capítulo” particular en la biografía del enfermo. (p.18)

Pero ¿qué entiende el Psicoanálisis por afecto? Chiozza (2008) sostiene que nuestra mente no trafica con ideas, sino que estas son las vías que dirigen a los afectos por los caminos que ha delineado la experiencia. Por lo tanto, sólo se irá a transportar lo que importa.

Es esto mismo lo que decía Freud (1915), al afirmar que el verdadero motivo de la represión es impedir el desarrollo de un afecto. Para cumplir su cometido, la represión no sólo ataca las ideas, sino que a menudo incluso deforma a la experiencia. Por lo tanto, el afecto es la importancia, la significancia del sentido.

Sosteniendo que los afectos son reminiscencias es decir que, lejos de corresponder a una situación actual, constituyen un modo de “recordar” un suceso pretérito que permanece fuera de la conciencia. (Chiozza, L. 2008. p.16)

De modo que, el afecto por sus cualidades nos permite posicionarlo como pieza clave en el engranaje para articular lo psíquico y lo somático. (Chiozza, L. 2008) Entonces, para esta teoría de los afectos, será condición sine qua non considerar la historia como implícita en el cuerpo (búsqueda del afecto oculto), donde no se refiere aquí a la historia sujeta al encadenamiento sucesivo de hechos en un tiempo y espacio determinado. Sino a la que está entrañablemente ligada a la experiencia personal y subjetiva del individuo, que es determinada por las emociones que se vivenciaron. De manera que, lo experimentado emocionalmente por el sujeto va a constituir su verdad.

En merced de esta teoría, el desarrollo de una enfermedad traería implícita consigo la vida emocional de quien la padece. Chiozza (2008) propone que parte de esta vida emocional es reprimida, inmersa en el inconsciente, anidada al hecho que actúa como desencadenante de la enfermedad. Por lo tanto, al enfermar ese cuerpo necesita poner de manifiesto un mensaje a ser descifrado íntimamente vinculado a la vicisitud afectiva vivida

De Cristóforis (2006) propone que la enfermedad además de constituir una patología específica, en general siempre se expresa en un determinado contexto de interacción vincular; y he aquí el punto fundamental para trabajar la lactancia materna como factor protector al desarrollo de un cáncer mamario. ¿La red de vínculos influencia para la emergencia de la enfermedad? ¿Influencia en su sostenimiento o cronicidad? ¿Influencia en la cura?

La red de vínculos es fundamental para cualquier ser humano en cualquier circunstancia de la vida. Somos sujetos partícipes de un mundo en el que habitamos, vivimos, sentimos, hacemos y nos vamos construyendo y de-construyendo en interacción con los otros. Sujetados a una historia, que es nuestra pero también se vuelve colectiva por la constante interacción. Por lo tanto, será fundamental contar con una red de vínculos que propicie el acompañamiento, habilitador de diálogo y espacios, es decir con una función continente.

4.3 El acto de amamantar

La toma de decisiones en relación a la lactancia se ve influenciada por múltiples factores. Pero particularmente haciendo énfasis en el vínculo se podría plantear el hecho que:

...no concibo identidad personal (y por lo tanto todas sus viscosidades) que no surja de un contexto vincular. Lo decía Freud en 1921 al sostener que el otro está siempre como modelo, objeto, auxiliar o enemigo. Advenimos a un lugar que ya ha sido adjudicado anteriormente a nuestro nacimiento. (De Cristóforis, O. 2006 p.11).

Bowlby (1944) describió el vínculo como un instinto biológico de máxima importancia. Es por esto, que desde la neurobiología del apego se ha investigado sobre la relación que se establece entre la teoría del apego y el desarrollo neuronal del lactante; con los respectivos cambios neuroendocrinos que se producen en la madre los cuales propiciarán el establecimiento del vínculo.

Si bien existe una regulación neuroendocrina favorecedora del establecimiento del vínculo, la vivencia subjetiva del acto de amamantar deja huella y dependiendo de cómo se haya vivenciado emocionalmente dicho acto podrá ser propiciador o inhibidor a su continuidad. Donde desde nuestra historia con sus múltiples formas de simbolización, se produce un desplazamiento según la experiencia desde el origen del conflicto a lo que le aqueja al individuo, es decir el desarrollo de la enfermedad.

La decisión de amamantar presenta nuevas implicancias para la mujer, en tanto la afronta al temor a lo desconocido, y a una crisis vital por los numerosos cambios que se producen en su vida tanto a nivel personal es decir, corporales, emocionales, rutinarios como colectivos.

Hablar de lactancia materna, refiriendo estrictamente a un aspecto biológico se entiende como función fisiológica. Sin embargo, la lactancia materna como función humana, es una práctica biocultural. Es decir, se compone del aspecto biológico y se ve determinada por la cultura en la cual se desarrolla dicha práctica. (Becerra Bulla, F., Peña, D., Puentes, V. y Rodríguez, D. 2009)

La mujer que se convierte en madre y decide ser madre lactante, se enfrenta a un nuevo camino ignorado hasta ese momento, el cual producirá cambios que romperán con el equilibrio que mantenía y conocía.

Por lo tanto, según Silvia Di Segni (1991) se hace presente una crisis vital; estas corresponden a una serie de variaciones que se exponen de forma abrupta en los individuos. Incluso cuando el suceso crítico es percibido, conocido y aceptado, se produce un desequilibrio es decir, una crisis. Es ejemplo de esto cuando las creencias y los valores que sostenemos se sienten amenazados y polemizados.

De modo que, la resolución de la misma implicará la instauración de un nuevo equilibrio sustituto del anterior, proceso que presenta una serie de costos, emocionales y temporales que pondrán en evidencia los recursos del individuo.

Pretendiendo dar respuesta a la interrogante planteada por Chiozza (1970) en relación a si el sentido psicológico que lo corporal posee, ¿es realmente propio, es decir, específico o le es asignado por quien lo interpreta? Mirta Videla (1990) expone como eje central de las perturbaciones del vínculo entre madre e hijo, las imposiciones de un modelo socio-cultural de familia y maternidad al que los individuos tratan de ajustarse, aún cuando este no se corresponde (e incluso se opone) con sus deseos o posibilidades reales. Resaltando así, la importancia de tener en cuenta estos patrones y no solo centrar la atención en aspectos intrapsíquicos o relacionales. (Citado en: Bermúdez L. 2016, p.28)

Es entonces que la madre occidental, del siglo XXI se confronta con una realidad no ideal entre el poder y el querer en lo que respecta a la lactancia. Esto nos conduce a pensar en que hoy día, con la salida de la mujer de la esfera de lo privado y presente en el ámbito laboral, social y profesional se enfrenta al cumplimiento de múltiples roles en simultáneo. Por lo tanto asumir un nuevo rol materno, puede presentarse dificultoso e incluso desgastante para algunas mujeres. Particularmente en los primeros meses de vida del lactante donde la demanda es altamente elevada ya sea atencional, afectiva, energética y temporal.

Por lo tanto si social y culturalmente se afirma que el amamantamiento trae consigo la condición emblemática de ser buena madre, una fuente nutricia, de protección y afecto (Bermúdez L. 2016), me pregunto: ¿el amamantar es condición sine qua non para ser buena madre? ¿Existe una leche buena y una leche mala?

Cada amamantamiento es diferente, por lo que será importante vivirlo y experienciarlo desde su autenticidad, de su propia experiencia. Esto da lugar a que se propicien experiencias positivas y otras más negativas. Donde se contraponen los hechos con los ideales de la madre lactante. Afloran las inseguridades e inquietudes con respecto a la calidad de su leche.

Según Bermúdez (2016) entre los elementos a tener en cuenta para una vivencia positiva del amamantamiento se destacan, confianza en sí misma, darse tiempo para lograr establecer una buena comunicación con el lactante, lograr un buen agarre del pecho y que la madre tenga bienestar emocional y físico. Pero como todo, amamantar requiere de práctica y de un proceso de aprendizaje, donde con el afán de promoverla, se establecen estereotipos donde se muestra una lactancia feliz, indolora, placentera pero al momento de experienciarla las madres se confrontan a una realidad que no es ideal, provocando procesos angustiosos que hacen huella en cada una de ellas.

El amamantamiento como se mencionó anteriormente se ve influenciado por múltiples factores, pero en la actualidad se puede hacer especial énfasis en la presión que es ejercida a nivel social en los cuerpos de las mujeres, viéndose principalmente vulnerado el de las madres, donde la existencia de un aparente "código moral" que propicia procesos angustiosos en aquellas madres que optan por no dar de mamar se alía con los estereotipos asignados en nuestra sociedad occidental, donde se contrapone con el ideal de que las madres deberían ser expertas calificadas en cada una de las dimensiones que constituyen a la vida de su hijo. Desde las prácticas de salud se promueve la lactancia materna pero se censura y vulnera a aquellas madres que opten o no puedan hacerlo, sin ahondar en el por qué.

Es entonces, que el seno como símbolo acrónico de la sexualidad, fuente de nutrición y proveedor vital, deberá luchar con su versión dicotómica como receptáculo de enfermedades, donde, "la medicalización del pecho femenino amenaza, cada vez más, con sobrepasar los significados erótico y maternal del mismo". (Yalom, M. 1977, p.325)

Por lo tanto, la búsqueda de dichas fantasías específicas a través de una vivencia, permitirá dar luz a diferentes interioridades también específicas. Siguiendo la línea de pensamiento al enfermar ese cuerpo necesita poner de manifiesto un mensaje a ser descifrado íntimamente vinculado a la vicisitud afectiva vivida, es decir el órgano que enferma es el que mejor representa el conflicto.

5.0 UN ACERCAMIENTO SOCIO-CULTURAL A LA LACTANCIA Y EL ACTO DE AMAMANTAR

Cuando se habla de lactancia o acto de amamantar se hace alusión a diferentes acepciones que refieren a lo mismo pero cargadas con un significado diferente.

A la lactancia se le han atribuido diferentes connotaciones a lo largo de la historia. Se hace visible la dicotomía pechos productores de leche como máxima expresión de la maternidad sagrada y pechos como figura erótica, donde el amamantamiento y su exhibición podrían ser altamente censurados.

Es así, que al decir de Yalom (1977) “la virgen amamantando a su hijo, invención italiana del siglo XIV, pronto tendría que enfrentarse a una nueva imagen del pecho femenino, predominantemente sexual”. (p.17)

En consecuencia, estas dos significaciones que se le atribuyen al pecho de la mujer ponen de manifiesto dos exigencias y responsabilidades que le son atribuidas a la mujer por el simple hecho de serlo. Al decir de Ruben Campero (2017) solapadas en un modelo patriarcal que se produce y reproduce en el mundo occidental a lo largo de la historia. Donde el deber ser y el poder hacer se vuelven una obligación, otorgándole a la mujer madre un status el cual podría llegar a generar exigencias y sobre-exigencias que hacen que nuestro cuerpo hable.

Es menester, comprender que la lactancia en sus múltiples connotaciones a lo largo de la historia hace saber que entenderla desde una mirada biológica, no logra dar cuenta de ella en su totalidad. Es por esto que se pretende hacer mención a las diferentes significaciones que se le atribuyen.

Como se mencionó anteriormente, una mirada exclusivamente biológica, no logra dar cuenta de por qué es experienciada y vivida como única y diferente en cada mujer e inclusive en cada hijo. Por lo tanto según Azzola (2015) “la condición de mamífero del ser humano determina que la mujer posea la capacidad de alimentar a sus crías por medio de las mamas, sin embargo esto no representa condición suficiente al comienzo y sostén del amamantamiento materno” (p.2)

Trejo, Camacho, Herrera y González (2011) sostienen a la práctica de la lactancia como uno de los componentes de la función de reproducción social, que le es tradicional y culturalmente asignada a la mujer como rol natural, otorgándole identidad social como madre. Sin embargo el acto de amamantar como tal conlleva a los aspectos vinculares y vivenciales no refiriendo únicamente a la función fisiológica.

De esto se explica que el amamantamiento se describe bajo el concepto de experiencia y aprendizaje cultural. Saber alimentar y ofrecer cuidados a un bebé no viene sentido por la madre como algo innato sino que es necesario un acondicionamiento previo donde la mujer aprenda como desempeñarse. (Azzola. 2015)

A partir de esto, se puede inferir que la influencia de los mandatos culturales y las redes de vínculos establecidas por la madre, juegan un papel fundamental a la hora de propiciar un acto de amamantamiento continuado.

Al decir de la psicopedagoga argentina Laura Gutman (2008) la lactancia implica el desarrollo de los aspectos más terrenales de la mujer pero para amamantar la madre lactante debe sumirse en un espacio imaginario e invisible para los demás.

6.0 REFLEXIONES

Los datos presentados han permitido dar cuenta de la relevancia que aún hoy día tiene el estudio sobre cáncer de mama en nuestra sociedad. Según los datos aportados por el proyecto GLOBOCAN¹, el cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres ocupando el segundo lugar general (10,9 % de todos los cánceres a nivel mundial).

Investigaciones como las de Molina., Hidalgo y Miranda (2017), Aguiar, González, Alvarez, Padilla, Mur, García y Valenza (realizada entre 2003 y 2008) y la de Rojas Camayo (comprendida entre 2006 y 2007) dejan en evidencia la relación que se establece entre la lactancia materna y el cáncer de mama. Se destaca de ellas el estudio explicativo que realizan en relación al papel que juega el sistema endócrino y la regulación hormonal en el período de lactancia que la ubica como factor protector al desarrollo de un carcinoma mamario; donde según las investigaciones realizadas la experiencia demuestra que el riesgo relativo de cáncer disminuyó un 4,3% cada 12 meses de duración de la lactancia, sin importar las nacionalidades de las mujeres, la edad, la raza, la presencia o ausencia de la menopausia y el número de hijos.

El presente trabajo buscó a partir del Paradigma de la Complejidad dar cuenta que una aproximación explicativa del modelo médico del cáncer de mama, la lactancia y la relación que se establece entre ellos, así como los aportes desde el Psicoanálisis a la Psicosomática en relación al desarrollo de una enfermedad, el porqué y el ahora y la vivencia del acto de amamantar, no son suficientes, es decir sirve como vía explicativa pero no para comprender. De manera que con el afán de conectar nodos en una red multideterminada se apela a la superposición de fronteras disciplinarias para comprender al individuo desde un modelo holístico, en su subjetividad.

Con la travesía bibliográfica realizada, considero fundamental el afirmar que nunca el comportamiento humano es lineal ni unicausal, siempre exige una multiplicidad de causas y por lo tanto es imprescindible el profundizar en la complejidad y no limitarse solo a lo manifiesto sino buscar en lo latente, no limitarse solo a la palabra sino

¹ GLOBOCAN: Es un proyecto de la Internacional de Investigación sobre el Cáncer perteneciente a la Organización Mundial de la Salud. El mismo, tiene como objetivo proporcionar estimaciones contemporáneas de la incidencia de la mortalidad y la prevalencia de los principales tipos de cáncer a nivel nacional para 184 países del mundo. Se puede acceder por más información a:

<http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

también al cuerpo, no limitarse solamente a lo psicológico sino también al contexto social. (Boulad, J.1988)

La enfermedad que se pone de manifiesto en cada individuo se encuentra unida estrechamente a lo que cada experiencia de la misma represente para sí, por lo tanto será considerada única, personal. Es por esto que hablamos de multiplicidad de factores, destacando los que tienen un carácter de traumatismo para el individuo.

Con los aportes realizados por Chiozza (2008) en su teoría de los afectos la cual considera a la historia como implícita en el cuerpo del sujeto se pone en evidencia que lo experimentado emocionalmente por el sujeto va a constituir su verdad. En tanto si hablamos de cáncer mamario, donde la mama se toma como uno de los signos de la maternidad, a través del proceso de lactación se va construyendo y de-construyendo una historia que viene implícita en la vida de esa mujer.

Si entendemos que la vivencia subjetiva del acto de amamantar deja huella, dependiendo de cómo se haya vivenciado emocionalmente dicho acto podrá ser propiciador o inhibitor a su continuidad, donde desde nuestra historia con sus múltiples formas de simbolización, se produce un desplazamiento según la experiencia desde el origen del conflicto a lo que le aqueja al individuo, es decir el desarrollo de la enfermedad. Al entender de Chiozza (2008) parte de la vida emocional es reprimida, inmersa en el inconsciente, anidada al hecho que actúa como desencadenante de la enfermedad. Por lo tanto, al enfermar ese cuerpo necesita poner de manifiesto un mensaje a ser descifrado íntimamente vinculado a la vicisitud afectiva vivida

Tal como Freud y Breuer ya planteaban en 1895 en *Estudios sobre la Histeria*, donde establecen que la elección del órgano estará designada por la facultad que el mismo posea para representar de manera simbólica la fantasía inconsciente.

Si bien se habla de causas necesarias pero no suficientes para enfermar (Korovsky. 2008), considero a la lactancia materna de acceso global y general con valor cero a nivel financiero para los Estados, como una forma sencilla y natural de disminuir el riesgo de cáncer mamario, sumándole los demás beneficios que trae para la madre y el lactante.

Además de la asequibilidad de la leche materna, Adhanom y Lake (2017) Director General de la OMS y Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia afirman que:

...también beneficia a las economías nacionales, ya que contribuye a reducir los costos de la atención sanitaria, a aumentar el nivel educativo y, en última instancia, a incrementar la productividad. De hecho, la lactancia materna es una de las inversiones más costo-eficaces que existen. (s/n)

Es así que por su potencial protector en materia salud y economía el Gobierno Uruguayo ofrece sostén a nivel legislativo, como ser la Ley N° 16.104 (1990) Licencias por Maternidad y Paternidad en Funcionarios Públicos la cual establece que:

Toda funcionaria pública embarazada tendrá derecho...a una licencia por maternidad...La duración de esta licencia será de trece semanas...Las funcionarias madres, en los casos en que ellas mismas amamenten a sus hijos, podrán solicitar se les reduzca a la mitad del horario de trabajo y hasta que el lactante lo requiera...

En el caso de las funcionarias privadas rige el Decreto de Ley N° 15.084 (1980) Licencia por Maternidad Funcionarias Privadas:

...si la empleada u obrera amamanta a su hijo está autorizada a interrumpir su trabajo para este fin, durante dos períodos de media hora dentro de su jornada diaria y que serán contados como trabajo efectivo...como en la práctica, a no ser que la trabajadora viva muy cerca de su lugar de trabajo...es por ello que se acuerda con la empresa unir las dos medias horas y entrar una hora más tarde o salir una hora antes.

Desde el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay se puede tramitar la reducción horaria para amamantar, la cual está dirigida a madres trabajadoras del sector privado las cuales continúan el amamantamiento luego del sexto mes de vida del bebé.

Si bien existe una contención en materia legislativa, considero que aún queda mucho camino por recorrer, ya que se fijan los criterios desde modelos biologicistas, sin remitir al acto mismo de amamantar, sin tener en cuenta que este requiere de práctica de que es un proceso de aprendizaje. Si realmente se quiere promover la lactancia como estrategia de prevención en salud la concepción de individuo debe ser considerada desde un modelo holístico. Esto es, un individuo ve lo que a partir de su experiencia, de su historia, desde su singularidad se permite ver. Por lo tanto cada

uno tendrá una forma diferente y particular de vivenciarlo. Que nos identifica como únicos en nuestra forma de mirar, sentir y construir nuestra realidad.

Lo que este trabajo pretendió entonces, fue dar luz a la interrogante de ¿por qué a mi, por qué ahora el diagnóstico de la enfermedad? Haciendo un recorrido sobre los aspectos vivenciales del acto de amantar que actúan como propiciadores o inhibidores del mismo y el registro a nivel inconsciente que este podría generar para intentar dar respuesta a la pregunta.

El recorrido bibliográfico ha mostrado que aún faltan más investigaciones que apoyen la teoría de la lactancia materna como factor protector y particularmente la incidencia de la vivencia del acto de amamantar, sumado al hecho de que aún hoy día no existe un consenso científico en lo que respecta al origen del cáncer. Por lo tanto, el presente trabajo constituirá una puerta de entrada a futuras investigaciones.

A partir de lo propuesto, considero imprescindible destacar que el significado que se le atribuye a los senos de una mujer variará de acuerdo al espectador que los contemple.

En tanto:

Los niños pequeños ven comida. Los médicos ven enfermedades. Los comerciantes ven el símbolo del dinero. Las autoridades religiosas transforman los pechos en símbolos espirituales, mientras que los políticos se apropian de ellos con fines patrióticos. Los psicoanalistas los sitúan en el centro del inconsciente, como si fueran monolitos inalterables. Esta multiplicidad de significados indica el lugar privilegiado que ocupa el pecho femenino en la imaginación de los humanos. (Yalom, M. 1977, p.321)

Ya finalizando el recorrido realizado durante la elaboración del Trabajo Final de Grado, considero importante hacer mención a la riqueza que me aportó posicionarme desde una concepción holística de pensar al individuo. Como futura trabajadora de la Salud me propongo romper con los modelos disciplinares para dar lugar al individuo desde su singularidad, desde su propia experiencia. Optar por este posicionamiento para el ejercicio de mi profesión me permitirá ver y comprender que el comportamiento humano nunca es uncausal ni lineal, no limitarme a lo manifiesto, sino buscar en lo latente, habilitando con esto la continuidad de seguir investigando, donde el proceso terapéutico oficiará como una apertura de horizontes; sin perder de vista que el estigmatizar al otro en un diagnóstico fijo es limitarlo, por lo tanto coartar su libertad

cambio. No caer en el lugar de la omnipotencia será fundamental para no obturar la habilitación del proceso.

En el camino profesional se plantearán tantas posibles vicisitudes como personas en el mundo, en la que cada uno tendrá una forma particular de vivenciarlo, concluyendo de esto que los individuos no somos psique y cuerpo por separado, sino que somos un ser en cuerpo y mente integrados que se expresa.

Referencias Bibliográficas

Adhanom, T. y Lake, A. (2017) La Lactancia materna no es solo tarea de la mujer.

Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/commentaries/detail/breastfeeding-is-not-a-one-woman-job>

Aguilar, M., González, E., Álvarez, J., Padilla, C., Mur, N., García, P. y Valenza, M. (2010). Lactancia materna; un método eficaz en la prevención del cáncer de mama. *Nutrición Hospitalaria*, 25(6), 954-58.

Aguirre, R., Delgado, L. y Visconti, A. (2015). *Guía de práctica clínica de detección temprana del cáncer de mama. Tamizaje y diagnóstico precoz*. Uruguay: Ministerio de Salud Pública. Recuperado de: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Iniciativas%20sanitarias%20%28guia%20deteccion%20cancer%20mama%29.pdf

American Cancer Society & National Comprehensive Cancer Network (1999). *Cáncer de Mama. Guías de Tratamiento para las Pacientes* (Estapé, A, trad.)

Anaya Mandal (2016) Historia del Cáncer de mama. Medica Page. Portal de Información Médica. Recuperado de: <https://medicapage.com/index.php?newsid=430>

Azzola, E. (2015) ¿MUJERES O SOLAMENTE MAMIFEROS? Representaciones internas del amamantamiento en familias vulnerables. Un estudio cualitativo en la C.A.B.A, Argentina. Recuperado de: <http://www.academia.edu/16086122/ MUJERES O SOLAMENTE MAMIFEROS Representaciones internas del amamantamiento en familias vulnerables. Un estudio cualitativo en la C.A.B.A Argentina>

Becerra Bulla, F., Peña, D., Puentes, V. y Rodríguez, D. (2009) Lactancia Materna: Una revisión de la evaluación de esta práctica a través del tiempo. El caso de algunas comunidades indígenas en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina, Bogotá*, 57(3), 246-257. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v57n3/v57n3a06.pdf>

Bermúdez, L. (2016) *Vivencia de la lactancia materna desde el relato de mujeres lactantes habitantes del Departamento de Antioquia* (tesis de pregrado). Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.

Boulad, J. (1988) *De Culture, signes, critiques*, Presses de L'Université de Québec, 1988 (Cahiers Recherches et théories, Colección «Symbolique et idéologie», nro. S 16), pp. 65-87. Recuperado de: http://www.pensamientocomplejo.com.ar/docs/files/MorinEdgar_Introduccion-al-pensamiento-complejo_Parte2.pdf

Bowlby, J. (1944). Forty-four juvenile thieves: their characters and home life. *International Journal of Psychoanalysis* 25, 19-52.

Campero Ruben (2017) *Historias de Piel: Interior de mujer, cuerpo y colonización patriarcal*. Emedemujer. Recuperado de: <http://uy.emedemujer.com/relaciones/historias-piel-interior-mujer-cuerpo-colonizacion-patriarcal/>

Carro, S. (2009) *Psicología y ciencias de salud. Introducción a los rasgos generales de una ontología de la simplicidad en relación; una mirada desde la complejidad*. En: Equipo Docente de Introducción a las Teorías Psicológicas Corrientes Teórica Técnicas. *Perspectivas Psicológicas en Salud*. (pp. 11-27). Montevideo, Uruguay: Psicolibros.

Carro, S. y de la Cuesta, P. (2010) *Crisis de la psicología tradicional y surgimiento de las escuelas contemporáneas (1900-1930)*. En: *Introducción a las Teorías Psicológicas*. (pp.71-90). Montevideo, Uruguay: Psicolibros.

Chiozza, L. (1970) *Las fantasías específicas en la investigación psicosomática de la relación psique –soma*. En: *Metapsicología y Metahistoria I. Escritos de teoría psicoanalítica (1963-1977)*. (pp.153-158). Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal.

Chiozza, L. (2008). *Cap. 1 El Alma en el Cuerpo*. En: *Afectos y Afecciones 3: Los afectos ocultos en la enfermedad del Cuerpo*. Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal.

Chiozza, L. (2010) *Cáncer: ¿por qué a mí, por qué ahora?* 1ed. Buenos Aires, Argentina: Libros del Zorzal.

Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer (2016) Recuperado de:
http://www.comisioncancer.org.uy/index_1.html

Cruz, L. y Morales, E. (2014) Historia y estado actual sobre los tipos y procedimientos quirúrgicos realizados en cáncer de mama. *Gaceta Mexicana de Oncología*, 13(2), 124-133.

De Cristóforis, O. (2006) *Cuerpo, vínculo, lenguaje en el campo psicosomático*. Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial.

Di Segni, S. (1991) Crisis vitales. En Bay, L., Raush-Herscovici, C. y Ricon, L. (Eds). *Problemas en el campo de la salud mental* (pp. 214-224) Buenos Aires: Paidós.

Estepe, J. y Burgos, I. (1991). *Medicina General y Cáncer. Manual Clínico*. Barcelona, España: Ediciones Doyma.

Freud, S. (1895). Estudios Sobre la Histeria. En: *Obras Completas Tomo. II*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Freud, S. (1910) Perturbación psicógena de la visión según el psicoanálisis. En: *Obras Completas Tomo XI*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu.

Gómez, E., Salazar, E., Dominguez, E., Iborra, O., de la Fuente, J. y de Córdoba M. (2015). *Neuro-termografía y termografía psicosomática*. Granada, España: Fundación Internacional Artecittà.

González, J. y Ugalde, C. (2012) La glándula mamaria, embriología, histología, anatomía y una de sus principales patologías, el cáncer de mama. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXIX(602) 317-320. Recuperado de:
<http://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/602/art26.pdf>

Gutman Laura (2008). *La maternidad y el encuentro con la propia sombra*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones del Nuevo Extremo.

Korovsky, E. (2008) Desde el corazón del psicoanálisis. *Psicosomática psicoanalítica II*. Montevideo: de la Casa.

Laplanche, J. y Pontalis, J. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Latarjet, M., & Ruíz, A. (1998) *Anatomía Humana*. Bs. As., Argentina: Panamericana.

Ley Nº 16.104. Registro Nacional de Leyes y Decretos. República Oriental del Uruguay, 2 de febrero de 1990.

Ley Nº 15.084 Registro Nacional de Leyes y Decretos. República Oriental del Uruguay, 28 de noviembre de 1980

Lozano, M. (2010) Lactancia Materna. *Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Asociación Española de Pediatría*. 1, 279-286

Lozano, M. (2006) Beneficios de la Lactancia Materna. *Jano*. 1(594), 45-47.

Lugones, M. y Ramírez, M. (2009) Aspectos históricos y culturales sobre el cáncer de mama. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 25(3), 160-166.

Ministerio de Salud (2015) Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Montevideo: Departamento de Comunicación y Salud. Recuperado de: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/ObjetivosSanitarios_web%20%281%29.pdf

Molina, L., Hidalgo, M. y Miranda, M. (2017). La lactancia materna como factor protector del cáncer de mama: una revisión bibliográfica. *Matronas hoy*, 5(1), 43-50.

Morin, E. (2009) Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Buenos Aires: Nueva Visión.

Najmanovich, D. (1995) El lenguaje de los vínculos. De la Independencia absoluta a la autonomía relativa. Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Najmanovich, Denise (2001) Pensar la subjetividad. Complejidad, vínculos y emergencia. *Revista Utopía y Praxis Latinoamericana*. (6)14, 106-111.

Nissen, E., Gustavsson, P., Widstrom A. y Uvnäs-Moberg, K. (1998) Oxytocin, prolactin, milk production and their relationship with personality traits in women after vaginal delivery or Cesarean *Psychosom Obstet Gynaecol*. 19(1), 49-58.

Olaza, I. y Marín. M. (2014) Neurobiología del vínculo maternofilial; aplicaciones para la lactancia materna y/o artificial. *Asociación Española de Pediatría*

de Atención Primaria. 29-39. Recuperado de:
<http://cursosaeap.exlibrisediciones.com/files/49-239-fichero/Neurobiolog%C3%ADa%20del%20v%C3%ADnculo.pdf>

Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (1993) Consejería en lactancia materna: curso de capacitación. Manual del participante. Recuperado de:
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64096/WHO_CDR_93.5_\(part1\)_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y&ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/64096/WHO_CDR_93.5_(part1)_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y&ua=1)

Organización Mundial de la Salud (2017) 10 datos sobre la lactancia materna. Recuperado de: <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/es/>

Organización Mundial de la Salud (2018) Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente. Lactancia materna. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/newborn/nutrition/breastfeeding/es/

Rojas Camayo, J. (2008) Lactancia materna y cáncer de mama: un estudio caso-control en pacientes del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Lima-Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 69(1), 22-28. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v69n1/a05v69n1.pdf>

Russo, A. (2009). La escisión "alma cuerpo" en perspectiva histórica. En: Equipo Docente de Introducción a las Teorías Psicológicas Corrientes Teórica Técnicas. *Perspectivas Psicológicas en Salud*. (pp. 39-55). Montevideo, Uruguay: Psicolibros.

Russo, A. (2009). Psicósomática Psicoanalítica. Un enfoque que supera la clásica dicotomía mente-cuerpo. En: Equipo Docente de Introducción a las Teorías Psicológicas Corrientes Teórica Técnicas. *Perspectivas Psicológicas en Salud*. (pp. 57-68). Montevideo, Uruguay: Psicolibros.

Sabini, G., Delgado, L., Suárez, L. y Musé, I. (2004). Cáncer de mama localizado. En: Aspectos prácticos de la clínica oncológica. Un puente entre los conocimientos, creencias, actitudes y prácticas del especialista oncológico y el médico general. (pp.235-250). Montevideo, Uruguay: Sudamericana.

Salaverry, O. (2013). La etimología del cáncer y su curioso curso histórico. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 30(1), 137-141.

Recuperado de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000100026&script=sci_abstract

Trejo, H., Camacho, R., Herrera, J. y González, A. (2011) Significado semántico de «lactancia materna» y «lactancia artificial», en mujeres y hombres. *Revista Mexicana de Pediatría*. 78, 10-15

Videla, M. (1990) Maternidad, mito y realidad. Buenos Aires: Nueva Visión.

Yager, J. y Davidson, N. (2006) Estrogen carcinogenesis in breast cancer. *The New England Journal of Medicine*, 354(3), 270-282.

Yalom, M. (1997). *Historia del pecho*. Barcelona, España: Tusquets Editores.

Zayas García, A., Guil Bozal, R., y Aires González, M. (2015). Factores Psicoemocionales y Ajuste Psicológico Asociados al Cáncer de Mama. Sevilla: Universidad de Sevilla. Recuperado de: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/39459>