

REPRESENTACIONES MATERNAZ SOBRE LA ALIMENTACIÓN DE RECIÉN NACIDOS EN UNA MATERNIDAD PÚBLICA DE MONTEVIDEO, URUGUAY

REPRESENTATIONS OF WOMEN MOTHERS ON THE FEEDING OF NEWBORNS
IN A PUBLIC SECTOR MATERNITY HOSPITAL IN MONTEVIDEO, URUGUAY.

REPRESENTAÇÕES DE MÃES SOBRE A ALIMENTAÇÃO DO RECÉM-NASCIDO
EM UMA MATERNIDADE PÚBLICA DE MONTEVIDÉU, URUGUAI

*Marcia Barbero Portela,¹ Carolina de León Giordano,² Ana Carrero del Cerro,³
Patricia Alvez⁴ y Florencia Ceriani⁵*

Recibido: 02/06/2025 | Aceptado: 14/10/2025

-
- ¹ Unidad Académica Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de la República; Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República. marcia.barbero@gmail.com. ORCID 0000-0001-7819-9150.
- ² Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil. nutricaro@gmail.com. ORCID: 0000-0001-6777-3946.
- ³ Universidad Católica Uruguay Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil. ana.carrero@gmail.com. ORCID 0009-0004-0834-6521.
- ⁴ Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil. patriciaalvezb@gmail.com. ORCID 0009-0005-6603-8639
- ⁵ Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil. florceriani@gmail.com. ORCID 0000-0003-2105-8044.

Resumen

Este estudio se orientó a comprender las representaciones y fuentes del saber materno acerca de la alimentación de sus hijos en una maternidad pública de Montevideo, Uruguay. Teóricamente, se parte de la consideración de las representaciones sociales como un enfoque relevante para comprender los modos en que se entrelazan sentidos colectivos sobre la alimentación de los recién nacidos y se traducen en prácticas que favorecen o no la lactancia. Se desarrolló un estudio cualitativo etnográfico que combinó 30 entrevistas semiestructuradas a informantes calificados (5), personal de salud (19) y madres (6) así como 11 observaciones entre agosto y diciembre de 2021 en distintos escenarios dentro de la maternidad estudiada. Se realizó un análisis sociohermenéutico del discurso y se triangularon las fuentes. Los resultados indican que las formas en que las madres se representan la alimentación de los recién nacidos combinan diferentes aspectos entre los que se encuentran discursos biomédicos y saberes intergeneracionalmente transmitidos. Se identifica una tensión entre el discurso de promoción de lactancia y las prácticas asistenciales que tienden a facilitar el uso de fórmula comercial

infantil. Las representaciones maternas sobre la lactancia están influenciadas por mitos y narrativas científicas de riesgo, que moldean sus decisiones. La fórmula es concebida como recurso rápido para saciar el apetito, cumplir con expectativas de aumento de peso y mayor duración del sueño, legitimada con frecuencia por indicación médica. Estas valoraciones junto con prácticas medicalizadas de la alimentación del recién nacido entran en conflicto con la promoción de la lactancia exclusiva.

Palabras clave: Representaciones sociales, maternidad, recién nacidos, alimentación, lactancia.

Abstract

This study was aimed at understanding the representations and sources of maternal knowledge about newborn feeding in a public maternity hospital in Montevideo, Uruguay. Theoretically, it is based on the consideration of social representations as a relevant approach to understand the ways in which shared collective meanings about newborn feeding are intertwined and translated into practices that favor or not breastfeeding, a practice recommended by supranational and national health organizations. A qualitative ethnographic study was

carried out that combined 30 semi-structured interviews with qualified informants (5), health personnel (19) and mothers (6) as well as 11 observations in the maternity ward studied between August and December 2021 in different scenarios within the maternity ward. A sociohermeneutic analysis of the discourse was carried out and the sources were triangulated. The results indicate that the ways in which mothers represent the feeding of newborns combine different aspects, including biomedical discourses and intergenerationally transmitted knowledge. Likewise, a tension is identified between the discourse of breastfeeding promotion and care practices that tend to facilitate the use of commercial infant formula. Maternal representations of breastfeeding are influenced by myths and scientific narratives of risk, which shape their decisions. The formula is conceived as a quick resource to satiate appetite, meet expectations of weight gain, longer sleep duration, and is often legitimized by medical indication. These assessments, together with medicalized practices of newborn feeding, conflict with the promotion of exclusive breastfeeding.

Keywords: Social representations, maternity, newborns, feeding, breastfeeding.

Resumo

Este estudo teve como objetivo compreender as representações e fontes de conhecimento materno sobre a alimentação do recém-nascido em uma maternidade pública de Montevideu, Uruguai. Teoricamente, baseia-se na consideração das representações sociais como uma abordagem relevante para compreender as maneiras pelas quais se entrelaçam sentidos coletivos sobre a alimentação dos recém-nascidos e se traduzem em práticas que favorecem ou não o aleitamento materno, prática recomendada por organismos nacionais e supranacionais de saúde. Realizou-se um estudo qualitativo etnográfico que combinou 30

entrevistas semiestruturadas com informantes qualificados (5), profissionais de saúde (19) e mães (6), bem como 11 observações na maternidade, realizadas entre agosto e dezembro de 2021 em distintos cenários. Foi conduzida uma análise socio-hermenêutica do discurso e procedeu-se à triangulação das fontes. Os resultados indicam que as formas pelas quais as mães representam a alimentação dos recém-nascidos combinam diferentes aspectos, entre eles discursos biomédicos e saberes transmitidos intergeracionalmente. Identifica-se também uma tensão entre o discurso de promoção do aleitamento materno e as práticas assistenciais que tendem

a facilitar o uso de fórmula infantil comercial. As representações maternas sobre o aleitamento são influenciadas por mitos e narrativas científicas de risco, que moldam suas decisões. A fórmula é concebida como um recurso rápido para saciar o apetite, atender às expectativas de ganho de peso e prolongar o sono, sendo frequentemente legitimada por indicação médica. Essas valorizações, somadas às práticas medicalizadas da alimentação neonatal, entram em conflito com a promoção do aleitamento materno exclusivo.

Palavras-chave: Representações sociais, maternidade, recém-nascidos, alimentação, amamentação.

Introducción

La alimentación neonatal no es solamente un asunto biomédico, sino un proceso cargado de significados. Como tal, se erige como un terreno en el que las decisiones maternas se ven atravesadas por las representaciones sociales en torno a la lactancia ya la fórmula comercial infantil (FCI), por los saberes intergeneracionales, las recomendaciones profesionales y las expectativas institucionales. Desde una perspectiva interdisciplinaria, que conjuga visiones de la clínica, la salud pública y la sociología de la salud, nuestro interés se sitúa en el análisis de las formas en que el discurso del riesgo y los procesos de medicalización de la alimentación de los recién nacidos (RN), contribuyen a configurar la experiencia y la agencia materna.

Desde el ámbito de la salud pública existe consenso sobre el impacto de la lactancia y la leche humana como forma óptima de alimentación de los RN. Según la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud y Unicef, 2003), la lactancia exclusiva es la forma de brindar a los menores de seis meses los nutrientes y el estímulo necesarios para un crecimiento y desarrollo saludable. La protección, promoción y apoyo de la lactancia en maternidades y hospitales, es fundamental para asegurar el mejor inicio (Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, 2010). Si bien los primeros días luego del nacimiento resultan cruciales para una lactancia exitosa, muchos bebés reciben FCI durante la estadía en el hospital, lo cual puede afectar el inicio oportuno, así como la continuación de la lactancia materna exclusiva (World Health Organization, 2017). En Uruguay se observa una caída de la lactancia exclusiva de 16,5 puntos porcentuales en la última década (Beron et al., 2023; Carrero et al., 2020), en especial en el primer mes de vida con el consiguiente aumento de la indicación de FCI (De León y Carrero, 2023). Los lactantes que nacen en el subsector público de Montevideo reciben indicación de FCI en la maternidad en una proporción considerablemente mayor, en comparación con aquellos nacidos en el subsector privado (Beron et al., 2023; Carrero et al., 2020).

Este trabajo se propuso conocer las representaciones y prácticas de las madres acerca de la lactancia, las fórmulas infantiles comerciales, las fuentes de su saber sobre la alimentación de sus hijos, así como sus experiencias con el personal de salud, en una maternidad pública de Montevideo, Uruguay. Siguiendo a Jodelet (1991) las representaciones integran fenómenos cognitivos, afectivos y normativos que moldean una forma particular de interpretar la realidad y otorgan sentido a la experiencia, estableciendo así modos de acción dentro de un grupo en un contexto histórico específico. Esta perspectiva permite desplazar el foco desde las decisiones maternas hacia los arreglos institucionales, morales y gramáticas de riesgo que configuran los escenarios en los que se indica o se elige la FCI. Entendemos que estas representaciones se

entrelazan con discurso sobre riesgo y moralidades sobre el cuidado. Esta tríada teórica permite una aproximación a la comprensión de los motivos por los que, en contexto normativo de promoción de la lactancia, la FCI aún es percibida como una alternativa necesaria, tanto para madres como para personal de salud.

El análisis de los vínculos entre las perspectivas feministas y la lactancia da cuenta de la complejidad del fenómeno y su relación con procesos demográficos, sociales y psicológicos (Dios-Aguado et al., 2021). A partir del siglo diecinueve, la tecnificación y medicalización atentan contra esta práctica, que es revitalizada a partir de perspectivas como el ecofeminismo y la relevancia que se le comienza a adjudicar desde organismos de salud supranacionales durante la segunda mitad del siglo veinte, que continúa vigente hasta nuestros días (Aguilera y Ramírez, 2021). Actualmente, las decisiones de las mujeres respecto de la alimentación de los recién nacidos se vinculan con procesos macrosociales que se verifican desde el siglo veinte, tales como el ingreso creciente y continuo de las mujeres al mercado de trabajo remunerado, los cambios en las relaciones sociales de género, en las familias, y en la articulación entre la vida doméstica y la laboral. Otros aspectos que han coadyuvado en la pérdida de protagonismo de la lactancia son los intereses económicos de la industria de fórmulas infantiles, el papel de profesionales de la salud defensores de lo que se denomina como «maternidad científica», así como la promoción normativa e institucional de la igualdad de género en lo relativo al proceso de nacimiento, alimentación y crianza (Aguilera y Ramírez, 2021).

Estos aspectos tornan relevante pensar la práctica de lactancia en su vínculo tanto con la identidad de género, así como en su relación con las representaciones sociales sobre la maternidad y sobre el cuerpo de las mujeres. Desde esta perspectiva, Lupton (2012) sostiene que la maternidad se ha convertido en un fenómeno al cual se le asocian conceptos tales como el riesgo, el peligro, la responsabilidad y la reflexión constante acerca de cuán adecuadamente se cuida a la descendencia. Con ello advienen mandatos y expectativas, entre los cuales se encuentran la búsqueda de información acerca de los riesgos a los que sus hijos pueden potencialmente verse expuestos y la búsqueda de alternativas para minimizarlos (Lupton, 2012). En tal sentido, el imaginario social contemporáneo sobre la maternidad y la lactancia materna se construye y articula en la superposición entre los discursos oficiales de las organizaciones e instituciones de salud y las experiencias maternas (Fazzioni y Kalil, 2024).

Las representaciones sobre la lactancia entre las madres están ancladas a concepciones hegemónicas sobre la mujer y la maternidad, como la dedicación y sacrificio por el bien de los niños, así como en elementos derivados del conocimiento científico sobre los beneficios de la lactancia para la salud infantil (Sales et al., 2017). La decisión del inicio y mantenimiento de la lactancia (exclusiva o no) está mediada por valoraciones y representaciones acerca de lo que se

espera de las mujeres socialmente. La lactancia obra a modo de marcador normativo, configurando lo que se entiende como una «buena madre» (Gutiérrez Martínez, 2020). La sensación de culpa por no hacer lo que se espera de una «buena madre», así como la percepción de que se trata de un trabajo hecho con «amor», pueden eventualmente contribuir a la reproducción y consecuente perpetuación de esencialismos de género (Gutiérrez Martínez, 2020).

Respecto de las fórmulas, algunos estudios señalan que el éxito obtenido con el uso de leche artificial en los recién nacidos contribuyó a que la administración de fórmula comenzara a formar parte de las representaciones sociales sobre la alimentación del bebé (García, 2015) desplazando a la lactancia humana. La administración de FCI también ha supuesto, para algunas mujeres, un modo de emanciparse de la incertidumbre de amamantar. Los motivos esgrimidos para la alimentación con fórmula se vinculan a la salud del bebé, otras a cuestiones fisiológicas de la mamá (anomalías del pezón, falta de leche, flujo insuficiente, grietas, mastitis, experiencias previas no exitosas), pero también entra en juego la decisión materna acerca de no amamantar debido a la sensación de sobrecarga y superposición de roles a lo que ello puede eventualmente dar lugar (García, 2015).

Un estudio realizado en Uruguay (Girona et al., 2025) encontró que la mayoría de los participantes que utilizaron FCI lo hizo por recomendación médica. La situación laboral de la madre y los aspectos emocionales relacionados con la alimentación infantil fueron identificados como factores determinantes para ello. En contraste, el conocimiento sobre los beneficios de la lactancia materna, las técnicas disponibles, el apoyo familiar y profesional, así como la motivación para amamantar, se destacaron como obstáculos significativos para el uso de fórmula. En la misma línea, otro estudio nacional (Girona et al., 2024) dio cuenta de que las maternidades fueron señaladas como los espacios donde la indicación de FCI ocurre con mayor frecuencia.

La educación sobre lactancia se percibe como útil por las madres y puede estar asociado con mayor prevalencia de lactancia y lactancia exclusiva sobre todo en primíparas y con mayor autoeficacia para amamantar en madres con mala experiencia previa de lactancia (Good Mojab, 2000; Tan et al., 2020). Si bien en algunos estudios se ha observado una discrepancia entre las expectativas y las experiencias de las mujeres, las madres sienten que la alimentación infantil no se problematiza lo suficiente en el período prenatal y que no se discute lo suficiente sobre qué esperar de la lactancia (por ejemplo, qué tan difícil o doloroso podría ser amamantar) (Shafaei et al., 2020).

Material y métodos

Se planteó un diseño metodológico cualitativo de tipo etnográfico (Guber, 2001) y flexible (Mendizábal, 2006). La investigación cualitativa en el campo de la salud permite abordar aspectos de los fenómenos de salud, enfermedad y atención en el contexto en el que tienen lugar las interacciones, así como adentrarse en la comprensión de estos fenómenos a partir de los significados que los propios actores otorgan al objeto de estudio (Noboa y Robaina, 2015).

Los discursos de las madres se exploraron mediante la técnica de entrevista en profundidad, lo que permite la obtención de información acerca de la manera en la que los actores construyen y reconstruyen colectivamente el repertorio de representaciones sociales en sus prácticas individuales (Alonso, 1998).

Se efectuaron once observaciones (Anguera, 2003) en la maternidad en una ventana temporal de tres semanas, en los siete días de la semana, en los cuatro turnos del personal de enfermería (que es el que más rota) de la maternidad (matutino: 6.00 a 12.00; tarde: 12.00 a 18.00; vespertino: 18.00 a 24.00 y nocturno: 00.00 a 6.00) y en duplas interdisciplinarias. Los escenarios observados fueron: i) block quirúrgico, ii) sala de nacer, iii) alojamiento madre-hijo, iv) unidad neonatal, v) sala de prealta y vi) sala de lactancia. Las prácticas observadas se registraron en una bitácora de campo.

En total, se llevaron a cabo 30 entrevistas en tres grupos diferentes: informantes calificados, personal de salud y madres. Se entrevistó a cinco informantes calificados de distintas especialidades (dos de neonatología, uno de ginecología, uno de enfermería y una obstetra-partera) que fueron seleccionados considerando su posición jerárquica en la escala organizacional y su capacidad de toma de decisiones. Además, se realizaron entrevistas con personal de salud incluyendo auxiliares de enfermería ($n=2$), Lic. en enfermería ($n=4$), parteras ($n=2$), neonatólogos ($n=5$, incluyendo residentes), voluntarias de Fundación Canguros⁶ ($n=2$), nutricionistas ($n=2$), ginecólogos ($n=2$, incluyendo un residente). Para la selección del personal de salud se buscó conformar una muestra heterogénea en cuanto a la especialidad y escenario en el que desempeñaban sus funciones. En cuanto a las madres entrevistadas ($n=6$), para su selección se tomó en cuenta la cantidad de hijos, considerando tanto a madres primerizas como multíparas, así como también las condiciones de salud de su hijo al nacer, incluyendo tanto niños que nacieron en condiciones óptimas de salud como niños que hayan requerido de cuidados especiales, ya sea por prematuridad o por padecer patologías.

6 Se trata de una fundación sin fines de lucro instalada en esta maternidad con el objetivo de atender a recién nacidos en situación de extrema vulnerabilidad privados del cuidado de su familia de origen, en forma transitoria o permanente, y a la espera de una resolución judicial.

Las madres entrevistadas presentan trayectorias reproductivas diversas (Tabla 1). Cuatro de ellas tuvieron cesáreas (una de ellas de emergencia, otra en contexto de prematuridad) y dos, parto vaginal. La paridad varió entre primíparas (3) y multíparas (3); ello fue relevante para la exploración de las representaciones entre mujeres en su primera experiencia de lactancia y entre aquellas con trayectoria reproductiva acumulada. Entre estas mujeres, dos de ellas dieron a luz a bebés prematuros o con problemas de salud, que requirieron una estancia más prolongada en la maternidad. En cuanto a la indicación de alimentación alta, solo dos madres fueron dadas de alta con lactancia exclusiva, mientras que en los casos restantes se indicó alimentación mixta o FCI. Cabe destacar que, si bien se hicieron seis entrevistas semiestructuradas («clásicas») con madres, en las instancias de observación se realizaron entrevistas etnográficas y mantuvieron interacciones directas con un número importante, aunque indeterminado, de madres en los distintos escenarios investigados.

En línea con el diseño etnográfico y con el objetivo del estudio, no se relevaron de manera sistemática variables individuales sociodemográficas, por motivos epistemológicos vinculados a la pregunta de investigación, que priorizó la conformación de una muestra en atención a las condiciones situadas que moldean la práctica de lactancia, relacionadas estrechamente con la trayectoria reproductiva y el escenario de nacimiento. En adición a ello, la maternidad estudiada atiende a una población con un perfil sociodemográfico relativamente definido y conocido a partir de datos agregados, que fueron de utilidad para contextualizar la muestra a nivel institucional.

Tabla 1. Perfil obstétrico de las madres entrevistadas e indicación de alimentación al alta

Entrevista	Tipo de parto	Cantidad de hijos	Prematuro (sí/no)	Indicación de alimentación al alta
E25	Cesárea programada	3	No	Mixta
E26	Vaginal	1	No	Lactancia exclusiva
E27	Cesárea de emergencia	1	No	FCI
E28	Cesárea	3	No	Lactancia exclusiva
E29	Vaginal	1	Sí	Mixta
E30	Cesárea	2	Sí	Mixta

Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas con madres

Para el reclutamiento de participantes se procedió mediante la estrategia de bola de nieve. Reconocemos el potencial sesgo de selección de esta estrategia en el sentido de que la inclusión de madres en la muestra puede haberse visto afectada por las redes sociales del equipo de investigación. A pesar de ello, vale destacar que en todos los casos se respetaron los criterios de inclusión (que priorizó la heterogeneidad en las trayectorias reproductivas) y exclusión establecidos (haber tenido un hijo en la maternidad estudiada entre marzo de 2020 y junio de 2021, y no haber recibido contraindicación absoluta de lactancia por motivos médicos, como por ejemplo VIH, o contraindicación relativa justificada, por ejemplo, por motivos vinculados al consumo problemático de sustancias).

El trabajo de campo se llevó a cabo entre el mes de agosto y diciembre de 2021. Se aplicó el criterio de saturación teórica para detener la realización de entrevistas. La saturación teórica se consideró alcanzada cuando las entrevistas dejaron de aportar temas y dimensiones nuevas. Tanto en las instancias de observación etnográfica como en los registros en la bitácora de campo, que fueron utilizados como material analítico, no emergieron nuevos temas o categorías en comparación a lo encontrado en las entrevistas. En adición, se triangularon las entrevistas, las observaciones y la bitácora de análisis, lo que permitió identificar patrones y hallazgos estables. Esto aportó validez interpretativa, dado que los temas centrales emergieron de manera consistente en los datos obtenidos mediante el uso de ambas técnicas.

Las entrevistas con informantes calificados y personal de salud se llevaron a cabo de manera presencial, en la maternidad, mientras que las entrevistas con las madres fueron en modalidad virtual, la mayoría vía zoom, debido a la situación de emergencia sanitaria y para evitar además invadir su espacio privado del hogar durante el puerperio. El material fue digitalizado y sistematizado en un software para el análisis cualitativo (MaxQDA) y luego se realizó un análisis temático en el que se identificaron dimensiones y temas de interés, así como un análisis sociohermenéutico del discurso (Alonso, 1998). Inspirado en la perspectiva de las representaciones sociales, la codificación y la interpretación privilegiaron el análisis de los sentidos colectivos que estructuran las prácticas y decisiones sobre la alimentación de los recién nacidos. Las entrevistas realizadas en el marco de las visitas etnográficas no fueron registradas digitalmente, sino en la bitácora de campo, que fue luego utilizada con fines analíticos.

El protocolo fue presentado ante el comité de ética de la maternidad bajo estudio y aprobado, y registrado en el Ministerio de Salud Pública. Se utilizaron consentimientos informados para cada uno de los participantes del estudio. Se practicó una ética situada y reflexiva, atendiendo a las prácticas e interacciones entre las personas involucradas en el estudio (Abad Miguélez, 2016). Se solicitó la autorización de las autoridades y referentes del hospital y cada visita fue anunciada oportunamente.

La lectura de los datos etnográficos y la discusión de los hallazgos se articula considerando tres ejes conceptuales: la teoría de las representaciones sociales, entendida como conjuntos de conocimientos y normas compartidas que orientan prácticas; las moralidades institucionales del cuidado, que permite pensar cómo las reglas y rutinas organizacionales jerarquizan ciertos modos de cuidado; y la noción de riesgo, que contribuye a evidenciar cómo los discursos sobre riesgo y de seguridad reconfiguran la agencia materna y la autoridad profesional.

Resultados

A continuación, se presenta el análisis de las entrevistas, considerando también las observaciones realizadas en la maternidad. Este análisis se estructura en las siguientes dimensiones: representaciones maternas sobre la lactancia, fuentes del saber materno sobre la lactancia, representaciones maternas sobre la fórmula comercial infantil y percepciones maternas sobre el apoyo recibido por parte del personal de salud sobre la alimentación del recién nacido.

Representaciones maternas sobre la lactancia: mitos, mandatos estéticos, expectativas y percepción de riesgo

A la hora de analizar las representaciones en torno a la lactancia (Tabla 2) es importante considerar la interrelación de elementos a diversos niveles. Es así que entran en juego la palabra escrita, la información recibida por parte del personal de salud, pero también la palabra oral transmitida y aprendida en ocasiones a partir de la coparticipación en la crianza de familiares (hermanos y sobrinos, fundamentalmente). Entran en juego también experiencias previas propias acerca de la alimentación del recién nacido y, los mandatos acerca de lo que una «buena madre» debe —o no— hacer.

Se observó que la práctica de lactancia pone de relieve mandatos estéticos vinculados a una concepción de lo que constituye la feminidad hegemónica, que entran en tensión con el amamantamiento. Se identifican creencias tales como la asociación entre el tamaño de los senos y la cantidad de leche producida (esto es, el mito de que senos grandes tendrán capacidad para la producción de un volumen mayor de leche).

Las concepciones acerca del comportamiento esperado —o ideal— del bebé en relación con los ritmos de sueño y vigilia suelen interpretarse como un indicio de que la leche materna no es suficiente para saciar su apetito. Existe la creencia de que el bebé «lleno» duerme bien o durante períodos prolongados, mientras que aquel que se despierta con frecuencia lo hace debido al hambre. Así, si la madre interpreta que el bebé «toma la teta para dormirse» o busca contacto en lugar de alimentarse, puede instalarse la sospecha de que la leche no es suficiente

para satisfacer sus necesidades, lo que abre paso a considerar la suplementación con fórmula. En algunos casos existe la idea de que el RN se alimentará cada tres horas, pero ello no siempre se concreta en la práctica, debido a que algunos bebés demandan lactar con más frecuencia, y esto es esperable, sobre todo en las primeras semanas. No se hace referencia, sin embargo, a la noción de libre demanda y se conceptualiza a los bebés más demandantes como «glotones».

Las madres relatan temores en relación con la cantidad de leche que producen, lo que incide negativamente en su autoconfianza. A ello se suma la creencia de que sus estados emocionales son determinantes tanto para una lactancia exitosa como para el bienestar de sus bebés. Estas experiencias confluyen y generan la necesidad de recurrir a la fórmula, motivadas por la sensación de que no se va a poder lograr la lactancia exitosa. Algunas madres refieren tener poca o casi nula experiencia con la lactancia porque tenían baja producción, lo que las condujo a abandonar la práctica de amamantar.

Tabla 2. Representaciones de las madres sobre la lactancia materna

Dimensiones temáticas sobre la lactancia materna	Fragmentos de entrevista
<i>La producción y los estados emocionales de la madre</i>	«...te afecta, más lo que te puede afectar es la parte emocional y que no te sientas capaz en ese momento, la parte mental es lo que realmente importa mientras amamantes...». (E25 Madre)
<i>El papel de los mandatos estéticos</i>	«En mi familia no se hablaba mucho del tema, era: “aprovechá ahora porque después vas a quedar mal”, en un sentido estético, no se tocaba el tema». (E26 Madre)
<i>El comportamiento esperado del RN</i>	«Es como que no se llena, tuvo que tomar complemento porque tengo leche y todo, pero ella llora hasta tomando la teta y ahora ya es para juguete, es para dormirse, para mimos». (E26 Madre) «A veces me duele... yo me imaginaba que... era lo normal, pero cada tres horas o menos, pero ella llora y es prenderla». (E29 Madre)

Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas con madres

Fuentes del saber materno sobre la lactancia: medicina científica, saberes intergeneracionales y nuevos repertorios digitales

Las mujeres construyen su saber sobre la lactancia a partir de múltiples fuentes que combinan distintos tipos de saberes (Tabla 3). Recurren a conocimientos formales provenientes del campo biomédico a través del contacto con profesionales de la salud, que suelen centrarse en aspectos tales como la nutrición, el crecimiento, el sueño y la evitación de riesgos. Las madres afirman haber recibido información sobre la crianza y, en particular, sobre la lactancia por medios tradicionales como la lectura de materiales escritos, folletos y otros documentos proporcionados por el personal de salud en instancias de consulta durante los controles del embarazo. En paralelo, la palabra oral transmitida intergeneracionalmente emerge como fuente de información respecto de la crianza y sobre la lactancia, en especial los consejos de madres, amigas y familiares. La participación activa en la crianza de hermanos o sobrinos es mencionada como un antecedente que permitió la adquisición de conocimientos prácticos vinculados con la crianza y la alimentación de los bebés y niños pequeños.

La familia también aconseja acerca de cómo llevar adelante la lactancia (en aspectos tales como la adecuada hidratación de la madre antes de cada toma, la duración de cada toma, cuánto tiempo debería permanecer succionando de cada seno, la evitación de distracciones a la hora de amamantar y la búsqueda de un entorno de relajación y tranquilidad). Los consejos de familiares en torno a la lactancia y la alimentación del recién nacido no necesariamente van en la misma línea que las recomendaciones médicas. Tal es el caso de la recomendación de alimentar al bebé con leche de vaca rebajada con agua en caso de que ese bebé no tolere la fórmula.

Entre algunas madres se observó desconocimiento acerca de la recomendación de la duración de la lactancia. El siguiente fragmento da cuenta de que una madre considera afortunado haber podido amamantar a su bebé durante algo más de dos semanas: «no sabía si iba a tener o no leche para darle, pero por suerte hasta las dos semanas y poco tomó pecho» (E28 Madre), lo cual no se alinea con las recomendaciones de carácter científico sobre el asunto.

Las madres hacen referencia a la ausencia de información y a la sensación de carencia de acompañamiento, principalmente de parte del personal de salud —médicos en particular—, durante el embarazo. Aparece la idea de «aprender sola» o «a los golpes», a partir de las experiencias cotidianas vividas desde el nacimiento de sus bebés. A esto se suma el rol creciente de los saberes digitales como las redes sociales, los foros y comunidades virtuales, así como también de YouTube.

Tabla 3. Fuentes del saber materno sobre la lactancia

Tipo de saber	Fragmentos de entrevista
<i>Saber biomédico</i>	«Yo leía los libros que me daban en la policlínica y en el hospital, leyendo más o menos, no todos los niños son iguales, no es lo mismo todo ahora, él no llora por nada, lloró cuando le dieron las vacunas porque tuvo fiebre, entonces por más que leas el libro te puede decir una cosa y no es, vas a ver en la experiencia que vas viviendo, el médico y la enfermera te guían en el Pereira, pero es lo que una va viviendo también». (E28 Madre)
<i>Saber comunitario</i>	«E: —¿Qué sabías antes del nacimiento de tu bebé sobre la lactancia? M: —No mucho, más o menos lo que me decía mi madre o alguna amiga». (E29 Madre) «Mi tía me decía que tenía que darle en un lugar sin mucho ruido para que el niño no se distraiga y se ahogue, para que no juegue con el pecho, tratar de darle 20 minutos de un pecho y 20 de otro, no siempre del mismo, son consejos que te van quedando». (E28 Madre)
<i>Saber digital</i>	«De la lactancia como tal veía muchos videos por YouTube del crecimiento del bebé y todo eso». (E27 Madre)
<i>Saber experiencial</i>	«...a la nena grande la crie sola, no tuve ayuda, tuve que aprender sola a los golpes». (E28 Madre)

Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas con madres

Representaciones de las madres sobre las fórmulas comerciales infantiles

Al referirse a las fórmulas comerciales aparecen algunos aspectos de relevancia como son la consideración de que constituyen una alternativa rápida y sencilla (Tabla 4). El aspecto que prima en los imaginarios es su capacidad para saciar el apetito del bebé y colaborar en la conciliación y mantenimiento del sueño. También se lo considera un alimento adecuado en casos en que los bebés presenten dificultades para ganar o mantener peso y en que la madre disminuye su producción, presenta alguna dolencia que le imposibilita amamantar o se percibe que la calidad de su leche no es adecuada para las necesidades nutricionales del bebé.

En la medida en que el bebé comienza a ganar peso una vez que se le indica FCI, la percepción materna sobre ella es favorable. Sin embargo, también se cree que pueden generar

estreñimiento en el bebé y que su uso puede disminuir la producción de leche. No se mencionan los beneficios de la lactancia para la madre o los aspectos psicosociales involucrados en la práctica de amamantar, sino que por el contrario la alimentación del bebé, ya sea con la leche materna o con fórmula se valoran de acuerdo a sus nutrientes, aporte calórico y capacidad de saciar el apetito del bebé.

Las madres relatan que recurren a la fórmula en diversas situaciones, fundamentalmente debido a las complejidades encontradas en la lactancia, el dolor, el nacimiento por cesárea, el acostumbramiento a la mamadera y la baja producción láctea, los problemas para saciarse con leche materna, las dificultades para conciliar y mantener el sueño, la dificultad de ganar peso, la presencia de alguna enfermedad de la madre que impida el amamantamiento o la «mala calidad» de su leche. La FCI se introduce por indicación médica, en especial frente a señales como llanto persistente, pérdida de peso o la percepción de que las dificultades para el descanso del bebé se relacionan a la insuficiencia de la leche materna para colmar su apetito. En el siguiente fragmento de la bitácora de campo se evidencian tensiones entre los discursos y las prácticas del personal de salud sobre la lactancia humana y la administración de fórmula. A pesar de que se sostiene un discurso claro y explícito a favor de la lactancia, en la práctica se suministra fórmula. Además de esta ambigüedad, la falta de comunicación sobre los motivos de indicación de FCI tensiona la autonomía de las madres, su agencia, así como también su saber sobre su propio cuerpo y producción de leche.

¡Hora de comer!

Es la hora de comer en la Unidad de Cuidados Moderados. Una mamá que le está dando biberón a su bebé pregunta:

- «¿Este es mi pecho?»
- «No, es pretérmino», le responde una auxiliar.
- «Porque ella tiene uno ordeñado ahí», dice la mamá.

Nadie le responde y ella no retoma el tema. Con curiosidad, nos acercamos a preguntarle a la madre que le daba fórmula a su bebé sobre ese tema. La mamá nos cuenta que vio la leche demasiado blanca y que le llamó la atención el color, pensó que no era de ella, pero no sabe por qué le dieron la fórmula. Nos cuenta que tiene que ordeñarse porque tiene demasiada leche, y nos comenta que de la sala es la que más leche ordeñada tiene.

Un par de minutos antes, la misma enfermera le había llevado un biberón de fórmula a otra mamá. Al dejárselo, se dirigió a esa madre diciéndole «cuanto más teta, mejor, le dejo acá mamá» (Observación n.º 11, bitácora de campo, Cuidados Moderados, Maternidad).

Tabla 4. Representaciones de las madres sobre la fórmula infantil comercial

Dimensiones temáticas ^a	Fragmentos de entrevista ^a
<i>Rapidez y disponibilidad inmediata^a</i>	«La fórmula es ese escape rápido, está ahí, a un polvito le echas agua lo bates y está» (E25-Madre) ^a
<i>Recurso ante dificultades con la lactancia y «mala leche»^a</i>	«Al principio capaz si la hubiera prendido antes al pecho o capaz hubiera sido mejor, no sabría explicarte, pero yo no tenía leche para darle y ahí era lo que había para darle» (E30-Madre-Prematuro) ^a
<i>Satisfacción del apetito del bebé, ganancia de peso y descanso^a</i>	«Primero la prendía a la teta, pero ya sabía que venía el complemento, empezó a rechazar la teta, se desesperaba, se agarraba la cara, quería agarrar todo cuando veía el complemento, una semana me hizo eso y me pasé al complemento de una, cuando tiene sueño busca la teta, juega un ratito, pero ya... es darle complemento y se duerme». (E26-Madre) ^a «No sé si es porque come mucho la mía o no, pero cuando empezó con el complemento empezó a engordar y se le nota que tiene rollitos, empezó a dormir mejor, al quedar más llena ahora sí duerme, a ella por lo menos le hizo bien» (E26-Madre) ^a
<i>Uso recomendado y legitimado por personal de salud^a</i>	«Ella estaba llorando mucho en la noche, super llorando y sabía que era de hambre porque no me salía [leche], la enfermera me dijo: "Le podemos dar menos de una onza" y de verdad enseguida se quedó dormida y tranquila cuando se le dio» (E25-Madre) ^a
<i>Comparación con LM y efectos negativos^a</i>	«Es diferente con el complemento que si se enfria no le gusta, no es lo mismo que con el pecho más allá de los nutrientes, las defensas para ellos, los inmuniza como quien dice de muchas cosas que el complemento no» (E28-Madre) ^a «No que no es adecuado porque es con lo que podía alimentarla ya que a mí me salía poquita leche, pero ya tenía estreñimiento y te das cuenta que a ella cuando estaba en UCI le daban complemento y cuando yo le llevaba la leche mía ordeñada te dabas cuenta porque ella podía hacer, cuando a veces estaba días sin hacer» (E30-Madre-Prematuro) ^a
<i>Adaptación, flexibilidad de recomendaciones médicas^a</i>	«...después empecé a bajarle el complemento porque yo notaba que me salía más leche y decidí por las mías sacarle el complemento» (E29-Madre) ^a

Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas con madres

Percepciones maternas sobre el apoyo institucional la alimentación del recién nacido

Las madres entrevistadas relatan situaciones en las que el personal de enfermería pospone el asesoramiento en cuanto a la alimentación del RN para el siguiente turno. Estas actitudes son interpretadas por las madres como expresiones de comodidad o desinterés del personal de salud. Asimismo, se mencionan comentarios desalentadores respecto a la cantidad de leche extraída. Se narran experiencias en las que las decisiones respecto a la alimentación del RN se toman sin consultar a la madre. Se reportan, además, situaciones de malos tratos recibidos por acompañantes, como golpearles fuerte la puerta mientras descansaban, dirigirse a las madres de un modo inapropiado, hablar con tono alto (gritarles), y la percepción de molestar con pedidos o consultas (Tabla 5). Las usuarias interpretan estas situaciones como falta de solidaridad y empatía, y tienden a justificarlas por la sobrecarga de trabajo del personal de salud y la escasa gratificación que encuentran en el desempeño de su trabajo. Esto ha dado lugar, según relatan, a algunas dificultades para comunicarse y expresar sus necesidades de atención porque se percibe que ello puede generar una cierta molestia. Además de lo anterior, existe entre las madres la percepción de que la escasez de recursos humanos dedicados a asesorar en lactancia, expresado en frases como: «no daban abasto», o el personal iba «corriendo para todos lados».

Las usuarias comparten la percepción de que recibir información y asesoramiento sobre la lactancia es especialmente relevante, sobre todo en el caso de las madres primerizas. Algunas afirman no haber sido asesoradas al respecto o que no se les dedicó suficiente atención ni tiempo. Consultadas acerca de los procedimientos que se efectúan con las madres al momento de su egreso del hospital junto con sus bebés, señalaron que el personal les brindó información sobre diversos aspectos vinculados al cuidado del RN.

Específicamente sobre la alimentación, los relatos son variados en función del tipo de alimentación indicada. En algunos casos en que se indica lactancia, algunas madres afirman haber recibido información acerca de técnicas de amamantamiento y la importancia de amamantar a demanda. Cuando existe indicación de FCI, se ha indicado la cantidad y el modo de preparación, ante consulta expresa de la usuaria al respecto.

Tabla 5: Percepciones maternas sobre el vínculo con el personal de salud

Características percibidas del vínculo con el PS	Fragmentos de entrevista
<i>Falta de empatía y sensibilidad</i>	«Me siento mal porque sufrí (...) pienso que deberían dar más información a la mamá primeriza, capaz que una que haya tenido más hijos se siente normal o ya sabe cómo prenderlos al pecho, pero yo era la primera más la cesárea, no me dieron información, pienso que son cosas que una misma tiene que buscar, pero me hubiera gustado que viniera una persona y me dijera». (E27 Madre)
<i>Desinterés o postergación del asesoramiento</i>	«Sentía que si no preguntaba a alguien concreto algo concreto no pasaba nada, no me venían a informar ni a decir nada, yo pedí que cambiaran el oxígeno porque tampoco lo hacían si yo no lo pedía». (E30 Madre Prematuro)
<i>Escasa información y asesoramiento</i>	«Venían, entraban las enfermeras y los pediatras (...) Me preguntaban por la bebé y me hablaron del provechito, pero nunca me explicaron con paciencia o paso a paso». (E29 Madre)

Fuente: elaboración propia a partir de entrevistas con madres.

Los hallazgos evidencian que coexisten múltiples fuentes de saber, representaciones maternas que privilegian la nutrición y la saciedad, así como prácticas asistenciales que pueden favorecer la indicación de FCI. Asimismo, se evidencia la tensión entre discursos, prácticas y decisiones sobre la alimentación de los RN.

Discusión

Este estudio abordó las representaciones de las madres en torno a la alimentación de los recién nacidos, y deja en evidencia que estos son fundamentales a considerar a la hora de comprender sus decisiones y prácticas. Estos aspectos influyen en las valoraciones maternas y familiares acerca de la lactancia y en la recurrencia a la suplementación con FCI. Su comprensión es esencial si se quieren efectuar cambios hacia escenarios humanizados de la atención perinatal, a fin de priorizar la atención individualizada, el respeto a las decisiones individuales y la promoción de una experiencia positiva y segura.

En línea con los antecedentes, se observó que, si bien las madres aprecian el saber científico sobre la lactancia (Sales et al., 2017), las valoraciones sobre la FCI se relacionan con su promesa de éxito respecto del cumplimiento de las necesidades nutricionales del RN y las dificultades ante la lactancia (García, 2015). El discurso biomédico del riesgo, que refuerza la responsabilidad

materna frente a los peligros reales o percibidos del bebé (García, 2015) se constituye en un aspecto que impulsa la suplementación temprana con FCI. Además de la coexistencia de diversos conocimientos formales y populares sobre la alimentación infantil, el estudio mostró que los saberes comunitarios y las creencias transmitidas intergeneracionalmente son jerarquizados ante los discursos biomédicos según la contingencia y la necesidad. Este hallazgo se alinea con antecedentes que señalan que los conocimientos previos y las representaciones sociales sobre la lactancia y la alimentación no se construyen solamente a partir del saber científico (Castro, 2011; Reid et al., 2010; Susin et al., 2005), sino que se configuran también a partir de creencias y mitos transmitidos de generación a generación. A esta red de significados se suman los saberes digitales, a los que las mujeres acceden de manera activa, espacios donde no solo encuentran información, sino que también construyen conocimientos de forma colectiva, comparten experiencias y adaptan las recomendaciones profesionales a sus contextos concretos. Este hallazgo dialoga con lo planteado por (Fazzioni y Lerner, 2024) quienes muestran cómo las mujeres recurren a internet no solo para consultar dudas, sino también para buscar una forma de validación respecto de prácticas percibidas como «no ideales» en otros espacios, como los biomédicos o familiares.

En este estudio se observan algunas representaciones sobre la lactancia en que esta queda reducida a un proceso nutricional y funcional, orientado a «llenar» al bebé o inducir el sueño, lo que podría contribuir a deslegitimar otras funciones del amamantamiento, como el consuelo, el contacto físico y la regulación emocional. Los hallazgos reflejan aspectos ya señalados en la serie *The Lancet* sobre lactancia (Pérez-Escamilla et al., 2023), en cuanto a que la inadecuada consejería en lactancia, así como las interpretaciones erróneas sobre las conductas normales de los RN, como el llanto o la demanda frecuente, pueden incidir en la introducción de FCI. Además, esta dinámica puede interferir directamente en la producción láctea, al reducir la succión frecuente y eficaz del lactante, provocando una insuficiencia láctea real. A esto se suman imaginarios sociales que atraviesan el cuerpo materno, como la valorización estética de ciertos atributos físicos (por ejemplo, los pechos firmes), que pueden generar resistencias simbólicas hacia la lactancia y reforzar su abandono cuando no se ajusta al ideal esperado.

En cuanto a su vínculo con el personal de salud, es recurrente la percepción de la ausencia de empatía y de consideración respecto de las familias y de las madres, así como la falta de apoyo ante las especificidades de la diádica madre-hijo. Algunos antecedentes han señalado que es necesario mejorar el apoyo a la lactancia (Lok et al., 2017) y proveer a las madres y su entorno de información útil (Good Mojab, 2000; Tan et al., 2020). Sin embargo, este estudio muestra la existencia de tensiones en el vínculo entre las madres y el personal de salud, que deriva de una multiplicidad de factores tales como la rotación de turnos, la baja prioridad del tema en

contextos de alta demanda, así como de la falta de discursos y prácticas estandarizadas sobre la alimentación del RN. Ello da cuenta de una brecha comunicativa institucional que abona la idea de que para las madres no es suficiente comunicar y asesorar sobre la alimentación del RN, sino que resulta primordial hacerlo desde una posición empática y de respeto por la autonomía materna.

Las observaciones realizadas dan cuenta de la brecha existente entre discursos promotores de la lactancia y prácticas que pueden desalentarla. Este aspecto es extremadamente significativo si tenemos en cuenta que en Uruguay casi todos los nacimientos ocurren en instituciones que están normatizadas. En este sentido, resulta pertinente lo señalado por Fazzioni y Kalil (2024), quienes observan que muchas mujeres saben qué deberían hacer para alimentar «mejor» a sus hijos en un contexto ideal, pero no qué hacer cuando no logran alcanzar ese estándar. Esta tensión evidencia la necesidad de problematizar no solo las normativas del sistema de salud, sino también los saberes y percepciones del personal sanitario, así como los efectos subjetivos que estos discursos generan en las mujeres, en especial en términos de culpa, frustración y soledad.

Los resultados de este estudio coinciden con los hallados por (Girona et al., 2024) quienes identificaron múltiples factores que alientan u obstaculizan el uso de FCI en Uruguay. En dicho estudio, la indicación médica fue el principal motivo para su introducción, incluso en contextos donde la lactancia no había fracasado, lo que refuerza la idea de que el sistema de salud, lejos de actuar como promotor de la lactancia exclusiva, puede incentivar el FCI.

El trabajo citado señala cómo el conocimiento sobre los beneficios de la lactancia no necesariamente se traduce en prácticas sostenidas, lo que también se observa en esta investigación ya que, si bien las madres cuentan con información, la percepción de una baja producción o el llanto del bebé contribuyen a reproducir creencias sobre el efecto de la FCI como respuesta rápida y segura. Ambos estudios invitan a repensar las estrategias de promoción de la lactancia desde un enfoque multisectorial y centrado en el acompañamiento real a las mujeres, en especial en los momentos de mayor vulnerabilidad, como lo son el puerperio inmediato, las cesáreas o las dificultades en la lactancia.

Las representaciones maternas sobre la alimentación del RN recogidas en este estudio evidencian dificultades que operan en múltiples niveles. La serie de *The Lancet* sobre lactancia (Rollins et al., 2016; Victora et al., 2016) evidencia que el abandono prematuro de la lactancia —frecuente incluso cuando existe el deseo de amamantar— responde a una combinación de factores personales y estructurales. En este sentido, la sensación de «no tener leche suficiente», el dolor por mal agarre, o el uso precoz de FCI no pueden interpretarse como fracasos individuales, sino como señales de una atención que no garantiza el acompañamiento necesario

para establecer una lactancia exitosa. La serie de *The Lancet* sobre lactancia publicada en 2023 (Pérez-Escamilla et al., 2023) vuelve a enfatizar cómo los entornos sociales y sanitarios suelen responsabilizar a las madres por el éxito o fracaso de la lactancia, sin reconocer que esta práctica requiere condiciones sociales, institucionales y políticas favorables. Las narrativas de las madres entrevistadas en nuestro estudio muestran cómo muchas dificultades terminan siendo interiorizadas y atribuidas a cuerpos «defectuosos», a bebés «glotones» o al propio estado emocional de las madres, en un contexto donde el personal de salud muchas veces no ofrece respuestas empáticas, continuas o adaptadas. Recurrir a la FCI, más que una elección libre, aparece como una salida obligada ante la falta de apoyo real y comprensión de los procesos y ritmos de las diádas en los momentos inmediatos al nacimiento. Por otra parte, la desinformación persistente y la presión por «resolver» rápidamente situaciones que requieren tiempo, cuidado y acompañamiento parecen jugar un rol decisivo en la indicación de la suplementación de la lactancia.

Los hallazgos dan cuenta de una tensión entre la normativa y el discurso institucional, favorable a la lactancia, y prácticas concretas que facilitan la administración de FCI. Esta tensión se encuentra atravesada por la cultura del riesgo y la lógica del cuidado, en las que la responsabilidad de minimizar riesgos en el RN recae en las madres y en la práctica profesional. El propio contexto en el que se desarrollan las prácticas —alta demanda, urgencias, alta rotación, escasa implementación de protocolos— contribuyen a configurar un marco asistencial en el que se tienden a priorizar soluciones rápidas por sobre procesos que requerirían apoyos personalizados e incluso prolongados. Esto redunda, en última instancia, en una sobremedicalización de la alimentación de los RN, en que las lógicas institucionales, en su interacción con los repertorios discursivos intergeneracionales, se conjugan para legitimar el uso de FCI como una alternativa posible y de fácil acceso.

A pesar de sus valiosos hallazgos, este estudio presenta un conjunto de limitaciones. Entre ellas se encuentra el ya mencionado sesgo de selección (inherente a la estrategia de reclutamiento por bola de nieve). Además, la rotación de usuarias y el dinamismo de cada escenario observado impidieron obtener un conteo exhaustivo de participantes en las instancias de observación, aunque los registros y viñetas permitieron la identificación de patrones, así como la triangulación de hallazgos, aspecto clave para la interpretación cualitativa propuesta en este estudio. Finalmente, los hallazgos se circunscriben a la maternidad estudiada y no pueden generalizarse a otras maternidades del país, por lo que deben ser interpretados en clave de transferibilidad y no de generalización estadística.

Conclusiones

Los hallazgos permiten afirmar que la experiencia de la lactancia se sitúa en la intersección de saberes, prácticas, creencias y relaciones de poder. La lactancia es vivida por las madres como una práctica compleja, atravesada no solo por aspectos biológicos y nutricionales, sino también por dimensiones simbólicas, afectivas y culturales.

Las representaciones maternas relevadas reflejan la idea de que un bebé debe quedar «lleno», que la leche puede ser «insuficiente», o que los pechos firmes son un atributo femenino a preservar. Estas creencias, muchas veces reforzadas por discursos institucionales o por prácticas hospitalarias poco empáticas, inciden directamente en la experiencia del amamantamiento, pueden fomentar dudas, generar frustración y propiciar la introducción de FCI.

Se evidenció que las decisiones maternas no se basan solo en las recomendaciones biomédicas, sino que las mujeres negocian sus prácticas en función de saberes intergeneracionales, relatos de pares y fuentes digitales. En este entramado, las madres ejercen agencia, adaptan indicaciones médicas y construyen estrategias propias, en tensión o en diálogo con las recomendaciones médicas basadas en la evidencia científica.

Este estudio evidenció el entrelazamiento entre los discursos de control del cuerpo femenino vinculados a las narrativas del riesgo, que pueden redundar en la medicalización de la alimentación de los recién nacidos, así como en prácticas iatrogénicas. Por ello es esencial que las prácticas profesionales se fundamenten en evidencia empírica, pero que, al mismo tiempo, propicien, desde un lugar empático, la autonomía materna con respecto a la alimentación del RN y del lactante, en el contexto de una práctica humanizada y respetuosa. La continuidad de la lactancia no debe considerarse como una responsabilidad individual, sino como un compromiso compartido que involucra al sistema de salud, las regulaciones vigentes, y las representaciones socialmente compartidas sobre el cuerpo, la maternidad y la alimentación infantil.

Referencias

- ABAD MIGUÉLEZ, B. (2016). Investigación social cualitativa y dilemas éticos: de la ética vacía a la ética situada. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, (34), 101. <https://doi.org/10.5944/empiria.34.2016.16524>
- AGUILERA, M. S. y RAMÍREZ, J. P. (2021). La lactancia materna como un mecanismo biocultural y como práctica social. *Garnata 91*, 24, e202327-e202327. <https://ciberindex.com/index.php/g91/article/view/e202327>
- ALONSO, L. E. (1998). *La mirada cualitativa en sociología: Una aproximación interpretativa*. Fundamentos.
- ANGUERA, M. (2003). La observación. En C. Moreno Rosset (Coord.), *Evaluación psicológica. Concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia* (pp. 271-308). Sanz y Torres.

- BERON, C., DE SOUZA, N., GARIBOTTO, G. y NUÑEZ, S. (2023). *Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) Principales resultados*. Instituto Nacional de Estadística; Ministerio de Desarrollo Social; Ministerio de Salud Pública. https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/sites/ministerio-desarrollo-social/files/documentos/publicaciones/Informe%20ENDIS%202023_web.pdf
- CARRERO, A., CERIANI, F., DE LEÓN, C. y GIRONA, A. (2020). *Encuesta Nacional de Lactancia, Prácticas de Alimentación y Anemia en Menores de 24 Meses Usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Ministerio de Salud Pública; Instituto Nacional de Estadística; Unicef; Red Uruguaya de Apoyo a la Nutrición y Desarrollo Infantil. <https://www.unicef.org/uruguay/media/4321/file/Encuesta%20Nacional%20de%20Lactancia,%20Prácticas%20de%20Alimentación%20y%20Anemia%20en%2omenores%20de%2024%20meses%20.pdf>
- CASTRO, R. (2011). Habitus profesional y ciudadanía: Hacia un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México. En *Teoría social y salud*. Lugar Editorial.
- DE LEÓN, C. y CARRERO, A. (2023). *Alimentación al alta de la maternidad. Datos aportados por el SIP 2000-2022*. Sistema de Información Perinatal.
- DIOS-AGUADO, M. D., GÓMEZ-CANTARINO, S., RODRÍGUEZ-LÓPEZ, C. R., QUEIRÓS, P. J. P., ROMERA-ÁLVAREZ, L. y ESPINA-JEREZ, B. (2021). Lactancia materna y feminismo: Recorrido social y cultural en España. *Escola Anna Nery*, 25(1), e20200054. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2020-0054>
- FAZZIONI, N. H. y KALIL, I. R. (2024). Gênero, saúde e amamentação: Representações e discursos no Brasil contemporâneo. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 40, e22215. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2024.40.e22215.a.pt>
- FAZZIONI, N. H. y LERNER, K. (2024). Agenciamentos de mulheres que amamentam: Refletindo sobre amamentação, maternidade e internet no Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 28, e220698. <https://doi.org/10.1590/interface.220698>
- GARCÍA, R. R. (2015). Aproximación antropológica a la lactancia materna. *Antropología Experimental*, 15. <https://doi.org/10.17561/rae.voi15.2620>
- GIRONA, A., BRUNET, G., ARES, G., RODRÍGUEZ, R., DE LEÓN, C., LOZANO, M. y VIDAL, L. (2024). Factors Influencing Health Professionals' Decisions Regarding the Indication of Infant Formula: A Qualitative Exploration in Uruguay. *Journal of Human Lactation*, 40(4), 550-566. <https://doi.org/10.1177/08903344241271346>
- GIRONA, A., VITOLA, A., BRUNET, G., ARES, G., DE LEÓN, C., RODRÍGUEZ, R., LOZANO, M. y VIDAL, L. (2025). A qualitative exploration of mothers' perspectives on infant formula use in Uruguay. *Appetite*, 204, 107753. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2024.107753>
- GOOD MOJAB, C. (2000). *The cultural art of breastfeeding* (vol. 36). Leaven.
- GUBER, R. (2001). *La etnografía: método, campo y reflexividad* (1.º ed.). Norma.
- GUTIÉRREZ MARTÍNEZ, A. P. (2020). ¿Y tú, das pecho o biberón? Narrativas, identidad de género y lactancia materna. *Desacatos. Revista de Ciencias Sociales*, 63, 104. <https://doi.org/10.29340/63.2260>
- JODELET, D. (1991). *Les représentations sociales*. Presses Universitaires de France.

- LOK, K. Y. W., BAI, D. L. y TARRANT, M. (2017). Family members' infant feeding preferences, maternal breast-feeding exposures and exclusive breastfeeding intentions. *Midwifery*, 53, 49-54. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.07.003>
- LUPTON, D. (2012). *La medicina como cultura. La enfermedad, las dolencias y el cuerpo en sociedades occidentales*. Universidad de Antioquia.
- MENDIZÁBAL, N. (2006). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En I. Vasilachis (Coord.), *Estrategias de investigación cualitativa* <https://www.famg.org.ar/documentos/herramientas-investigacion/03-investigacion-cualitativa-Vasilachis-2017.pdf>
- NOBOA, A. y ROBAINA, N. (Eds.). (2015). *Conocer lo social II: estrategias y técnicas de construcción y análisis de los datos cualitativos*. Fundación de Cultura Universitaria. <http://www.gepade.edu.uy/docs/publicaciones/conosocii.pdf>
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL de la SALUD y UNICEF. (2003). *Estrategia Mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño*. Organización Mundial de la Salud.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD y ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2010). *La alimentación del lactante y del niño pequeño: capítulo Modelo para libros de texto dirigidos a estudiantes de medicina y otras ciencias de la salud*. Organización Mundial de la Salud. <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/La-alimentacion-del-lactante--capitulo-modelo-para-libros-de-texto.pdf>
- PÉREZ-ESCAMILLA, R., TOMORI, C., HERNÁNDEZ-CORDERO, S., BAKER, P., BARROS, A. J. D., BÉGIN, F., CHAPMAN, D. J., GRUMMER-STRAWN, L. M., MCCOY, D., MENON, P., RIBEIRO NEVES, P. A., PIWOZ, E., ROLLINS, N., VICTORA, C. G. y RICHTER, L. (2023). Breastfeeding: crucially important, but increasingly challenged in a market-driven world. *The Lancet*, 401(10375), 472-485. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01932-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01932-8)
- REID, J., SCHMIED, V. y BEALE, B. (2010). «I only give advice if I am asked»: Examining the grandmother's potential to influence infant feeding decisions and parenting practices of new mothers. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 23(2), 74-80. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2009.12.001>
- ROLLINS, N. C., BHANDARI, N., HAJEEBHoy, N., HORTON, S., LUTTER, C. K., MARTINES, J. C., PIWOZ, E. G., RICHTER, L. M. y VICTORA, C. G. (2016). Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? *The Lancet*, 387(10017), 491-504. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01044-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01044-2)
- SALES, C., CASTANHA, A. y ALÉSSIO, R. (2017). Aleitamento materno: Representações sociais de mães em um Distrito Sanitário da cidade do Recife. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 69(1), 184-199. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229053872014>
- SHAFAEI, F. S., MIRGHAFOURVAND, M. y HAVIZARI, S. (2020). The effect of prenatal counseling on breastfeeding self-efficacy and frequency of breastfeeding problems in mothers with previous unsuccessful breastfeeding: A randomized controlled clinical trial. *BMC Women's Health*, 20, 94. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-00947-1>
- SUSIN, L. R. O., GIUGLIANI, E. R. J. y KUMMER, S. C. (2005). Influência das avós na prática do aleitamento materno. *Revista de Saúde Pública*, 39(2), 141-147. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102005000200001>
- TAN, M. L., FOONG, S. C., HO, J. J., FOONG, W. C., MOHD, R. y HARUN, Z. (2020). Postpartum women's perception of antenatal breastfeeding education: A descriptive survey. *International Breastfeeding Journal*, 15(1), 85. <https://doi.org/10.1186/s13006-020-00328-2>

VICTORA, C. G., BAHL, R., BARROS, A. J. D., FRANÇA, G. V. A., HORTON, S., KRASEVEC, J., MURCH, S., SANKAR, M. J., WALKER, N., ROLLINS, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *Lancet (London, England)*, 387(10017), 475-490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2017). *Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*. World Health Organization.

Contribución de los autores: (Taxonomía CrediT): 1. Conceptualización; 2. Curaduría de datos; 3. Análisis formal; 4. Adquisición de fondos; 5. Investigación; 6. Metodología; 7. Administración del proyecto; 8. Recursos; 9. Software; 10. Supervisión; 11. Validación; 12. Visualización; 13. Redacción: borrador original; 14. Redacción: revisión y edición. M. B. P. contribuyó en 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14; C. L. G. contribuyó en 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14; A. C. C. contribuyó en 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14; P. A. contribuyó en 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14; F. CA. contribuyó en 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14.

Nota: El comité editorial ejecutivo Juan Scuro, Pilar Uriarte y Victoria Evia aprobó este artículo.

Nota: El conjunto de datos que apoya los resultados de este estudio no se encuentra disponible.