



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



## **Representaciones sociales de adolescentes madres en relación a la práctica de lactancia materna**

**Mónica Ines Lozano Gomez**

Universidad de la República  
Facultad de Psicología - Facultad de Ciencias Sociales  
Facultad de Medicina - Facultad de Derecho

Programa de Maestría en Derechos de Infancia y Políticas Públicas

Montevideo  
2024



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY



Facultad de  
Psicología



Ciencias  
Sociales



## **Representaciones sociales de adolescentes madres en relación a la práctica de lactancia materna**

**Mónica Ines Lozano Gomez**

Tesis presentada al Programa de Maestría en Derechos de Infancia y Políticas Públicas de la Universidad de la República Oriental del Uruguay cohorte 2017, como requisito para la obtención del título de Magíster en Derechos de Infancia y Políticas Públicas

Directora de Tesis  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Maria Alejandra Girona

Montevideo, Uruguay

2024

## Agradecimientos

Al Núcleo Interdisciplinario Alimentación y Bienestar de la UdelaR por la confianza para integrarme al equipo, por el enriquecimiento académico que me brindó, y a los compañeros por su dedicación, tiempo y trabajo. Especialmente a la profesora Alejandra Girona por su confianza, su claridad y generosidad, volcadas en su íntegra orientación brindada en el camino recorrido a su lado.

Al profesor Hugo Sant'Anna por su conocimiento y su colaboración con el procesamiento de datos.

A la Agencia Nacional de Investigación e Innovación por la beca que me otorgó haciendo posible la ejecución de esta investigación y finalización del posgrado.

A las instituciones que se interesaron por esta investigación y abrieron sus puertas, especialmente a las ONG que con gran dedicación sostienen el trabajo cotidiano con adolescentes, facilitando el acercamiento a éstas y el brote de sus narrativas protagónicas.

A los equipos que allí trabajan por compartir su labor, su tiempo y su saber, por el empeño en su destacada tarea cotidiana con las infancias y adolescencias.

A las adolescentes que compartieron fragmentos de sus historias de vida haciendo posible este estudio, a sus hijos por ser protagonistas y guionistas.

A los profesionales que brindaron sus opiniones, experiencias y saberes al participar de este estudio, por su tiempo y su dedicación.

Al equipo de compañeros de Gurises Unidos por las charlas inolvidables, a las adolescentes y sus hijos que entonces me permitieron acompañar sus procesos, a las preguntas que allí germinaron para cuajar en este recorrido académico.

A los docentes, colegas, compañeros y amigas por la motivación para iniciar esta formación, el enriquecimiento del intercambio inquieto, y el impulso final para concretar esta investigación.

A mi familia que se gestó y creció junto a este proyecto, a mis hijas por compartir parte de su valioso tiempo con mamá, a mi compañero por el apoyo, la entrega y las ideas discutidas, a mi mamá por el sostén y la compañía.

A todos y todas quienes me acompañaron y nutrieron en este proceso de aprendizaje ¡gracias!

## Lista de Ilustraciones y Tablas

<b>Ilustración 1.</b> Diagrama de los cuatro cuadrantes - Frecuencia x orden.....	51
<b>Ilustración 2.</b> Modelo COM-B.....	53
<b>Ilustración 3.</b> Distribución de las evocaciones para “lactancia materna”.....	64
<b>Ilustración 4.</b> Distribución de las evocaciones para “complemento”.....	67
<b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas de las adolescentes madres.....	59
<b>Tabla 2.</b> Síntesis de datos obtenidos para el término inductor “lactancia materna”.....	61
<b>Tabla 3.</b> Lista de frecuencias y orden de evocación para “lactancia materna”.....	64
<b>Tabla 4.</b> Síntesis de datos obtenidos para el término inductor “complemento”.....	65
<b>Tabla 5.</b> Lista de frecuencias y orden de evocación para “complemento”.....	67
<b>Tabla 6.</b> Lactancia materna y los componentes del modelo COM-B.....	74
<b>Tabla 7.</b> Caracterización de los profesionales de salud.....	111
<b>Tabla 8.</b> Análisis de contenido de las entrevista a profesionales.....	112

## Lista de Abreviaturas y Siglas

<b>BPA</b>	Buenas Prácticas de Alimentación
<b>CDN</b>	Convención de los Derechos del Niño
<b>CNA</b>	Código de la Niñez y la Adolescencia
<b>CICSLM</b>	Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna
<b>COM-B</b>	Modelo de Capacidades, Oportunidades y Motivaciones
<b>ENDIS</b>	Encuesta de Nutrición Desarrollo Infantil y Salud
<b>IHAN</b>	Iniciativa Hospitales Amigos de los Niños
<b>LM</b>	Lactancia Materna
<b>LME</b>	Lactancia Materna Exclusiva
<b>MSP</b>	Ministerio de Salud Pública
<b>NNA</b>	Niños, niñas y adolescentes
<b>OM</b>	Orden medio
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PPL</b>	Preparados para lactantes
<b>RS</b>	Representaciones Sociales
<b>SNIS</b>	Sistema Nacional Integrado de Salud
<b>TALP</b>	Técnica de Asociación Libre de Palabras
<b>TRS</b>	Teoría de Representaciones Sociales
<b>UdelaR</b>	Universidad de la República
<b>UNICEF</b>	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

## Resumen

El objetivo del estudio fue comprender cómo las adolescentes madres construyen pensamientos y representan colectivamente la lactancia materna (LM). La leche humana es un alimento inigualable y están ampliamente descritos sus beneficios para el desarrollo y crecimiento saludable de los niños<sup>1</sup>, además de ser la LM un componente de los derechos humanos. Es un fenómeno multidimensional determinado históricamente por pautas culturales, socioeconómicas y políticas. Para su estudio se definió un abordaje cualitativo desde la teoría de las representaciones sociales (TRS) en sus corrientes estructural y procesual. Para la recolección de datos se aplicó una técnica proyectiva de asociación libre de palabras (TALP) empleando como términos inductores “lactancia materna” y “complemento” a 83 adolescentes, analizando las evocaciones desde la Teoría del Núcleo Central. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a 19 adolescentes y 23 profesionales de la salud, que fueron analizadas mediante Análisis de Contenido. Los primeros resultados orientan las representaciones sociales (RS) de las adolescentes hacia la naturalización de la lactancia asociada a la maternidad como mandato social, con elementos centrales referidos a la fisiología de la LM. A partir de las entrevistas se describieron vivencias emocionales ambiguas que en ocasiones desencadenan el uso de preparados para lactantes (PPL), desconociendo los riesgos asociados a su utilización. Las adolescentes perciben los PPL como complementarios y la indicación durante la internación es alta. Los espacios socioeducativos donde se contactaron a las adolescentes, propician el intercambio de saberes entre pares y con referentes, que brindan apoyo a las madres para sus lactancias. Se evidenció la influencia de la transmisión intrafamiliar en la dinámica de construcción de las RS. Como obstaculizadores de la LM se identificaron pocas estrategias focalizadas para la orientación y acompañamiento a adolescentes madres en el ámbito sanitario. En éste surge un esquema de valores que soporta una visión moralizante y totalizadora promovida por las campañas sanitarias. El estudio aporta amplitud a la consideración de la LM atendiendo las particularidades de las adolescentes como protagonistas del mismo, en virtud de favorecer mediante políticas de promoción de la LM la toma de decisiones informadas que aporten a garantizar los derechos de niños y adolescentes.

**Palabras clave:** Representaciones sociales. Lactancia Materna. Adolescentes madres.

---

<sup>1</sup> Por cuestiones de simplificación en la redacción y de comodidad en la lectura, en este trabajo se utilizan términos genéricos como «niños» sin que ello implique discriminación de género.

## Abstract

The aim of the study was to understand how adolescent mothers collectively construct thoughts and represent breastfeeding (BF). Human milk is an unparalleled food and its benefits for the healthy growth and development of children are widely described, in addition to BF being a component of human rights. It is a multidimensional phenomenon historically determined by cultural, socioeconomic and political patterns. For its study, a qualitative approach was defined based on the theory of social representations (SRT) in its structural and processual currents. For data collection, a projective technique of free word association (TALP) was applied, using "breastfeeding" and "complement" as inducing terms to 83 adolescents, analyzing the evocations from the Central Nucleus Theory. Semi-structured interviews were conducted with 19 adolescents and 23 health professionals, which were analyzed by means of Content Analysis. The first results orient the social representations (SR) of the adolescents towards the naturalization of breastfeeding associated with motherhood as a social mandate, with central elements referring to the physiology of BF.

The interviews described ambiguous emotional experiences that sometimes trigger the use of infant formula, unaware of the risks associated with its use. Adolescent mothers perceive PPLs as complementary, and the indication for their use during hospitalization is high. The socio-educational spaces where the adolescents were contacted facilitate the exchange of knowledge among peers and with referents, who provide support to the mothers for their breastfeeding. The influence of intrafamily transmission in the dynamics of SR construction was evidenced. As barriers to BF, few focused strategies were identified for the guidance and support of adolescent mothers in the sanitary ambit. In this context, there is a scheme of values that supports a moralizing and totalizing vision promoted by health campaigns. This study contributes to the consideration of BF by taking into account the particularities of adolescents as protagonists, in order to favor, through BF promotion policies, informed decision taking that contribute to guaranteeing the rights of children and adolescents.

**Key words:** Social representations. Breastfeeding. Adolescent mother.

## Tabla de Contenidos

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	8
<b>2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS</b> .....	14
2.1 Objeto de estudio: La LM como RS.....	14
2.2 Reseña histórica de la lactancia.....	15
2.3 La importancia de la LM para el niño y la madre.....	21
2.4 Políticas de promoción y protección de la LM.....	22
2.5 Situación de la LM en Uruguay.....	23
2.6 Niños, niñas y adolescentes, sujetos de derechos.....	24
2.7 Maternidad adolescente.....	26
2.8 Maternidad adolescente, lactancia y RS al respecto.....	29
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	34
3.1 Objetivo general.....	34
3.2 Objetivos específicos.....	34
<b>4. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO</b> .....	35
4.1 Tipo de estudio.....	35
4.2 Lugar y población de estudio.....	38
4.2.1 Adolescentes madres.....	38
4.2.2 Casa Lunas.....	39
4.2.3 Casa Upa.....	40
4.2.4 Espacio Adolescente Amatista.....	41
4.2.5 Profesionales de la salud.....	42
4.3 Procedimientos de recolección de datos.....	43
4.3.1 Aplicación de la TALP.....	43
4.3.2 Entrevistas a adolescentes madres.....	45
4.3.3 Entrevistas a profesionales de la salud.....	47
4.4 Procedimientos de análisis de datos.....	49
4.4.1 Enfoque estructural: Teoría del núcleo central.....	49
4.4.2 Enfoque procesual: análisis de contenido y modelo COM-B.....	52
4.5 Consideraciones éticas.....	54
<b>5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b> .....	56
5.1 Caracterización de las adolescentes madres.....	56
5.2 Análisis de las RS de la LM a través del enfoque estructural.....	61
5.3 Análisis de las RS de los PPL a través del enfoque estructural.....	65
5.4 Análisis de las RS sobre la práctica de lactancia desde el enfoque procesual...73	

5.4.1 Motivaciones para la LM de las adolescentes madres.....	75
5.4.2 Aptitudes de las adolescentes en torno a la LM.....	88
5.4.3 Oportunidades de las adolescentes para la práctica de lactancia.....	96
5.5 Caracterización de los profesionales de la salud.....	111
5.6 Análisis de entrevistas a profesionales de la salud.....	112
5.6.1 Concepciones sobre las adolescentes y sus lactancias.....	113
5.6.2 Rol de los profesionales de la salud.....	126
5.7 Análisis integrado sobre las RS.....	131
<b>6. REFLEXIONES FINALES.....</b>	<b>138</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	
<b>APÉNDICES</b>	

# 1. INTRODUCCIÓN

El tema de interés de esta investigación, la lactancia, responde a la comprensión de un fenómeno complejo y multidimensional que ha estado presente en la vida de los seres humanos, en especial de niños y madres, debido a su importancia biológica y nutricional así como por la esencialidad que representa para la supervivencia de la especie (Aguilar, 2005). La LM es una práctica mediada por las creencias y pautas culturales dinámicas, así como determinada por factores socioeconómicos y políticos que influyen en las decisiones que las mujeres toman respecto a la alimentación de sus hijos (Contreras y Gracia, 2005). A lo largo de la historia las concepciones en torno al amamantamiento y sus características han cambiado de acuerdo a los valores hegemónicos sociales y las vivencias de las mujeres han sido disímiles en función de su pertenencia a un grupo social (Dettwyler, 2004).

En los seres humanos y a diferencia de otros mamíferos, la LM es un comportamiento aprendido por las mujeres dentro de su sistema de representaciones (Rodríguez García, 2015), como tal y para su estudio merece ser abordada desde un enfoque psicosocial, que entiende tales RS como un producto constituido y un proceso constituyente de la realidad en que están inmersas (Ibáñez, 1988). La TRS como fundamentación teórico-filosófica reúne un conjunto de estrategias metodológicas resultando ideal para esta investigación y privilegiando la mirada histórica en el estudio, a modo de considerar la herencia cultural y simbólica sobre la cual un grupo de mujeres construyen significados en torno al amamantamiento y generan prácticas en torno a esta (Moscovici, 1979). Las RS son sistemas de opiniones y conocimientos que un determinado grupo social construye sobre un fenómeno de su vida cotidiana (Rateau y Lo Monaco, 2013). En este estudio se delimitó el universo poblacional a adolescentes madres, las cuales comparten conocimientos y experiencias de manera cotidiana sobre un evento de interés mutuo como es la lactancia, haciendo que lo extraño (conocimiento científico) les resulte familiar.

La lactancia materna exclusiva (LME) y la libre demanda es la práctica de alimentación por excelencia para los niños hasta los 6 primeros meses de vida (American Academy of Pediatrics [AAP], 2012; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2003), por lo cual se recomienda su inicio durante la primer hora de vida y recién a partir de los seis meses introducir la alimentación complementaria a la LM, la cual se aconseja se prolongue hasta los dos años o más, cuando la mujer, su hijo y la familia lo decidan (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2017a). La leche materna como alimento es inigualable por su calidad nutricional en tanto se adecua a las necesidades del niño, y por sus propiedades inmunológicas, y neuroendócrinas (Horta y Victora, 2013a). Además de los múltiples

beneficios para la salud y la nutrición infantil a corto y largo plazo (Horta et al., 2015a; AAP, 2012), la LM tiene un impacto positivo en el desarrollo del vínculo afectivo madre-hijo y en la construcción psíquica del niño, aunque se debe reconocer que no es este el único factor interviniente. Se suman a estos beneficios los reportados para la salud materna, entre los que se destacan la reducción de la depresión puerperal y de la probabilidad de padecer cáncer de mama, cáncer de ovarios y diabetes (Chowdhury et al., 2015; Rollins et al., 2016; Victora et al., 2016; Gregory et al., 2015; Olza et al., 2017; Louis-Jacques y Stuebe, 2020).

Los organismos rectores en materia de salud a nivel internacional y nacional se han enfocado en promover la LM exaltando los numerosos beneficios para la salud materno-infantil, mientras que los estudios donde se aborda la relación de la lactancia con otros factores como los culturales, psicológicos y el género son minoritarios. En éstos últimos, se destacan las vivencias negativas que las mujeres manifiestan sobre sus experiencias de lactancia, vinculadas a las presiones que derivan de las campañas sanitarias a las cuales catalogan de estigmatizantes y culpabilizadores por el enfoque mecanicista de este fenómeno que desconoce las experiencias particulares de las madres (Olza et al., 2017). Las mujeres han sido y continúan siendo objeto del paternalismo médico en lo relativo a las prácticas de cuidado y crianza a las que han sido relegadas y obligadas moralmente. Dicha alianza del patriarcado con el capital se ha encargado de cristalizar la imagen de la buena madre sustentada en la división tradicional de los estereotipos de género (Massó Guijarro, 2015). Lo que repercute también en una baja participación de los padres en la crianza y alimentación de los hijos/as, sobre lo cual algunos estudios reflejan su deseo de ser más partícipes y de sentirse frustrados por no saber cómo apoyar a sus parejas en la lactancia (Brown y Davies, 2014).

Las investigaciones enfocadas en la alimentación de los lactantes y niños pequeños exigen un abordaje que trascienda la mirada sanitaria por su relevancia social. En Uruguay los estudios existentes sobre LM son principalmente realizados desde un paradigma biologicista que cuantifica el fenómeno y omite otras dimensiones de dicha práctica, y además relega a las mujeres como protagonistas de la lactancia. Específicamente son numerosas las investigaciones acerca de la maternidad adolescente, donde se abordan las características socioculturales del fenómeno maternidad como proyecto de vida (Escalona, 2016), los determinantes socio-económicos y de género de estas trayectorias, que de manera temprana, salen del sistema educativo para asumir el rol materno (López Gómez y Varela Petito, 2016). Signadas por la pobreza, reclusión al ámbito doméstico y segregación territorial, las adolescentes madres tienen menos oportunidades de movilidad social tanto ellas como sus hijos. También las repercusiones del embarazo adolescente en la salud

materno-infantil así como el impacto social que éste tiene, están ampliamente descritas en la literatura (Hernández Cordero et al., 2019; López Gómez y Varela Petito, 2016).

En nuestro país han habido avances en torno a la maternidad adolescente, se implementó la Estrategia Intersectorial de Prevención del Embarazo Adolescente, con resultados de descenso en la fecundidad adolescente en los últimos años. A pesar de esto, las brechas sociales persisten y los estudios indican la necesidad de abordajes focalizados (MSP, 2020).

La LM en Uruguay aún presenta desafíos importantes a la luz de los datos país oficiales (Carrero et al., 2020) y a pesar de los avances en políticas y programas de promoción de la misma en las últimas décadas. El inicio de la lactancia en la primer hora de vida, la tasa de LME a los 6 meses y la continuidad de la lactancia, los porcentajes de consejería en lactancia, así como el rol y el accionar de los profesionales de salud que deben orientar y guiar a las adolescentes madres, son aspectos relevantes para generar cambios. Así como también se debe atender la elevada indicación de PPL en las maternidades, situación que se verifica con una peor incidencia en los niños prematuros (Girona et al., 2024) de bajo peso, y pertenecientes al subsector público de atención en salud, donde la práctica de lactancia se observa más comprometida (MSP, UNICEF, RUANDI, 2020). Las cifras relevadas sobre LM y uso de PPL en adolescentes madres (Sistema Informático Perinatal, MSP, 2019) sugieren la imperiosa necesidad de profundizar en el estudio del amamantamiento, desde un abordaje cualitativo que permita explorar los significados y perspectivas de las madres respecto a éste, de cara a intensificar la promoción y apoyo a la lactancia en este grupo particular. Para lo cual esta investigación partió de las siguientes interrogantes: ¿Cuál es el conocimiento y las percepciones de las adolescentes embarazadas acerca de la LM, y sus beneficios para la salud materno-infantil? ¿Qué significados otorgan al uso de PPL? ¿Cuál es la imagen que poseen de la lactancia? ¿Qué valores otorga este colectivo a la LM?

La evidencia otorga escasa información acerca de los riesgos del uso de PPL que denotaron las adolescentes madres en estudios previos (Franco-Ramirez et al., 2018), así como la subvaloración de la leche materna por parte de éstas y la baja confianza en sí mismas para amamantar, conjugan un escenario amenazador de la práctica de LM (Aragón et al., 2015; Tabares et al., 2014; Forero et al., 2013). Resulta relevante un abordaje multidimensional que permita conocer cómo inciden la información y consejos que reciben del personal de salud, en la formación de las RS sobre la lactancia y uso de PPL. En este sentido la presente investigación también se planteó aprehender las acciones de promoción

y consejería de la LM de los profesionales de la salud -durante el embarazo, hospitalización y/o puerperio-, que podrían tener influencia sobre las RS de las adolescentes embarazadas y madres acerca de la LM.

Particularmente en lo que refiere a la práctica de amamantamiento en adolescentes como componente fundamental de la maternidad, tanto por su importancia para la salud y nutrición infantil así como para la salud de la madre (OMS, 2003), implica considerar una multiplicidad de dimensiones que inciden en la misma: desde lo estrictamente biológico y nutricional (APA, 2012), pasando por los aspectos psicológicos y vinculares de la madre y su hijo, los cuales son atravesados por las experiencias y transmisiones intergeneracionales (Marotta, 2017; Moreira, 2011; Girona, 2022). Como también el rol de los profesionales de la salud y los marcos normativos que regulan los servicios de atención de salud materno-infantil (Pinilla Gomez et al., 2014; MSP, 2017a), los intereses económicos y de mercado de la industria de PPL, así como el contexto histórico y cultural que determina las prácticas alimentarias (Contreras y Gracia, 2005).

El amamantamiento, como fenómeno cultural de transmisión intergeneracional, se singulariza en cada mujer que lo reproduce y resignifica en relación con su grupo social. En el entendido de que la adolescencia es una construcción histórica y socio-cultural (Barrán, 1992), y una etapa del ciclo vital con particularidades y características propias, donde irrumpe la asunción del rol materno (Cabral y Levandowski, 2012); las adolescentes madres se deliberan entre identificaciones constructivas o alienantes de acuerdo a sus vivencias particulares (Marota, 2007), ante lo cual el acompañamiento y sostén emocional que puedan brindarles las referentes femeninas se constituye como un aspecto crucial a explorar en el presente estudio.

Se ha mostrado que la práctica de LM está influenciada en gran medida por los procesos de enseñanza-aprendizaje principalmente entre mujeres de distintas generaciones -abuela, madre e hija- (Girona, 2022; Moreira, 2011), así como también entre pares (Shakya et al., 2017). Las RS son compartidas en las transmisiones intergeneracionales así como entre miembros de un mismo grupo que comparten pautas culturales y valores sociales. No se encontraron en el país estudios cualitativos que aborden el conocimiento de las RS de las adolescentes madres en torno a la LM, por lo que se planteó esta investigación con el objetivo de comprender las RS vinculadas a la lactancia de las adolescentes madres. El estudio de las RS y sus mecanismos de transmisión dentro de la familia y entre pares se consideran aportes necesarios para el desarrollo y sostén de las políticas públicas de promoción de la LM (Girona, 2022). A tales efectos, se entendió relevante indagar acerca de

los significados atribuidos a la LM, así como también el rol que desempeñan las referentes femeninas de éstas en la transmisión oral de saberes y mitos así como de experiencias, que inciden en los comportamientos de las adolescentes en relación a sus lactancias.

Complementariamente, se entendió importante incorporar la mirada de los profesionales de la salud vinculados a la atención médica de los recién nacidos y niños pequeños, apuntando a conocer los factores por ellos identificados que favorecen u obstaculizan la LM en adolescentes madres, y como su discurso científico se vincula o no con el amamantamiento.

El presente estudio pretendió generar aportes para el diseño de políticas públicas abocadas a la promoción de la LM, que atiendan las particularidades de las adolescentes madres y sus contextos singulares. Es crucial que las adolescentes puedan tomar decisiones informadas respecto al amamantamiento, ejerciendo y garantizando sus derechos y los de sus hijos/as, beneficiándose ambos de dicha práctica en términos de salud, entendida de manera holística e integral.

A modo orientativo para el lector se detallan a continuación los contenidos del presente trabajo. Siguiendo la presente introducción, en el segundo capítulo se realiza una exposición de los fundamentos teóricos que sustentaron el proyecto de investigación, en donde se incluye la revisión literaria de diversas fuentes que contribuyó a la construcción del objeto de estudio. Luego y en función de las interrogantes planteadas se construyeron los objetivos del estudio que dirigieron la investigación y son presentados en el capítulo número tres. En el apartado metodológico, desarrollado en el cuarto capítulo, se explicita el referencial teórico que sustenta la investigación en relación a las estrategias y herramientas utilizadas. Allí se detalla el tipo de estudio así como el lugar y población participante, y los procedimientos empleados para el trabajo de campo son descritos y explicitados a la luz del enfoque teórico definido para el estudio. Dentro de la TRS se distinguen diferentes enfoques teóricos y metodológicos, siendo elegidos para esta investigación dos de ellos: el estructural en una primera fase y el procesual desarrollado en una segunda fase. En este capítulo también se describen y fundamentan las técnicas empleadas para la recolección de los datos en cada fase: TALP y entrevistas semiestructuradas. De igual modo, los procedimientos utilizados para el análisis de los datos son detallados y justificados en esta sección. Se realizó para la fase estructural un análisis de acuerdo a la Teoría del Núcleo Central (Abric, 2001), y para la etapa procesual análisis de contenido basado en el referencial teórico Bardin (1986) además de la utilización del modelo explicativo COM-B (Michie et al., 2011). El capítulo culmina con las consideraciones éticas que se

implementaron para la investigación. En el apartado cinco se presenta la caracterización de la población participante del estudio y los resultados arrojados por el análisis de los datos en las distintas fases (estructural y procesual). Finaliza este capítulo con una integración y síntesis de los resultados, en diálogo con los fundamentos teóricos, dando lugar a un análisis integrado. Por último, en el capítulo seis, se presentan las reflexiones finales del estudio donde se enuncian los hallazgos de la investigación en virtud del cumplimiento de los objetivos propuestos. Al finalizar el trabajo se presentan las referencias bibliográficas y los apéndices citados.

## **2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

### **2.1 Objeto de estudio: La LM como RS**

Desde la TRS es preciso mencionar que no todo objeto de estudio es posible de ser representado socialmente, a decir de Flores (2005, citado por Gutiérrez-Vidrio, 2019): “no es tanto el estudio de la representación de un objeto, sino saber primero cuál es el objeto de la representación, porque no todo objeto es necesariamente objeto de representación” (p. 16). Toda RS, según Jodelet (1989), es sobre algo o alguien, ya sea humano, social, ideal o material. Refiere la autora que para que un tema pueda ser considerado objeto de representación debe ser novedoso para los sujetos que participen, así como estar relacionado con sus prácticas (alimentar o indicar tipo de alimentación) y ser centro de debate o conversación para su comprensión. Según Cuevas (2016), “...Flament y Rouquette (2003) señalan que el objeto de representación debe tener un grado de implicación con los sujetos de elaboración que consiste en una relación histórica determinada asociada a sus prácticas” (p. 115). Moscovici (1979) afirma que las RS surgen de la necesidad de convertir lo extraño en familiar, lo cual reafirma que “...la atención del sujeto es captada por hechos singulares, incongruentes o inusuales, lo que obliga a una explicación de los mismos” (Cuevas, 2016, p. 115). Bajo esta perspectiva, este asunto ha sido tratado por varios investigadores que minuciosamente se han encargado de evidenciar la pertinencia de abordar el fenómeno de la LM a partir del estudio de las RS (Girona, 2022; Moreira, 2011; Franco-Ramírez et al., 2018; Tabares Lenis et al., 2014; Esmeraldo et al., 2014).

El tema de esta investigación está centrado en el abordaje de la práctica social de la LM tradicionalmente entendida como natural, ante lo cual Contreras y Gracia (2005) refieren que la alimentación y la lactancia están mediadas por la dimensión socio-cultural. El amamantar como práctica cultural, que hace a la crianza, trasciende el carácter alimentario-nutricional, es transmitido y aprehendido por las mujeres. Responde como otras conductas a las representaciones mentales que las madres construyen en relación a dicha práctica, en función de creencias, conocimientos y percepciones que circulan en el imaginario social compartido (Castoriadis, 1980). A diferencia del resto de los mamíferos, en el ser humano la lactancia es una construcción social (Berger y Luckmann, 1986), y como tal depende del aprendizaje, las creencias, los valores, normas y condicionantes socioculturales y políticos (Rodríguez García, 2015).

La TRS debido a su potencial explicativo resulta ampliamente favorable para los estudios de fenómenos complejos que se caracterizan por la multiplicidad de dimensiones

plausibles de ser abordadas (Jodelet, 2011). Al respecto del objeto de estudio, Moreira (2011) y Girona (2022) profundizan desde la TRS en la dimensión familiar que circunscribe a la práctica de lactancia, refiriendo que las prácticas de amamantamiento están influenciadas por las experiencias, creencias y significados que se comparten en los procesos de enseñanza-aprendizaje intergeneracionales y específicamente entre madres y abuelas, determinando la construcción de nuevas simbologías en torno a la LM y procesos de resignificación ante nuevos contextos históricos.

Por último, desde una perspectiva antropológica, el estudio de la LM "...como proceso biológico y construido socioculturalmente, muestra varios ejes representacionales a través de los cuales se pueden estudiar convergencias o divergencias ideológicas, religiosas, culturales y políticas que se interrelacionan e imbrican entre sí..." (Rodríguez García, 2015, p. 411). Es así que el abordaje y comprensión de "las lactancias maternas", en tanto prácticas y RS que amalgaman similitudes, diferencias y controversias, es menester de una investigación basada en la TRS, permitiendo desmenuzar los múltiples significados que se acuñan en el seno de dicha práctica.

## **2.2 Reseña histórica de la lactancia**

Desde la existencia del ser humano la leche materna ha permitido su supervivencia, siendo la LM la práctica por excelencia para alimentar a los bebés (Rodríguez García, 2015). Datan de épocas remotas las referencias al amamantamiento y el reconocimiento de los beneficios nutricionales de la leche humana, así como la noción de que otras leches animales eran perjudiciales para los bebés pequeños. Civilizaciones como los egipcios, babilonios y romanos fomentaban lactancias prolongadas y contaban con la presencia de nodrizas para la alimentación de lactantes de familias adineradas cuyas madres no querían dar pecho, pues era mal visto para su estatus social. Refiere Hernández Gamboa (2008) que en Roma se consideraba que dar pecho envejecía y desgastaba los pechos. Las nodrizas históricamente amamantaron por caridad y como forma de supervivencia. El alimentar con leche materna a un niño de otra mujer se puede considerar como un acto de solidaridad, de reciprocidad o de altruismo según Rodríguez García (2015), quien habla de "lactancia solidaria" explicando que más allá de compartir un alimento se trata de la necesidad de supervivencia de niños que constituirán el grupo social.

Respecto a la lactancia de un niño ajeno, ya fuera por obligación como en el caso de esclavas o a cambio de una bien material en el caso de las nodrizas, se le denominó "lactancia mercenaria" para distinguirla de la solidaria (Rodríguez García, 2015). Datan del

siglo XV los registros escritos sobre las condiciones que debían cumplir las mujeres para ser nodrizas: buena salud, buenas costumbres y buen linaje, además de encontrarse leyes donde se establecía la paga correspondiente que muchas veces le correspondía al marido, e incluso en algunas sociedades se establecían restricciones sexuales para las nodrizas. Así pues, el disponer de nodrizas trascendió la nobleza para adentrarse en la burguesía relegando el amamantamiento materno para las familias pobres y humildes. Mientras tanto, en América, la práctica de la LM prolongada estaba presente y la desnutrición no era un problema de salud relevante.

A partir del siglo XVI, las religiones católica y judía promulgaban que el amamantamiento debía ser realizado por la madre: “las mujeres debían amamantar a sus propios hijos porque era un deber para con ellos y para con Dios” (Lopez Piñero, 1982, citado por Aguilar, 2005, p. 10). En parte por considerar que a través de la leche se transmitían caracteres y rasgos de la personalidad, pero también para evitar el proselitismo religioso. Coincide que en dicha época comienza la aparición de la sífilis y con ella el riesgo de contagio de las nodrizas a los niños. A pesar de lo cual, en los hechos, era admitido socialmente que las mujeres de clases sociales altas relegasen la lactancia a una nodriza para no verse afectadas por tal esfuerzo físico y las críticas familiares adjuntas (Cagnolati, 2013).

En los siglos XVII y XVIII, el poder médico científico puso de moda la LM enunciando las enfermedades que podían presentar las nodrizas, pues se comenzó a sospechar que las dichas enfermedades fueran contagiadas a través de la leche materna (Aguilar, 2005). Se integró en los discursos orales y escritos el componente afectivo y vincular de la LM como una cualidad más de dicha práctica, lo que contribuyó a la idea que se quería fomentar de que las madres estaban obligadas a amamantar a sus hijos, pues les transmitían amor a través de dicho acto a diferencia de las nodrizas (Aguilar, 2005). Así mismo, se promovió una imagen de familia romántica y unida donde la mujer era idealizada como “madre nutricia”, al decir de Rodríguez García (2015, p. 415). De todos modos las nodrizas tenían trabajo en instituciones caritativas alimentando a los bebés abandonados (Aguilar, 2005).

Durante el siglo XIX el amamantamiento como responsabilidad materna cobró gran relevancia y la búsqueda de nodrizas quedó relegada para situaciones de necesidad. A pesar de lo cual, a mediados de siglo, el auge de la industrialización reforzó el rol de las nodrizas en algunas ciudades de Europa, puesto que las madres eran empleadas en las fábricas.

A finales de siglo XIX dos iniciativas francesas, “La gota de leche” y el “Consultorio de lactantes” (Aguilar, 2005) se destacan como precursoras de la consejería y orientación hacia los padres en torno a la higiene y alimentación infantil, buscando mejorar el cuidado de los recién nacidos y lactantes. Según Donzelot (2008), los tratados médicos del siglo XVIII exponían una doctrina mediante la cual esbozaban consejos médicos destinados a la crianza de los niños. Aquellas recomendaciones propias del siglo XVIII cambian de tono a fines del XIX, pasando a ser consejos imperativos y de vigilancia. El poder médico auspiciaba la corrección moral que caracteriza al higienismo, y generó alianzas con la familia, especialmente con la mujer, pues “El médico prescribe, la madre ejecuta” (Donzelot, 2008, p. 27). A ésta se le adjudica el rol de cuidadora por excelencia y la responsabilidad consecuente. En consecuencia se resta poder a la moral religiosa y a las comadronas, las mujeres son utilitariamente reconocidas y avaladas como educadoras en el ámbito doméstico, asignando a éstas las tareas reproductivas de su familia y alabando el amamantamiento de los hijos. El siguiente fragmento ilustra la economía de los flujos corporales a la que se refiere la medicina para la buena salud de alma y cuerpo, se observa cómo se justifica el amamantamiento materno:

Lo mismo sucede con la retención de la leche materna que, al hallar su salida natural bloqueada, "se lanza indistintamente en todas las direcciones, en función de la mayor o menor cantidad de obstáculos que encuentre, de modo tal que ocasiona múltiples males". (Donzelot, 2008, p. 23).

Las pautas de alimentación cobran importancia social en el siglo XX, lo que conlleva una mayor preocupación por la alimentación infantil que va de la mano con el reconocimiento social que se realiza del niño. Comienza a existir un interés y preocupación por el cuidado de los infantes con el propósito de disminuir la mortalidad infantil, se comienza a visualizar la niñez como una etapa del ciclo vital con características particulares que atender para su cuidado.

Se destaca a nivel científico la pasteurización de la leche, aunque la lactancia seguiría siendo la principal fuente de alimentación para lactantes hasta mediados del siglo XX, donde resurge el interés de la ciencia por la leche humana y se perfeccionan las llamadas leches maternizadas. Coincide con la incorporación masiva de las mujeres al trabajo fuera del hogar, lo que favorece la instalación de la alimentación artificial infantil a través de la leche en polvo y suplementos para lactantes. Ésta tiene buenos resultados e impacta en las RS de las mujeres, favoreciendo un descenso de la LM y de la lactancia mercenaria (Hernández Gamboa, 2008; Rodríguez García, 2015). Trasciende la concepción de que amamantar representa una sobrecarga para las mujeres y no representa beneficios

mayores para la díada mamá-bebé. Se creía que los bebés alimentados con fórmula engordaban más y eran más grandes que con el pecho (Aguilar, 2005), además esto permitía a las madres trabajar fuera del hogar. Massó Guijarro (2013) analiza este suceso como una alianza entre el capital y el patriarcado más que como un empoderamiento de la mujer, mucho menos un logro feminista. Según la autora, éste va de la mano de la intromisión médica que ha ocurrido en torno al parto y la instrumentalización médica que se ha generado de un evento natural, produciendo una categoría tan recurrente y actual que es objeto de reivindicación: la violencia obstétrica.

Fue así que entre los años 60 y 70 la alimentación artificial desplazó en muchos casos a la LM, muchas veces sin que exista una necesidad real de recurrir a los sustitutos. El éxito relativo de la alimentación artificial supuso un mojón para las madres que podían decidir o no dar el pecho, siendo esta última opción muy criticada en las últimas décadas del siglo XX a la actualidad, tanto por el entorno familiar como por el personal sanitario. En este sentido, Perez y Moreno (2017) refieren que los estudios médico-científicos se han ensalzado en indagar y promover los beneficios de la lactancia para el bebé y la mamá, señalando los riesgos de los PPL y promoviendo mejoras en la asistencia sanitaria del parto y el nacimiento (Olza et al., 2017). Reproduciendo socialmente una idea idílica del amamantamiento que omite las posibles dificultades e inconvenientes que pueden acontecer en las vivencias particulares de las mujeres en sus experiencias de lactancias. Gimeno (2018) añade que los organismos internacionales como la OMS han tornado en sus discursos a la LM como un problema de salud pública, obviando las desiguales condiciones sociales y materiales en las que las madres dan el pecho, reforzando la idea de obligatoriedad de dar el pecho, lo que "...se convierte en una práctica cercana al concepto de violencia simbólica de Bourdieu (2000, p. 12) ya que los profesionales de la salud ponen en tela de juicio la decisión de la mujer..." (Rodríguez García, 2015, p. 415-416).

Alrededor de 1970 y desde un paradigma biologicista comenzó la concientización sobre la LM y hubo un aumento de la misma, impulsado por la promoción de organizaciones sanitarias a nivel mundial y la concreción de acuerdos internacionales que reúnen esfuerzos políticos y sociales para promover la LME hasta los 6 meses y su continuidad al menos hasta los 2 años o más. En relación a ésto, algunas posturas feministas critican la promoción de la lactancia netamente sanitarista cuyo slogan "el pecho es lo mejor" (Olza et al., 2017, p. 218) que refuerza una dicotomía buena/mala madre, generando sentimientos de culpa en aquellas mujeres que no amamantan, el cual puede interferir en la autoestima y el vínculo materno. Sobre esta imposición social que se atribuye al ser mujer y madre, Massó Guijarró (2015) argumenta que la concepción de que las madres que no dan pecho

es porque así lo eligen, conlleva un supuesto previo de autonomía en las mujeres que es falso, puesto que detrás de la libertad de elección muchas veces se oculta la desinformación o falta de poder y agencia. Moreno (2009) sintetiza los diferentes planteos teóricos que han trascendido a lo largo de la historia en torno a cuatro ejes: la identidad femenina vinculada a la maternidad, la idealización de ésta y de la lactancia, la dicotomía instalada en los estereotipos de buena y mala madre, y la cristalización simbólica de éstos que es la idea del instinto maternal.

Al introducirse en la dimensión simbólica de la lactancia, a lo largo de la historia se ve como dicha práctica se encuentra vinculada a múltiples mitos y supersticiones. En las distintas épocas y culturas se identifican figuras de diosas a quienes se pedía por una buena lactancia, mostrando cómo el miedo al fracaso lácteo ha estado muy presente (Rodríguez García, 2015). Según Knibiehler (1996, cita en: Rodríguez García, 2015, p. 413): "...la leche evoca la devoción sin límites de la madre, la entrega de su cuerpo,..." materializada en la virgen María amamantando a su hijo Jesús en pinturas y esculturas en los primeros siglos de la era cristiana, representaciones que luego fueron censuradas por la misma Iglesia que resignificó a la Virgen como una inmaculada. Las mujeres también depositaban su confianza en diversos amuletos y remedios caseros que les dotaban de tranquilidad y seguridad para el amamantamiento. Creencias y prácticas que permean el tejido simbólico actual, ancladas a viejos significados y siendo resignificadas a partir de nuevas informaciones que emergen de internet y redes sociales, amalgamando el entramado representacional en torno a la LM (Rodríguez García, 2015). Resulta interesante ver cómo el éxito de la lactancia, fuente alimentaria del niño, históricamente recae en las madres como una responsabilidad irrenunciable. Como refiere Rodríguez García (2015, p. 408): "Algunos autores fueron extremadamente críticos con aquellas mujeres que recurrían a una nodriza sin tener un motivo que impidiera la lactancia. Gutiérrez de Godoy (1629)...defiende las razones por las que las mujeres están obligadas a criar a sus hijos ellas mismas."

Claro está que hay un vínculo entre el bebé y la mamá: el pecho como fuente de la leche materna, alimento privilegiado para el bebé que hasta entrado el siglo XX no era reemplazable salvo por el pecho de otra mujer. Esta estrecha relación vivida como una imposición se acuña en el continuo ejercicio de pensadores, filósofos, y principalmente médicos, que históricamente al abordar el tema de la LM han tratado a la mujer como un ser ignorante al cual se debe adoctrinar moralmente. Rodríguez García (2015) refiere que la naturalización de la lactancia desconsidera los deseos de la madre y se acerca a la violencia simbólica, generando sentimiento de culpa en aquellas que no amamantan. Gimeno (2018) remarca que aún hoy algunas mujeres sufren las tensiones entre los discursos

médico-científicos, las transmisiones familiares, las pautas culturales y los propios deseos. Refiere al mandato de la lactancia como una forma de biopoder, frente al cual se produce una resistencia política de las madres contra el embate del sistema patriarcal, que impone la lactancia como disciplinamiento de los cuerpos de las mujeres. Las activistas, al decir de Massó Guijarro (2013), ocupan espacios públicos donde amamantan y reclaman prestigio social para el amamantamiento, en oposición a la violencia simbólica que oprime a las mujeres históricamente reprimiéndolas al ámbito doméstico. Se logra de este modo reconfigurar las categorías sociales atribuidas al hecho de lactar, generar redes de cooperación, altruismo y solidaridad recíproca (Massó Guijarro, 2013). Cabe recordar que la solidaridad y el altruismo son valores históricamente asociados a la LM, con lo cual se observan continuidades al respecto. Lo novedoso es el reconocimiento de la LM como vinculación biopsicosocial, que conlleva el sostenimiento de características socio-culturales, biológicas, nutricionales, psicológicas, y emocionales .

A modo de síntesis, Hernández Gamboa (2008) refiere que a lo largo de la historia la lactancia ha pasado por ser un modo de supervivencia como alimento principal del recién nacido, una forma de subsistencia socioeconómica de muchas mujeres, las nodrizas, cuya función de amamantar era un bien negociable y un lujo en tanto distintivo social y estético para otras mujeres, a ser considerada un elemento principal del vínculo madre-hijo y que compite con el auge industrial y de los PPL. A lo que se añade la perspectiva de género que atraviesa la práctica de lactancia en los distintos momentos históricos, con enfoques teóricos predominantes en la historia de los últimos siglos que postulan la maternidad y la lactancia como categorías indisolubles del ser mujer (Moreno, 2009), con cualidades como el instinto maternal, la abnegación y el amor incondicional (Badinter, 1981). Matriz ideológica que abona el imaginario social compartido por las mujeres en el contexto actual (Amorín, 2006; Perez y Moreno, 2017). Al respecto, resulta pertinente el planteo de Massó Guijarro (2015), el cual es compartido por el presente estudio:

...la maternidad y la lactancia deberían ser procesos de toma de decisión libre y elección autónoma de la mujer, una vez que ha sido debida y adecuadamente informada, asesorada y apoyada en sus necesidades personales. Por otro lado, desde nuestro punto de vista, maternidad y lactancia no son decididamente exclusivas de la madre (o en su caso la pareja) sino que conllevan una responsabilidad social y colectiva. Ambos temas deben formar parte de lo público para mejorar el apoyo social a las madres (y cualquier cuidador/a), desde todos los ámbitos. (p. 143)

## 2.3 La importancia de la LM para el niño y la madre

La LME y a demanda es la práctica de alimentación por excelencia para niños hasta los 6 primeros meses de vida (AAP, 2012). La OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) recomiendan el inicio temprano de la lactancia en la primer hora de vida, y a partir de los seis meses la incorporación de una alimentación complementaria oportuna, adecuada, inocua y perceptiva, manteniendo la LM hasta los dos años o más, cuando la mujer, su hijo y la familia lo decidan (OMS, 2003; OMS y UNICEF, 2019; MSP, 2017a).

La leche materna como alimento es inigualable en su calidad nutricional adecuándose a las necesidades del niño, y en sus propiedades inmunológicas y neuroendócrinas, debido a la vehiculización de múltiples nutrientes, anticuerpos, hormonas, moduladores del crecimiento y enzimas digestivas (Horta y Victora, 2013a). Es extensa y mundialmente aceptada la evidencia de su rol protector contra las enfermedades infecciosas y diarreicas y la mortalidad infantil (World Health Organization, 2002; Horta y Victora, 2013b; Rollins et al., 2016; MSP, 2017a). Además, se han reportado numerosos beneficios para la salud materna, como la reducción de probabilidad de padecer cáncer de mama, cáncer de ovarios y diabetes (Chowdhury et al., 2015; Rollins et al., 2016; Victora et al., 2016). Se destaca que el cáncer de mama es la segunda causa de muerte en mujeres adultas en nuestro país (MSP, 2017a).

Además de los beneficios para la salud y la nutrición infantil, la LM tiene un impacto positivo en el desarrollo del vínculo afectivo madre-hijo y en la construcción psíquica del niño promoviendo el establecimiento de un vínculo de apego seguro; lo cual se traduce en un menor riesgo de maltrato infantil (Ministerio de Salud y Chile Crece Contigo, 2010). Por otra parte, hay evidencia respecto a los beneficios que el amamantamiento brinda a los niños en el área cognitiva en relación a los no amamantados (Kramer et al., 2009). Si bien se ha descrito que mejora el desempeño de niños en test de inteligencia (Horta et al., 2015b), aún resta profundizar en el estudio de la leche humana y su relación con el sistema nervioso central.

Los beneficios a largo plazo para los niños amamantados, aunque con algunas controversias descritas, incluyen la reducción en enfermedades no transmisibles como el sobrepeso, la obesidad, la diabetes tipo 2, hipertensión y dislipidemia (Horta y Victora, 2013a; Horta et al. 2015a; Kelishadi y Farajian, 2014; OMS y UNICEF, 2019). La LM como

práctica de alimentación natural, permite al niño dosificar el volumen de leche que ingiere, aprendiendo a regular de manera temprana las señales de apetito y saciedad, aspectos relacionados a una ganancia de peso saludable en la vida adulta (AAP, 2012).

## 2.4 Políticas de promoción y protección de la LM

Se ha reconocido tanto a nivel internacional como nacional que la promoción de la LM es una de las medidas más costo-efectivas para mejorar la salud infantil (Lutter, 2010), en función de los múltiples beneficios mencionados para los niños, las familias, la sociedad y el medioambiente (Balogun et al., 2015; MSP, 2017a). En términos económicos y según análisis recientes, el aumento de las tasas de LM representaría un aporte de hasta U\$S 300.000 a la economía mundial anual, además la LM deficiente genera un gasto en atención sanitaria, en tanto los bebés alimentados con PPL se enferman de manera más frecuente e intensa. Para el medio ambiente la LM es sostenible naturalmente y no contaminante, mientras que la producción, distribución y utilización de PPL produce gases de efecto invernadero contaminantes (OMS y UNICEF, 2019).

Por varias razones mejorar las tasas de LM representaría un avance en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030, particularmente en la seguridad alimentaria y la salud, pero también en el combate de la pobreza y en la equidad de género, entre otros. En este sentido, se han promulgado estrategias y programas de promoción de la lactancia a nivel mundial, comenzando por el *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de Leche Materna* (CICSLM) promulgado por la OMS en 1981. El mismo persigue el objetivo de “contribuir a proporcionar a los lactantes una nutrición segura y suficiente, protegiendo y promoviendo la lactancia natural y asegurando el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna...” (OMS, 1981, p. 13), instando a los Estados Miembros a implementar políticas que promuevan y protejan la LM. En 1989 ocurre la Declaración conjunta de la OMS y UNICEF sobre “Protección, Promoción y Apoyo de la Lactancia Materna: el papel especial de los servicios de maternidad”, siendo la antesala de la Iniciativa Hospital amigo del Niño (IHAN) lanzada en 1991 de manera conjunta también entre la OMS y UNICEF. La misma busca incorporar los objetivos y principios del CICSLM a la legislación nacional de los Estados Parte, la implementación de políticas nacionales de lactancia con objetivos claros e indicadores para los mismos, enfatizando en las prácticas de los servicios de atención en salud, para los que se establecieron los diez pasos para una lactancia exitosa que fueron incorporados a la IHAN (OMS y UNICEF, 2009). En 2003 se publicó la *Estrategia Mundial para la Alimentación del Lactante y del Niño Pequeño*, buscando que los gobiernos

renueven el compromiso con la salud y nutrición de los lactantes y niños pequeños desde una perspectiva de promoción y protección de los Derechos Humanos. Ésta se plantea como una Guía que reúne recomendaciones para que todos los servicios de salud fomenten la LM, aplicando la IHAN (OMS, 2003).

En Uruguay desde 2011 se implementa la acreditación de servicios de salud en Buenas Prácticas de Alimentación (BPA) del Lactante y Niño Pequeño, basándose en la IHAN ya mencionada. En 2017 se promulgó la Norma Nacional de Lactancia Materna (MSP, 2017a), donde se establecen lineamientos y acciones para garantizar la protección y promoción de la LME hasta los seis meses de edad y de forma complementaria hasta por lo menos los dos años en los ámbitos sanitarios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), alineándose a las recomendaciones internacionales (OMS y UNICEF, 2009). Se destacan la capacitación en LM y alimentación complementaria desde una mirada integral, que el MSP viene realizando desde 2018 a todo personal de la salud vinculado directa e indirectamente en todos los servicios de atención materno-infantil. También se resalta la renovación del compromiso con las BPA del lactante y del niño pequeño en todas las maternidades del país, la definición de los contenidos que se deben incorporar en la consejería en lactancia, y la elaboración de indicadores para la evaluación de las prácticas de LM, entre otras puntualizaciones. La Norma establece la aplicación y cumplimiento de la *Guía para el uso de preparados para lactantes hasta 12 meses* (MSP, 2017b), a modo de regular la utilización de PPL, ajustándose a lo establecido por el CICSLM.

## **2.5 Situación de la LM en Uruguay**

Según la Norma Nacional de Lactancia (MSP, 2017a), existen pocas situaciones en las que está contraindicada la LM y que requieren la indicación médica de PPL, pero al analizar algunos datos sobre la práctica de lactancia se observa que aún resta camino por recorrer para garantizar el derecho de los niños a una alimentación y nutrición adecuada, segura y saludable desde su nacimiento.

Según datos de la Encuesta Nacional de Lactancia, Prácticas de Alimentación y Anemia en menores de 24 meses usuarios del SNIS (Carrero et al., 2020), se observa que el 88,51% de los niños iniciaron la lactancia en las primeras 48hs de vida, de los cuales solo el 57,2% lo hicieron en la primera hora luego de nacer; a pesar de la evidencia generada en torno a los beneficios que esta práctica produce, y las recomendaciones de los organismos internacionales rectores en la materia (OMS, 2003). El informe de esta encuesta muestra

diferencias significativas por sector de atención de salud. A nivel público se ven las cifras más bajas de inicio temprano de la lactancia 47,9% en relación a 53,6% en el sector privado, y la lactancia exclusiva en las primeras 48hs presenta una incidencia significativamente menor en el sector público 32,3% en relación al sector privado de Montevideo 62,9%. De manera congruente, se observa una tendencia mayor a indicar PPL en el sector público 71,1% vs. 41,7% en el sector privado, para el mismo departamento (MSP, INE, UNICEF, RUANDI, 2020). Se observa que la indicación de PPL se vincula con el peso al nacer (Girona et al., 2024), visualizándose un elevado porcentaje de utilización de éstos en las maternidades, en especial en los niños nacidos con bajo peso (menos a 2500 g) entre los cuales un 77,8% recibió PPL, mientras que la indicación entre los niños con pesos de 2500 a 3999 g fue de 40,5%, y del 53,6% para los niños con peso al nacer a partir de 4000 g (MSP, UNICEF, RUANDI, 2020). Si bien las normativas que regulan la LM y el uso de PPL existen, todas las experiencias en las que se ha evaluado su cumplimiento concluyen que se debe realizar un monitoreo permanente y profundizar en la legislación, reglamentación y fiscalización referidos a éstos, tanto a nivel regional como nacional (Ares y De León, 2019; Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Respecto a la situación de la LME en Uruguay, se puede ver que a los 6 meses de edad sólo el 43,4% de los niños reciben LME (Carrero et al., 2020), siendo esta cifra menor que la relevada en la anterior encuesta de lactancia 65,2% (Bove y Cerruti, 2011). En la misma línea, la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) cohorte 2018, revela que solo el 58% de los niños de 0 a 5 meses recibieron únicamente leche materna el día anterior, cifra que desciende a 52% en el primer tercil de ingresos, es decir entre los hogares más pobres, y aumenta a 61% para el tercer tercil donde se ubican los hogares más ricos. La tasa de LME desciende progresivamente hasta el quinto mes, a partir del cual se aprecia una caída abrupta de 55 a 30%, siendo este último el porcentaje de niños con 5 meses cumplidos que amamantan exclusivamente (Garibotto et al., 2020).

## **2.6 Niños, niñas y adolescentes, sujetos de derechos**

La OMS define la adolescencia como el período que transcurre entre los 10 y 19 años, y la fracciona en adolescencia primera o temprana entre los 10 y los 14 años y en adolescencia tardía desde los 15 hasta los 19 años (OMS, 1979). A pesar de esto, existe consenso en que la adolescencia es una construcción socio-cultural moderna (Barrán, 1992) determinada por el contexto histórico, y es por tanto una categoría dinámica. Como producción social moderna, la adolescencia significó diferencias para los y las jóvenes del novecientos, que atravesada por las categorías de clase y género circunscribieron un nuevo

ordenamiento de lo público y lo privado, donde la esfera social y del mundo del trabajo se reservaba para los varones, mientras que las tareas del hogar y reproductivas para las mujeres. Este nuevo ordenamiento definió la construcción de subjetividades que aún hoy conviven en tensión con las aparejadas por la posmodernidad, donde las esferas público y privada ya no son dos categorías dicotómicas, sino que dan lugar a nuevos arreglos y prácticas sociales. Como refieren López Gómez y Varela Petito (2016, p. 17): “La adolescencia no es un campo homogéneo; sus características y los modos de ser vivida están determinadas por dimensiones sociales estructurales (López Gómez, 2005)...”.

Desde una mirada biopsicosocial, esta etapa se caracteriza por la ocurrencia de muchos cambios donde se definen rasgos identitarios fundamentales para la vida, lo que conlleva mucha inestabilidad emocional (López Gómez y Varela Petito, 2016).

Desde el punto de vista jurídico el término adolescente refiere a un sujeto de derechos, a partir del reconocimiento de niños, niñas y adolescentes (NNA) como sujetos de derechos en la Convención de los Derechos del Niño (CDN), ratificada por nuestro país (Ley N° 16.137) y acompañada en la legislación nacional en el Código de la Niñez y la Adolescencia (CNA, Ley N° 17.823). Se destaca el principio de autonomía progresiva, que defiende y protege la opinión, voluntad y decisión de los adolescentes. A partir de entonces se deja de visibilizar a los NNA como objetos a tutelar y controlar, en el entendido que los adultos definían por ellos qué podían o debían hacer; para pasar a reconocerlos como sujetos libres, con derechos inherentes, que pueden ejercer su ciudadanía, participar, informarse y opinar, particularmente sobre los aspectos que conciernen a su vida.

La CDN en su art.4 nomina a los Estados a adoptar todas las medidas legislativas y administrativas para el reconocimiento efectivo de los derechos que se postulan en la convención, así como a garantizar la supervivencia y el desarrollo del niño (Art.6). Esto es reconocido en el art. 2 del CNA: “Todos los niños y adolescentes son titulares de derechos, deberes y garantías inherentes a su calidad de personas humanas”, y en el art. 8: “Todo niño y adolescente goza de los derechos inherentes a la persona humana...”. En su art.9 el CNA reconoce a todos los NNA los derechos esenciales entre los que se encuentran la vida, la dignidad, la libertad, la salud, la educación, la integridad, la igualdad de trato cualquiera sea su sexo, entre otros. Se resalta el reconocimiento del derecho al disfrute del más alto nivel de salud, y en particular se destaca la atención adecuada prenatal y posnatal de las madres, la reducción de la mortalidad infantil, el conocimiento de todos los sectores sociales -en particular madres, padres y niños- de las ventajas de la LM, y el apoyo concerniente (Art. 24 CDN). Seguidamente, es de destacar que se debe proteger el derecho del niño a una alimentación y nutrición adecuada, segura, saludable desde el nacimiento y en

particular durante la primera infancia, período de mayor potencial de desarrollo en múltiples áreas. En esta línea, la Norma Nacional de Lactancia Materna (MSP, 2017a) fue elaborada con el fin de:

Contribuir a mejorar las condiciones de salud, nutrición y desarrollo de todo los niños y niñas Uruguayos en el marco de la CDN y con base en los OSN 2020 del MS, mediante la protección, promoción y apoyo de la práctica de lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de vida y hasta los dos años o más hasta que la mamá y el bebé lo deseen, junto a una alimentación complementaria saludable. (p.33)

La LM es un componente de los Derechos Humanos para la madre y el bebé, dado que es elemental para el cumplimiento del derecho a la vida, la salud y el desarrollo del niño (Office of the High Commissioner of Human Rights, 2016).

El marco normativo en relación a los derechos humanos de NNA, y particularmente en relación a salud, nutrición y desarrollo es robusto, con lo cual es evidente la relevancia que tiene la LM como asunto de salud pública. En este sentido, profundizar en el conocimiento de esta temática se hace prioritario para incidir en la política pública de salud, infancia y adolescencia. Tal como se reconoce en el CICSLM (OMS, 1981), cuyo objetivo se centra en la promoción de la LM para asegurar a los lactantes una nutrición óptima:

...existen diversos factores sociales y económicos que influyen en la lactancia natural y que, en consecuencia, los gobiernos han de organizar sistemas de apoyo social para proteger, facilitar y estimular dicha práctica, y han de crear un medio ambiente que favorezca el amamantamiento, que aporte el debido apoyo familiar y comunitario y que proteja a la madre contra los factores que impiden la lactancia natural. (p. 11)

## **2.7 Maternidad adolescente**

La maternidad adolescente refleja una desigualdad social y de género que recae principalmente sobre mujeres adolescentes de nivel socioeconómico bajo, de hogares con un clima educativo bajo (el 97% pertenece a hogares que alcanzan hasta 6 años de educación), y segregadas territorialmente (Varela y Fostik, 2011; Calvo, 2014). Esta segregación territorial que caracteriza a la maternidad adolescente y que se correlaciona con las peores condiciones de vida, se confirma en todos los departamentos a excepción de Lavalleja. Se refleja en los siguientes datos: entre las adolescentes con 2 o más necesidades básicas insatisfechas (NBI) 1 de cada 5 es madre, y la paridez media acumulada se ubica en 0,26. Mientras que en aquellas adolescentes con necesidades básicas satisfechas (NBS) solo el 3,6% son madres y la paridez es de 0,04 (Calvo, 2014).

Particularmente dentro de Montevideo la fecundidad adolescente se presenta de manera muy heterogénea en cuanto a la distribución territorial que adopta. La segregación territorial que presenta dicho fenómeno dentro del departamento tiene porcentajes elevados de adolescentes madres en el cinturón periférico<sup>2</sup>, donde se encuentran los hogares con los índices más altos de NBI (con un rango de 28 a 60%). Esto contrasta con cifras casi nulas para los barrios de la costa este (Carrasco, Punta Gorda, Pocitos) con mayores niveles de vida y 92% de NBS (Calvo, 2014).

La fecundidad adolescente se vincula con la situación de carencias críticas de los hogares y el bajo nivel educativo. El abandono escolar entre las adolescentes madres de 15 a 19 años es del 95%, si se coloca la perspectiva temporal el 70% de las adolescentes de esta edad dejó de estudiar antes de ser mamá (López Gómez y Varela Petito, 2016). Profundizando en el aspecto educativo, los datos reflejan las menores oportunidades que presentan la mayoría de las jóvenes que atraviesan la maternidad en su adolescencia. Esto se aprecia al ver los años acumulados de estudio: el 24% de las adolescentes con primaria completa es madre, en relación al 3% entre aquellas más educadas, es decir que tienen entre 10 y 12 años de estudio (Calvo, 2014). En términos de Varela y Fostik (2011), es posible hablar de trayectorias tardías y trayectorias tempranas de acceso a la maternidad, estas últimas van acompañadas de brechas significativas en relación a las condiciones sociales de vida (contextos de socialización precarios, bajos niveles educativos y segregación territorial), en donde los roles de género tradicionales y el modelo privado-familiar son predominantes.

Para estas adolescentes ejercer la maternidad implica un pasaje abrupto a las responsabilidades adultas y socialmente esperadas de una “buena madre” (López Gómez y Varela Petito, 2016), que entran en conflicto con las características propias de la etapa adolescente: irresponsabilidad, satisfacción inmediata de los deseos, necesidad de sostén afectivo y la necesidad de pertenencia a grupos de pares. Esto genera una gran carga emocional e incluso episodios de angustia que pueden afectar la crianza de sus bebés, constituyendo un riesgo para la lactancia (Aragón et al., 2015; Pinilla Gomez et al., 2014; Sena et al., 2014). Lo cual tiene su correlato en el elevado porcentaje (71% de las mujeres de 15 a 24 años) de adolescentes madres que hubiese preferido postergar su maternidad (López Gómez y Varela Petito 2016).

---

<sup>2</sup> Los valores llegan hasta 17% en Casavalle y 14% en Manga y Toledo Chico. (Calvo, 2014, p. 24)

Es importante destacar que la reclusión al ámbito doméstico que viven las adolescentes madres, marcada por el aislamiento de espacios y grupos de sociabilidad, y la perpetuación de mandatos de género (López Gómez y Varela Petito, 2016; Marotta, 2017), propician un escenario donde la autonomía individual para la construcción de decisiones se presenta al menos amenazada. Los procesos de exclusión social se ven reforzados y la movilidad territorial es escasa, se remite al barrio y al hogar. Con esto es posible que disminuyan significativamente las posibilidades de encontrar sostén afectivo y referentes adultos/as que acompañen.

Resulta fundamental incorporar una perspectiva de género en la investigación, puesto que la maternidad parece ser un destino inexorable. Ser madres se presenta como el único proyecto de vida posible para la mayoría de las adolescentes que asumen este rol y el eje central en la construcción de la identidad femenina (Gómez-Sotelo et al., 2012; López Gómez y Varela Petito, 2016), lo que varía sustancialmente cuando se piensa en los proyectos de vida de los adolescentes varones.<sup>3</sup> La maternidad se presenta para las adolescentes como un logro personal puesto que les posibilita “ser alguien” frente a su grupo social a través de la “ganancia” de un hijo (Pantelides, 2004; Escalona, 2016; Gómez-Sotelo et al., 2012), cuando en realidad se constituye en un proceso que reproduce la condición de pobreza, limita los ámbitos de socialización y las oportunidades de acceder a otros proyectos de vida para las adolescentes. Batthyány et al. (2015) sostienen que la brecha de género en relación al trabajo no remunerado se incrementa notoriamente en los sectores de menores ingresos, lo que significa que el 60% de las mujeres pertenecientes a los hogares más pobres se encargan de los cuidados, mientras que en los hogares con mayores ingresos sólo el 12% de las mujeres se ocupan de estas tareas.

De acuerdo a la evidencia generada, es contundente la vinculación entre la maternidad adolescente y las desigualdades socio-económicas, siendo ésta un asunto que deben atender las políticas públicas de cara a promover igualdad de oportunidades desde una perspectiva de derechos.

En un estudio cualitativo realizado con adolescentes madres en Uruguay (Marotta, 2017), se observó la incidencia negativa de los contextos de vulnerabilidad socio-económica en que se encuentran insertas estas madres, en relación a la capacidad de empatizar y responder adecuadamente a las necesidades afectivas de sus hijos. Dicha investigación afirma que dadas las características propias de la adolescencia y el contexto de precariedad

---

<sup>3</sup> En el 2014 se observaba que entre las adolescentes de 15 a 19 años el 10% de las mujeres eran madres, en relación al 2,6% de los varones de la misma franja etaria (MSP, 2020, p. 19)

en que viven estas madres, es necesario un apoyo significativo para sostener el vínculo con sus hijos, ya que presentan dificultades para decodificar las demandas de éstos y no están preparadas para asumir el rol materno. Las adolescentes madres de dicho estudio, manifestaron que los primeros meses de maternidad fueron vividos con mucha exigencia y agobio por las responsabilidades asociadas a los cuidados del bebé, que entran en conflicto con las necesidades propias de las adolescentes. Cabral y Levandowski (2012), mencionan que la adolescencia y la maternidad son dos etapas en la vida de las mujeres que implican transformaciones profundas a nivel identitario reviviendo conflictos inconscientes que devienen en cambios en la personalidad, todos procesos mentales que pueden incidir en la conformación del rol materno y la asunción del mismo. Las repercusiones psicológicas de ser madre adolescente serán propias de cada una e irán ligadas a aspectos individuales, familiares, así como también a los factores del contexto socio-económico, como se mencionó anteriormente. Estos aspectos podrían estar atentando contra el éxito de la LM, ya que el puerperio es una etapa compleja que demanda un particular sostén emocional y acompañamiento para afrontar nuevas situaciones como es el amamantamiento en sí, miedos y ansiedades aparejados (Aragón et al., 2015; Cabral y Levandowski, 2012; Forero et al., 2013; Pinilla Gómez et al., 2014). Es evidente que estas exigencias entran en conflicto con las características propias de la etapa adolescente (Sena et al., 2014), donde se suceden vertiginosos cambios bio-psico-sociales, existiendo inestabilidad emocional e inmadurez (MSP, 2017c).

## **2.8 Maternidad adolescente, lactancia y RS al respecto**

La LM en Uruguay, según los datos más recientes (MSP, UNICEF, RUANDI, 2020; Garibotto et al., 2020), presenta menor incidencia entre las madres de nivel socioeconómico bajo así como entre las que acumulan 6 o menos años de educación. Si bien estos estudios no son específicos en maternidad adolescente, ambos aspectos caracterizan a un gran porcentaje de las madres adolescentes, lo cual implica un factor de riesgo para la práctica de lactancia en esta población.

Datos de la última Encuesta de Lactancia (Carrero et al., 2020) arrojan que apenas la mitad de las madres (52,2%) había recibido orientación para el amamantamiento durante el embarazo, la cifra empeora en el subsector público del interior donde solo el 35,3% de las madres recibió orientación. Agregando datos relevados en la ENDIS 2018 (Garibotto et al., 2020), el porcentaje de madres que recibió educación para el parto, lactancia o crianza es menor entre las que se encuentran en el primer tercil de ingresos (menos del 20%) y entre las menores de 29 años (30%). Esto muestra que las madres más pobres y más jóvenes

son las más desfavorecidas, pues cabe recordar que toda mujer tiene derecho a recibir consejería en LM según lo establecido en la Guía para la atención de la mujer en el proceso de embarazo, parto y puerperio (MSP, 2017a). En la misma línea, todas las mujeres tienen derecho a recibir orientación luego del nacimiento según la Norma Nacional de Lactancia (MSP, 2017a), pero sólo el 71% recibieron apoyo en la maternidad y apenas el 45,8% fue informada sobre la existencia de grupos de apoyo para la lactancia (Carrero et al., 2020). Entre las adolescentes de 15 a 19 años se registran los menores porcentajes de madres que recibieron consejería en lactancia, siendo el promedio de 49%<sup>4</sup>, así como también es bajo el porcentaje de LME al alta en este grupo etario, 61,8%<sup>5</sup>. El porcentaje de madres entre 15 y 19 años que recibieron consejería en LM entre 2015 y 2020 disminuyó de 60 a 49%<sup>6</sup>. Según Pinilla Gomez et al. (2014) recibir información acerca de LM desde el personal de la salud tiene una influencia positiva en la práctica de amamantamiento independientemente de otros factores. Olza et al. (2017) advierten al respecto que el rol de los profesionales de la salud en el asesoramiento y apoyo para la LM se ve muy influenciado por sus propias vivencias personales de lactancias, lo que podría explicar que la consejería en lactancia no siempre resulte favorable para la práctica de LM.

Si se analizan los datos de alimentación al alta para el mismo grupo etario (15 a 19 años), las variaciones entre 2017 y 2022 alertan una tendencia a la disminución de la LME (de 74 a 61,8%) y un aumento de la lactancia parcial (de 12 a 22%), mientras la alimentación artificial se mantiene en un porcentaje de 0,9 - 1,2 %.<sup>7</sup> Esto evidencia la indicación de PPL en casos en que no está contraindicada la LM, sino a modo de “complemento”. En relación a esto, algunos estudios plantean que la introducción de PPL antes de los seis meses de edad del bebé incide en una menor duración de la LM y perjudican el crecimiento y desarrollo del niño (Sena et al., 2014; OMS, 2003), lo cual no es percibido por las madres de acuerdo a los hallazgos de Ares et al. (2020).

Algunos autores han mostrado que las madres adolescentes tienen menor probabilidad de iniciar la lactancia (Apostolakis-Kyrus et al., 2013) y aquellas que la inician tienen mayor probabilidad de abandonarla en relación a las madres adultas. Algunos de los factores mencionados al respecto son: la inmadurez propia de la etapa adolescente, la escasa orientación en LM por parte del ámbito sanitario y las vulnerabilidades socioeconómicas que prevalecen entre estas madres (Gonzalez et al., 2008; Forero et al.,

---

<sup>4</sup> Fuente: Sistema Informático Perinatal, MSP, 2020

<sup>5</sup> Fuente: Sistema Informático Perinatal, MSP, 2022

<sup>6</sup> Fuente: Sistema Informático Perinatal, MSP, 2020

<sup>7</sup> Fuente: Sistema Informático Perinatal, MSP, 2022

2013; Aragón et al., 2015). Por otra parte, se ha encontrado que gran parte de las adolescentes cuentan con determinadas condiciones descritas como favorables para la lactancia, como ser el inicio de la misma durante la primer hora de vida del bebé, el no trabajar y el tener solo un hijo, a pesar de lo cual la práctica no cumple con las recomendaciones de la OMS (Monteiro et al., 2014). Esto se refleja en el discurso de un grupo de adolescentes madres entrevistadas, donde se destacan el sentimiento de gratificación al amamantar y en mayor medida las dificultades que muchas veces les impiden continuar con la lactancia (Marotta, 2017; Pinilla Gomez et al., 2014).

Una dimensión que se debe considerar en el abordaje de la práctica del amamantamiento, sin dudas, refiere a la psicológica. En este sentido, Rodríguez García (2015) refiere que la LM en las humanas a diferencia de otros mamíferos es una construcción social, y como tal pone en marcha sistemas socio-cognitivos que producen RS, entendidas como: "...sistema socio cognoscitivo de sentidos y significantes culturalmente construidos y reproducidos por el sujeto en todo vínculo e interacción..." (Weisz, 2017, p.100). Como se mencionó anteriormente, la maternidad conlleva cambios a nivel psicológico. Al asumir el rol materno las mujeres reviven intensamente el vínculo con su propia madre, las identificaciones constructivas o alienantes que ocupan un lugar importante en el mundo representacional de éstas dan lugar a una reevaluación consciente e inconsciente de la función maternal vivenciada, en la búsqueda de la propia identidad maternal (Marota, 2007; Cabral y Levandowski, 2012). Cabe aclarar que dichas identificaciones constructivas o alienantes permean la práctica de amamantamiento, siendo la alimentación una de las principales funciones maternas que se ve afectada por la transmisión intergeneracional. Las RS de la LM, como fenómeno que oscila entre lo social y lo psicológico, son transmitidas y resignificadas en las interacciones familiares, en virtud de los contextos contemporáneos plasmados de nuevas y dinámicas informaciones.

Dados los múltiples estudios cualitativos que mencionan la incidencia de las referentes femeninas familiares en la práctica de lactancia de las adolescentes madres, (Escalona, 2016; González y Estupiñán, 2010; C. Pinilla Gomez et al., 2014; Marotta, 2017; Tabares Lenis et al., 2014; Franco-Ramírez et al., 2018), se torna relevante indagar acerca de las referentes de las adolescentes desde sus percepciones y experiencias, más allá de quien integre su núcleo de convivencia. Y en cómo éstas inciden en las representaciones mentales e identitarias que tienen las adolescentes en torno a la práctica de lactancia y su decisión de amamantar. Al respecto dice Weisz (2017, p. 100): "En este sentido los diversos fragmentos y estratos socioeconómicos y culturales, así como las diferencias

generacionales van conformando diferentes, yuxtapuestas y hasta contrapuestas representaciones sociales”.

Por otra parte, la falta de apoyo familiar y social se ha identificado como una barrera para el amamantamiento (Arora et al., 2000; Linares et al., 2015; Matich y Sims, 1992; Odom et al., 2013). En relación a lo anterior, se torna relevante considerar el núcleo familiar de la adolescente mamá, el cual puede oficial o no de contención y sostén emocional. Relacionado a esto, se encontró una carga emocional negativa como preocupación, frustración y angustia entre las adolescentes que presentaban una ausencia de pareja parcial o total (Franco-Ramírez et al., 2018). Vinculado a las redes de apoyo que influyen en las decisiones de las adolescentes madres, también se encuentran las madres y abuelas. En este sentido, se ha descrito que las referentes femeninas -mamá, abuelas, suegras- de las adolescentes oficial de apoyo para la lactancia (Escalona, 2016; González y Estupiñán, 2010; Pinilla Gomez et al., 2014; Marotta, 2017; Franco-Ramírez et al., 2018), aconsejando ante dificultades que aparecen, brindando sostén afectivo, así como también aliviando la carga de las tareas domésticas que recae sobre aquellas adolescentes madres que conviven con sus parejas (Forero et al., 2013). Esto ha sido así históricamente, según Rodríguez García (2015, p. 415) “Las matronas, parteras, abuelas, madres y hermanas eran las encargadas de ayudar y asesorar a las madres inexpertas sobre la lactancia y cuidados del recién nacido.”

El amamantar como práctica sociocultural, que hace a la crianza, trasciende el carácter alimentario-nutricional, es transmitido y aprehendido. Responde como otras conductas a las representaciones mentales que las madres construyen en relación a dicha práctica, en función de creencias, conocimientos y percepciones que circulan en el imaginario social compartido. A diferencia del resto de los mamíferos, en el ser humano la lactancia es una construcción social y como tal depende del aprendizaje, las creencias, los valores, las normas y condicionantes socioculturales (Rodríguez García, 2015), por lo que las adolescentes deben ser guiadas en el aprendizaje de ésta y acompañadas afectivamente. Es así que quienes conforman sus redes de apoyo inciden en sus RS respecto al amamantamiento (Tabares et al., 2014; Forero et al., 2013). Paradójicamente, el hecho de que las figuras femeninas sean quienes orientan ante las dificultades de la lactancia, puede en ocasiones resultar contraproducente para la continuidad de dicha práctica. Se describe en algunos estudios que las madres de las adolescentes tienen una significativa incidencia en las representaciones simbólicas de éstas, influyendo en sus decisiones en torno al amamantamiento y/o al uso de PPL, favoreciendo esto último en algunos casos (Tabares et al., 2014; Escalona, 2016).

Siguiendo la misma línea, un estudio fundamentado en la TRS (Franco-Ramirez et al., 2018), describe que las mujeres perciben la maternidad, lo cual incluye a la práctica de lactancia, como algo instintivo. Por lo que tienden a guiarse más por las experiencias de otras mujeres que por el personal de salud (Losa-Iglesias et al. 2015). En consecuencia se siguen transmitiendo creencias y prácticas que a veces difieren del saber científico. Se observa un ejemplo en la investigación de Franco-Ramirez et al. (2018) relativo a la percepción positiva que se identifica entre las adolescentes madres respecto a los PPL, siendo su visión de éstos como complementarios o sustitutos de la LM. Dicho hallazgo se correlaciona con la producción académica que da cuenta de una elevada disponibilidad de PPL acompañada de importantes campañas de marketing, que se han encargado de generar esta falsa idea de superioridad o equivalencia, despreciando los costos económicos, ambientales y fundamentalmente para la salud que tienen estos productos (Rollins et al., 2016; Mahon-Daly y Andrews, 2002; Piwoz y Huffman, 2015). Coincidentemente, se identifican en los discursos de las adolescentes creencias relativas a la leche materna que atentan en contra del amamantamiento, de la índole de la inadecuada calidad de la leche y la insuficiencia de la misma para satisfacer al bebé, además del miedo a las transformaciones corporales derivadas de la LM, particularmente en los senos, que podrían repercutir negativamente en su imagen de mujeres jóvenes (Franco-Ramirez et al., 2018). Referencias a estas creencias se presentan de manera recurrente en la bibliografía, en la que se menciona que la percepción de las adolescentes acerca de la cantidad insuficiente de leche se presenta como el principal motivo para el destete (Aragón et al., 2015; Tabares et al., 2014). Entre otros motivos de abandono de la LM se han descrito causas como: la hipogalactia, el regreso a la escuela, indicación médica, causas relativas al pezón, enfermedad materna, trabajo materno y enfermedad por reflujo del recién nacido (Forero et al., 2013).

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo general**

Comprender las RS sobre la LM de las adolescentes madres en las ciudades de Montevideo y Maldonado.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Describir los significados de las adolescentes madres en relación a la lactancia desde el enfoque procesual de las RS.

Identificar el núcleo central y el sistema periférico de las RS en relación a la LM y los PPL.

Identificar los factores que protegen y amenazan la práctica de la LM desde la perspectiva adolescente.

Explorar el rol que ejercen las referentes femeninas de las adolescentes madres en relación al amamantamiento, desde la perspectiva de las adolescentes.

Indagar acerca de los factores que se identifican como favorecedores y obstaculizadores para la LM y la indicación de PPL, a través del discurso de los profesionales de la salud.

## **4. METODOLOGÍA DEL ESTUDIO**

### **4.1 Tipo de estudio**

La metodología utilizada para la ejecución de la presente investigación se corresponde con un diseño de tipo exploratorio descriptivo, a partir del análisis de las RS. Esta forma de abordaje se encuadra en el campo de la vertiente metodológica cualitativa. De acuerdo a Vasilachis de Gialdino (1992) la investigación cualitativa está caracterizada por su enfoque en la comprensión de un fenómeno complejo permitiendo una comprensión más profunda de los significados que otorgan los sujetos al fenómeno social estudiado. Dado el carácter exploratorio de este estudio, el mismo se orientó hacia la generación de antecedentes y nueva información en relación al fenómeno de la LM, en un segmento de población en el cual poco se ha estudiado dicha práctica social. A pesar de que la realidad es dinámica y cambiante, y que no es posible universalizar los resultados de un estudio de éstas características a otros grupos poblacionales, según De Souza Minayo (2013), en ocasiones, la comprensión de contextos peculiares posibilita inferencias más abarcativas y arroja pistas para guiar futuras investigaciones, así como para contribuir al diseño de programas y políticas de acción que quizás trasciendan las micro-realidades en relación al fenómeno de estudio.

La metodología cualitativa, comprensiva, naturalista e interpretativa, se caracteriza por el acercamiento al contexto del fenómeno de estudio con una sensibilidad histórica y sociocultural, puesto que las realidades son complejas, contextuales, y se enmarcan en los valores sociales, culturales y políticos (Berenguera et al., 2014). El presente estudio se realizó en los contextos naturales de las adolescentes, privilegiando los ambientes cotidianos para capturar sentidos e interpretaciones co-construidas en relación al fenómeno estudiado (Weisz, 2011; De Souza Minayo, 2013).

El abordaje cualitativo comprensivo promueve compartir las subjetividades, es decir el encuentro intersubjetivo (De Souza Minayo, 2013) posibilitando el acceso al entramado simbólico, siendo la investigación cualitativa una herramienta que posibilita comprender e interpretar los significados emergentes en la interacción entre el investigador y los sujetos implicados en el estudio, reconocidos éstos como seres pensantes y reflexivos. Esto responde a que “en investigación cualitativa, el sujeto investigador y el sujeto investigado construyen el conocimiento mediante un aporte que es el resultado de la implementación de distintas formas de conocer” (Vasilachis, 1992, citado por Berenguera et al., 2014, p. 13).

La TRS como estrategia metodológica, además de teórica, representa un potencial heurístico para la investigación cualitativa (Weisz, 2011), lo cual permite el estudio profundo y hermenéutico de los discursos producidos en la interacción propiciada por la presente investigación. La elección de este diseño se basó en la posibilidad que brinda de capturar un conjunto de conocimientos de sentido común que permiten la comprensión de la realidad (Jodelet, 1989). “Además, se incorpora el hecho de que esos contenidos son elaborados socialmente; es decir, el contexto y las condiciones socio-históricas constituyen las condiciones de producción de las RS” (Cuevas, 2016, p. 112). Posibilitando así capturar los sentidos y significados culturalmente construidos por las adolescentes en relación a fenómenos de la vida cotidiana como es la LM. Dichas RS se constituyen como guías para la acción en la vida práctica (Jodelet, 2011).

En la investigación cualitativa basada en la TRS se promueve la combinación de métodos, a modo de garantizar la confiabilidad de las interpretaciones. En el presente estudio se optó por combinar técnicas de recolección y análisis de datos cualitativos característicos de una línea investigativa procesual, con técnicas y análisis propios de un análisis estructural de las RS. Orientado a una mayor profundización y ampliación del objeto de estudio (Banchs, 2000).

Dentro de la TRS se identifican distintos encuadres teóricos y metodológicos que parten de las bases Moscovicianas, entre los cuales este estudio ha definido nutrirse de dos, el procesual y el estructural. El primero (procesual) está más centrado en el aspecto constituyente de las RS y es guiado por un enfoque hermenéutico basado en presupuestos construccionistas y toma en consideración los procesos individuales cognitivos y psíquicos, y las dinámicas sociales y procesos de interacción (Banchs, 2000). Desde esta perspectiva el estudio de las RS pone el foco en las interacciones simbólicamente mediadas, es decir la “construcción social de la realidad” (Berger & Luckmann, 1986). Basado en este enfoque se priorizó el acercamiento a los procesos de construcción de significados de las adolescentes madres en torno a la LM, en función de las dinámicas de interacción social y los contextos que habitan.

El segundo enfoque responde a la escuela de Abric como principal referente teórico y su interés está centrado en la conformación estructural de las RS, entendidas éstas como sistemas sociocognitivos que se organizan en torno a un núcleo central que estructura la representación y da sentido a la misma, el cual a su vez está rodeado por un sistema periférico donde se imprimen las experiencias particulares y contextuales a la RS (Abric, 2001). Uno de los elementos que destaca Abric es que las RS guían las acciones de los

sujetos, ya que al designar significados para hacer comprensible la realidad, se encausa una práctica con respecto al objeto de representación (Cuevas, 2016).

Partiendo de este enfoque se utilizó una técnica que facilitó conocer la conformación de las RS de las adolescentes madres sobre la LM y los PPL (complemento), buscando comprender cuáles son los contenidos y la organización jerárquica que asignan a dichos elementos. De acuerdo a esto, es posible inferir las funciones que tienen los distintos elementos identificados y las relaciones de éstos con las conductas de las madres. Es de resaltar que el núcleo central de las RS está determinado de manera social y fuertemente ligado a las condiciones históricas, ideológicas y sociológicas, con lo cual el análisis estructural no sólo no desconoce el carácter socio-histórico de las RS, sino que lo considera a modo de huella instituyente de las mismas.

Se trata de que honremos el carácter histórico social de las representaciones, estudiando en su estructura no solo los mecanismos sino los contenidos en tanto que memoria social y huella cultural y analizando los procesos sociales de su construcción en la interacción cara a cara. (Banchs, 2000, p. 13)

En este sentido, el presente estudio facilitó conocer cuáles son los elementos comunes que comparten el grupo de adolescentes madres en relación a la práctica de la LM, así como las cualidades que se atribuyen a las experiencias singulares de éstas.

Finalmente la TRS permite indagar las formas de relación que se establecen entre el conocimiento científico y el saber cotidiano, siendo para Moscovici una preocupación central la transmisión de conocimientos. Se ha observado la apropiación que ocurre de los conocimientos formales y eruditos cuando inundan el ámbito público, en base a una rejilla de lectura enmarcada por las pautas culturales y valores propios e identitarios de los sujetos (Jodelet, 2011). Es así que resultó de interés para este estudio incluir la perspectiva procesual de los profesionales de salud sobre las prácticas de LM de las adolescentes madres, permitiendo observar los encuentros y divergencias entre unos y otros y los modos de relación existentes, generadores de experiencias, percepciones, motivaciones e información influyentes en las RS.

## 4.2 Lugar y población de estudio

### 4.2.1 Adolescentes madres

Acorde a los objetivos de estudio, se definió como población de interés a las adolescentes madres de 15 a 19 años residentes en Montevideo y Maldonado, para cuyo encuentro fue preciso remitirse a los barrios que representan geográficamente la mayor incidencia de maternidad adolescente. Como se mencionó anteriormente, estos barrios se corresponden con la periferia de la ciudad de Montevideo. De acuerdo a datos del *Atlas sociodemográfico y de la desigualdad. La fecundidad en el Uruguay* (Calvo, 2014), los porcentajes de madres adolescentes en barrios periféricos de Montevideo son: 17% en Casavalle, 15% en Bañados de Carrasco, 14% en Manga-Toledo Chico y 13% Piedras Blancas.

Antes de precisar el lugar donde se efectuó el presente estudio y los sujetos implicados en el mismo, es preciso recordar que: "...las representaciones sociales pueden ser definidas como *sistemas de opiniones, de conocimientos y de creencias* propias de una cultura, una categoría o un grupo social y relativas a objetos del contexto social" (Rateau y Lo Monaco, 2013, p. 24). Se observa aquí la relevancia del contexto de los sujetos y que las RS tienen sentido para el grupo de individuos, dan sentido de identidad a los sujetos que pertenecen a dicho grupo. Son conocimientos "ingenuos" al decir de Moscovici, compartidos en el seno de diferentes grupos en las interacciones cotidianas (Jodelet, 2011).

Se definió la realización del presente estudio en lugares que se constituyen como espacios de referencia territoriales que nuclean adolescentes que transitan la maternidad de manera cotidiana, algunas ya desde la etapa del embarazo. Puesto que si bien "...frecuentemente se estudian las representaciones sociales a través de la interrogación de los individuos, el sujeto de la investigación no es el individuo en sí mismo sino el grupo social" (Gutiérrez-Vidrio, 2019, p. 109).

A continuación se describen las características de dichos espacios que se constituyeron como ámbitos privilegiados para el acercamiento a las adolescentes madres y la implementación de las distintas técnicas investigativas de acuerdo a la TRS.

#### **4.2.2 Casa Lunas**

Desde hace más de 20 años se dedica al acompañamiento de madres adolescentes desde un enfoque de derechos que promueve la autonomía y la concreción de proyectos de vida de las adolescentes que transitan la maternidad. Con un amplio equipo profesional gestiona un proyecto socio educativo en convenio con el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) siendo por tanto un efector de la política pública dirigida a la infancia y adolescencia. Atienden adolescentes en situación de vulnerabilidad social, embarazadas, mamás y papás asisten junto con sus hijos/as en modalidad diaria de lunes a viernes al espacio ubicado en la zona este de Montevideo, en el barrio Jardines del Hipódromo. El punto tiene buena locomoción lo que permite la llegada de adolescentes de distintos puntos, tanto del eje Belloni, del eje Mendoza, como de 8 de octubre-Camino Maldonado, entre otros.

Con el compromiso en la educación, el bienestar y la salud, Casa Lunas se presenta como un refugio acogedor donde las jóvenes encuentran no solo un espacio educativo, sino también un entorno de apoyo integral brindado por: maestra, referentes educativas, educadoras en primera infancia, psicólogo/a, trabajador/a social, dougla, psicomotricista, profesora de educación física y abogada. Mediante el vasto equipo profesional se realiza el acompañamiento desde un enfoque de derechos en cuestiones de salud, educación, y familia, entre otras situaciones emergentes que también son abordadas y/o derivadas.

El centro aborda las dimensiones académicas, a la vez que se preocupa por el desarrollo emocional y social de las jóvenes madres. A través de programas de apoyo emocional, talleres de preparación para el parto y la lactancia, y asesoramiento personalizado, Casa Lunas busca fortalecer la autoestima y la confianza de estas adolescentes. Brindándoles las herramientas necesarias para enfrentar los retos diarios de la crianza. Además cuenta con una sala acondicionada para la primera infancia donde se propicia el juego y se estimula el desarrollo integral de niños.

En este enclave educativo se comparte de manera cotidiana y grupal con los referentes que guían y acompañan, siendo cada actividad una instancia educativa: almuerzo, merienda, talleres lúdicos creativos, talleres informativos y paseos. Se trata de nutrir el desarrollo personal y proporcionar herramientas esenciales para enfrentar los desafíos de la maternidad y paternidad temprana. Casa Lunas se distingue por su enfoque holístico, ofreciendo programas educativos adaptados a las necesidades específicas de las

y los adolescentes, al tiempo que promueve un ambiente de comprensión, solidaridad y respeto.

Con el espíritu de favorecer las trayectorias educativas y la reinserción escolar de las/os adolescentes, se emprendió la misión de impartir conocimientos académicos desde 2017 a través del programa RUMBO en convenio con CETP-UTU, lo cual se diagramó a contraturno con las otras actividades que realizan en el centro, y para facilitar la participación se dispuso un espacio de cuidado para los niños durante las horas de estudio de sus madres y padres.

### **4.2.3 Casa UPA**

El proyecto Casa UPA, fruto de un convenio entre el Instituto de Promoción Económico Social del Uruguay (IPRU) y el INAU, se presenta como un espacio innovador y comprometido destinado a adolescentes madres y padres en situación de vulnerabilidad social, ubicado en la zona oeste de la capital, en el barrio Cerro Norte. Se impulsó pensando en posibilitar tránsitos saludables a madres y padres adolescentes, teniendo en cuenta sus individualidades y generando un espacio donde encuentren información, motivación, contención y apoyo.

Este centro juvenil, último eslabón de implementación de la política pública en materia de derechos de NNA, es mucho más que un lugar físico, es una comunidad de profesionales dedicada a brindar apoyo, educación y oportunidades de desarrollo para jóvenes que han asumido la responsabilidad de la maternidad y paternidad en una etapa temprana de sus vidas. Con este objetivo, el centro dispone de una propuesta diaria de actividades de las que participan las adolescentes junto con sus hijos de lunes a viernes. Además, se realiza un acompañamiento individual acorde a las necesidades singulares de cada adolescente y su hijo, favoreciendo así procesos de autonomía y construcción de proyectos de vida, así como el afianzamiento del rol materno y paterno para una crianza respetuosa.

El proyecto cuenta con un equipo interdisciplinario (psicóloga, dougla, trabajadora social, educadora en primera infancia, psicomotricista, tallerista de arte y cocinera) que acompaña las actividades grupales así como los procesos individuales en materia de salud, educación y familia, promoviendo la autonomía de los/as adolescentes y el ejercicio de sus derechos. Complementariamente se brinda un apoyo material a las/os adolescentes

participantes, quienes dada su situación de vulnerabilidad socio-económica muchas veces tienen dificultades para hacer frente a las necesidades básicas propias y de sus hijos.

La propuesta diaria cuenta con distintos talleres además del almuerzo y la merienda que también se constituyen como instancias educativas por excelencia, en las que fluye información relativa a los hábitos alimentarios y pautas de crianza. Los talleres abordan desde el arte y la huerta a cuestiones específicas como la preparación para el parto y la lactancia, existiendo un día destinado a temas emergentes de interés de las adolescentes, así como a la realización de paseos que favorecen la circulación social de NNA.

#### **4.2.4 Espacio Adolescente Amatista**

El espacio Amatista es un centro oficial de INAU 24hs destinado al amparo de adolescentes madres y sus hijos e hijas, con una capacidad máxima para 12 mujeres más sus hijos/as. Este espacio se destaca por ser el único centro con estas características en el país, por lo cual existe una gran demanda de ingreso al mismo proveniente principalmente de Montevideo. Este proyecto socio educativo se creó con el objetivo de compatibilizar el acompañamiento de adolescentes en situación de vulnerabilidad social y sus maternidades, potenciando su crecimiento, desarrollo y autonomía, así como el cuidado y desarrollo integral de sus hijos/as.

El espacio físico es amplio y dispone de habitaciones y recursos materiales para las actividades cotidianas de manera cómoda, además de contar con un patio interior donde realizan actividades de huerta y ocio. Las adolescentes realizan de manera grupal dichas actividades, las que compatibilizan con las rutinas individuales de estudio, cuidados y salud de ellas y sus hijos/as. Es de destacar que el espacio no cuenta con una sala acondicionada para el juego de los niños que allí viven, lo cual sería ampliamente beneficioso para el desarrollo integral de éstos/as.

Cuenta con un equipo técnico compuesto por psicóloga y educadora social y sexual que acompañan los procesos individuales de las adolescentes, así como la propuesta de talleres grupales para abordar temas que sean de interés y pertinencia para las mamás. En lo que refiere al acompañamiento individual, se atienden las necesidades de salud, educación y procesos judiciales desde un enfoque de derechos que promueve la autonomía progresiva. El equipo observa que a nivel judicial y en lo que refiere a los procesos de ingreso y traslado de las adolescentes y sus hijos persisten las vulneraciones de derechos,

por lo que el respeto, la confianza y la autoestima son aspectos primordiales que se trabajan de manera cotidiana con las adolescentes que conviven en el espacio Amatista.

En relación a los talleres grupales, los mismos son propuestos y realizados por iniciativa y esfuerzo del equipo técnico, siendo la co-construcción de la educación sexual uno de los objetivos trazados en los últimos años para trabajar junto con las adolescentes. Para esto se invitan referentes en la temática a colaborar en la difusión de información y materiales que promuevan el empoderamiento de las adolescentes en materia de derechos de salud sexual y reproductiva.

#### **4.2.5 Profesionales de la salud**

Para la captación y realización de entrevistas a profesionales de la salud y a modo de optimizar recursos se unificaron esfuerzos con el proyecto de investigación: *“Determinantes del uso de preparados para lactantes en Uruguay: Aportes al diseño y fortalecimiento de políticas de protección y promoción de la lactancia materna”*, promovido por la CSIC de la UdelaR a través del programa I+D edición 2020, y llevado adelante por el Núcleo Interdisciplinario Alimentación y Bienestar del Espacio Interdisciplinario de la UdelaR. Dada la cercanía en los intereses, objetivos y sujetos de estudio (respecto a los profesionales de la salud) así como la cronología de implementación de ambas investigaciones, fue posible conjugar en una misma pauta de entrevista las interrogantes que conciernen a ambos estudios.

Los profesionales incluidos fueron pediatras, neonatólogos y médicos comunitarios y de familia, los cuales se desempeñaban en prestadores de salud públicos y privados de la ciudad de Montevideo, existiendo heterogeneidad en las tareas y miradas profesionales.

### **4.3 Procedimientos de recolección de datos**

La investigación se llevó a cabo en los años 2022 y 2023, concentrándose mayoritariamente las tareas de campo en el año 2022. La primera fase fue guiada por la corriente estructural de la TRS y para la misma se aplicó una TALP en los tres centros descriptos anteriormente que nuclean adolescentes madres de Montevideo, y además en adolescentes madres usuarias de los servicios de salud de ASSE en el departamento de Maldonado. En la segunda fase, según la corriente procesual de la TRS, se realizaron entrevistas semiestructuradas a adolescentes madres de los mismos centros de la ciudad de Montevideo, y luego a profesionales de la salud vinculados a la atención de niños de 0 a 24 meses que se desempeñaban en servicios de salud públicos y privados de la capital.

A modo de caracterizar a las adolescentes madres, se agregó a la guía de las entrevistas y al formulario de TALP un módulo de preguntas sociodemográficas, en el cual se indagó edad, cantidad de hijos, nivel educativo, estado civil, barrio/localidad de residencia, situación laboral, prestaciones sociales y atención en salud. De igual manera y a los efectos de caracterizar a los profesionales de la salud, se indagó en las entrevistas respecto al género del entrevistado, especialidad médica y lugar principal donde desempeñan su tarea.

De manera de simplificar la presentación de los procedimientos empleados, y respetando los acontecimientos cronológicos que delinearon el trabajo de campo, se detallan a continuación y en el siguiente orden: primero los procedimientos realizados para el trabajo con las adolescentes y segundo los implementados con los profesionales.

#### **4.3.1 Aplicación de la TALP**

Para el análisis estructural se decidió realizar una TALP, siendo ésta una de las técnicas más utilizadas para explorar las RS (Lo Monaco et al., 2017), puesto que “las asociaciones...son vínculos entre lo manifiesto y lo latente” (Navia y Estrada, 2012, p. 273). Las técnicas proyectivas se basan en la idea de que los deseos, sentimientos, creencias y actitudes inconscientes de un individuo pueden ser revelados presentándole un estímulo o situación ambigua, en la que debe utilizar un mecanismo de proyección. La TALP, en tanto técnica proyectiva, se sustenta en la hipótesis de que permite evidenciar la estructura psicológica de la personalidad de los sujetos a través de evocaciones, manifestaciones de conducta y reacciones en respuesta a estímulos inductores en breves períodos de tiempo (Nóbrega y Coutinho, 2003). Cabe destacar que la TALP es de fácil aplicación y

comprensión, y su implementación puede realizarse utilizando términos inductores verbales, no verbales, material sonoro o videos (De Lima Coutinho, 2017). Las investigaciones basadas en la TRS han tomado esta herramienta para acceder al conocimiento latente de la estructura de las RS, sus elementos constituyentes y redes asociativas (De Lima Coutinho, 2017). De este modo, la aplicación del formulario de TALP (Apéndice A) permitió conocer la estructura de las RS que las adolescentes madres tienen en relación a la LM y los PPL.

En relación a la muestra seleccionada, la misma abarcó a 83 adolescentes que fueron contactadas en dos modalidades, personal y telefónicamente, para la aplicación de la técnica. El total de participantes, fue un número que se consideró necesario y pertinente para el procesamiento en el software openEvoc (Sant'Anna, 2012) que realiza un análisis prototípico, y proporciona asistencia para facilitar la comprensión del funcionamiento estructural de una RS (Wachelke et al., 2016). Wachelke y Wolter, (2011) explican que mientras más grande es la muestra más estables son los resultados, a la vez que se minimizan las posibles influencias de casos extremos, siendo más confiable el acercamiento a la realidad y la representación del grupo estudiado.

El contacto se estableció a través de las instituciones mencionadas, específicamente dos espacios socioeducativos de Montevideo que reúnen adolescentes madres, un centro de INAU 24hs específico para adolescentes madres, así como también a través de los contactos proporcionados por el Hospital de ASSE en Maldonado. Es preciso aclarar que inicialmente las instituciones definidas para el trabajo de campo eran únicamente las de Montevideo, y que a los efectos de aumentar el tamaño de la muestra y que la misma permitiera un uso correcto de la información, se debió recurrir a una maternidad de ASSE. La primera maternidad seleccionada fue el CHPR que es la principal maternidad del país, pero los plazos del Comité de Ética del CHPR para el estudio del proyecto de investigación excedieron las posibilidades de la presente investigación, por lo cual no se logró ejecutar la investigación allí. Se definió por tanto elegir una segunda maternidad de ASSE, esta fue la del Hospital de Maldonado, con la cual si se logró una efectiva coordinación.

La aplicación de la TALP se realizó de manera presencial y telefónica. Para la misma se solicitó a las participantes que mencionaran las primeras palabras o expresiones cortas que se le suscitaban ante la escucha de un estímulo inductor, el cual refiere al objeto de RS a explorar. Se definieron como estímulos inductores dos: "lactancia materna" y "complemento", siendo esta última la denominación más frecuente y comprensible para referirse a los PPL en el grupo poblacional elegido, lo que fue determinado mediante la

aplicación de algunos formularios de prueba previo al inicio del campo, que permitieron validar el instrumento de recolección. En el formulario completado por la investigadora se estableció espacio para 5 posibles respuestas que podían ser utilizados en su totalidad o no, dependiendo la cantidad de enunciaciones que las participantes emitieran en un lapso menor a 2 minutos .

Cabe destacar una cualidad de este método de relevamiento para el acercamiento al núcleo central, cuanto antes es mencionada una palabra o evocación más representativa es del grupo elegido (Flament y Rouquette, 2003). Es así que se solicitó a las participantes que luego de realizar las evocaciones para cada estímulo definieran cuál era la palabra más importante, asignándole a ésta el primer lugar en el orden de evocación (Abric, 2003).

### **4.3.2 Entrevistas a adolescentes madres**

La segunda fase investigativa corresponde a la línea procesual, la cual consistió en la realización de entrevistas semiestructuradas. La entrevista es un instrumento privilegiado para el análisis desde la TRS, y tanto las entrevistas en profundidad como las semiestructuradas o focalizadas son consideradas como instrumentos principales de acopio de las representaciones según Gutiérrez-Vidrio (2019). Si bien la TRS prioriza la realización de entrevistas en profundidad demandando varios encuentros para su correcta aplicación (Araya, 2002), también son comúnmente utilizadas las entrevistas focalizadas en un tema específico, siendo esta última opción más adecuada al presente estudio. La técnica elegida permitió a las entrevistadas expresarse libremente sobre el objeto de estudio, produciendo en su discurso significados donde fue posible evidenciar las RS subyacentes (Gutiérrez-Vidrio, 2019).

En primera instancia se realizaron las entrevistas a adolescentes madres, para lo cual el contacto con las participantes se realizó de igual manera que como se describió para la TALP. Se coordinó con los dos espacios socioeducativos y el espacio adolescente de INAU mencionados anteriormente para asistir en días y horarios acordados que coincidan con la asistencia de las adolescentes, a los efectos de proponerles allí la participación en el estudio mediante una entrevista. Cabe destacar que las entrevistas se realizaron en espacios proporcionados por los distintos centros, los cuales posibilitaron en todos los casos preservar la intimidad y tranquilidad necesarias para el desarrollo de las entrevistas en profundidad.

El estudio se propuso entrevistar adolescentes que estaban transitando el embarazo y la maternidad con hijos de 0 a 24 meses de edad, entendiendo que cada etapa representa diferentes aportes a los objetivos del estudio. La primera etapa, del embarazo, permitió acercarse al conocimiento de las expectativas y creencias de las adolescentes en relación a la práctica de lactancia y al uso de PPL, antes del inicio de la lactancia misma. Así como también permitió explorar la incidencia de la consejería en lactancia previa al nacimiento en las expectativas y conocimientos de las madres en relación a la LM.

En las entrevistas a adolescentes con hijos se buscó explorar las experiencias desde el inicio del amamantamiento en la etapa donde se aconseja la LME, y la leche materna o los PPL serían el único alimento recibido por los bebés. Estos primeros meses se caracterizan por las vivencias relativas al puerperio inmediato, la internación en la maternidad y la mayor frecuencia de controles médicos, lo cual refiere a un contexto de gran contacto con el personal de salud, posibilitando indagar con mayor precisión en el relato de las madres, acerca de cómo inciden las orientaciones recibidas en estas instancias en sus decisiones respecto al amamantamiento. Complementariamente, se apuntó a conocer la experiencia de las adolescentes en torno a la lactancia y al uso de PPL en la etapa de alimentación complementaria, en la cual se presentan nuevos desafíos para las mamás en función de la incorporación de alimentos, y cómo esto se conjuga con la continuidad de la lactancia o el uso de PPL. Conocer los significados que guían esta transición resulta de gran relevancia, considerando además que el contacto con los profesionales de la salud, quienes deben orientar y guiar, se torna progresivamente más espaciado a partir del 6to mes de vida del bebé.

Se realizaron dos pautas de entrevista diferentes (Apéndice B), una para embarazadas y otra para madres, teniendo en cuenta para su elaboración las categorías identificadas en los estudios previos en la temática y la inclusión de todas las variables de interés para el objeto de estudio, considerando la multiplicidad de dimensiones que subyacen a la LM. La utilización de una guía para la entrevista permitió mantener el foco de las entrevistas en los temas de interés y aseguró a la vez el pasaje por todos los temas deseados, facilitando la tarea de la investigadora incipiente. A pesar de lo cual, durante la realización de las entrevistas se alentó a las participantes a hablar libremente, permitiendo ahondar en sus percepciones, conocimientos y experiencias. En relación a la palabra, De Souza Minayo dice (2013, p. 171): "...la posibilidad que tiene el habla de ser reveladora...tener la magia de transmitir, a través de un portavoz, las representaciones grupales, en condiciones históricas, socio-económicas y culturales específicas".

Se obtuvo un número final de 19 entrevistas, cuya duración aproximada fue de 30 minutos. El total de entrevistas estuvo determinado por el criterio de saturación, es decir, cuando continuar realizando entrevistas no representó un beneficio en tanto diversidad o profundidad de la información ya obtenida (Low, 2019). Previo consentimiento de las participantes, se procedió a la grabación de las entrevistas y al registro de notas en cuaderno de campo, para luego realizar la desgrabación y transcripción de las mismas con asistencia del software Whisper (Radford et al., 2022). Todos los nombres fueron anonimizados para preservar la confidencialidad de datos personales, y los archivos de audio como los de las transcripciones se denominaron como Entrevista Form.N° “X”, siendo X el número asignado al formulario TALP y también al consentimiento/asentimiento firmado. Por ejemplo se designó con el nombre Entrevista Form.N°1 al archivo que en los fragmentos seleccionados para el análisis se identificarán como E1, y Entrevista Form.N°2 al que se identificará como E2, y así sucesivamente.

### **4.3.3 Entrevistas a profesionales de la salud**

Continuando con la fase procesual se realizaron entrevistas semiestructuradas a profesionales de la salud de diversos centros públicos y privados de Montevideo, entre los cuales se incluyeron aquellas especialidades que comúnmente realizan las indicaciones alimentarias a niños desde el nacimiento hasta los 2 años, tanto durante la internación puerperal como en los controles del primer nivel de atención. Participaron mujeres y varones de las siguientes especialidades: pediatría, medicina familiar y neonatología. Las entrevistas se realizaron en modalidad virtual, identificándose esto como una facilidad para el alcance a los profesionales de diferentes especialidades cuyas dinámicas responden generalmente al multiempleo.

Como se mencionó anteriormente, las entrevistas fueron desarrolladas en conjunto con el proyecto de investigación “*Determinantes del uso de preparados para lactantes en Uruguay: Aportes al diseño y fortalecimiento de políticas de protección y promoción de la lactancia materna*”, llevado adelante por el Núcleo Interdisciplinario Alimentación y Bienestar de la UdelaR, en el marco del programa I+D de la CSIC<sup>8</sup>. De modo que la pauta de entrevista semi-estructurada fue unificada integrando las preguntas de ambos proyectos. Se muestran en el apéndice C las preguntas correspondientes a esta investigación. A través de la pauta de entrevista se buscó explorar acerca de sus percepciones en relación a los factores que facilitan la práctica de amamantamiento en adolescentes madres, y qué

---

<sup>8</sup> Fuente: <https://alimentacionybienestar.ei.udelar.edu.uy/alimentacion-en-la-infancia-y-adolescencia/>

elementos identifican como obstaculizadores de la misma, cómo definen las orientaciones que dan a las adolescentes y sus familias sobre LM. Asimismo, se indagó en las entrevistas cuáles son las circunstancias en que se indican los PPL y cómo son recepcionadas estas indicaciones por las adolescentes madres.

Finalmente se realizaron 23 entrevistas, número final determinado por el criterio de saturación (Low, 2019), en las cuales se permitió a los participantes hablar libremente acerca de los temas planteados, siguiendo la estrategia metodológica planteada. Se obtuvo una duración aproximada de 20 minutos el fragmento de cada entrevista correspondiente a este proyecto. Las entrevistas fueron grabadas en audio previo consentimiento y posteriormente transcritas en archivos de texto con ayuda del software Whisper (Radford et al., 2022). Los nombres fueron anonimizados en "Profesional\_1", y así sucesivamente para cada entrevistado/a.

## **4.4 Procedimientos de análisis de datos**

La elección de los métodos de análisis de datos fue realizada en relación a la perspectiva metodológica adoptada y a los aspectos de las RS que se pretendieron conocer. A continuación se detallan las técnicas de análisis definidas y utilizadas para cada fase (estructural y procesual), así como la intención primordial de unificar y generar sinergia entre todas y llegar a un estudio más acabado de las RS.

La producción de datos del presente estudio consistió por un lado en material escrito que fue transcrito a planillas excel para su posterior análisis mediante utilización de un software (primera fase), y por otra parte en datos auditivos que fueron transcritos a archivos de texto para facilitar su análisis (segunda fase). De este modo se realizó un análisis en cada fase, estructural y procesual, para luego realizar una síntesis global del material a modo de integrar los resultados arrojados por los distintos métodos, buscando así un abordaje de mayor calidad del objeto de estudio (Flick, 2014).

### **4.4.1 Enfoque estructural: Teoría del Núcleo Central**

En una primera instancia se buscó explorar la estructura de las RS siguiendo la Teoría del Núcleo Central (Abric, 2001), entendiendo que dicho enfoque propone la concepción de las RS como una estructura específica que consta de dos sistemas: un sistema periférico que se organiza en torno a un núcleo central estructurante. Según esta teoría, el núcleo de la representación es un subconjunto de elementos que confieren la significación global y coherencia a la representación para un determinado grupo de personas con características socio-históricas en común. El núcleo central tiene la función generadora de sentido y organizadora de los elementos de la RS, es así que otorga estabilidad y permanencia a la representación, volviéndola resistente al cambio y poco sensible al contexto en el cual se manifiesta (Abric, 2001). Se distinguen en el núcleo dos dimensiones, una normativa donde se expresan dimensiones socio-afectivas, sociales o ideológicas, como ser normas, estereotipos o actitudes. Y otra dimensión funcional donde están las situaciones con finalidad operativa o sea las que se refieren al funcionamiento del objeto (Araya, 2002). Complementariamente, el sistema periférico es flexible, móvil, y sensible al contexto, permitiendo integrar las experiencias personales de los individuos y sus realidades concretas, protegiendo así al núcleo central y permitiendo la adaptación de las RS a los cambios del contexto (Abric, 2001).

Es necesario aclarar que este análisis permite una hipótesis del núcleo central, más al no realizarse procedimientos de verificación, no es posible asegurar que así sea la estructura

del mismo, permitiendo igualmente una identificación probable de centralidad de ciertos elementos de la RS (Abric, 2001).

Finalizado el trabajo de recolección de datos, se procedió a realizar un análisis prototípico o de evocaciones, también conocido como análisis de las cuatro casas, desarrollado primeramente por Vergès (1992), siendo una de las técnicas más difundidas para el análisis estructural de una RS. Según este autor los elementos más importantes de la estructura de una RS son más prototípicos, es decir más accesibles a la conciencia (Vergès, 1994, citado por Wachelke e Wolter, 2011). El análisis prototípico consiste en combinar dos indicadores de fácil obtención: la frecuencia y el orden medio de las evocaciones, para la construcción de cuatro cuadrantes o casas donde se organizan las cogniciones que dan forma y estructuran el núcleo central y el sistema periférico de las RS. Además se combinó el análisis de las cuatro casas con el método del orden jerárquico con el que fueron mencionadas las palabras (Abric, 2001). A tales efectos, se realizó la transformación del material cualitativo, palabras y frases cortas, en unidades de significación cuantificables (Gutiérrez-Vidrio, 2019). Se optó por organizar los datos en planilla excel, agrupando las evocaciones que surgen del término inductor “lactancia materna” en una planilla y “complemento” en otra, de acuerdo a un criterio semántico de significación común. Es decir que se unificaron bajo uno de los términos evocados eligiendo el que mejor reflejaba el significado de las palabras agrupadas. De este modo es posible reducir palabras con muy bajas frecuencias con una tendencia a homogeneizarlas, lo cual incide en el análisis de cuadrantes. Inicialmente se disponían de muchas palabras con frecuencias muy bajas por lo cual se siguió el procedimiento mencionado, con el cuidado de no afectar la autenticidad de las respuestas ni realizar interpretaciones de las mismas.

La base de datos obtenida fue cargada al software libre openEvoc versión 0.95 (Sant’Anna, 2012), permitiendo el uso de éste identificar el núcleo central y la periferia de la RS a través del cálculo de la frecuencia y orden medio de las evocaciones. Suponiendo que las palabras evocadas más frecuentes y en primer lugar tienen mayor posibilidad de pertenecer al núcleo central. El tratamiento de datos en dicho software permitió la construcción de cuadros y gráficos que posibilitaron el análisis prototípico de las RS estudiadas (Sant’Anna, 2012). La distribución de los datos de acuerdo al análisis prototípico permite identificar cuatro cuadrantes (Ilustración 1), siendo el primero (superior izquierdo) el correspondiente al núcleo central, donde se encuentran las palabras con una alta frecuencia y un bajo orden medio o más prontamente evocadas. El segundo cuadrante (superior derecho) corresponde a la primer periferia, donde se ubican las palabras de alta frecuencia y alto orden medio o mencionadas de manera más tardía. En la parte inferior se encuentra a

la derecha la segunda periferia, donde es posible encontrar aquellas evocaciones de baja frecuencia y alto orden medio, por lo que son considerados elementos secundarios de la RS. Por último, en el cuadrante inferior izquierdo se ubican las evocaciones con baja frecuencia y bajo orden medio o evocadas prontamente, conformando la zona de contraste (Sant'anna, 2012).

Fue posible identificar mediante el análisis estructural los distintos elementos que componen y estructuran las RS de las adolescentes madres, así como sus funciones y características de acuerdo al lugar en que se encontraron distribuidos.

Las RS son para Araya (2002, p. 53):

Estables y rígidas porque están determinadas por un núcleo central profundamente anclado a la memoria de un pueblo y a su sistema de creencias. Móviles y flexibles porque son alimentadas de las experiencias individuales e integran los datos de lo vivido y de la situación específica, la evolución de las relaciones y de las prácticas en que las personas están inmersas.

**Ilustración 1. Diagrama de los cuatro cuadrantes - Frecuencia x orden**

		Rango promedio	
		Baja	Alta
Frecuencia	Alta	<b>Núcleo Central</b> Alta frecuencia Baja orden media	<b>Primera Periferia</b> Alta frecuencia Alto orden media
	Baja	<b>Zona de contraste</b> Baja Frecuencia Bajo orden media	<b>Segunda Periferia</b> Baja frecuencia Alto orden media

*Fuente: elaboración propia, adaptado de (Sant'Anna, 2012)*

#### 4.4.2 Enfoque procesual: análisis de contenido y modelo COM-B

En la segunda fase de análisis y siguiendo el enfoque procesual de la TRS, se buscó captar la construcción y comprensión del sentido a través del análisis discursivo. Para lo que fue necesario considerar las condiciones donde fue producido el discurso, los objetos de éste y los modos discursivos empleados por el locutor, así como el nivel de implicancia y los juicios de valor que sostienen su argumentación (Gutiérrez-Vidrio, 2019).

Para el análisis de las entrevistas a madres y profesionales se optó por la metodología desarrollada por Bardin (1986), cuya técnica de interpretación de textos permite analizar el contenido manifiesto y latente de los mensajes a través de la identificación y el análisis de patrones temáticos y conceptuales en la lectura detallada de los textos, realizando la codificación de recortes del corpus, una clasificación y definición de las categorías y subcategorías, y finalmente la discusión y análisis de los datos.

Refiere Bardin (1986), en relación a las condiciones de producción, que el análisis de contenido apunta:

...a la determinación, más o menos parcial, de lo que llamaremos las condiciones de producción de los textos de que son objeto. Lo que se trata de caracterizar son esas condiciones de producción y no los textos mismos. El conjunto de condiciones de producción constituye el campo de determinaciones de los textos. (p. 30)

En tanto la especificidad del análisis de contenido se funda en buscar articular los elementos característicos de la superficie de los textos con los factores que los han determinado, es decir los elementos lingüísticos con las estructuras psicológicas o sociológicas (Bardin, 1986).

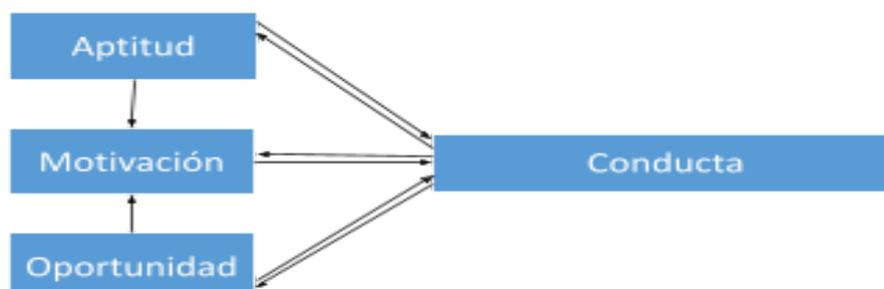
Siguiendo estos principios se realizó un análisis inductivo y deductivo, para el cual se siguieron las etapas propuestas por Bardin (1986), obteniendo categorías y subcategorías que luego fueron agrupadas. Primeramente se procedió a la transcripción de las grabaciones en archivos de texto que permitiera la lectura detenida y una primera identificación de temas emergentes. Sobre las transcripciones, las palabras, frases y expresiones de los entrevistados fueron analizadas mediante codificación inductiva-deductiva. La codificación de las entrevistas realizadas a adolescentes se basó en la identificación de fragmentos donde las adolescentes expresan en sus palabras los significados que atribuyen a las prácticas de LM, con el lente puesto en sus experiencias y vivencias así como en las de su entorno próximo. Se utilizó para la codificación el software Taguette (Rampin et al., 2021), que facilitó la selección de fragmentos de manera inductiva y agrupación en categorías y subcategorías de éstos por un procedimiento deductivo basado

en la utilización de tres dimensiones propuestas por el modelo COM-B (Michie et al., 2011), lo que facilitó el análisis de una información abundante.

El modelo COM-B (Michie et al., 2011) se utiliza frecuentemente para analizar comportamientos y diseñar intervenciones efectivas, es una herramienta metodológica que se constituye en una rejilla de lectura que permite comprender y analizar los diferentes componentes que intervienen en el comportamiento humano. El modelo identifica tres factores esenciales: capacidad, oportunidad y motivación. Estos factores interactúan entre sí para conformar un bucle de retroalimentación, tanto positiva como negativa (Ilustración 2). La capacidad se refiere tanto a la capacidad psicológica como física del individuo para el comportamiento en cuestión, en este caso para amamantar. Se incluyen allí habilidades, conocimientos, aptitudes. La oportunidad engloba todos los factores externos que hacen posible un comportamiento, tanto elementos físicos, ambientales, como normas sociales y pautas culturales, así como las diversas interacciones sociales. Por último, la motivación comprende los procesos cognitivos conscientes e inconscientes que dirigen e inspiran el comportamiento, es decir tanto las reacciones automáticas como hábitos y respuestas emocionales, así como las reflexiones y planificaciones.

Posteriormente, las entrevistas a profesionales fueron codificadas a partir de la lectura detenida de los textos transcritos, permitiendo así la identificación inductiva de temas emergentes que se correspondían a los objetivos del estudio, seleccionando piezas discursivas para ejemplificar cada uno de los temas identificados, lo que permitió la construcción de categorías y subcategorías.

**Ilustración 2. Modelo COM-B**



*Fuente: Elaboración propia. Adaptado de Michie et al., 2011*

## 4.5 Consideraciones éticas

El presente proyecto de investigación se realizó tomando en cuenta las determinaciones nacionales contenidas en el Decreto nacional N.º 158/019 que regula la investigación con seres humanos. Además, el proyecto de investigación fue presentado ante el Ministerio de Salud Pública (Nº 7498970) y aprobado por el Comité de ética de la investigación, de la Facultad de Psicología de la UdelaR (Apéndice D).

La población objetivo de la presente investigación consistió en adolescentes madres que se encontraban vinculadas a Casa Lunas, Casa Upa, Espacio Amatista y ASSE; y profesionales de la salud vinculados a la atención de niños pequeños. Las adolescentes fueron informadas a través de la institución por la cual se realizó el contacto o por la investigadora directamente, acerca del propósito y las implicancias del estudio previo a toda participación. Una vez obtenida su aceptación se procedió a coordinar el encuentro presencial donde se firmó el asentimiento informado. El documento fue presentado en papel y se les solicitó a las participantes que indiquen su nombre y que firmen para otorgar su asentimiento/consentimiento (Apéndice E). Asimismo, las adolescentes menores de edad debieron contar con un consentimiento informado (Apéndice F) firmado por su responsable legal para poder participar del estudio. En algunos casos el asentimiento/consentimiento fue grabado en audio por llamada telefónica a los efectos de facilitar el contacto, también para los profesionales se grabó el consentimiento (Apéndice G) dado que las entrevistas se realizaron por videollamada. Para lo cual se procedió a leer la hoja de información primero y luego solicitar a la participante/responsable legal que otorgue su anuencia, indicando su nombre, apellido y número de CI.

En el documento informativo no se hizo mención explícita al título del proyecto ni tampoco al objetivo del mismo ya que esta información podía alterar de forma significativa las respuestas, invalidando por completo los resultados obtenidos. Por este motivo, únicamente se les informó que participarían en un estudio sobre LM, el cual buscaba conocer creencias, conocimientos y recomendaciones médicas acerca de la práctica de lactancia.

En cuanto a la confidencialidad, se les aseguró a los participantes el manejo de los datos de forma totalmente confidencial durante toda la investigación, incluyendo la recolección, tratamiento, análisis y difusión de los mismos. Para asegurar la confidencialidad de los datos y proteger la identidad de los participantes, las respuestas fueron asociadas

únicamente al número de participante indicado en el documento de consentimiento informado. Además, a la hora de transcribir las grabaciones de las entrevistas, cualquier mención a los nombres de los participantes o de sus hijos fue anonimizada. Se les informó a los participantes que luego del análisis de datos se les enviaría un resumen de los resultados informándoles del objetivo del estudio y las conclusiones obtenidas, si fuera de su interés.

En relación a los riesgos para los participantes, se considera que la participación en el estudio no representó ningún tipo de riesgo ni reacciones adversas, ya que las entrevistas consistieron en responder preguntas sencillas acerca de la lactancia donde cada participante podía profundizar de acuerdo a su deseo. Si bien los participantes no recibieron ningún beneficio directo, la investigación pretendió dar visibilidad a una temática poco abordada en la población adolescente en particular. Se espera generar información que de manera articulada con otros actores vinculados a la temática, permita contribuir al diseño de estrategias para favorecer la práctica de la LM, lo cual redundaría en un beneficio a mediano y largo plazo en la salud de la población infantil y de la población en general.

## **5 RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

En este capítulo se presentan los resultados y discusión en concordancia con los objetivos de la investigación.

### **5.1 Caracterización de las adolescentes madres**

Primeramente se muestran las características sociodemográficas de las adolescentes que participaron del estudio, tanto en la técnica proyectiva de asociación libre de palabras como en las entrevistas en profundidad (Tabla 1). Vale aclarar que estas últimas fueron realizadas en su totalidad a adolescentes residentes en Montevideo y participantes de dos espacios socioeducativos o residentes de un centro oficial de INAU.

En total participaron del estudio 83 adolescentes, de las cuales 32 vivían en Montevideo y Área Metropolitana, y 51 en el departamento de Maldonado. Es posible inferir que las adolescentes de Montevideo y Área Metropolitana pertenecían a hogares con NBI dado que fueron contactadas a través de los centros antes mencionados lo cual da cuenta de un determinado perfil socioeconómico. Los barrios de donde provenían las participantes son: Manga, Piedras Blancas, Mendoza, Jardines del Hipódromo, Bella Italia, Villa García, Casabó, Cerro, siendo que estos son territorios con altos índices de NBI y una mayor prevalencia de adolescentes madres que en barrios de la costa capitalina (Calvo, 2014). Este dato es relevante para el análisis de las RS, siendo que éstas se construyen y transmiten en relación al contexto social y cultural, determinado por el lugar de residencia y circulación de las personas y que encuadra sus experiencias.

En cuanto a las adolescentes de Maldonado, la dispersión territorial fue mayor, siendo las principales localidades del departamento las más reiteradas: Maldonado y San Carlos, figurando en menor medida Capuera, Pan de Azúcar, Balneario Bs.As y Piriápolis. Esta dispersión probablemente se asocia con que la vía de contacto con las adolescentes fue el Hospital de Maldonado que recibe madres de todo el departamento.

Respecto a los arreglos familiares de éstas adolescentes, más de la mitad de las adolescentes (61,4%) se encontraba en unión libre o concubinato, una tercera parte (37,3%) eran solteras y solo una casada.

Las edades de las adolescentes participantes muestran que un 41% eran menores de edad (15 a 17 años). De las 83 adolescentes, 76 fueron mamás y 8 estaban

embarazadas. La edad media de las adolescentes es 17,5 años y de los bebés es de 7 meses. De las mamás el 55% tenían hijos/as de 0 a 6 meses de edad, y el restante 45% tenían hijos/as de 7 a 24 meses de edad los cuales ya transitaban el periodo de alimentación complementaria.

En cuanto al nivel educativo, el 5% culminó primaria, el 61% de las adolescentes tenía secundaria/UTU incompleta, el 15% completó este nivel, el 18% inició bachillerato y solo el 1% lo completó. De esta manera, solo 1 de cada 7 completó la educación media básica que sería lo esperable para adolescentes de 15 años o más. Este rezago escolar es característico de la población referida (López Gómez y Varela Petito, 2016) y es un factor que incide en tanto los espacios de circulación se ven limitados para estas adolescentes al hogar, al barrio, al centro de salud y en el 28% de las participantes al espacio socio-educativo o centro juvenil.

La principal ocupación de las adolescentes participantes eran las tareas del hogar (46%) y solo una quinta parte estudiaba (22%), un 12% trabajaba, y un 12% buscaba empleo. Mientras que un 8% declara otra como su principal ocupación, lo que puede interpretarse en estas adolescentes como una dedicación exclusiva a la maternidad en un entorno familiar donde alguien más (madre, suegra, etc) se ocupaba de las tareas del hogar.

Se está frente a un importante número de adolescentes que han relegado su vida al ámbito doméstico, tal como lo describen López Gómez y Varela Petito (2016). Además entre las adolescentes que participaban de un espacio socioeducativo como centro juvenil solo una tercera parte estudiaba, y una tercera parte se dedicaba a las tareas del hogar, mientras que el otro tercio se repartía entre las que trabajaban o buscan empleo y las que declaraba otra como su principal ocupación. Los datos referidos a la ocupación de las adolescentes son reflejo de las desigualdades que atraviesan la sociedad actual, donde las brechas de género se agudizan en los quintiles más pobres, siendo las mujeres pobres quienes se encargan en mayor medida de las tareas domésticas y de cuidado, es decir del trabajo no remunerado. Esta realidad es percibida en mayor medida por las mujeres que por los varones según la Encuesta de Generaciones y Género (FCS, UdelaR, 2022). Estos últimos estiman que su participación en los quehaceres domésticos es mayor de lo que evalúan las mujeres. Tal como lo muestran Batthyány et al. (2015), la división sexual del trabajo remunerado y no remunerado se cristaliza en las representaciones de los sectores socioeconómicos más bajos, perpetuando el relegamiento de las mujeres al ámbito privado y familiar.

En relación a la atención en salud, la mayoría de las adolescentes y sus hijos/as se atendían en ASSE a través de sus diferentes terminales de salud distribuidos en el territorio, principalmente en centros de salud y policlínicas del primer nivel de atención, pero también en centros hospitalarios.

En relación a lo económico el 80% de las adolescentes percibía la Asignación Familiar del Plan de Equidad (AFAM PE), lo cual las incluye en la población objetivo de una política social dirigida al sector más vulnerable de la población. De este porcentaje solo una manifestó no ser la titular de la prestación, el resto si la cobran de manera personal. Se entiende positivo para la autonomía de las mamás adolescentes que sean ellas quienes perciban el dinero para poder destinarlo a los gastos que entiendan necesarios para sus hijos/as.

En lo que refiere a otras prestaciones de transferencia económica un 13% contaba con la tarjeta Bienvenido Bebé y un 17% contaba con la tarjeta Uruguay Social ambas del MIDES. La primera se entrega a los recién nacidos del CHPR y en el Hospital de Clínicas, no corresponde para nacidos en Maldonado, y la segunda se evalúa luego de que la persona solicita la prestación en el MIDES a través de una visita al hogar para determinar si se encuentra en situación de extrema vulnerabilidad socioeconómica.

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas de las adolescentes madres*

<b>Áreas territoriales de residencia</b>	<b>Número de adolescentes</b>
Eje Manga - Piedras Blancas - Villa García	8
Cerro - Casabó	8
Jardines del Hipódromo - Bella Italia - Maroñas	7
Centro INAU - Palermo	9
Maldonado	18
San Carlos	14
Capuera	10
Piriápolis y Pan de Azúcar	7
Balneario Bs. As.	2
<b>Estado civil</b>	<b>% de adolescentes</b>
Soltera	37.3
Casada	1.2
Unión libre / concubinato	61.5
<b>Edad</b>	<b>Número de adolescentes</b>
15 a 17 años	41
18 a 19 años	59
17 a	14
18 a	26
19 a	23
<b>Distribución de adolescentes según edad del hijo</b>	<b>% de adolescentes</b>
Adol. con hijos/as de 0 a 6 m	55
Adol. con hijos/as de 7 a 24 m	45
<b>Nivel educativo</b>	<b>% de adolescentes</b>
Primaria completa	5
Secundaria/UTU incompleta	61
Secundaria/UTU completa	15
Bachillerato incompleto	18
Bachillerato completo	1
<b>Principal ocupación</b>	<b>% de adolescentes</b>
Estudia	22
Trabaja	12
Desocupada	12
Tareas del hogar	46
Otra	8
<b>Ocupación adolescentes que participan espacio SE</b>	<b>% de adolescentes</b>
Estudia	35
Trabaja	9
Desocupada	4
Tareas del hogar	39
Otra	13

<b>Prestador de Salud</b>	<b>Número de adolescentes</b>
ASSE	75
IMM	1
Privado	7
<b>Prestaciones percibidas</b>	<b>% de adolescentes</b>
AFAM PE	80
TUS	17
BB	13
UCC	7
Otros	2
Canasta emergencia MIDES	2
Ninguna	14

*Fuente: elaboración propia*

## 5.2 Análisis de las RS de la LM a través del enfoque estructural

Se obtuvo un cuerpo de 252 evocaciones, dentro de las cuales se distinguen 48 palabras diferentes. Se definió la frecuencia mínima ( $f=1$ ), la frecuencia media ( $F=7.5$ ) y el orden medio (OM) de evocación (2.4). Los criterios utilizados fueron la identificación de un salto perceptible en la continuidad de las proporciones de las evocaciones para definir la frecuencia intermedia. Y para el orden medio se definió 2.4, valor cercano a 2.5 que es la media esperada para cinco evocaciones (Tabla 2).

**Tabla 2**

Síntesis de datos obtenidos para el término inductor “lactancia materna”

<b>Categoría</b>	<b>N°</b>
Personas que participaron	83
Número total de palabras evocadas	312
Número final de palabras evocadas para el análisis	252
Número de palabras diferentes	48
Frecuencia media de evocación	7.5
Orden medio de evocación	2.4

*Fuente: Elaboración propia a partir de del openEvoc 0.95 (Sant'Anna, 2012)*

En la Tabla 3 se muestra la estructura u organización cognitiva de la representación obtenida para el término inductor “lactancia materna” de acuerdo a los criterios definidos de frecuencia y orden medio. Cabe recordar que lo compartido a continuación surgió de pedir a las adolescentes que produjeran términos, expresiones o adjetivos que “ se le presenten al espíritu” (Abric, 2001, p 59). De esta manera se puede confirmar los contenidos organizadores de la RS y el universo semántico del objeto estudiado. En el cuadrante superior izquierdo es posible identificar los contenidos del núcleo central de acuerdo a la alta frecuencia y al bajo rango de mención que da cuenta de la importancia de dichos elementos para los individuos, elementos no conscientes y poco reflexivos. Al realizar el análisis prototípico se puede suponer que cuanto antes la persona menciona la palabra en la

asociación, mayor representatividad tiene la misma en un grupo semejante de personas según la Ley de Marbe (Flament y Rouquette, 2003), por lo que se está ante una hipótesis de centralidad.

De acuerdo a la teoría del núcleo central, en éste se encuentran aquellos elementos compartidos por todo el grupo que dan significado y organizan la representación, a la vez que le brindan estabilidad ante los cambios del contexto (Abric, 2001). Se puede ver allí las palabras “*bebé, teta, leche y dar pecho*”, esto sugiere que la LM es para el grupo de las adolescentes participantes el hecho alimentario en sí mismo que es *dar el pecho*, el cual involucra de manera inherente a la *teta* que produce la *leche* materna, y al *bebé* que se alimenta de ella. Lo que homogeniza este grupo de adolescentes madres es la concepción básica de la lactancia como el acto o acción alimentaria en sí misma, dar el pecho. Esta construcción cognitiva simple que se refleja en un núcleo central conformado por cuatro palabras que aluden a lo concreto, podría ser esperable de un grupo de adolescentes de contextos de vulnerabilidad socio-económica y que tienen en común, muchas de ellas, la participación en centros convenio con INAU. Como lo explican Reyes y Bayona (2011), el desarrollo del lenguaje como parte de la construcción cognitiva del sujeto está vinculado a factores internos y externos interdependientes entre sí, siendo posible identificar riesgos y vulnerabilidades del ambiente que afecten el desarrollo de habilidades lingüísticas y comunicacionales.

En la primer periferia, representada por el cuadrante superior derecho, encontramos palabras de alta frecuencia y rango de aparición superior al medio, y aparece aquí únicamente la palabra “*madre*”, que está próxima al núcleo (Ilustración 3) tanto por su alta frecuencia como por su orden muy cercano al valor definido para el OM. Resulta sorprendente pensar la LM sin la madre como elemento central. Es posible que para las adolescentes madres el significado de la LM se estructure sobre un núcleo central concreto que como se vió no las incluye aún como “madres” que amamantan, en tanto la identificación con dicho rol materno deviene de un proceso de reorganización psíquica que como dicen Amorín et al. (2006) implica: “...resignar la posición subjetiva de hijo para asumir la nueva condición de madre o padre, requiere de un proceso de reorganización psíquica que no se resuelve con la presencia real del hijo propio” (p. 193), lo que implica para las adolescentes dejar de centrarse en sus necesidades así como contar con apoyos significativos que les permitan asumir dicho rol y sostener el vínculo madre-hijo (Marotta, 2017). En palabras de Hernández Cordero et al. (2019): “Las adolescentes construyen progresivamente su identidad de “madres” a través de una acción reflexiva sobre sus sentimientos, sus conductas, sus relaciones con el entorno y sus planes de vida que derivan

de este tipo de transición” (p. 148). Como refiere Abric (2003), las RS son construcciones socio-cognitivas que integran lo racional y lo irracional, en tanto es posible manifiesten aparentes contradicciones. Una de las funciones de las representaciones, en particular de la periferia, es la de integrar nuevas experiencias vividas por los sujetos en el presente (Araya, 2002), por tanto es comprensible que el ser madres, nueva experiencia para la mayoría de estas adolescentes, se encuentre en la primera periferia. Por otra parte, según Wachelke y Wolter (2011) es posible que algunas palabras centrales resulten parte de la periferia. En este caso el término madre quedó ubicado en la periferia, a pesar de que sería esperable su centralidad.

En la segunda periferia correspondiente al cuadrante inferior derecho, encontramos las palabras de baja frecuencia y rango de aparición superior al medio: “*extraerse leche, mejor opción, cuidar, agua*”, las cuales podrían complementar la primer periferia, o bien dar cuenta de aspectos particulares vinculados a experiencias de algunas adolescentes, con escasa importancia para la estructura de la RS dado el bajo valor de ambos indicadores.

Por último, del cuadrante inferior izquierdo correspondiente a la zona de contraste, se destacan aspectos de carácter simbólico y con una importante carga emotiva asociados a la lactancia: “*amor, conexión, fundamental, bueno, alimentación*”. Estos elementos de baja frecuencia pero evocados prontamente (rango bajo de aparición) son importantes para un grupo de las adolescentes participantes (Abric, 2003) que denotan valorar el componente emocional de la lactancia y su importancia para el bebé, y el vínculo de éste con la mamá. Pareciera que estas adolescentes han integrado en sus RS la relevancia asignada por el discurso médico a la LM para la salud y alimentación de los niños, evidenciada en las palabras fundamental, alimentación, bueno. Las evocaciones que aparecen en la zona de contraste podrían con el tiempo modificar la RS, alterando la significación que las adolescentes tienen de la lactancia. Se podría esperar que el componente emocional de dicha práctica fuera conformando el núcleo central de la misma, tal como ocurre en el caso de las RS de madres mayores, de acuerdo a lo hallado por Girona (2022).

**Tabla 3**

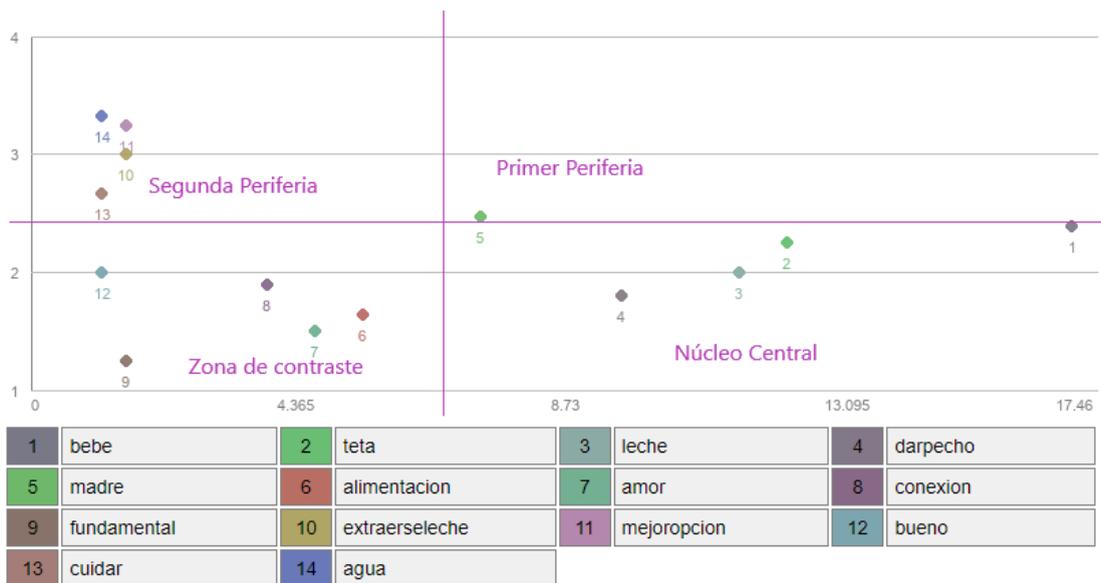
Lista de frecuencias y orden de evocación para “lactancia materna”

++	Frequência >= 7.5 / Ordem de evocação < 2.4		+ -	Frequência >= 7.5 / Ordem de evocação >= 2.4	
17.46%	bebe	2.39	7.54%	madre	2.47
12.7%	teta	2.25			
11.9%	leche	2			
9.92%	darpecho	1.8			
- +	Frequência < 7.5 / Ordem de evocação < 2.4		- -	Frequência < 7.5 / Ordem de evocação >= 2.4	
5.56%	alimentacion	1.64	1.59%	extraerseleche	3
4.76%	amor	1.5	1.59%	mejoropcion	3.25
3.97%	conexion	1.9	1.19%	cuidar	2.67
1.59%	fundamental	1.25	1.19%	agua	3.33
1.19%	bueno	2			

Fuente: openEvoc 0.95 (Sant'Anna, 2012)

**Ilustración 3**

Distribución de las evocaciones para “lactancia materna”



Fuente: openEvoc 0.95 (Sant'Anna, 2012)

### 5.3 Análisis de las RS de los PPL a través del enfoque estructural

A partir de la palabra inductora “complemento” y luego de unificar evocaciones siguiendo un criterio de significado semántico común se obtuvo un cuerpo de 249 evocaciones, entre las cuales se distinguen 62 palabras diferentes. Para el análisis de las cuatro casas (Vergés, 1992) se cargaron los datos al software openEvoc 0.95 (Sant’Anna, 2012) definiendo la frecuencia mínima ( $f=1$ ), la frecuencia intermedia ( $f=4.8$ ) y el orden medio de evocación de 2.13 (Tabla 4). Los criterios utilizados son los mismos que para el análisis de “lactancia materna”.

**Tabla 4**

Síntesis de datos obtenidos para el término inductor “complemento”

<b>Categoría</b>	<b>N°</b>
Personas que participaron	83
Número total de palabras evocadas	283
Número final de palabras evocadas para el análisis	249
Número de palabras diferentes	62
Frecuencia media de evocación	4.8
Orden medio de evocación	2.13

*Fuente: Elaboración propia a partir de del openEvoc 0.95 (Sant’Anna, 2012)*

En la Tabla 5 se muestra la estructura de la RS de los PPL para las adolescentes madres, de acuerdo a los criterios definidos para el análisis prototípico. De esta tabla se puede inferir que el núcleo central está representado por los términos que se ven en el cuadrante superior izquierdo, y que corresponden a aquellos con un alta frecuencia y un orden de enunciación inferior al medio: “*leche en polvo*”, “*seca de vientre*”, “*leche*”, “*ayuda*”, y “*alimentación*”. El núcleo central está conformado por el componente simbólico de la RS que le da valor y sentido (Abric, 2001). Se ubicaron en este cuadrante la palabra “*alimentación*” y “*ayuda*” con igual frecuencia, lo que mostraría que los PPL son entendidos como una opción de alimentación válida para los bebés y están comprendidos como una

ayuda para la concreción de la misma. El núcleo de la representación refiere a aquellas cogniciones que son compartidas por el grupo de adolescentes madres en relación a los preparados. También se encuentra aquí la idea de que los PPL “*secan de vientre*”, evocación que presenta una frecuencia mayor que “*ayuda*” y “*alimentación*”. Esto podría indicar que la ayuda mencionada en la alimentación de los bebés se encuentra asociada a una contrapartida negativa entre las mujeres de este grupo.

Las otras palabras que aparecen en este cuadrante que representa el núcleo: “*leche*” y “*leche en polvo*” refieren al sentido más concreto de los PPL, por lo que estarían mostrando la figura, es decir la esquematización estructurante que este grupo de adolescentes madres construye en torno al objeto de representación, que lo materializa y simplifica en el proceso de objetivación (Jodelet, 1986).

Siguiendo con el análisis, en el cuadrante superior derecho se encuentran los componentes de la primer corona del sistema periférico, con una alta frecuencia y rango de aparición superior al medio, son elementos que refieren a las prácticas de los sujetos permitiéndoles integrar sus realidades a la representación (Abric, 2003). Se ubican allí las palabras que fueron enunciadas con una alta frecuencia pero en los últimos lugares: “*bebé, no poder amamantar, mamadera, subir de peso*”. Estos elementos parecieran complementar el núcleo central de algún modo, puesto que los PPL son concebidos como una ayuda para la alimentación, que en términos prácticos permiten *subir de peso* cuando *no es posible amamantar*, mediante la *mamadera* que alimenta con la leche en polvo al *bebé*.

En la segunda corona periférica reflejada en el cuadrante inferior derecho, se ubican palabras con una baja frecuencia y un orden superior al medio, las cuales refieren a experiencias y prácticas particularizadas, difícilmente influyentes en las RS. Aquí se ubican: “*no es sano, bueno, agua, dolor de panza, crecimiento, sintético, madre*”. Por último, en la zona de contraste, representada por los elementos del cuadrante inferior izquierdo, se ubican aquellas palabras de importancia para un pequeño grupo de adolescentes, elementos menos frecuentes pero cuyo rango de aparición es inferior al medio, es decir importantes para ellas. Encontramos aquí: “*llenar al bebé, no me gusta, vitamina, por necesidad, sustituye, bajo peso, complementar*”. Estos elementos pueden entenderse como un complemento de la primera periferia (Wachelke e Wolter, 2011), siendo claro para algunas ideas como: complementar, bajo peso y por necesidad que se relacionan con las evocaciones de la primera periferia *subir de peso* y *no poder amamantar*. Los elementos de la zona de contraste podrían incidir en la reconfiguración de la representación, con lo que es importante atender a la idea que asocia los complementos con *llenar al bebé*, evocación más mencionada en este subgrupo de adolescentes de acuerdo a su frecuencia.

**Tabla 5**

Lista de frecuencias y orden de evocación para “complemento”

++	Frequência >= 4.8 / Ordem de evocação < 2.13	
8.84%	lecheenpolvo	1.82
7.23%	secadevientre	2.11
6.02%	leche	1.93
5.22%	ayuda	1.31
5.22%	alimentacion	2

+-	Frequência >= 4.8 / Ordem de evocação >= 2.13	
8.03%	bebe	2.6
6.02%	nopoderamamantar	2.6
5.62%	mamadera	2.64
4.82%	subirdepeso	2.25

-+	Frequência < 4.8 / Ordem de evocação < 2.13	
3.21%	llenaralbebe	1.75
2.41%	nomegusta	2
1.61%	vitamina	1
1.61%	pornecesidad	1.5
1.2%	sustituye	1.33
1.2%	bajopeso	1.67
1.2%	complementar	2

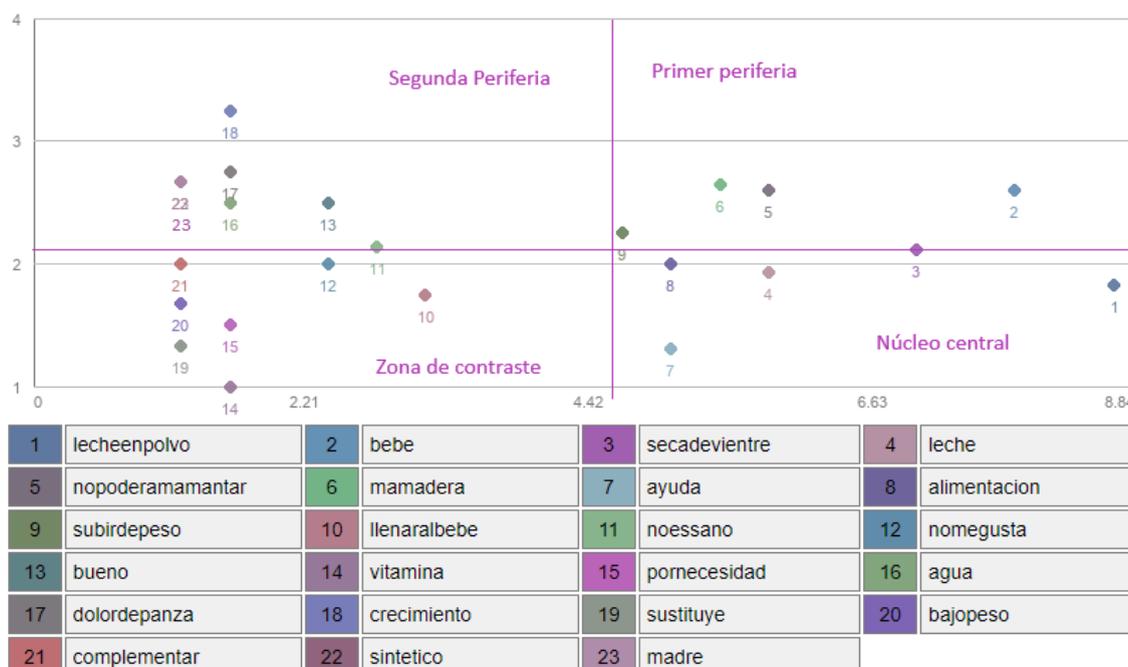
  

--	Frequência < 4.8 / Ordem de evocação >= 2.13	
2.81%	noessano	2.14
2.41%	bueno	2.5
1.61%	agua	2.5
1.61%	dolordepanza	2.75
1.61%	crecimiento	3.25
1.2%	sintetico	2.67
1.2%	madre	2.67

Fuente: openEvoc 0.95 (Sant'Anna, 2012)

**Ilustración 4**

Distribución de las evocaciones para “complemento”



Fuente: openEvoc 0.95 (Sant'Anna, 2012)

Teniendo en cuenta las limitaciones propias de la técnica aplicada no es posible hablar de confirmaciones, pero sí obtener una primera aproximación a las RS del fenómeno seleccionado y habilitar a posteriori nuevas formas de estudio de las representaciones (Abric, 2001). En cuanto al núcleo central de la RS de la LM, es posible ver que no aparecen de manera explícita elementos de carácter afectivo y emocional como sí ocurrió en la estructura de la RS identificada por Girona (2022). La lactancia como práctica social es vivenciada como proceso alimentario para estas adolescentes y sus hijos, emergiendo el término “leche” como central. Leche que es el alimento que fluye de la “teta” al “bebé”, son elementos concretos y fundamentales del objeto que conforman el esquema de imágenes donde se condensan un conjunto de significados asociados al “dar pecho” que permiten interpretar la realidad cotidiana (Jodelet, 1986). Leche que genera expectativas en relación a su producción, pues si no hay producción de leche no es posible dar pecho. Entonces es pertinente preguntarse ¿qué vehiculiza la leche para estas mujeres? De acuerdo a Knibiehler (1993) la leche es el símbolo de la devoción materna, siendo esto una construcción socio-histórica relativa a una idea de madre abnegada. Se entiende a la LM como práctica social y cultural que para estas adolescentes se organiza en torno a una prescripción absoluta ligada más bien a lo fisiológico y a la concepción biomédica: dar pecho para alimentar. Dicha prescripción actúa como principio organizador del resto de los elementos de la representación (Flament, 2001). Es importante recordar que el núcleo central refiere a la parte compartida de la representación, homogeniza al grupo de adolescentes madres, y es entonces interesante remarcar los pocos elementos que lo configuran y su sencillez. Posiblemente esto responde a una característica del grupo de adolescentes mamás que participaron, en las que la vulnerabilidad socio-económica se refleja en un lenguaje acotado (Reyes y Bayona, 2011).

La práctica de la lactancia es vinculada por algunas madres con sentimientos positivos como amor y conexión, elementos de la zona de contraste que reflejan las experiencias y prácticas de un grupo de adolescentes dentro del total de las participantes, quienes además atribuyen connotaciones a la lactancia que dan cuenta del discurso médico que califica a la LM de “fundamental y bueno”, permeando el saber cotidiano. El significado del amor atribuido a la LM se constituyó como elemento central y estable de la RS para dos generaciones de mujeres: madres y abuelas en el estudio realizado por Girona (2022). Dicho sentir asociado en los últimos siglos con la práctica social de la LM, si bien no se encuentra en el núcleo de la RS que tienen estas adolescentes, permea los significados que algunas dan a dicha práctica. Es posible que esto refleje las diferencias de las poblaciones implicadas en ambos estudios, tales como edad y grupos de pertenencia, así como las

condiciones materiales de existencia. Dado que las RS son compartidas por grupos de personas con pautas culturales comunes, donde el sentido común es también compartido. A pesar de las diferencias, se observa permanencia en cuanto a que la LM se constituye como práctica basada en las experiencias y saberes de las madres. Es así para el grupo de adolescentes al igual que para las madres y abuelas del estudio realizado por Girona (2022), en tanto las mujeres comparten sus experiencias y conocimientos en torno a la LM.

En relación al saber médico, no existen enunciaciones alusivas a profesionales de la salud en cuyo rol está comprendida la promoción de la LM, ni se evidencian tampoco las instituciones sanitarias en las evocaciones de las adolescentes. Cabe destacar que en las evocaciones de las adolescentes aparecen algunos elementos periféricos que refieren al beneficio de la LM desde el punto de vista de la salud y alimentación, más no así que destaquen de manera explícita su riqueza como alimento de alto valor nutricional e inmunológico. A pesar de esto, se aprecia una permeabilidad del conocimiento experto transmitido en las RS de las adolescentes madres, en tanto la comunidad médica y científica se ha encargado de exaltar los beneficios de la LM generando una mirada mecanicista de la LM que excluye los aspectos emocionales y vinculares. Lo que ha incidido en los procesos de objetivación mediante los cuales las madres incorporan información abstracta a la que otorgan sentido y construcción de imagen, aportando a la visión biologicista de la madre como productora de leche, que se manifiesta en la estructura de la RS de la LM como acto fisiológico alimentario (Ares et al., 2022).

De la observación del sistema periférico, el cual integra las experiencias y vivencias individuales dotando de flexibilidad a la representación, se desprende que para algunas de las adolescentes la lactancia aparece como una práctica de cuidado y como la mejor opción para sus bebés (elementos de la segunda periferia). Práctica que para la mayoría incluye en su representación a la “*mamá*” (palabra de la primer periferia), pero la cual no incluye mención a otros sujetos que podrían estar vinculados a la experiencia de la lactancia, como ser el papá u otras mujeres que brinden apoyo y orientación.

No se hallaron en las enunciaciones elementos de connotación negativa tales como el dolor u otras experiencias de carencia y/o limitaciones vividas en torno a la LM. Esto podría deberse a una idealización de la lactancia y maternidad vigente en las representaciones de las sociedades actuales (Perez y Moreno, 2017), fundada en la división histórica de roles que naturalizó el binomio mujer-madre, afianzada en la época del higienismo por el discurso médico como protagonista del adoctrinamiento moral (Rodríguez García, 2015; Barrán, 1995) y más recientemente como promotor de los beneficios de la

lactancia para la salud materno-infantil, no siendo plausible los sentimientos y vivencias disidentes de las madres. Al menos de las “buenas madres”, abnegadas, por cierto.

Trabajar y estudiar no son actividades que se encuentren reflejadas en los elementos de la estructura de la RS de la lactancia de estas adolescentes, lo cual se puede vincular con que solo una tercera parte de las participantes realizan alguna de esas actividades. Sin embargo si emerge la extracción de leche en el marco de las vivencias y experiencias de un pequeño grupo de adolescentes, lo cual puede responder a este pequeño grupo de madres que trabaja y/o estudia y considera ordeñarse para dejar leche a su bebé mientras está al cuidado de otra persona.

Los PPL no están presentes en la RS de la lactancia de manera explícita de acuerdo a este primer análisis estructural, aunque se sugiere su existencia al mencionar el dar pecho como mejor opción. Esta última es una evocación de un pequeño grupo de adolescentes ubicada en la segunda periferia, lo cual refleja la experiencia de algunas madres pero no se constituye como una idea predominante del grupo.

Las RS refieren al conocimiento socialmente elaborado y compartido, al conocimiento práctico que permite a los sujetos aprehender acontecimientos de su realidad, el cual es conformado en parte por la tradición, la educación, las experiencias vividas y la comunicación (Jodelet, 1986). Si se observa las enunciaciones que conforman el núcleo central de la RS de los PPL, aparece con fuerza la idea de que éstos “secan de vientre”, así como la idea de que son “una ayuda para la alimentación”. Posiblemente no todas las participantes han tenido experiencia con los PPL pero el saber de la mayoría de las mamás de este grupo es atravesado a partir de experiencias cercanas o transmisiones orales, y revela que los PPL son considerados como una leche en polvo que ayuda para alimentar a los bebés, con la contrapartida de que producen estreñimiento. Surge entre las prácticas de las mamás adolescentes el “no poder amamantar” como dificultad que en consecuencia se asocia al uso de PPL, así como el “subir de peso” de los bebés. Ambos elementos se encuentran en la primer periferia, que si bien es una zona de elementos secundarios para la RS, Wachelke e Wolter (2011) refieren que hay autores que sostienen que es posible que algunos elementos centrales puedan componer la primera periferia.

Las RS orientan los comportamientos de los individuos (Abric, 2001), en este entendido las enunciaciones “no poder amamantar” y “subir de peso” motivan el uso de preparados. Es interesante detenerse en algunos factores que inciden en éstas. Comenzando por la indicación de PPL en las primeras 48hs del recién nacido durante la

internación o al alta, que como revelan los datos oficiales es muy elevada puesto que las situaciones en las cuales no se puede amamantar por enfermedades materno-infantiles son muy pocas (MSP, UNICEF, RUANDI, 2020, MSP, 2017a). Sin embargo, aparece con una alta frecuencia la evocación “no poder amamantar” en referencia a las experiencias de las adolescentes respecto a los PPL. Por otra parte, la ausencia de un asesoramiento oportuno que promueva la LM en aquellas madres que deseen practicarla es otro factor determinante para el uso de PPL. En este sentido las cifras de orientación para la lactancia son bajas y peores en el subsector público de salud que en el privado (Carrero et al, 2020) , cabe destacar que el 92% de las adolescentes participantes se atienden en el sector público. La orientación o asesoramiento podrían incidir positivamente en el esquema cognitivo a través de la transmisión de información que se integrara en las RS.de las adolescentes en relación a la LM.

Complementariamente, cabe recordar que las adolescentes madres provienen generalmente de entornos socioeconómicos bajos (Calvo, 2014), y que según López Gómez y Varela Petitto (2016) atraviesan una reclusión al hogar y al barrio que limita la posibilidad de tender redes de sostén y apoyo en momentos de alta exigencia física y emocional como es el posparto. Una acotada vinculación social también limita el enriquecimiento simbólico que transforma las RS, puesto que éstas se nutren de nuevos contextos y experiencias, incorporando primeramente al sistema periférico las nuevas prácticas (Flament, 2001), en cuya primer periferia y más cercana al núcleo se ven los motivantes del uso de PPL ya expuestos.

Es interesante también ver qué elementos subyacen a la enunciación subir de peso, siendo el peso una dimensión valorada desde un enfoque salubrista pero que se ha colado en el saber cotidiano cobrando gran importancia y posiblemente generando muchas veces preocupación en las madres. ¿Por qué la lactancia no sería por sí sola suficiente para que el niño suba de peso?. Si naturalmente la fisiología permite que la producción de leche sea suficiente para la supervivencia de la especie, en detrimento incluso del estado nutricional de la madre de ser necesario (Asociación Española de Pediatría, 2014). Se observa entonces una irrupción del conocimiento científico en el pensamiento común, pudiendo provocar modificaciones en las prácticas que repercuten de manera negativa en la lactancia, por el uso incipiente de la mamadera y el riesgo de sobrealimentación asociado al uso de PPL (AAP, 2012).

De la lectura de la zona de contraste se destacan algunos elementos que afirman las ideas planteadas y que por su ubicación se configuran como importantes para un pequeño

grupo de las adolescentes participantes: *“llenar al bebé, bajo peso, por necesidad, complementar, vitamina, sustituye y no me gusta”*. Para este grupo, los PPL son un recurso que ayuda en la alimentación del lactante y sustituye la LM, aún así mencionan una valoración negativa de que no son del agrado. Estos aspectos complementan los esbozados en la primera periferia (Wachelke e Wolter, 2011). Recordando que el contexto socio-histórico es influyente de las RS (Jodelet, 1986), es probable que el marketing que se ha desarrollado en las últimas décadas en torno al uso de PPL (Rollins et al. 2016), sumado a la alta indicación médica de los mismos, hayan propiciado un sentir necesario de los mismos entre el grupo de adolescentes madres, y que a pesar de que existan circunstancias que requieran del uso de los preparados, los mismos sean considerados como necesarios en situaciones en la cuales podrían prescindirse.

Es interesante detenerse en la mención “vitamina”, ya que la acepción científica refiere a un nutriente que debe ser aportado por la dieta puesto que no puede ser sintetizado por el organismo siendo que su función es esencial para el correcto funcionamiento fisiológico, en el caso de un niño para el crecimiento y desarrollo. Curiosamente se asoció el término “vitamina” a los PPL pero no a la LM, lo que puede estar reflejando la incidencia del mencionado marketing y los medios de comunicación en el saber común de este grupo de adolescentes. Girona (2015) identificó que las madres al hablar de la alimentación infantil muchas veces se refieren a las vitaminas sin saber qué son exactamente, asociando su presencia a la percepción de alimento saludable, y emergiendo así entre sus representaciones como impulsor para la selección de alimentos. La autora entiende que esto puede deberse a la elevada importancia que las campañas de marketing han adjudicado a los alimentos enriquecidos con dicho nutriente, lo cual es posible suceda también para el caso de los PPL motivando su uso.

## **5.4 Análisis de las RS sobre la práctica de lactancia desde el enfoque procesual**

Con la información recabada en las 19 entrevistas se procedió a realizar la interpretación del discurso de las madres adolescentes mediante el análisis cualitativo de contenido identificando categorías y subcategorías, como fue detallado en el apartado metodológico. Mayring (2000, párr. 4) dice que:

El análisis cualitativo de contenido se define a sí mismo dentro de este marco de trabajo como una aproximación empírica, de análisis metodológicamente controlado de textos al interior de sus contextos de comunicación, siguiendo reglas analíticas de contenido y modelos paso a paso, sin cuantificación de por medio.

Posteriormente se optó por el uso del modelo COM-B (Michie et al., 2011), que propone a través de tres dimensiones identificar los factores de capacidad, motivación y oportunidad en torno al objeto de estudio, que puedan configurar un cambio de comportamiento. Se presenta a continuación (Tabla 6) el detalle de las categorías y unidades temáticas identificadas que hicieron posible emerger el contenido y los significados de los entramados discursivos de las adolescentes en relación a la LM.

**Tabla 6**  
Lactancia materna y los componentes del modelo COM-B

<b>DIMENSIÓN</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>SUBCATEGORÍA</b>
MOTIVACIONES	Vivencias y reflexiones en torno a las maternidades y lactancias	Naturalización del rol materno y la lactancia
		La abnegación de las madres
	Emociones vinculadas a la lactancia materna	El deseo de amamantar y el amor maternal
		Miedos e inseguridades
		Enojo
		Vergüenza
Uso por conveniencia	PPL es más práctico	
	LM es más práctica	
Vínculo mamá-bebé	LM favorece el vínculo	
	PPL no favorece el vínculo	
APTITUDES	Conocimientos y percepciones	Conocimientos sobre composición y beneficios de la lactancia para el bebé
		Conocimientos vinculados a los beneficios de la lactancia para la mamá
		Conocimientos de los PPL y sus beneficios para los bebés
		Conocimientos y percepciones sobre desventajas de los PPL
Dificultades físicas y psicológicas en la práctica de lactancia	Dolor e incomodidad de amamantar	
OPORTUNIDADES	Procesos de enseñanza-aprendizaje y en torno a la práctica de lactancia materna	Entre adolescentes madres
		Transmisión madre-hija
		Entre mujeres cercanas
	Apoyo para amamantar	Apoyo social
		Lactancia solidaria
		Importancia del apoyo según las adolescentes
		Apoyo de la pareja
	Espacio socioeducativo	Apoyo emocional
Orientación y apoyo para la lactancia materna		
Sector salud	Orientación y apoyo en torno a la práctica de lactancia	
	Intervenciones médicas en torno a la alimentación del bebé	

*Fuente: elaboración propia*

### 5.4.1 Motivaciones para la LM de las adolescentes madres

En relación a los objetivos de la investigación y a través de la pauta de entrevista se indagó en las entrevistas acerca de las percepciones, creencias y experiencias que tienen las adolescentes madres en torno a la LM, y de qué forma éstas protegen o perjudican la LM. En esta primera sección se identificaron cuáles son las motivaciones psicológicas y afectivas, tanto reflexivas como automáticas, que las adolescente comparten. Las cuales orientan sus comportamientos y circunscriben la práctica de LM, así como también los determinantes socio-culturales e históricos que subyacen a las RS de estas adolescentes.

### Vivencias y reflexiones en torno a las maternidades y lactancias

#### *Naturalización del rol materno y la lactancia*

Algunas adolescentes viven la lactancia con naturalidad, la definen como humana y normal. La naturalización de la maternidad y la lactancia se acuña en los estereotipos de género que asocian el ser mujer con el ser madre. Se coincide con Amorín et al. (2006) en la idea que sostiene Eva Giberti (1992): "...la palabra maternidad funciona como matriz del ser mujer y se instala como matriz ideológica" (p. 174). Estos autores encuentran que dicha idea se reitera e insiste en el discurso adolescente según su estudio realizado en estratos medio y bajo de Montevideo. Es posible observar continuidades en los discursos de adolescentes casi veinte años después:

...porque te sale como amamantar, ser madre te sale...(E8)

(¿y para tí qué es la lactancia, qué es amamantar?)...Nada, es lo normal no sé. (E25)

La actitud que tienen gran parte de las adolescentes en relación a la práctica de la lactancia orienta su conducta y las predispone favorablemente a la misma, entendiendo la actitud como un elemento psicológico que constituye una dimensión de toda RS. Si bien la noción de actitud se acuña en el campo psicológico, principalmente como respuesta emocional al hecho, se le adiciona un componente cognoscitivo y comportamental. Una de las funciones de las RS es por tanto orientar la conducta de los sujetos, en tanto son un saber práctico que mediante los procesos de objetivación y anclaje sirven de guía y justificación del comportamiento (Araya, 2002). Se observa en el siguiente fragmento del discurso de una mamá el proceso de anclaje mediante el cual se produce la naturalización de la lactancia en el grupo de adolescentes:

...y tipo es común porque vos ves a todas las madres y es común, entonces te acostumbras, todo el mundo acá me decía te vas a acostumbrar, te vas a acostumbrar, vas a sacar la teta en cualquier lado, te la va a pedir, y es verdad te la pide en cualquier lado. (E11)

Las RS cumplen una función identitaria en la configuración de los grupos, como conocimiento social que es compartido en torno a un objeto. Como explica Araya (2002), el grupo no se conforma estrictamente por el compartir determinadas RS pero éste frecuentemente define al grupo y se vincula con una memoria y con un lenguaje compartidos. Así lo afirma Jodelet (2007, p. 207): “Esto nos lleva a integrar los factores emocionales, identitarios, del lado de las tomas de posición ligadas a la inscripción social...y de las connotaciones que van a caracterizar, a partir de la pertenencia social, la estructura de las representaciones...”.

Continuando con el análisis, se encuentran matices debajo del manto uniforme que recubre “naturalmente” la maternidad, pareciera que desde épocas remotas el amamantar y criar niños, en definitiva el maternar y lactar, se erige de modos muy distintos en la vida de las mujeres de acuerdo a su nivel socioeconómico. Históricamente y al menos hasta la Edad Media los significados atribuidos al dar pecho incluían el envejecimiento y la caída de los pechos, consecuencias indeseadas por aquellas mujeres de clase social alta y de la nobleza que podían delegar la práctica en otras mujeres de estratos sociales bajos, para quienes el dar pecho significaba una forma de ganarse la vida a la que podían aspirar si cumplían los requisitos de buenas costumbres, buena salud y buen linaje (Hernández Gamboa, 2008; Rodríguez García, 2015). Mientras para algunas mujeres el amamantar se presentaba como la posibilidad de elegir, para otras era un destino incuestionable y honorable, signado por la solidaridad y el altruismo (Massó Guijarro, 2013). Para las adolescentes la maternidad es muchas veces el proyecto de vida, acentuándose esto de acuerdo al NSE bajo que caracteriza a esta población, y perpetuando la concepción hegemónica que asigna segmentariamente el ámbito privado vinculado a las tareas de reproducción a las mujeres (López Gómez y Varela Petito, 2016).

Las RS de los sujetos como actores sociales sobre un objeto, hacen eco de las normas e ideologías en consonancia con el lugar o posición social que ocupan (Jodelet, 1986), es así que estas adolescentes naturalizan la práctica de la LM como mujeres, madres, de nivel socioeconómico bajo. Como dice Aiscar (2005, p. 16) parafraseando a Paez, D y Ayestarán, S, (1987):

Si bien la relación entre conducta y estereotipo no es mecánica y está mediada por una multiplicidad de fenómenos, la identidad estereotipada tiende a desarrollar entre los miembros de un grupo “una percepción de destino común, e, inversamente, el exponer a sujetos a un destino común (...) tiende a crear una conciencia de ser miembros de una misma categoría.

Llegada la Edad Media y con el hallazgo de que algunas enfermedades podían ser contagiadas a niños a través del pecho, el poder médico-científico y jurídico se encargaron del adoctrinamiento moral considerando a la mujer un ser ignorante y caprichoso (Rodríguez García, 2015). Según Barrán (1992) el higienismo se encargó de esto: “La Medicina oficial del novecientos hizo propaganda por el amamantamiento materno como único seguro para la salud de los hijos...” (p. 77). La concepción del binomio mujer-madre trae aparejada también la idea del instinto maternal, que estratégicamente los discursos dominantes han sembrado para hacerla real, como refieren Amorín et al. (2006) parafraseando a Badinter (1981, p. 175):

Ha sido entonces el imaginario social que ha construido la representación de la maternidad como un “instinto”, esto es como un patrón de conductas y sentimientos universal, ahistórico, atemporal, que se repite siempre igual a sí mismo más allá de la singularidad de las mujeres. Será “natural” entonces que todas las mujeres quieran tener hijos, los amen y los protejan.

Y será natural que los amamanten también...

...es super cómodo igual, porque es como humano tomar teta...(E20)

...yo siempre estuve como preparada y ya sabía cómo manejarme...y más de chiquita siempre viendo todo, ya sentía como que ya estaba preparada. (E9 )

Las representaciones que las adolescentes asocian al ser madre y amamantar se nutren de los modelos que las preceden dado el carácter histórico de éstas, dando “permanencia como huella de la memoria colectiva” (Banchs, 2007, p. 226).

### *La abnegación de las madres*

En este sentido y continuando con los significados y vivencias en torno a la LM, se observa como esta naturalidad descrita primeramente conlleva otras subjetividades enunciadas posteriormente por las adolescentes:

...cuando ya tenía 5, 6 meses por ahí ya me sentía cansada, me tenía que despertar de noche...me tenía que sentar, despertarme a cualquier hora, pero ta, es el trabajo de madre y lo tenés que hacer. (E8)

Si, pero me dolía y ta. Por más que me dolía le tenía que dar teta igual...(E17)

Estos fragmentos demuestran la resignación de las adolescentes ante apreciaciones negativas vinculadas a sus experiencias de lactancia. La idea de la “buena madre” que debe resignar sus propias necesidades y sentirse ante las necesidades de su hijo. Una institución que contribuyó especialmente a gestar esta idea fue la iglesia, que en la Edad Media promulgaba el amamantamiento abonando la idea de que las mujeres que lo practicaban habían sido bendecidas por Dios dotándolas con el estatus de “buena madre” (Cagnolati, 2013), siendo la leche el símbolo de la devoción materna (Knibiehler, 1993). Otra institución influyente han sido las organizaciones de salud que desde un reduccionismo sanitarista se han esmerado en exaltar los beneficios nutricionales de la lactancia para la salud dejando a un lado las experiencias y vivencias de las madres (Perez y Moreno, 2017), que refieren a una concepción biopsicosocial del amamantamiento. Cristalizando así la idea de la buena madre sacralizada que entrega su pecho para el bebé, idea romántica de la “madre nutricia” según Rodríguez García (2015), que es producto del sistema patriarcal y capitalista que se encargó de ceñir a la mujer a una concepción reproductiva ligada a la esfera doméstica (Olza et al., 2017; Massó Guijarro, 2013). Así lo expresa Carril (2000, p.44): “La maternidad como meta suprema, prueba definitoria de la pertenencia al género femenino, garantía de su feminidad, conlleva las exigencias de altruismo, abnegación y sacrificio”. Esta abnegación se aprecia en las siguientes citas:

Si, me decían que el pecho le hacía bien, aparte evitaba más enfermedades. *(O sea, ¿vos seguiste dándole pecho por lo que te dijeron a pesar de que no tenías ganas en realidad mucho?)* Si. *(¿No le encontrabas placer al amamantar?)* No, me resulta muy incómodo. (E7)

Y no lo que te decía, los primeros días ahí sí, pero ahora no, estoy bien igual, ella la agarra y todo, ta me cansa un poco pero...me cansa y eso del cansancio y sueño, pero ta por ahora no tengo problema...Yo preferiría mira, en vez del complemento yo preferiría que me lastime a mí no me importa, si me tiene que lastimar la teta ta se me va a curar entendes, obvio ta no es que uno se tiene que aguantar pero ta prefiero en caso de eso, de darle complemento, prefiero darle la teta que me lastime a mí antes que meterle el complemento...(E22)

Pensar en maternidad-lactancia como conjunto históricamente asociado que conlleva la naturalización de la lactancia al punto de que se imponga la misma como una obligación materna y mandato social (Gimeno, 2018; Barrán, 1990), demanda problematizar la libertad de las mujeres de elegir si amamantar o no, en un marco de real autonomía y posibilidades (Massó Guijarro, 2015), lo que conlleva una responsabilidad social y colectiva (Perez y Moreno, 2017). Se cuestiona entonces el ejercicio del derecho de las adolescentes madres a decidir dar pecho o no, en un entorno que asesore sin enaltecer una opción en detrimento de otra, y que disponga los recursos necesarios para asegurar un acompañamiento oportuno, en el entendido de que la lactancia es un derecho de niños y un asunto de salud pública (OMS y UNICEF, 2019) y no de la esfera de lo privado y doméstico. Así mismo, se debe considerar el derecho de los niños a recibir una alimentación saludable y nutritiva, para lo cual es clave la toma de decisiones informadas por parte de las madres. Como dice Labbok (2008, p. 81):

Dado que la lactancia es un derecho del niño, le corresponde a la madre realizar esa tarea...Sin embargo, desde el constructo de los derechos, a la madre sólo se le puede pedir que acepte esa tarea si el resto de la sociedad le apoya en ello. Por lo tanto, es responsabilidad de la familia, de los lugares de trabajo, de los servicios de salud, y de la sociedad en su conjunto asegurarse de que cada madre tenga todo el apoyo y facilidades que necesite para poder amamantar. Los culpables de que las madres no logren amamantar son la sociedad, los sanitarios y los legisladores.

### *El deseo de amamantar y el amor maternal*

Si nos centramos en las apreciaciones que las entrevistadas manejan en torno a la LM, es posible observar una ambigüedad emocional en relación a dicho fenómeno tal como menciona Girona (2022) en su reciente estudio sobre LM en madres y abuelas. Dichas contradicciones son esperables puesto que las RS son estables y rígidas a la vez que móviles y flexibles, permitiendo así que los sujetos integren a las representaciones que culturalmente los preceden las experiencias presentes que los interpelan, haciendo posible resignificar dichas representaciones. En relación a los significados que las adolescentes otorgan al inicio de la entrevista a la práctica de amamantamiento emerge la idea del amor, el cariño y el disfrute:

Lo mejor que puede sentir una mamá es dar teta, el cariño ese. (E8)

Amor y acurrucaditos, porque estamos bien apapachaditos. (E16)

...es como que, a mi me gusta dar teta, me gusta darle teta. (E20)

La RS de la lactancia en las adolescentes se identifican con el amor maternal, construcción social hegemónica en torno al ser madre, que como se mencionó anteriormente ha impregnado el imaginario social, lo que fue evidenciado también en las representaciones de madres adultas y abuelas (Girona, 2022). Así mismo, aparecen en los discursos de las adolescentes referencias al disfrute de la LM y otras sensaciones positivas que usualmente son referidas por las madres, especialmente a medida que se asienta la lactancia (Silva, 2000):

...(al principio) estaba centrada en el dolor. Ahora amamantando me siento cómoda. Y como felicidad, porque estoy haciendo algo bueno para ella.(E14)

Bien, aliviada bastante, aparte se dormía y ta a mi me gustaba dormirme con él y ta...(E32)

Las vivencias positivas se identifican como un factor protector para la práctica de LM, así como también lo es el compartir la experiencia con otras mujeres que amamanten exitosamente (Silva, 2000), lo que genera confianza y refuerza las apreciaciones positivas sobre la LM.

No sé, o sea yo veo a mi hermano tomar teta y él está chocho con su teta, y...o sea, sería una experiencia linda. (E4)

## **Emociones vinculadas a la lactancia materna**

### *Miedos e inseguridades, enojo*

Luego al profundizar en las experiencias y sentires de las adolescentes en relación a sus prácticas de lactancia emergen también vivencias negativas revelando la presencia de inseguridades y miedos:

Y o sea yo cuando quedé embarazada sinceramente no pensé que iba a dar teta, con el miedo que me decían que te lastima todo. (E8)

Y a lo primero yo no lo quería dar teta, me daba miedo en realidad, intente corte con diferentes métodos, viste con el intermedio...(E17)

Y porque a veces uno no sabe, uno que es primerizo no sabe como poner al bebé o da miedo...(E21)

Me da miedo que cuando le de teta le esté dando mucha teta y o sea le este dando mucha leche al bebé, de ahogarlo no sé...(se ríe)...Me da nervios!!...De cortarle la teta al bebé, o sea de pensar de tanto pensar que no me salga. (E13)

...lo que pasa que a veces estoy nerviosa llora mucho viste, o sea la otra vez cuando la fui a vacunar lloró mucho y entonces le di teta y no se calmaba y claro al ponerme nerviosa parecía que no me salía leche. (E5)

Los elementos que aparecen entre las inseguridades de las adolescentes tienen que ver principalmente con la inexperiencia de la madre primeriza, la que a su vez se profundiza por la etapa del ciclo vital que se encuentran atravesando, signada por la inestabilidad emocional, las crisis y las búsquedas identitarias. Estas adolescentes de contextos de vulnerabilidad social que se encuentran en proceso de transición al mundo adulto, todavía continúan centrándose en la satisfacción de sus propias necesidades, por lo que presentan mayores dificultades que las madres mayores para empatizar con las demandas de sus bebés y sentirse capaces de darles respuesta (Marotta, 2017; Sena, 2014):

Y me enojaba, me ponía histérica, porque yo necesitaba sacarle la teta y ella hacía berrinche que quería y le tenía que dar, por más que decía no no tengo ganas de darle, le tenía que dar igual, porque la mema no me la quería agarrar. (E17)

Varios estudios arrojan evidencia sobre las exigencias que se plantean en el puerperio y la necesidad de un sostén emocional para afrontar los miedos e inseguridades (Aragón et al., 2015; Cabral y Levandowski, 2012; Forero et al., 2013; Pinilla Gómez et al., 2014). Los siguientes fragmentos muestran como los consejos e incluso el “aval” médico de que se puede amamantar no son suficientes para que la madre se sienta segura y viva con éxito la lactancia:

Y ya también me controlaban los pechos para ver si estaba todo bien, y ta ahí me dijeron que eran unos pechos perfectos que tenía bastante leche, bien de bien eso me dijeron que ta, hasta como los 5 meses a mi me salió leche...pero yo era la que sentía que él se quedaba con hambre, que sentía que no no...(Tenías inseguridades.)...Sí ahí va. (E15)

...mal porque no se si me sale la cantidad, porque nadie esta en mi cuerpo, no se si me sale la cantidad que me tiene que salir...(Estas insegura.)...Claro, por ejemplo yo agarro una pezonerita y me sacó y me saco esto, nada.Y ta y no se...Dicen que con un poquito se enllena con un poquito, pero él no se enllena con nada. O mi agujero esa mal o no se (se ríe)...(¿Y te angustia el tema de no poderle dar, de pensar que no se llena?)...Si me pone mal, porque yo le doy, le intento darle, intento darle, y no veo como otras madres eso. (E11)

Se refleja en estos pasajes como la autopercepción materna de ineficacia para amamantar al bebé inhibe la LM a pesar de que dicha creencia no tiene fundamento empírico que afecte

dicha práctica. Son estos mecanismos automáticos que empapan de inseguridades las vivencias en torno a la LM los que deben atenderse y priorizarse desde los estudios científicos hasta las políticas de promoción de la LM, para procurar el éxito de la misma.

### *La vergüenza*

Otra reacción emocional representada por las voces de algunas adolescentes es la vergüenza de amamantar delante de otros, siendo esta una limitante para dicha práctica que se asocia con la connotación sexual de los pechos según Perez y Moreno (2017). Los siguientes fragmentos lo ilustran:

Donde hay mucha gente no me gusta...(E16)

Fue bien, o sea, lo primero un poco de vergüenza...Porque la gente, o sea toda la gente te queda mirando.... A veces la gente te mira y piensa que vos estás mostrándole la teta o algo, pero no, estás amamantando a tu hija. (E5)

No con la lactancia era yo sola, porque yo para amamantar me encerraba en mi cuarto, o muy pocas veces daba adelante de todos...(¿Te generaba alguna incomodidad?)...Si claro, porque vivía la pareja de mi tía y yo sentía como que incomodidad. (E8)

Estos sentimientos de pudor y vergüenza referidos por algunas mujeres, según Moreira (2021) responden a construcciones sociales. Ante lo cual es preciso preguntarse si el pudor que fue impuesto a las mujeres históricamente por la religión a partir del S. XVI no opera sobre esta construcción subjetiva, en tanto fue prohibida por la Iglesia Católica la imagen de los pechos desnudos de María a partir del Concilio de Trento (Rodríguez García, 2015). Es posible que esta vergüenza también sea consecuencia de la disociación del deseo sexual y el ser madre (Olza et al., 2017) que se instala a partir del siglo XIX. Knibiehler (1993) se refiere a esto en su obra como la separación de dos esferas en relación a la sexualidad y la procreación de las mujeres: “Las madres educadas en el desprecio de su propio cuerpo y en la vergüenza de su sexo...” (p. 30), quienes de niñas eran consideradas “puras” (al decir de la autora) en relación a su calidad de vírgenes. Y afirma: “Para la niña inocente el pudor se convierte en una suerte de hábito...” (p. 32). Luego en la juventud se trataba de postergar el deseo sexual, paradójicamente en una etapa vital de cambios hormonales y maduración de los órganos sexuales. Hace eco de esto el pensar que

...Las representaciones se construyen sobre un fondo cultural común, que nos precede, está allí antes que nosotros; pero en virtud de la velocidad con que se mueven hoy informaciones y conocimientos no tienen tiempo de cristalizar...sino que son altamente dinámicas. (Banchs, 2007, p. 226)

De este modo, las adolescentes toman y resignifican este pudor de mostrar la teta. Y si bien algunas se amarran inicialmente a éste y naufragan en la vergüenza acudiendo a soluciones alternas como los PPL, otras demuestran poder trascender este sentir y darle un nuevo significado:

Bien, antes si, antes cuando estaba embarazada decía que vergüenza dar teta, que extraño. (E11)

Al principio era muy vergonzoso, porque ta no, mi hermana no tenía vergüenza por ejemplo, ella sacaba la teta igual en la feria, y yo no. Yo siempre salía, cuando salía salía con una mema de complemento aunque no se lo estaba dando mucho solo cuando salía. (E20)

### *El agobio*

Otro sentimiento emergente fue el agobio que puede generar el amamantamiento y las exigencias asociadas a este, así lo revela el siguiente pasaje:

Si. Porque yo le dije que ta pasaba todo el día prendida porque supuestamente los primeros tres meses pasan así, ta igual es verdad porque ta todo el mundo te lo dice que hasta los 3 meses que es como un fastidio...no puedo hacer nada, no puedo ir al baño, no puedo hacer nada, no puedo sentarme tranquila a tomar un mate, ta ya nada es como antes que vos podés estar tranquila y todo...(E22)

Tal como menciona Girona (2015, 2022) algunas mujeres sin distinción de edad y tiempo viven la lactancia como una experiencia de alta demanda que les genera mucha presión y sensación de agobio, lo que se vincula a la inexperiencia y falta de apoyo efectivo. Ambos factores han sido identificados en la bibliografía como elementos de riesgo para el sostén de la LM en adolescentes (Aragón et al., 2015; Cabral y Levandowski, 2012; Forero et al., 2013; Pinilla Gómez et al., 2014).

### **Conveniencia**

#### *PPL es más práctico*

Se confirma en el relato de algunas adolescentes como la vivencia de agobio e inquietudes y el dolor asociados a la LM puede conducir a la introducción de PPL:

Y pa mi que por un lado sería una ventaja porque deja un poco el pecho, y ta...Claro. Que no esté tanto pegado a vos. (E6)

Si a veces tiene mucha hambre y pasa todo el día enchufado, y yo tengo que hacer algo, tipo le encajo el coso (se refiere al PPL) y se enllena y se duerme, cuando tengo que hacer algo tipo limpiar o..sino pasa todo el día enchufado. Y si yo me levanto de la cama se despierta. (E11)

...la ventaja es que no es doloroso porque no es doloroso para vos. (E25)

De igual modo, la preocupación por llenar a su bebé también motiva la decisión de utilizar PPL:

Y que es una ayuda más. Y si, así por lo menos tengo repuesto (se ríe)...Y si para mi, porque claro yo a veces me pongo medio nerviosa porque no me sale leche, entonces me ayuda a que ella se enllene. (E5)

Este sentir necesarios los PPL podría estar tornando una práctica más habitual de solicitar en la consulta pediátrica los preparados ante la mínima inseguridad con la lactancia, retroalimentando la tendencia elevada a indicar PPL de los profesionales de la salud (MSP, UNICEF, RUANDI, 2020). Franco-Ramirez et al., 2018 mencionan la creencia entre las adolescentes de que su leche es insuficiente para satisfacer al bebé. Así mismo esta idea se puede ver también en el enunciado de una de las adolescentes del presente estudio al respecto del uso de los preparados para satisfacer al bebé:

Y yo la pase mal porque sentía que era por mi que no se alimentaba, que era por mi culpa, pero no, ta después cuando me tranquilice me empezó a salir más...a mi me sirvió porque yo no pude me sentía mal y tuve el complemento ahí para darle esos días...Me parece bien, me parece bastante bien, porque hay mamás que no les sale leche cuando nace o les deja de salir y lo tienen que alimentar al bebé. (E19)

### *LM es más práctica*

A pesar de esto, las adolescentes también reflexionan en torno a la LM como una práctica conveniente en relación al uso de PPL:

A lo primero yo me había acostumbrado a darle teta, y corte yo veía que tenía hambre y por ej. demoraba en hacerle la mema, y digo si le siguiera dándole la teta no demora ni a palos todo este tiempo. (E17)

...una ventaja ponele es que vos te acostas a dormir y ella te pide leche y ya le das la teta, no tenes que levantarte a hacer la mema, y si salis a algún lado también, te llegas a olvidar si tomaría mema, le ...das la teta y ya está, no precisas andar haciendo memas ni cargar con la mema. (E9)

...la ventaja esa, que si no tengo una leche lo alimento con eso, si no tengo complemento, lo alimento con eso. (E8)

Y bueno yo estoy contenta de dar teta que andar con mema toda cargada con agua caliente, no solamente eso sino que un movimiento mal lo pueda quemar a él, y ta entonces no, es mucho más fácil sacar la teta y darle...(E21)

Estos fragmentos dan cuenta de cómo las adolescentes catalogan de práctica y cómoda a la práctica del amamantamiento, siendo en efecto las RS categorías que permiten clasificar las circunstancias, una manera de interpretar la realidad cotidiana, una forma de conocimiento social (Jodelet, 1986).

### **Vínculo mamá-bebé**

*LM favorece el vínculo vs. PPL no favorece el vínculo*

Al continuar profundizando en cuáles son las motivaciones que favorecen la LM, se identificaron en los discursos de las adolescentes múltiples referencias al vínculo materno con el bebé. Se menciona el alimentar a su hijo, la conexión, el mimo, el juego y el brindar afecto y calma como parte del mismo. Las siguientes frases lo testimonian:

Yo le estoy dando alimento al bebé, yo siento eso...(E8)

Es la conexión, para mi significa la conexión del bebé y la madre. Es lo más lindo de la lactancia. (E14)

...cuando el bebé está en la teta es cuando siente el contacto con la madre. (E29)

...la mueve, la toca, la mira, juega, pero toma. (E21)

No a veces juega no más, ponele a veces viene de lo del padre y ella me extraña mucho y yo le doy un poquito de teta así por darle no más...como te dije le das calor, lo tenes al lado, cariño...(E9)

Y si porque es un mimo también. (E17)

...O cuando se quiere dormir o esta muy quejoso así que no se calma con nada ta teta...se dormía y ta a mi me gustaba dormirme con él y ta. (E32)

Se ve en los fragmentos presentados como las adolescentes refieren a las distintas dimensiones que componen a la práctica de la LM, contemplando el hecho alimentario en sí

mismo, la interacción socio-cognitiva que representa para el bebé el tocar y jugar con la teta, y la dimensión psicológica y afectiva como favorecedora del vínculo madre-hijo, y el compartir cariño satisfaciendo emocionalmente a ambos. Elementos que promueven el desarrollo del bebé en múltiples sentidos y el desempeño del rol materno a la vez. Las adolescentes reconocen que a través de la teta se pueden satisfacer necesidades y deseos del bebé, dando cuenta de la intersubjetividad que comienza a ponerse en juego en esta primer relación que entabla el ser humano luego de nacer:

Entonces es re cómodo dar teta porque no tenes que estar preparándola ni nada, ya sale como a su gusto, tibia, y ya se las das. (E20)

Un cariño para él porque no solo lo usa para alimentarse sino es un mimito que ellos tienen para estar cerca de las madres, por ejemplo mi hijo lo usa para dormir nada más y él se siente protegido con la teta porque ve la teta y se le olvida el mundo. (E32)

En relación a esto, algunas adolescentes consideran que la alimentación con biberón no presenta las mismas atribuciones para el desarrollo del vínculo madre-hijo:

...me hubiese gustado darle, porque yo veo a todas mis compañeras que le dan teta a los bebés y viste a veces no se cuando salís a pasear o vas en el bondi y ella llora, ¿cómo la calmamos?. (E4)

...y no se como que para mi agarran mucho más afecto a la madre, que la quieren más y todo, corte yo no me sentía muy querida por el bebé porque no lo tenía acá en el pecho ni nada y esas cosas, pero siento que sí es importante la lactancia del pecho. (E15)

El vínculo emocional que representa la lactancia entre mamá y bebé y el desarrollo del apego, descrito por Bowlby (1990) como el lazo afectivo que un sujeto forma entre sí y un otro, implicando múltiples beneficios en su personalidad futura, aparecen integrados en las representaciones de las adolescentes. En este sentido, es a través del proceso de objetivación que primeramente integran un concepto abstracto y lo concretizan a través de experiencias e imágenes, proceso por el cual las personas se familiarizan con conceptos abstractos como el amor y el cariño, que tan presente se encuentra en los discursos analizados aquí (Araya, 2002). Mediante la objetivación las adolescentes construyen un núcleo figurativo (Moscovici, 1979) que se compone de imágenes, elementos concretos a los que se atribuye el significado abstracto permitiéndolo representar de manera icónica. Así pues, hacen referencia a la imagen del bebé en el pecho de la mamá, del contacto de los cuerpos, del bebé tocando la teta y jugando con ella, el bebé durmiendo en el pecho de su mamá. A partir de las vivencias y experiencias que las adolescentes integran en la periferia

de sus RS, las comparten, y realizan el anclaje del concepto de apego referido en el vínculo mamá-bebé como constituyente de sus RS en torno a la LM. La integración de la dimensión vincular se comporta como un factor protector de la LM, es a través del anclaje que los elementos (conexión, amor, juego) integrados a la representación son utilizados por este grupo de madres para guiar sus interacciones sociales y los procesos de comunicación en torno al objeto de estudio.

Es preciso resaltar que para estas adolescentes madres pareciera no existir una posibilidad alterna a la LM para establecer el vínculo mamá-bebé que favorezca de igual modo el desarrollo del apego, generando una exigencia más para las mujeres madres en torno a la LM. También es interesante cuestionarse si existe otro sujeto que pueda satisfacer las necesidades emocionales del bebé. Ante estas interrogantes parece haber algunas pistas desalentadoras, en tanto Amorin et al. (2006) refieren que:

...la figura de la madre adquiere centralidad y a la maternidad se le incorporan nuevos deberes que van más allá de la gestación, el alumbramiento y la lactancia. Se amplifican y magnifican el papel y función de las madres: deberán ser las “guardianas del hogar”, responsables del cuidado, el desarrollo emocional y la formación intelectual de los hijos. (p. 149)

Y los autores luego lo confirman a través de las voces de las adolescentes, quienes refieren a la imagen de la madre impregnada de atributos como: disponible, comprensiva, cariñosa, y capaz por naturaleza de responder a las demandas en todo momento, siendo catalogada de mala madre aquella que se aparta de dicho modelo mandatado. En este contexto se mueven las representaciones de las adolescentes madres en torno al “ser” madre y como tal dar el pecho, cualidades aparentemente ineludibles para el desarrollo de un nuevo sujeto, su hijo.

## 5.4.2 Aptitudes de las adolescentes en torno a la LM

Dentro de la dimensión aptitudes o capacidades definida para el análisis se encuentran los conocimientos y percepciones que tienen las adolescentes y que pueden incidir en la práctica de LM, puesto que desde la TRS: “La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social...”(Moscovici, 1979, p. 17-18).

### Conocimientos y percepciones

#### *Conocimientos sobre composición y beneficios de la lactancia para el bebé*

Se identificaron en los discursos de las adolescentes saberes relativos a la composición y los beneficios de la LM para la salud y desarrollo del bebé en relación a otro tipo de alimento como los PPL, en donde la leche materna se define como superior. Los siguientes fragmentos refieren a la función inmunitaria de la leche que evita enfermedades al bebé, al adecuado crecimiento y aumento de peso que propicia la leche materna, así como al desarrollo físico e intelectual que es posible gracias a la lactancia:

La leche para la bebé, la leche que sale del pecho. Para que ella tenga fuerzas, o sea, todo lo que uno tiene, o sea lo que pasa son las defensas, para que ella tenga con qué defenderse. (E5)

...eso me lo han dicho muchas veces, y que le paso mis defensas. (E20)

Si que no se enfermen, que están bien protegidos...y que dicen que supuestamente si le das teta al bebé no tiene tantos riesgos como darle complemento, no se te enferma como quien dice. (E17)

...la ventaja que él tiene es que puede crecer mejor y con mucho más salud...Que pienso, que a mi no me gusta (en referencia a los PPL), que para mi punto de vista no me convence, no lo llena como la teta y no lo engorda tampoco como la teta...(E25)

Que no es igual, no es lo mismo, el complemento te enllena si, te deja chanco pero tipo solo te enllena no tiene todos los nutrientes que tiene una teta, porque una teta tiene todos los nutrientes para un bebé...Y dando teta ya es más sensible el bebé, digo yo...Sensible, tipo es más tipo no va a ser como un niño que toma todos los días complemento a no darle teta, pienso yo, las neuronas le van a caer a un niño que toma complemento, porque yo he visto niños con 1 año no te camina y le dan complemento, cosas así. (E11)

Se entretajan en los conceptos teóricos evidenciados relativos a la salud significados atribuidos a la lactancia que giran en torno a la alimentación y nutrición, el cuidado y desarrollo del bebé, ejercidos por la madre como proveedora suprema del bienestar del bebé a través de la lactancia, percepciones influenciadas por la presión cultural hacia dicha práctica (Girona, 2022). Este conocimiento del sentido común al que responden las RS de las adolescentes expresa sus creencias, valores, actitudes y opiniones en consonancia con las normas sociales que las continentan. Al decir de Banchs (1986, citado por Araya, 2002):

...en sus contenidos encontramos sin dificultad la expresión de valores, actitudes, creencias y opiniones, cuya sustancia es regulada por las normas sociales de cada colectividad. Al abordarlas tal cual ellas se manifiestan en el discurso espontáneo, nos resultan de gran utilidad para comprender los significados, los símbolos y formas de interpretación que los seres humanos utilizan en el manejo de los objetos que pueblan su realidad inmediata. (p. 28)

Las adolescentes tienen incorporado elementos del saber médico y científico que emergen cuando se las interroga sobre las ventajas o beneficios de la LM para el bebé, los cuales son anclados en la comunicación social e integrados con las experiencias propias y cercanas implicadas en la construcción de las representaciones de la LM.

...o sea por lo que yo he escuchado, me guío por lo que he escuchado por gente grande dicen que los niños salen mucho más inteligentes por la leche del pecho, o sea que esa leche no es tan buena, la del complemento. Igual mi hijo gracias al complemento salió bien fuertecito y todo no, porque él de peso siempre estuvo bien, nunca estuvo mal de peso ni nada, y yo me imaginaba siempre imaginé que fuera el complemento, o sea que el complemento es un alimento que tiene muchas cosas para mi no...o sea ellos mismos (refiere a los médicos) dijeron que los niños salen más fuertes, más inteligentes con la leche del pecho viste, pero ta no nunca pregunté qué había de malo en eso (en referencia al complemento). (E15)

Las representaciones son sociales y como tales deben ser comprendidas en un determinado contexto histórico y cultural, son creencias y valoraciones (Moscovici, 1979) que las adolescentes realizan acerca de la LM y los beneficios para la salud, "...se puede entender que la relación que tiene el grupo social con el objeto de representación depende del contexto social, cultural, histórico, comunicativo y pragmático que comparte el grupo" (Pereira de Sá, 1998, p. 25). Éstas han sido impregnadas por los discursos y mensajes promotores de la LM de las últimas décadas, así como también influidas por los procesos de comunicación e interacción social más próximos como ser los espacios socioeducativos de los que participan las adolescentes, donde de hecho se desarrollan instancias de promoción de la LM. Así lo afirman Rateau y Lo Monaco (2013): "...ya sea que se trate de asociaciones,

de clubes, de organizaciones profesionales, de partidos políticos o de redes sociales, nos llevarán a modelar nuestra percepción del contexto” (p. 24). Los siguientes fragmentos revelan el mencionado proceso de comunicación social:

...y tiene muchas más vitaminas que una leche de vaca creo, y es mucho mejor, más sano...Y aparte justo con las medidas reguladas de agua, grasas...(Ah veo que estuvieron estudiando por acá!)...Siempre porque no me acuerdo si fue (douglá) o alguien pero se que me lo habían dicho y yo veía la mamadera y veía que estaba de distintos colores y yo pregunte y no me acuerdo porque se habían separado. (E9)

Ah y de que si vos pensas que no te va a salir, lo que estaba hablando (doula) recién en el taller, de que si vos pensas que no te va a salir es obvio que no te va a salir porque vos manejas tu cerebro con la teta, algo así era la imagen que ella nos mostró, que tenemos que pensar qué le íbamos a dar la teta que iba a salir. (E13)

Me habían dicho algo de eso, creo que era por los dientes o algo así no sé, por el calcio o el hierro del bebé...acá también con (douglá) que también te explica. (E6)

#### *Conocimientos vinculados a los beneficios de la lactancia para la mamá*

Si bien aparecen múltiples referencias a los beneficios de la leche materna para el bebé, son escasas las menciones a los beneficios que representa la lactancia para la mamá. Las siguientes respuestas a la pregunta: ¿y para la mamá te parece que tiene alguna ventaja el amamantar? lo evidencian:

No. Si hay, no lo sé. (E6)

A mi me parece que no, porque a mi no me hace nada. (se ríe). No hay ningún beneficio. (E19)

...para mi no tiene ninguna ventaja, que yo sepa no existe alguna ventaja para la mamá. (E25)

Supuestamente te hace bajar de peso (se ríe), y yo creo que a mí si porque creo que no es a todas, pero a mi si me está haciendo bajar. (E14)

¿A la mamá? Si que te adelgaza. (E17)

Son acotadas las referencias a los múltiples beneficios que la lactancia representa para las madres tanto a nivel nutricional como para su salud física y mental, dejando en evidencia una vez más la preeminencia del ideal de buena madre que se sacrifica para la satisfacción de las necesidades de su bebé sin percibir ningún beneficio para su salud de esta práctica.

## *Conocimientos de los PPL y sus beneficios para los bebés*

Entre los conocimientos que circulan en las adolescentes aparecen también aquellos vinculados a los PPL, y tal como advierten algunos autores las madres identifican a éstos como complementarios a la lactancia (Franco-Ramirez et al., 2018) y no sus potenciales riesgos para la salud de sus hijos/as (Ares et al., 2020).

(¿Y en qué momento recuperó el peso?)...Cuando empezó a tomar complemento más seguido. Porque mi pecho no lo alimentaba...(¿Y alguna desventaja, algo negativo le ves o no?)...No, no le veo nada porque por algo lo mandan los médicos pienso yo no. (E8)

No sé, para mi se la dan por el tema de que no se pueden llenar con los pechos porque he visto, y mi madre sin embargo con mi otro hermano más chico que tiene 3 le ha dado complemento porque no se ha llenado...Creo que es mejor. Porque los llena más. Quedan más llenos. (E6)

Y que es re bueno para ella, porque ella con el complemento se vino arriba. (E4)

Así mismo se observa como trasfondo que la principal motivación para el uso de PPL es la preocupación vinculada al aumento de peso aunada a la percepción de que la leche materna es insuficiente o que no satisface al bebé. Este aspecto resulta de importancia dado que en las últimas encuestas nacionales se reveló que la principal causa de destete es la concepción de que la leche materna es insuficiente (Carrero et al., 2020; Garibotto et al., 2020), lo cual persiste desde 1999 a la actualidad y permanece como una continuidad en las representaciones de las madres sobre la LM. Históricamente ha estado presente esta idea de que no todas las mujeres producen suficiente leche o leche de buena calidad, de hecho se realizaban pruebas a las mujeres que aspiraban a ser nodrizas para controlar la calidad de la leche (Rodríguez García, 2015), lo que confirma que a pesar de los esfuerzos políticos, médicos y sociales por promover la LM desmitificando esta creencia, las RS de las mujeres en torno a dicha práctica continúan atravesadas por la misma.

Otro aspecto interesante que emerge en los discursos de las madres son las menciones a la composición nutricional de las fórmulas, ya que las adolescentes refieren al aporte de micronutrientes fundamentales para el crecimiento y desarrollo de los niños de un modo más preciso al hablar de los preparados que cuando se refieren a la composición de la leche materna. Es posible que las campañas de mercado están mostrando su cuota de responsabilidad aquí (Rollins et al., 2016), sumado a la alta indicación de PPL por parte de los profesionales de la salud (Carrero et al., 2020).

Que son un alimento para los niños recién nacidos o bajo peso, que le sirve para alimentarse y que tienen hierro y proteínas para que crezcan y para que se le fortalezcan los huesos. (E17)

O sea que la leche vaca no tiene las vitaminas que tiene la leche de ella...la nutrilon viste, la de prematuro. (E4)

La información como componente de las RS es un conjunto generalmente desordenado de elementos que provienen de la comunicación social o bien de la propia interacción del sujeto con el objeto de representación, dimensión que se encuentra delimitada en cantidad y calidad por la pertenencia grupal y social (Moscovici, 1979). Es así que estas adolescentes de estratos socioeconómicos bajos producen en sus discursos sobre los PPL asociaciones de conceptos teóricos con experiencias propias de su entramado social, puesto que en la interacción verbal se encuentran construyendo activamente la imagen del objeto (Araya, 2002). Se muestran a partir de estos conocimientos con una actitud proclive a la utilización de PPL ante determinadas situaciones para las cuales resaltan sus beneficios.

#### *Conocimientos y percepciones sobre desventajas de los PPL*

Hasta aquí se mostraron las apreciaciones positivas de las adolescentes en torno a los PPL, pero es preciso puntualizar que éstas también hacen menciones a algunas desventajas asociadas a su uso. Estas contradicciones fueron evidenciadas con anterioridad en un estudio reciente acerca de las RS de madres en torno a la LM y los PPL (Ares et al. 2020) donde se reflejaron heterogeneidades que abarcaban la idea de necesarios versus innecesarios así como atributos positivos y negativos. La principal desventaja mencionada por las adolescentes en torno a la utilización de los PPL es el enlentecimiento del tránsito intestinal del bebé, seguida de la idea de que los enferma y los engorda demás:

No son todos los bebés iguales, pero algunos bebés los seca de vientre, los hincha. (E7)

Y no se, pa mi estan mal, primero la teta, pa mi es mucho mejor la teta que un complemento...Y porque se escucha que los seca de vientre ta todo muy lindo pero sufren los bebés, porque se secan y sufren el no hacer caca, y ta para mi eso, ta todo muy lindo pero él también esta sufriendo porque sufrir para hacer caca no es fácil más un bebé. (E21)

...no siento que sean mejor que la leche materna...Y si no me equivoco a los bebés les puede dar diarrea y cosas así, no me acuerdo bien todo lo que puede pasar, pero hay cosas que les puede hacer mal pobrecitos. (E14)

...yo pienso también que si le das complemento, el niño te sale mal, te sale sin caminar, se te enferma, cosas así, yo pienso así no. (E11)

No sé, dicen que como mucho complemento engorda mucho al bebé..Supuestamente decían que yo nací re gorda, pero como me daban complemento era más gordita. (E13)

También destacan que no satisface las necesidades afectivas del bebé, que son desagradables, que desestimulan la LM y que además son difíciles de dosificar:

Es complemento, no es leche leche, es como algo raro, además es horrible esa leche...los otros días la probé y es horrible esa leche, amarga tipo rara no sé...Pero le hice una vez sola y como que lo vomita viste. No le gusta entonces ta. Claro pa mi que se dan cuenta, lo que es la teta y lo que es el complemento...antes que meterle el complemento que te baja que no se qué, que ya empiezan a mandarte más, prefiero darle yo leche yo de mi leche. (E22)

...no es lo mismo que darle vos misma de tu organismo y calor de pecho y todo de madre. (E9)

Capaz que, no se a mi no me paso, pero si conozco a mujeres que le dan complemento y le deja de agarrar la teta...(E19)

Y no se porque no me llevo con la leche en polvo, porque a veces te dicen que le das más menos. (E16)

En relación a los conocimientos que las adolescentes manifiestan en torno a los PPL se observa la influencia del discurso médico y los medios de comunicación, en tanto se ven incorporados aspectos técnicos en las representaciones de las adolescentes. Estos son integrados con el saber cotidiano y social mediados por las experiencias propias y cercanas, así como por los propios procesos cognitivos y afectivos. Se configuran entonces ideas, valoraciones y creencias cargadas de ambigüedad, que tanto alientan como desmotivan el uso de preparados de acuerdo a la situación, a lo que se quiera priorizar y elegir. En este escenario la inclusión de PPL en la alimentación de niños pequeños se rige por las diversas RS de las adolescentes para quienes las orientaciones fundadas en evidencia científica no son claras ni determinantes.

## **Dificultades físicas y psicológicas en la práctica de lactancia**

Es así que a pesar de las desventajas identificadas en los preparados, las adolescentes destacan su utilidad para situaciones en las que vivencian dificultades en la LM, como se mencionó anteriormente los preparados son percibidos como una ayuda que complementa la lactancia:

Creo que a veces hay madres que ta que no pueden darle pecho por alguna razón y esta bueno pero ta para mi no esta tan bueno...Pero ta a veces si está el papá solo o algo el complemento salva. (E9)

...hace poco había tenido un problema de que me salía poca leche, ella no se alimentaba, lloraba mucho, era porque estaba muy estresada, yo tenía muchos problemas y ta le tuve que dar complemento una semana, después que ta yo estuve mejor después me empezó a salir hasta más de lo que me salía antes.(E19)

...me desperté y el padre le estaba dando el biberón con leche esa y ta ahí me empezó a bajar leche a mí pero a lo primero no me bajaba y él lloraba mucho y quedaba con hambre...(E15)

### *Dolor e incomodidad de amamantar*

En relación a las dificultades de la lactancia, como se ve existen diversas vivencias negativas que atentan contra el éxito de la lactancia, en lo que respecta a la aptitud física y psicológica de las adolescentes madres. Las siguientes frases ejemplifican el dolor, la incomodidad y las dificultades para amamantar, vivencias que se configuran como amenazas para la lactancia (Rollins et al, 2016; Girona, 2022) al producir angustia y frustración en madres adolescentes (Forero et al., 2013). Los siguientes fragmentos lo testimonian:

Si, sabes que no me gustaba darle mucho el pecho viste, no se era algo que a mi no me gustaba...No sé, como cosita rara, no me sentía como cómoda viste, algo raro...me dolía a lo primero, porque ta no tenía los pezones formados ni nada.....y ta el tema de mancharte toda la ropa. (E15)

Que a lo primero no me gustaba porque como ella no lo agarró bien el pezón me lastimó todo, tenía el pezón todo lastimado, me salió sangre...Claro a mi hermana nunca le había lastimado los senos por eso dije ta es un trasca. Pero no,cuando me lastimó me dió miedo en realidad porque se me salían los cachitos de piel y ta. Me sentía incómoda además. (E17)

Si, a mis compañeras le sale a todas y yo no entiendo porque a mi no me sale, o capaz que no estoy bien comida o no estoy comiendo lo que tengo que comer, porque a mi no me gustan las verduras, hay cosas que no me gustan. (E11)

(¿Y alguna otra desventaja de la lactancia?)...Si, mojarme la ropa. Aunque hay unos protectores pero si no los tenes. (E16)

Es valioso el análisis desde la TRS, puesto que los procesos de intercambio e interacción como los descritos en estas citas nutren la construcción de las RS: “No son los sustratos sino las interacciones que cuentan, en suma, la necesidad de hacer de la representación una pasarela o pasaje entre el mundo individual y el mundo social...”.(Moscovici, 1989, p.82, citado por Valencia Abundiz, 2007). Las RS sirven a las adolescentes de rejilla de lectura para su vida, son al decir de Ibáñez (1988, p. 37) “...a la vez pensamiento constituido y pensamiento constituyente...”, cumpliendo tanto funciones de comprensión y valoración así como de comunicación y actuación. Tabares et al. (2014) identificaron que las dificultades manifestadas por las adolescentes como barreras para el amamantamiento pueden ser superadas reforzando el apoyo en la dimensión cognitiva de la lactancia de manera que la dimensión afectiva o actitud de la representación favorezca identificar posibilidades en lugar de obstáculos.

### **5.4.3 Oportunidades de las adolescentes para la práctica de lactancia**

Las dificultades enunciadas en el segmento anterior por las adolescentes reflejan la inexperiencia, falta de preparación y acompañamiento adecuado para la LM (Massó Guijarro, 2013; Aragón et al., 2015). Por lo que resulta primordial revisar cómo influyen los diversos actores del entorno en las prácticas de LM de las adolescentes en tanto esta dimensión oportunidades refiere a los factores externos que inciden en el comportamiento, ya sean los entornos y ambientes, las normas sociales, la información disponible y las relaciones interpersonales. Atendiendo entonces el rol de los profesionales de la salud, de los familiares, así como los vínculos entre pares y con personas del entorno cercano con quienes socializan las adolescentes, se posibilitará un análisis de las redes que nutren los contextos de las adolescentes y los vínculos que se tejen en éstas. Jodelet (2007) enuncia al respecto de las interacciones donde se resignifican las RS:

La esfera de la intersubjetividad se refiere a las situaciones que, en un contexto dado, contribuyen al establecimiento de las representaciones que son elaboradas en la interacción entre los individuos, apuntando, particularmente, a las elaboraciones negociadas o establecidas en común en la comunicación verbal directa. Son numerosos los casos en que aparece el papel de ese intercambio dialógico del que resultará una transmisión de informaciones, la construcción de saberes, la expresión de acuerdos o divergencias en torno a temas de interés común, a interpretaciones que se refieren a un objeto pertinente a la existencia de los copartícipes de la interacción, y la posibilidad de creación de significaciones y resignificaciones consensuales. (p. 207)

### **Procesos de enseñanza-aprendizaje en torno a la práctica de lactancia materna**

#### *Entre adolescentes madres*

Entre adolescentes circulan conocimientos y significados en torno a la lactancia mediando los procesos de enseñanza-aprendizaje que favorecen la confianza y seguridad necesarias para lactar (Pinilla Gomez et al., 2014; Silva, 2000), saberes del cotidiano vivir como se observa en los siguientes fragmentos de discurso:

...y entre compañeras siempre estamos hablando el tema de la lactancia y si alguna tiene alguna duda, a veces nosotras podemos ayudarla o a veces ellas nos ayudan a nosotras. (E9)

No me han dicho que, o sea he tenido compañeras, porque no son amigas, que ellas usan el cosito ese para el pezón y dicen que chupa mucho mejor con eso. (E16)

La otra vuelta cuando estuvimos hablando abajo las gurisas estuvieron comentando y ta tipo la teta no tiene lo mismo que el complemento...La teta es lo mejor, porque dicen que la teta es todo para los bebés. (E4)

Yo tengo una amiga que tuvo familia hace poquito, y yo le doy siempre ese consejo: vos dale teta, no le des complemento, vos dale teta que estás transmitiendo mucho amor, porque siento eso. (E8)

Los saberes transmitidos conjugan a la vez información y afectividad, ambos elementos que conforman las RS de las adolescentes en torno a la lactancia. El compartir experiencias positivas entre pares puede favorecer la continuidad de la LM (Aragón et al., 2015), según Forero et al. (2013) las adolescentes afrontan las dificultades de la LM principalmente basándose en el conocimiento compartido entre mujeres cercanas. En los relatos seleccionados se observa cómo las adolescentes se aconsejan para evacuar sus dudas, recomendando el uso del intermediario así como promoviendo la lactancia en virtud de que ésta es mejor para los bebés que el complemento.

### *Transmisión madre-hija*

Trascendiendo la frontera generacional es posible apreciar la relevancia que cobra la transmisión de RS entre madres e hijas profundamente estudiada ya por Moreira (2011) y Girona (2022), para quienes los intercambios comunicativos intergeneracionales entre mujeres vierten significados a las representaciones que guían sus comportamientos y les permiten justificar dichas prácticas.

Si, mi suegra y mi madre. Me decían que antes de que le dé el pecho a él que me tenía que higienizar el pezón para que no le pasara ninguna suciedad, viste que por lo común las mujeres cuando comes se te cae alguna miguita y esas cosa así o nosotras cuando sudamos también para que no se le pase el sudor y las bacterias a la boca, y que después no le salga ninguna llaga y eso. (E25)

...y mi madre también, no que no le saque la teta...Porque no, porque decían que no, que era la leche de ella, pero ta yo ya estaba cansada y sentía que ya le había dado leche suficiente. (E9)

De que por ejemplo si iba a hacer algo o drogarme, que no le vaya a dar teta a la bebé por el tema de que la intoxique. (E17)

...mi mamá si. Dale bien la teta, tenés que agarrarla. O sea, claro porque la bebé la movía para todos lados y pensaba que era yo, y no era la bebé. (E5)

La experiencia de amamantar de las madres refuerza la lactancia de sus hijas a través de sus consejos y enseñanzas con el fin de mantener la LM (Girona, 2022; Domínguez-Nariño et al., 2014; Tabares et al., 2014), lo cual se profundiza en el caso de las adolescentes madres que conviven con sus madres (Forero et al., 2013). Las adolescentes manifiestan que el apoyo necesario es el de una madre:

(¿Te hubiera gustado tener ayuda de alguien cuando llegaste a tu casa en esa situación?)...Si...Mi madre. (E14)

Y el mejor apoyo sería de una madre que es la que tiene más experiencia, y capaz que te puede ayudar. (E25)

Aún cuando no está la propia madre se busca el apoyo en otra madre, reconociendo el valor de la experiencia, lo que da cuenta del carácter instintivo mencionado anteriormente que prevalece en las representaciones de la lactancia, puesto que se valora más la información proveniente de las vivencias que el conocimiento técnico de los profesionales de la salud (Franco-Ramírez et al., 2017):

(Ahí va, así que acudiste a la policlínica en realidad)...Si, pero yo no sabía. Pero si ponele si en ese momento no se, se me pasaba por la cabeza ella no se llenaba y llamaba a mi madre para preguntar. (E19)

(¿Y te hubiera gustado tener ayuda de alguien en ese momento que él nació?)...Si, si, porque estuve sola, estuve con Rodri que es el papá pero no es lo mismo que tener una muchacha que ya sabe y eso...Si, si porque como todos nadie nace siendo madre y esta bueno siempre aprender de alguien que ya tiene experiencia no, que ya es madre y sabe cómo dar la teta y todo eso, está bueno, solita tambien lo podes aprender porque vas a tener que hacerlo pero esta bueno tener alguien si que te lo diga y te enseñe más o menos porque yo no sabía ni cómo agarrar al bebé para darle pecho...(E15)

Como dicen Forero et al. (2013, p. 561):

La lactancia materna resulta ser una experiencia que desborda el conocimiento y se desarrolla con base en el apoyo recibido bien sea de madres, abuelas o familiares, o profesionales de la salud. Es en la experiencia en la que las madres adolescentes se debaten entre la continuación de la lactancia materna y su abandono.

En relación a esto, el rol de las madres de las adolescentes trasciende en ocasiones las fronteras del mero consejo, ejerciendo un rol determinante sobre la alimentación de los bebés como se observa en las siguientes situaciones:

...hasta los 6 tomó leche de vaca cortada con agua y limón como la abuela se la hacía, porque como no tenía quién me diera el complemento, porque en la policlínica donde yo la atendía no había. (E4)

Es que a veces mamá le daba la mamadera. (E5)

### *Transmisiones entre mujeres cercanas*

Es posible identificar esta influencia en la alimentación de los bebés en otras interacciones intragénero además de las que derivan del vínculo madre-hija, puesto que por diversas circunstancias es frecuente que las referentes de las adolescentes o con quienes conviven no sean las madres sino otras mujeres. Se aprecia en la siguiente cita la importancia que cobra el consejo de una tía sobre la práctica de lactancia en la adolescente:

Si porque a veces, viste lo que te dicen de afuera, me decían no le des complemento, si te sale leche dale leche, porque vos le estás transmitiendo cariño al bebé, mi tía me decía: vos miralo cuando le des la leche todo eso...porque él se siente que vos le estas dando mucho cariño, me decía mi tía. Y ta yo hacía eso. (E8)

En consonancia con lo planteado respecto a lo influyentes que pueden ser las transmisiones relativas al amamantamiento que ocurren entre mujeres del entorno, las misma muchas veces se configuran como perpetuadoras de mitos y creencias que conforman parte del universo representacional en torno a la lactancia, los cuales a veces se alejan del conocimiento científico pudiendo incluso representar riesgos (Franco-Ramírez et al., 2017), situación que se refleja en los siguientes fragmentos:

De la cuñada de mi ex pareja. Y ella me dijo que a lo que mi hijo lloraba mucho mucho me dijo que le de leche calentada, cortada con agua, un agüita de limón. (E7)

Mi tía, cuando ella era primeriza su bebé le lastimó todo el pezón viste y siempre me decía mira te van a lastimar todo. (E8)

Si por mi hermana, que ya amamantaba. y siempre estaba saltando para arriba por el tema del pezón también. Y que si no le das la teta que empieza a los gritos, y ta esas cosas ya me lo imaginaba. (E7)

Este contraste entre el saber cotidiano compartido entre mujeres cercanas y el saber científico, es también percibido en otras interacciones sociales y enunciado como tal por las adolescentes:

...no tengo ese apoyo de la lactancia que me digan tenes que hacer esto o, porque el tiempo de antes era lo de antes, mi madre me dice lo contrario a lo que hago o como lo hacen...Si, por ejemplo cuando se te llenan las tetas, le digo mamá tengo, me duelen me pinchan viste, que es eso? Y me dice, no no es nada y está durmiendo el bebé y no me dice que lo llame o que lo despierte para darle teta, déjalo dormir me dice, viste que tenes que despertarlo cada tres horas, déjalo dormir. (E11)

## **Apoyo para amamantar**

### *Apoyo social*

En relación a la frecuencia del amamantamiento los discursos médicos han ido cambiando a lo largo de los últimos años, lo que se refleja en el discurso anterior. Los consejos de las abuelas son basados en sus propias experiencias, lo que no siempre genera seguridad para la lactancia sino que al contrario puede resultar contraproducente (Girona, 2022). En la misma línea, se describen situaciones en las que el entorno social es el que propicia sensación de inseguridad y confusión, ante lo cual las adolescentes resaltan la importancia de sentirse apoyadas y acompañadas para sentirse bien:

(¿Y por qué te parece que está bueno tener apoyo para amamantar?)...Porque sí, porque he escuchado gurisas que a veces llegan llorando porque sienten que no les llena la leche a su hijo o algo así y hay gente que le dice que ta que no le de, que le de mema o que esto o aquello, en vez de darle para adelante con que siga y ta a veces terminan que no le sale más leche. (E9)

Porque si, tenes que estar, ponele alguien te tiene que apoyar también sentirte bien vos. (E22)

(¿Pensas que es necesario que esté esa persona ahí o si hubieras estado sola por ejemplo era lo mismo?)...No, estar con otra persona también hace bien. (E21)

Dada su estructura las RS son estables a la vez que móviles, es así que las nuevas informaciones con las que interactúan los sujetos son integradas de manera periférica posibilitando cuestionar los conceptos nucleares que dan sentido y organizan los elementos de la representación, generando así contradicciones aparentes en torno a un mismo objeto de representación. Es mediante la objetivación que los sujetos acomodan los elementos

extraños en un sistema de significaciones, proceso que realizan de acuerdo con su posición social y sus esquemas de pensamiento, lo que determina en qué medida se integran nuevas cogniciones (Araya, 2002). Es posible que algunas adolescentes, por las características propias de su etapa evolutiva sumada a la vivencia de frustración y angustia al percibir que su producción de leche es insuficiente (Forero et al., 2013), presenten un terreno fértil para las influencias sociales negativas que amenazan la continuidad del amamantamiento.

### *Lactancia solidaria*

Por otra parte, la maternidad y la lactancia han estado signadas históricamente por el altruismo hasta los años 60 del siglo pasado, dicha práctica es conocida como lactancia solidaria o de auxilio y fue extendida hasta la popularización de los PPL (Rodríguez García, 2015). Este altruismo conforma el campo representacional y orienta a una actitud solidaria que ha sido transmitida entre generaciones y entre mujeres conformando redes de cooperación (Massó Guijarro, 2013) y continúa presente a pesar de los contextos socio históricos diferentes, como forma de resistencia política en un sistema patriarcal desde una óptica feminista (Gimeno, 2018). Mujeres que amamantan otros bebés es una práctica que aún permanece vigente de acuerdo a los siguientes relatos:

Mi madre le daba teta a ella los primeros meses...(E4)

...todavía me toca al lado una muchacha que estaba re sola y también era primeriza y aprendía recién y todo y ella si tuvo la suerte que le salía mucha leche viste, y ta mi hijo lloraba mucho y yo un día estando ahí internada le dije si le podía dar el pecho...o sea ella misma se ofreció en realidad viste para darle porque no se callaba el bebé y estaba llorando mucho mucho y era por hambre porque el niño se chupaba el dedo y todo...(E15)

...mi tía tenía dos mellizos que habían tenido un problema y todo, y mi tía ponele tenía un bebé que ya tenía un mes cuando Laila recién nació, y yo le daba leche a ellos también. (E9)

### *Importancia del apoyo según las adolescentes*

Continuando con el tema del apoyo para la lactancia, las adolescentes al igual que las mujeres mayores reconocen la importancia del mismo (Moreira, 2011) para sobrellevar la sobrecarga que por momentos les genera la lactancia tanto en la vida cotidiana como ante las sensaciones negativas de dolor, cansancio y estrés.

Frente a la pregunta “¿Crees que es importante tener apoyo para poder amamantar?” emergieron las siguientes respuestas:

Mucho. Porque el estrés de amamantar y el estrés que también te produce el bebé a lo que llora mucho, es necesario tener una persona al lado para amamantar. (E7)

Si, porque es algo difícil, y con el tiempo te acostumbras pero si tuvieras apoyo sería mejor...Lo difícil es el dolor, aunque después te acostumbras, pero es un dolor bastante feo...No sé, de algún familiar o de alguien cercano. (E14)

Si muy, pero yo que sé, si es por mi hijo tomaba una yo me ordeñaba de otra y tomaba de una y yo me ordeñaba de otra, o precisaba que alguien me lo agarrara para que yo pudiera sacarme leche, porque yo en mi casa vivo sola, no tenía el apoyo de mis hermanos ni de familiares, era él y yo...él me compraba, como te puedo decir, eran unas cosas que se ponían en la heladera, se enfriaban y te lo ponías en los senos y te dejaba de doler y ta y salía la leche más rápido. (E32)

Estos resultados concuerdan con los encontrados en otros estudios en los que se refiere a que el apoyo más relevante proviene del entorno familiar, principalmente de las madres de las adolescentes como se señaló anteriormente (Forero et al., 2013; Franco-Ramírez et al., 2017; Tabares et al., 2014, Dominguez-Nariño et al., 2014).

### *Apoyo de los padres*

Aunque también aparecen algunas menciones a los padres, en las que se identifica la colaboración con actividades relativas a la crianza del bebé y el apoyo en las tareas del hogar tal como lo describe García Bautista (2021), y las entrevistadas manifiestan en sus relatos:

En alcanzarme las cosas si precisaba algo, o yo me puedo ir a bañar y se lo puedo dejar. (E21)

Y a veces si siento que tengo que estar con alguien para que ponele me ayude porque a veces me siento muy cansada, y el padre me ayuda ponele, si el la tiene que cambiar la cambia y todo eso. (E22)

Esto ha sido descrito por algunos autores quienes refieren que los padres no se sienten partícipes de la lactancia al no saber cómo apoyar a su pareja, lo que coincide con la escasa mención de éstos en los relatos de las mujeres (Brown y Davies, 2014). Si bien algunas adolescentes nombran a los padres como partícipes en lo relativo a la crianza, las restantes adolescentes no hacen referencia a los padres ausentes, lo cual difiere de los hallazgos de

Girona (2022) en los que las madres demandaron explícitamente mayor apoyo por parte de sus parejas. Esta divergencia podría atribuirse a las diferencias etarias y el nivel educativo de las madres, puesto que las del estudio referido presentaron una edad media de 35 años y más de 13 años de estudio, en comparación con las madres adolescentes que tienen en promedio 17.5 años y de las cuales apenas una tercera parte completo la enseñanza media básica - 9 años de estudio-. Las madres más educadas presentan en mayor medida un pensamiento crítico al respecto de las brechas de género que circunscriben las prácticas de cuidados, otorgando mayor relevancia al derecho de los niños en relación a la corresponsabilidad de madres y padres en su crianza (Art. 18, CDN). Lo cual se ve reflejado en sus discursos que evidencian RS donde se incorpora la idea de la participación varonil al trabajo no remunerado (Batthyány, et al. 2015). Contrariamente, según los resultados mostrados en este estudio, los padres no conforman el campo representacional de las adolescentes madres en torno a la lactancia de manera prominente, al menos no como lo hacen otras mujeres del entorno. Se reafirma la vigencia del “instinto maternal” (Badinter, 1981) que postula a la mujer como única capaz de ocuparse del bebé de acuerdo a una determinación biológica, legitimando así la exclusión del padre de las tareas de crianza. En su investigación realizada con adolescentes, Amorín et al. (2006) afirman que: “Aún, así, la metáfora de un “instinto maternal” continúa teniendo una enorme relevancia tanto en el imaginario social, como en las construcciones singulares de significaciones en torno a la maternidad y la paternidad.” (p. 218)

Se observa en las RS estudiadas de las mujeres madres, la coexistencia de viejos modelos en relación a la división sexual del trabajo y estereotipos tradicionales de género, con nuevas RS que han sido permeadas por las luchas feministas y las conquistas en materia de derechos en pro de la equidad de género que pregona la corresponsabilidad parental. En consonancia con lo anterior, el siguiente fragmento de entrevista da cuenta de la incipiente integración de algunos padres (cuando también son adolescentes) a los espacios socioeducativos a los cuales concurren las adolescentes embarazadas y mamás, donde entre otras cosas se realizan talleres de orientación para el parto y la lactancia.

Er-¿Y con tu pareja han hablado de este tema de la lactancia por ejemplo?

Eo-No, no nos ponemos a hablar de eso.

E:De ese tema todavía no. Cuando llegue el momento verán.

Eo-Sí podría ser.

Er-¿Pero vienen juntos acá a los talleres?

Eo-Si

Eo-Si. (E6)

## Espacio socioeducativo

Como recuerda Gutiérrez-Vidrio (2019), las representaciones están determinadas por las actividades que los sujetos realizan en grupo, es decir las prácticas culturales que trascienden las construcciones subjetivas internas. De acuerdo a ésto, los espacios socioeducativos que reúnen adolescentes madres para compartir la cotidianidad del día a día, donde transcurre el amamantamiento como práctica sociocultural, se tornan propicios para la continua re-construcción de las RS.

### *Apoyo emocional*

La importancia de los espacios socioeducativos para las adolescentes que afrontan la maternidad es traída desde sus propias voces, resaltando una vez más la necesidad sentida de contar con apoyo para afrontar este desafío, ante lo cual estos centros satisfacen dicha demanda:

Y se lo recomiendo a varias madres adolescentes cada vez que las veo les digo mira conozco este centro y es así y así. Y para mi me ayudo mucho o sea en el sentido de aprender más de nuestros hijos, de nosotras, de saber que no estamos solas, porque como yo soy una mamá adolescente no, ahora ta soy mayor hace poco, pero es medio difícil como media sola estas viste, algunos padres algunas familias como que no te aceptan por la edad que hayas tenido a tu hijo y todo, pero acá corte sabes que nunca vas a estar sola porque tenes un apoyo que siempre va a estar, para mi es como una familia como un espacio ahí. (E15)

En el tema de como cuidar a mi bebé, cómo tratarlo, cómo cambiar un pañal, muchas cosas que yo no sabía y que era una gurisa y pensaba que yo no iba a poder, y entonces acá (Casa Lunas) me ayudaron...(Ahí va, ¿y en relación a la lactancia, crees que participar de Casa Lunas ha sido de apoyo para eso?)...Sí mucho. Me ayudaron un montón. (E11)

Porque hay muchas que somos adolescentes, que no sabemos...y necesitan el apoyo de alguien, de alguna que sea madre, o de alguna institución...que pueda ayudarlas...Ayudarlas en enseñarles cómo amamantar...(E8)

Si, por lo menos al principio un apoyo precisas, porque una es primeriza, no entiendes mucho, como yo no entendía mucho, no sabía cómo prenderla y ahí (Casa Lunas) me enseñaron. (E19)

El apoyo recibido en estos espacios es tanto emocional como educativo y material. Moreira (2011) refiere al respecto que el apoyo para la lactancia debe darse en varios niveles: estructural, instrumental, afectivo, familiar y social. En el presente análisis se ha abordado el papel protagónico que tiene el entorno familiar, así como la dimensión afectiva y social, en tanto las representaciones son intrínsecamente sociales (Villarroel, 2007). En relación al contexto social ya se ha mostrado cómo los procesos de enseñanza-aprendizaje tienen un rol determinante en la transmisión de RS, con lo cual es importante señalar que los espacios socioeducativos se constituyen como ámbitos privilegiados para la ocurrencia de interacciones sociales, tanto entre pares como ya fue evidenciado, así como entre educadores/as y adolescentes. Instancias donde ocurre la comunicación social de manera formal como informal, en las que circulan elementos cognitivos teóricos respecto a la técnica de lactancia por ejemplo, así como suceden interacciones con alta carga afectiva y emocional. Es así que se ponen en juego elementos relativos tanto a la dimensión información que refiere a los conocimientos y su organización, como a la actitud de las representaciones que representa el aspecto afectivo y orienta los comportamientos (Moscovici, 1979).

#### *Orientación y apoyo para la lactancia materna*

En referencia a los intercambios formales en los espacios socioeducativos, catalogados así simplemente por el hecho de que se encuentran sujetos a una delimitación temporos espacial, las adolescentes mencionan los aprendizajes que suceden en éstos como elementales para sus experiencias de lactancia:

Sí me dijeron acá, y ta me dijeron, me probaron, vos probá las posiciones, y ta y probé las posiciones y ahora se re engancha bien...(O sea que si tenes que pensar si aprendiste con alguien sobre lactancia?)...Con (douglá)...Sí...(¿por qué te parece que es importante, sino está ese apoyo acá que pasa?)...Y yo no le daría teta a mi hijo, le hubiera dejado. No me hubiese salido más. (E11)

Hice los talleres de embarazo sí (en Casa Lunas), y mal o bien siempre hablábamos de la lactancia del parto y todo eso siempre se habló....Sí, hubo una parte de la parte del parto que me ayudó pila, los movimientos, de cómo ponerlo a él para que se prenda bien a la teta, eso me ayudó pila. (E21)

(Ah acá en el taller. ¿Bueno aprendiste con alguien sobre lactancia entonces?)...Sí...Con (douglá) aprendí bastante sí...Ella me pidió que le dé delante de ella y ahí succionaba bien y todo...(E8)

Las adolescentes consideran que concurrir al espacio socioeducativo ha sido de apoyo para ellas en relación a la lactancia, lo que se demuestra en las respuestas afirmativas ante la pregunta: “¿Y crees que en relación a la lactancia te puede ser de apoyo/ha sido de apoyo venir a Casa Upa/Casa Lunas?”

Si...Porque hay educadores que te ayudan, esta la dougla...(E13)

Si...Porque nos pasan hablando, nos explican, siempre trabajamos de la lactancia, de amamantar. (E21)

Incluso, para algunas este espacio suplanta el apoyo que no encuentran en su entorno familiar, tanto en lo educativo como en lo material:

No, en mi casa no porque mi hermana no me ayudaba, me ayudaron acá cuando vine a Casa Lunas que él tenía 12 días de nacido...Que la posición esta era incómoda para ellos, entonces tenías que ponerlo, buscar otra posición para que se prendan y probar parados así (indica la postura sentado-a caballito). (E20)

Yo había...no se si te referis a esto, yo había perdido el cosito que me dieron...El intermediario me lo consiguieron...(E8)

## **Sector salud**

### *Orientación y apoyo en torno a la práctica de lactancia*

En cuanto al apoyo de los profesionales de la salud para la LM, actores clave en la promoción de dicha práctica, se identifican vivencias ambiguas en los relatos de las adolescentes. De acuerdo a la bibliografía el rol de los profesionales y las instituciones de la salud es fundamental antes y durante la lactancia para asegurar el éxito de la misma (Domínguez-Nariño et al., 2014; Aragón et al., 2015; Esmeraldo et al., 2014). Desempeñando funciones de orientación en lo que refiere a la técnica de lactancia así como también brindando un adecuado acompañamiento físico y emocional, y realizando indicaciones precisas y oportunas que garanticen el derecho de NNA a una alimentación y nutrición adecuada, segura y saludable, así como la adecuada atención pre y posnatal a las adolescentes madres (Art. 24, CDN).

Los siguientes relatos reflejan la orientación mediada por profesionales de la salud en relación a la técnica de lactancia:

Si las enfermeras me ayudaron, después fue una de lactancia a hablar porque siempre hablan contigo, y ta te dicen más o menos como hacer y ta ahí me explicaron. Me dijeron que tenía que, que si ella no se prendía tenía como que masajearme, antes de darle te tenés como que masajear y después tenes que apretar para que salga con más fuerza y así ella se prende bien. (E19)

Esperaron que, dijeron que abriera la boca ella y yo metiera la teta. Que yo no, no esperaba eso...Sí en el control si. (E17)

(¿Y a ti te dieron alguna recomendación de que hacer?)...Ahí mismo en el pereira sacarme para mismo darle a él...Tenía, yo iba a una sala que era cerrada y estaba sola con una muchacha. Ella me daba una ordeñadora y yo me sacaba...Del banco de leche si. (E8)

Los primeros días fue tipo más o menos porque él no se prendía hasta que la doctora me dió un intermediario, que ahí estuvo hasta los dos meses con el intermediario. (E20)

Si, si me dijeron, me dijeron que tenía que hacer como mariposita en el coso así pero ta a mi me dolía. (E15)

El apoyo brindado es generalmente de carácter educativo apareciendo apoyo material en algunos de los casos, careciendo las prácticas de los profesionales de una contención emocional ante la manifestación del dolor, que como se vió anteriormente se constituye en una de las barreras hacia la LM de las adolescentes madres (Forero et al., 2013). En relación, a esto cabe mencionar que las adolescentes otorgan mayor importancia a un ambiente que propicie la tranquilidad y el afecto que al nivel de conocimientos referidos a las técnicas de lactancia, según revelaron Tabares et al. (2014) a partir de un estudio sobre RS en adolescentes. Por tanto es importante atender el hecho de que las instituciones de salud no responden a la necesidad de apoyo emocional en la etapa de posparto, siendo que esta queda relegada ante la focalización en el apoyo para la técnica de la lactancia. Otra característica de la orientación mediada en el ámbito de la salud es que ésta generalmente sucede luego del nacimiento y no durante el embarazo según las siguientes citas:

Nosotros aprendimos en el hospital porque una vez sola fuí a clases de parto...y ta no me gusto mucho porque yo era, bueno todavía soy una gurisa, éramos más chicos con (padre del niño) y ta nos parecía medio incómodo, era medio raro..(E15)

No porque estábamos en plena pandemia y era por celular, y yo antes que nazca (bebé) no tenía celular y ta no podía hacer la clase por videollamada. Porque era todo por videollamada. (E8)

En este sentido lo observado coincide con las bajas cifras de consejería en lactancia materna durante el embarazo ya que poco más de la mitad de las mujeres declaran haber recibido dicha orientación (Carrero et al., 2020). Este es otro aspecto relevante para repensar el rol de las instituciones de salud, ya que se ha identificado que los espacios de preparación para el parto y lactancia son momentos óptimos para brindar información a las madres (Aragón et al., 2015), y que los mismos debieran ser pensados con un enfoque diferencial para adolescentes a modo de mejorar su eficacia (Tabares et al., 2014).

También emergieron en las entrevistas vivencias no tan favorables en relación al apoyo de los profesionales de la salud:

O sea más o menos, cuando yo me iba a ordeñar me enseñaban, cómo yo tenía que ordeñarme, después cómo le tenía que dar la teta paso a paso, pero después cuando yo intentaba darle ella no tomaba o sea no la agarraba, más que allá arriba (se refiere a Cuidados Intermedios) no me dejaban. (E4)

Claro era preocupada, todas las noches allá en el Pereira Rosell pedía un poquito de complemento si me podían dar porque él no se enllenaba con nada, y me decían enchufalo a la teta, lo enchufo a la teta y nada nada nada. (E11)

(...Por ejemplo si hubieras tenido una ordeñadora o alguien que te ayudara a tratar de que ella agarre la teta)...Sí obvio...(¿Sentís que hubiera sido distinto capaz?)...Si. (E4)

Se refleja aquí que las prácticas de apoyo en el ámbito de internación no fueron exitosas puesto que no favorecen la seguridad y la confianza necesarias para el amamantamiento (Domínguez Nariño et al., 2014), lo que puede asociarse con una falta de preparación del personal de la salud según se refiere Girona (2022), quién también reveló que las madres relataron vivencias de falta de apoyo emocional y discursos ambiguos por parte de los profesionales de salud. Ante esta falencia que conduce al fracaso de la lactancia aparecen como salvadores los PPL, incluso en el discurso de la entrevistada que no encuentra consuelo para el llanto de su bebé entre los profesionales de la salud.

Las ambigüedades en relación a las orientaciones de los profesionales de la salud persisten, puesto que los discursos médicos no se adecúan con sus indicaciones a las realidades experimentadas por las adolescentes madres. Se visualiza claramente con el tiempo de lactada, parecen haber resurgido viejos discursos de principios del siglo pasado, donde los médicos daban indicaciones precisas a las madres sobre los tiempos y duración de las lactadas a intervalos regulares, refiriendo que se debía ser estrictas y no ceder ante

el llanto del bebé (Barrán, 1995). Las siguientes citas reflejan la forma en que las indicaciones médicas ordenan a las madres respecto al tiempo de la mamada y en qué medida éstas integran -o no- dichos saberes:

Eh la pediatra, o sea la del hospital, la enfermera. Me dijeron que 15 de una y 15 de la otra, cada tres horas, pero él no me toma cada tres horas. (E16)

Ellos lo precisan cuando nacen, él médico te dice que ellos más de 3 horas no pueden pasar sin recibir pecho o ta el complemento depende lo que le des, y ta. (E25)

Aunque él es medio glotón y ta o sea cada una hora y no toma o sea los 15 de cada teta como dicen. Él llega un tiempo que me la agarra como chupete entonces yo agarró y se la saco y le pongo el chupete...la del hospital...Me dijeron que 15 de una y 15 de la otra cada tres horas, pero él no me toma cada tres horas. (E16)

La distancia entre la información técnica recibida y la realidad percibida contribuye a generar confusión, inseguridad y estrés que no hacen más que atentar contra la LM. Las adolescentes reinterpretan los discursos técnicos en términos de su cultura construyendo de este modo sus representaciones en torno a las prácticas alimentarias de sus hijos (Esmeraldo et al., 2014). Según lo cual los profesionales de la salud debieran identificar el momento y la manera oportuna de brindar orientación, a modo de favorecer en las adolescentes procesos de integración de los conocimientos que produzcan subjetividades que devengan en vivencias de lactancias armoniosas, y no conocimientos que choquen con las realidades produciendo inestabilidad.

#### *Intervenciones médicas en torno a la alimentación del bebé*

A modo de ejemplo se presenta la siguiente intervención médica que favorece la LM, encontrándose en consonancia con las representaciones de la adolescente:

...yo lei una cosa y ta me lo dijeron acá en Casa Lunas que si le das antes de la primer hora de vida que es lo mejor, ta yo cuando nació ella le di antes de que tuviera una hora de vida porque los médicos me la pusieron no, a la bebé arriba, y ta como es, y lo vi en internet también que era mejor darle antes de la hora de vida... (E22)

En contrapartida, mayoritariamente las indicaciones médicas relatadas por las adolescentes favorecen la introducción de PPL, a continuación se citan algunas:

Una vez sola cuando nació, una mitad de mema creo...me agarraba sí pero para que se llenara más, no se porque fué, ah porque no me salía mucha leche. (E17)

...a mi me mandaron complemento el otro día pero yo no quería darle complemento. La doctora, la pediatra. Porque yo le dije que ta pasaba todo el día prendida porque supuestamente los primeros tres meses pasan así, ta igual es verdad porque ta todo el mundo te lo dice que hasta los 3 meses que es como un fastidio. (E22)

No que me saliera leche en los pechos ahí va, porque dicen que la cesárea como que te atrasa un poco eso, me dijeron a mi no los médicos no...y entonces ta a (bebé) la primera leche que le dieron fue el complemento porque a lo que no me salía él quería tomar teta y ta le dieron el complemento después cuando me empezó a bajar la leche yo le dí y ta ahí tomó. (E15)

Ante tres situaciones diferentes la resolución médica es la indicación de PPL, tres situaciones en las que no se mencionan impedimentos para amamantar y que por tanto podían resolverse de otra manera propiciando la lactancia y acorde a los lineamientos de la IHAN (OMS y UNICEF, 2009). Brindando escucha, apoyo emocional, orientación técnica, y realizando prácticas promotoras de la lactancia como colocar al bebé sobre el pecho materno en la primera hora de vida, se favorece el inicio oportuno de la LM y la continuidad de la misma. Se deja entrever en estos relatos un avasallamiento a la autonomía de las adolescentes a decidir sobre la alimentación de sus hijos, así como también es posible preguntarse si se cumplen estrictamente los protocolos para la indicación de PPL, puesto que no se tienen los detalles del caso y escapa al alcance de este estudio, resulta difícil esclarecer esta interrogante.

Las adolescentes muchas veces no alcanzan a tomar conciencia de lo sucedido en las intervenciones médicas, puesto que por su desconocimiento y características evolutivas resultan ser más vulnerables que otras mujeres ante la institución médica, que aún en el siglo XXI tiene vestigios higienistas y ve al adolescente como un "bárbaro" al que se debe disciplinar y vigilar (Barrán, 1995). El presente estudio identifica falencias en el apoyo brindado por los profesionales de la salud, especialmente en la contención emocional que favorezca la seguridad y confianza de las madres para lactar. Se coincide con los resultados evidenciados en el estudio de Girona (2022), quien describe que apenas se mencionan por las madres vivencias de asesoramientos en la técnica de amamantamiento ante la aparición de dificultades. Así mismo estas carencias parecen representar una continuidad histórica en la relación entre los profesionales de salud y las madres, manifiesta en la falta de empatía y la concepción de las adolescentes madres como sujetos carentes de conocimientos.

## 5.5 Caracterización de los profesionales de la salud

A continuación se presentan las principales características de los profesionales de la salud que participaron del estudio (Tabla 7). En su mayoría fueron mujeres (91%), lo que refleja que la LM continúa siendo un tema de interés principalmente para el género femenino, puesto que la participación era voluntaria y de acuerdo al interés personal.

Del total de los profesionales, cerca de la mitad eran pediatras (48%), alrededor de un tercio neonatólogos (30%), y la minoría médicos de familia (22%). En cuanto a los lugares de trabajo, la población se reparte equitativamente entre el sector público y privado de salud, aunque muchos profesionales se desempeñan en más de una institución se les solicitó que respondieran pensando en su lugar principal de trabajo o en su defecto eligiendo una de las instituciones donde desarrollan su actividad. De modo que las respuestas reflejan una diversidad de perspectivas provenientes de diferentes profesiones y espacios de trabajo, con un claro predominio del género femenino.

**Tabla 7**

Caracterización de los profesionales de salud

<b>Género</b>	<b>% de profesionales</b>
Femenino	91
Masculino	9
<b>Profesión</b>	<b>% de profesionales</b>
Pediatras	48
Neonatólogos/as	30
Médicos de familia	22
<b>Sector de atención</b>	<b>% de profesionales</b>
Público	57
Privado	43

*Fuente: elaboración propia*

## 5.6 Análisis de entrevistas a profesionales de la salud

A partir de la lectura detenida de los textos de las entrevistas transcritas se realizó un análisis inductivo por medio del cual se crearon categorías que permitieron identificar elementos explícitos e implícitos en los discursos de los profesionales de la salud, tal como se detallo en el apartado metodológico.

Las categorías determinadas para abordar la práctica de LM desde la mirada de los profesionales de la salud son dos, una refiere a las concepciones que tienen éstos sobre las adolescentes madres y sus contextos, y la otra responde al rol de los profesionales de la salud y sus ámbitos de trabajo en cuanto a la práctica de LM de adolescentes madres. A continuación se presentan las unidades temáticas agrupadas en dichas categorías:

**Tabla 8**

Análisis de contenido de las entrevista a profesionales

<b>CATEGORÍA</b>	<b>SUBCATEGORÍA</b>
Concepciones sobre las adolescentes y sus lactancias	Caracterización de las adolescentes madres y sus experiencias de lactancia
	Ideas y opiniones de las adolescentes sobre los PPL
	Influencia del entorno y la familia de las adolescentes madres
Rol de los profesionales de la salud	Indicaciones en torno a la práctica de lactancia
	Apoyo para la LM
	Factores externos que condicionan su práctica profesional

*Fuente: elaboración propia*

### 5.6.1 Concepciones sobre las adolescentes y sus lactancias

Para comenzar se consultó a los profesionales de la salud si consideran que la práctica de lactancia es diferente en las madres adolescentes, ante lo cual se desplegaron respuestas que muestran diferentes niveles de profundización en la temática de la maternidad adolescente, lo que responde también a las diversas experiencias de trabajo con esta población que los profesionales tienen en sus diversas trayectorias.

#### *Caracterización de las adolescentes madres y sus experiencias de lactancia*

Es de destacar que existe coincidencia en cuanto a la capacidad que tienen las adolescentes mamás para amamantar. Los profesionales primeramente responden que la edad no es influyente para la LM, brindando una respuesta desde una mirada biomédica que valora la capacidad fisiológica y la técnica para amamantar:

Yo creo que las mamás adolescentes están capacitadas para amamantar como las mamás más grandes. (P3)

...la madre adolescente puede tener, puede dar de mamar perfectamente, si todo viene bien puede seguir...(P1)

Son buenas, buenas, este no sé cómo se dice, en general ellas tienen una técnica, no sé, le surge esa técnica, una buena técnica de lactancia, les dan, no tienen problema...(P25)

A pesar del mencionado consenso, algunos profesionales hacen alusión a la dificultad que pueden presentar las adolescentes para iniciar la LM cuando los pezones están umbilicados:

Lo que a veces tienen que es común los pezones umbilicados, entonces hay que enseñar a formárselos, a veces se le dice que vayan poniéndose un intermediario hasta que se le forme bien. (P14)

Esta dificultad también fue reflejada en las experiencias de las adolescentes quienes en sus relatos mencionaron la necesidad de utilizar un intermediario. Las adolescentes intercambiaban entre sí sobre el uso del intermediario como parte de sus experiencias, refiriendo que en algunos casos éste era mejor para el bebé. En su saber cotidiano no aparece necesariamente la asociación entre la forma del pezón y la necesidad del intermediario, pudiendo ver que la indicación de los profesionales respecto al uso del intermediario permea las RS de las adolescentes, más no así el fundamento de la misma.

Esto podría mostrar que las indicaciones médicas no son siempre comprendidas en su totalidad por las adolescentes generando a veces confusión (Girona, 2022), dado que el saber médico es tomado para la construcción de las representaciones de las madres y resignificado por éstas en un saber práctico, de acuerdo a sus rejillas de lectura.

Además de opinar que las adolescentes son capaces de amamantar, existen ideas entre los profesionales al respecto de que éstas amamantan más y mejor que las madres adultas:

De hecho, las adolescentes que tenemos en el Clínicas que son bastantes, están solo con pecho exclusivo. O sea, son las que mejor manejan la lactancia.(P19)

La lactancia en las mamás adolescentes porcentualmente es mayor que a veces en otras edades. Así que creo que son más las situaciones de lactancia exclusiva en adolescentes que la indicación de fórmulas complementarias.(P27)

Esta idea no se refleja en las cifras de LME por edades de acuerdo a datos del SIP<sup>9</sup>. Continuando con las comparaciones y en relación a lo anterior, los profesionales refieren que las adolescentes tienen naturalizada la lactancia, las ven desinhibidas, con menos inseguridades, menos influenciadas por el exterior y prácticas para amamantar, de acuerdo a las siguientes citas:

Que tienen menos de esas inhibiciones que te decía del estrés, de podré, no podré. Lo hacen como más sobre ruedas. Me parece el hecho de engancharse con el bebé y eso va junto con dar pecho exclusivo también. (P22)

...yo creo que tienen como incorporado que es como más sencillo y es más fácil en realidad y es mejor para su bebé el pecho y es como muy natural en ese sentido, te hablo con las adolescentes más chicas, creo que tienen-, creo no, ellas mismas te van contando "no, es más fácil la teta, coso" no sé qué, entonces es como que está muy aceitado...(P18)

...la madre adolescente como que ya no se espera nada de ella, y como que le sale mejor, porque está más conectada con sus instinto, no está tan contaminada con todo lo de afuera, con tenés que hacer esto, tenés que hacer lo otro. (P17)

---

<sup>9</sup> Fuente: Sistema Informático Perinatal, Ministerio de Salud Pública, 2023

Estas ideas parecen desconocer las vivencias de miedos, inseguridades y vergüenza que emergieron en los discursos adolescentes, lo que muestra una distancia entre el imaginario de los profesionales y las experiencias de las adolescentes, evidenciando distorsiones en la comunicación médico-paciente y/o falta empatía.

La contraposición de los discursos se observa también en la idea planteada por profesionales de que las normas sociales no afectan a las adolescentes por existir un prejuicio negativo en torno a la maternidad adolescente, mientras que una adolescente expresa con claridad en el siguiente fragmente lo difícil que es ser madre adolescente justamente por la desaprobación de algunos sectores sociales:

...es medio difícil como media sola estas viste, algunos padres algunas familias como que no te aceptan por la edad que hayas tenido a tu hijo y todo...(E15)

Además de desconocer las experiencias emocionales negativas de las madres, los profesionales con su preeminente mirada biomédica reducen la concepción de la LM al mero hecho biológico al referir al instinto como eje que guía la acción, desconociendo la dimensión psico-social y cultural del amamantamiento, ampliamente descritas en la literatura y mencionadas en el anterior análisis (Rodríguez García, 2015; Contreras y Gracia, 2005). Precisamente el enfoque de las RS da cuenta de la influencia social, histórica y cultural de la práctica del amamantamiento, siendo sumamente relevante su abordaje para conocer los esquemas que operan y regulan (el campo representacional) los comportamientos de las madres en relación al inicio y/o suspensión de la LM (Tabares et al., 2014).

De modo complementario a dicha visión instintiva de la LM como característica de los mamíferos, se observan menciones que responden a una naturalización e idealización de la lactancia y el instinto maternal asociados al ser mujer, significados que recubren la LM con un velo de disfrute ocultando las dificultades y experiencias negativas que puedan existir, y aludiendo a la imagen sacralizada de “buena madre”. Significados que también fueron revelados en el análisis de las RS de las adolescentes madres e identificados por Forero et al. (2017) en su estudio con adolescentes embarazadas, quienes se muestran entusiasmadas por dar pecho, a la vez que manifiestan sentimientos negativos asociados a las posibles dificultades.

Como fue mencionado, los profesionales hacen alusión solamente a los aspectos positivos, señalando a las adolescentes como orgullosas de amamantar y muy responsables de sus bebés en la crianza. Se refleja en las siguientes citas:

Entonces ellas, en general, sienten como orgullo y quieren dar pecho y bueno, no es lo más rápido que piden un complemento. (P14)

En realidad las madres adolescentes se comprometen mucho con sus hijos en lo que yo he visto... Uno a veces tiende a subestimar a los adolescentes y a pensar que no va a poder cuidarlo y no, no. Los tienen, están impecables, están sumamente informadas, preguntan. Están, están. (P10)

Si bien estas conceptualizaciones de las adolescentes madres como buenas amamantadoras parecen positivas a priori, cabe preguntarse ¿a qué costo estas adolescentes se comprometen y responsabilizan de la crianza y la lactancia?. Para sostener esta imagen de mujer, madre, responsable, buena, afectuosa y otras cualidades que son atribuidas a las mujeres, de acuerdo a la concepción tradicional de los estereotipos de género que permean las subjetividades individuales y colectivas. Amorín et al. (2006) refieren que dicha estereotipia es más acentuada entre mujeres de nivel socioeconómico bajo, quienes rechazan la no entrega total de la madre a la crianza de sus hijos. Según los autores la metáfora del instinto maternal continúa teniendo gran vigencia en el imaginario social simbólico así como en la construcción individual de significados en relación a la maternidad, sobre los que se asienta la construcción de RS de las adolescentes madres y del resto de la sociedad sobre éstas.

Retomando la pregunta anterior en relación a cómo logran sobrellevar las adolescentes la maternidad y la lactancia, es preciso puntualizar que muchas veces no reciben en sus contextos el apoyo y la contención necesarios para ejercer el derecho a lactar si así lo desean y asegurar el derecho a la mejor alimentación posible a sus bebés, lo que genera una rápida sobrecarga y desborde a las madres. El devenir podría estar reflejado en la siguiente frase, más sin una profunda reflexión profesional que escape a la aparente culpabilización de las adolescencias:

...yo no sé qué dice la evidencia científica, pero en general la madre adolescente se hace muy responsable de su bebé al inicio, por lo menos capaz que después cuando le vienen ganas de ir al baile de nuevo, cambia la cosa. (P17)

Se debería tener una mayor consideración ante la alta demanda que representa el puerperio y la LM, a los efectos de generar espacios de apoyo y contención para las

adolescentes mamás. Tal como señalan Tabares et al., (2014) la falta de apoyo hacia la madre que amamanta se encuentra entre las razones de abandono de la LM, ante lo que los profesionales de la salud y las familias presentan escasas acciones anticipatorias.

El paradigma del instinto maternal que refuerza la exclusión del padre en la crianza prevalece en las pautas culturales dominantes, pudiendo operar de modo contrario a la creación de redes de apoyo y sostén bajo el supuesto de que la mejor cuidadora del bebé es la madre (Amorín et al., 2006). Agradidamente se encontraron discursos disidentes que respondiendo a otros paradigma postulan la importancia de apuntar a la coparentalidad y así mismo la dificultad de lograrlo en los hechos:

...tienes que hablar cuando tienen pareja, que venga la pareja, hacer que la pareja se interiorice de esto. Muchas veces las parejas las animan a tener, a pecho, a veces no viven juntos, pero el papá lo viene a visitar al niño, o viene a visitar a la madre, entonces le dice a mí me gusta que le de pecho, le explicás al muchacho cuál es el beneficio de la lactancia. (P14)

Bueno, el tema de la red, de los cuidados, de cómo esa adolescente va a poder continuar con su proyecto de vida más allá de la maternidad y acompañarla un poco en eso. Lograr ahí como la coparentalidad en las adolescencias a veces es más difícil. (P7)

Se entiende que las pautas culturales de referencia y los estereotipos dominantes en los grupos de pertenencia operan en este sentido promoviendo mayor presencia de las mujeres madres en la crianza. Se encontraron escasas menciones a los padres en los discursos adolescentes, tanto fueran estas positivas como cuestionadoras de su participación en la crianza.

Ligado a la sobrecarga que implica ser madre para las adolescentes, se enuncia escasa y superficialmente la particularidad de la etapa vital en que se encuentran las adolescentes como característica a tener en cuenta a la hora de pensar en su rol como madres, y la importancia de brindar apoyo psicosocial acorde a sus necesidades:

Primero que nada, que en general es su primer bebé, su primera lactancia. Este, a veces son muy jóvenes que están en etapa de culminar su desarrollo, todavía no completo...(P21)

Si bien, obviamente hay otros procesos psicológicos que deben estar influyendo y bueno...(P13)

Sí hacés otras cosas totalmente diferentes porque es una madre diferente, para todo lo que tiene que ver con la forma en la que le das las información, que la apoyás, un montón de otras cosas. (P16)

Llama la atención la liviandad de las respuestas viniendo de profesionales del área de la salud, de quienes sería esperable mayor énfasis y consideración de los aspectos propios del desarrollo en la adolescencia, etapa de múltiples cambios y procesos madurativos a los que se suman los cambios y exigencias de la maternidad, configurando un escenario de alta demanda al que se debe atender y acompañar (Marotta, 2017). Ligado a lo anterior, hubieron solo dos menciones al vínculo mamá-bebé que dan cuenta de una mirada más amplia que la estrictamente médica, integrando el plano psicosocial:

No veo tanto riesgo en el vínculo materno o niño-madre y la posibilidad de instalar una buena lactancia...(P7)

Si ellas no quieren amamantar porque no hay un vínculo. Es como que la lactancia forma parte del vínculo, tiene que ver con el vínculo. Si eso no funciona allí y bueno terminan las abuelas. Ahí sí es clarísimo que va a ser un preparado para la lactancia. (P3)

Aparece en el discurso de un profesional el relato de las situaciones en que el vínculo mamá-bebé no se forja, a partir de lo cual se prevé el fracaso de la LM. Esta crónica anunciada da cuenta de un narrador que se ve ajeno a la situación, ante la cual parece no poder incidir. Tal es así que una de las entrevistadas reconoce la limitación para intervenir ante situaciones que escapan al orden médico, dando cuenta de una escisión en el sistema sanitario en el que prima una mirada biologicista en lugar un abordaje integral de la salud:

...cuanto más trabajás con la gente, más te das cuenta lo poco, las pocas herramientas que tenés para abordar otros problemas que en realidad son la mayoría de los problemas que la gente tiene. Que son los sociales, los psicológicos. (P17)

En esta visión segmentada de la salud que se deduce en los discursos de algunos profesionales, quienes omiten las características psicosociales del desarrollo de las adolescentes y a su vez se reconocen limitados para realizar un abordaje integral, las adolescentes son comparadas con las madres mayores como que las condiciones de partida fueran las mismas. Algunos profesionales refieren que las adolescentes son más perceptivas y que se encuentran más disponibles en parte por no trabajar, y que por tanto pueden amamantar más que las madres que sí trabajan. Es posible que la falta de herramientas en los profesionales para el abordaje integral, y su escasa consideración de los aspectos psicosociales que caracterizan a la adolescencia, propicien una lectura causal que relaciona el buen vínculo madre-hijo y el éxito de la LM con ciertas condiciones estructurales que atribuyen como características a las madres adolescentes, como ser el no trabajar o disponer de mayor cantidad de tiempo junto a sus bebés.

Los siguientes recortes lo muestran:

Creo que por estar casi que a disposición a veces del niño, y son mucho más perceptivas...(P16)

...como que de madre adolescente, tengo la sensación de que las mamás adolescentes están más en la casa y como que no tienen que salir a trabajar, ahí, no tengo la idea de a que a una mamá adolescente le haya tenido que poner el complemento porque se fue a trabajar...(P20)

...en general no trabajan porque son adolescentes entonces este tienen más tiempo para las, los bebés...(P25)

Si bien las características atribuidas a las madres adolescentes son reflejo de la realidad de una parte importante de las adolescentes del presente estudio (solo 12% trabajaban), llama la atención la simpleza del análisis expuesto por los profesionales. Puesto que el poder amamantar no solo depende de estar en el hogar, donde muchas veces las adolescentes no encuentran la tranquilidad para hacerlo o el apoyo necesario. Recordando que se trata de una población que en su mayoría proviene de contextos de vulnerabilidad socioeconómica, y cuya situación de reclusión al ámbito doméstico recorta sus redes de apoyo y contención ante las situación de estrés y alta demanda emocional o las dificultades que pueden aparecer en la lactancia (López Gómez y Varela Petito, 2016; Marotta, 2017).

#### *Influencia del entorno y la familia de las adolescentes madres:*

En ocasiones el apoyo para amamantar se identifica en el entorno familiar, y cuando esto ocurre depende en gran medida de las experiencias y consejos de mujeres cercanas el resultado de la lactancia de las adolescentes madres, hecho evidenciado en los discursos de algunos profesionales:

...van a depender también muchas veces de tener un apoyo familiar de contención, como en todos los ámbitos vinculados a la crianza que van a tener por delante, no solamente de la lactancia, sino que la red de apoyo que haya una abuela o una tía que haya ya tenido la experiencia previa y pueda ayudarla también es muy importante. (P30)

...la información es la que se transmite desde las familia, es la de las experiencias previas de otras personas que han pasado por lo mismo, amigos, amigas...(P4)

También, viste que en la población uno aprende porque tenés la experiencia de tu madre, de tu hermana, no sé, que también te pueden apoyar y eso es válido, ¿no?. (P13)

Se observa un reconocimiento y validación del saber cotidiano en torno a la LM que da lugar a la transmisión de conocimientos entre mujeres que hablan desde sus experiencias y creencias. Tal como fue analizado anteriormente, la LM como fenómeno de RS se compone a partir de “conocimiento socialmente elaborado y compartido” (Jodelet, 1986, p. 473), a través de la comunicación, la tradición y la educación, en tanto experiencias y modelos de pensamiento. Este intercambio entre mujeres posibilita el compartir elementos de orden simbólico pero también del hacer, que ordenan y guían las prácticas de la LM de las adolescentes madres. Vale la pena mencionar que si bien se aprecia este reconocimiento del saber común, no debe por esto flaquear la promoción de la LM realizada en el rol profesional que pueda contribuir a derribar mitos que atenten contra la misma.

Al profundizar un poco más en las entrevistas y luego de puntualizar algunas características en torno a las adolescentes madres y sus lactancias, los profesionales reconocen la influencia de las experiencias cercanas y el saber compartido entre mujeres en torno al amamantamiento, lo que se configuran como elementos que conforman las RS de las adolescentes. Así mismo, los profesionales expresan la importancia del entorno socioeconómico, del contexto familiar y la presencia de una pareja que apoye, como factores de relevancia para el éxito de la LM:

Yo creo que no es tanto por la edad, sino por la realidad social. Un adolescente, que viene de un entorno. Generalmente los embarazos adolescentes que veo son los entornos más complicados no...la lactancia está vinculada a su realidad social, no por la edad...(P3)

...no me parece que sea la adolescencia eh la edad la determinante. Creo que si lo que te determina es el contexto en el que vivís, entonces por ejemplo en el caso de las adolescentes obviamente el contexto familiar, del soporte que tengan y las experiencias de ese soporte familiar. Las experiencias de tus padres o de los cuidadores de tus referentes van a influir en lo que vos vas a pensar de, del alimento. (P4)

Tal vez haya un poco más de frecuencia de uso...(refiere a los PPL)...en las adolescentes porque a veces tienen más dificultades en la lactancia...De vuelta, a veces cuentan con un buen soporte familiar y a veces no. A veces no hay pareja, no hay papá que acompañe, que ayude, que apoye la lactancia. (P21)

Se observa cómo algunos profesionales luego de sortear la primera pregunta profundizan en sus respuestas y otorgan peso a las dimensiones socioeconómica y cultural como

determinantes de la alimentación y de la LM. Puntualizan en algunas características vinculadas al contexto como son: los hábitos, la alimentación materna, el apoyo cotidiano y la tranquilidad del entorno familiar:

Si vos tenés una familia continente, si vos tenés algún familiar que los continenta, va bien y el éxito aparece. Pero si no lo tenés y estás solo y estás atravesando dificultades económicas y tenés gente como en los ambientes nuestros, hay mucha gente que tiene el tema de adicciones, es muy difícil poder hacer la lactancia, es muy difícil poder tener la mente tranquila, poder, ¡es difícil!. (P14)

Lo único, yo creo que no es un tema de la edad sino de cada mujer en su realidad...uno de los factores que preguntas cuando amamantan es cómo es la alimentación materna. Y allí te encontrás con cosas que están influenciadas por los hábitos de vida de la madre, por la realidad de vida de la madre. Desde madres que comen una o dos veces al día porque es el hábito en la casa, no cocinan, o esperan a que venga alguien y están solas con su bebé. (P3)

El entorno y el apoyo cotidiano así como la trasmisión de experiencias y saberes entre mujeres cercanas, son elementos que también emergieron en el análisis de los discursos adolescentes como influyentes en sus experiencias. El entorno social como marco que provee de un bagaje cultural y un lenguaje a las adolescentes dotándolas de sistemas de interpretación, a la vez que se configura como escenario de la interacción social intergeneracional e intragénero donde circula información y conocimientos relativos a la LM, deben ser tomados en consideración para entender los procesos de producción de sentido que dan lugar a la construcción de sus RS sobre la lactancia, operando sobre las decisiones y acciones que circunscriben sus prácticas de LM.

Si bien el rol de las abuelas como referentes fue mencionado como favorecer de procesos de enseñanza brindando apoyo y orientación sobre la lactancia, en ocasiones fue identificado por las adolescentes y los profesionales como obturador del proceso de maternaje de las madres:

...a veces pasa de abuelas que se encargan de los niños, pero es más por intromisión de la abuela, muchos son por intromisión de la abuela más que por decisión de la madre. A veces ese primer hijo de una madre adolescente chica, te estoy hablando 15, 14, es como de la abuela y no de la madre. Es como de la tribu y no de la madre. Y la abuela sigue maternando a ese niño a pesar de que la madre está allí. (P3)

O sea, lo que veo muchas veces son muchas abuelas como muy metidas en la crianza porque en realidad como es una gurisa no sabe mucho lo que está haciendo...O sea que haya red, pero al mismo tiempo que no sea una red que ahogue, no?. Y que la deje ser también, o sea vivir esa maternidad y cómo sacar adelante sus propios recursos. Eso también es como re importante...(P7)

Porque cuando hay abuelas muy invasivas, lo que pasa es que la abuela se termina haciendo cargo de ese recién nacido como si fuera hijo de ella y le saca el lugar a la madre. Y hay que tener mucho cuidado en eso, porque la madre muchas veces se frustra porque “no se hacer nada” y sí, no sabes hacer nada como no sabemos hacer ninguna mujer cuando tenemos familia. La primera vez que tenés familia no sabés hacer nada, ni madre ni padre. (P14)

Como ya fue mencionado en el análisis realizado para las madres, las referentes femeninas tienen un rol clave en la transmisión de RS relativas a la crianza y la lactancia (Girona, 2022; Moreira, 2011). Es a través de las interacciones sociales entre mujeres que se comparten conocimientos y significados atribuidos al amamantamiento, mientras que se dan procesos de resignificación a la luz de nuevos contextos socio-históricos. Las nuevas informaciones que son integradas a las RS posibilitan cambios que repercuten en las prácticas de los sujetos. En el siguiente fragmento de entrevista un profesional ejemplifica mediante la observación de cómo un cambio en las normas sociales, una nueva mirada sobre el amamantar, repercute en la perspectiva que tienen las adolescentes sobre los PPL como complementarios de la LM:

Como que la lactancia ya está más admitida. Ver a una madre amamantar en la calle antes no era muy común, ahora es mucho más común. Y en eso me parece que también ayuda que las adolescentes no están tan preocupadas por las famosas latas. (P3)

Las RS están sujetas a un determinado contexto sociohistórico, y es así que las normas sociales y las pautas culturales las nutren de contenido actualizándolas al nuevo contexto, facilitando cambios de comportamiento de una época a otra de acuerdo a los nuevos conocimientos que son integrados a las RS por los sujetos. Las ideas y creencias que las adolescentes tienen sobre los PPL de acuerdo a la perspectiva de los profesionales resultó ser bastante coincidente con las referidas por ellas mismas.

### *Ideas y opiniones de las adolescentes sobre los PPL*

Las entrevistas arrojaron que las adolescentes solicitan los PPL para complementar la LM creyendo que su leche es insuficiente y que el complemento engorda más, a pesar de que perciben con frecuencia la asociación del estreñimiento como contrapartida negativa que asocian a su uso:

Bueno, en general, cuando lo solicitan es porque creen que engorda más que la leche materna. Que su leche no engorda y que el complemento sí los va a engordar, que necesitan eso...Después tienen como siempre la idea de que el complemento estriñe, que no está mal. (P21)

Se ve con mayor frecuencia, “no, sí la di pero ya no me gustó porque la secó”, y tá, se la dejan de dar. (P27)

...después sí se dan cuenta o empiezan “no le quiero dar, porque lo seca de vientre y va a tener cólicos”. (P20)

Y bueno, sí, ellas muchas veces quieren porque no se llena, porque dar la teta es todo un trabajo, no es sencillo. Y más con las adolescentes, tenemos mucho que trabajar con ellas, porque tienen otras actividades, quieren seguir un poco con su ritmo de vida que venían antes. Entonces, muchas veces los quieren dejar a los bebés y ella salir y demás. Entonces, sí, siempre quieren el complemento, siempre lo piden, lo requieren. (P11)

Ante estas afirmaciones corresponde preguntarse en qué se fundamentan las ideas y creencias que las adolescentes tienen acerca de los PPL. ¿Por qué refieren que éstos engordan y ayudan más al crecimiento del bebé?. La información que se transmite en los procesos de comunicación social es de carácter fundante para la construcción de la RS. A partir de la objetivación, los sujetos integran nuevos conocimientos y los esquematizan de acuerdo a sus propios sistemas de valores, naturalizándolos luego (Jodelet, 1984). También las experiencias compartidas entre sujetos influyen en la objetivación y anclaje de las RS, donde se pone en juego además de la dimensión cognitiva de las RS la dimensión afectiva de éstas.

La TRS sostiene que las RS tienen una función identitaria y generan significados (Rateau y Lo Monaco, 2013), la cual permite a los sujetos identificarse con su grupo de pertenencia al compartir saberes y prácticas.

Así es reflejado en los discursos de los profesionales cuando refieren que las ideas relativas al uso de los PPL son transmitidas por las familias en calidad de experiencias, opiniones y sentires:

Capaz que pobres, son hijas de esa generación que ya tomó complemento ellas, entonces eso también influye, porque que uno no haya sido amamantado influye en lo que va a hacer con los hijos...(P17)

Si todos no sé, si todos los hermanos se criaron tomando el biberón y se los dio el adolescente el biberón, bueno va a tener una idea del complemento distinta a alguien que quizás está ahora con un hijo pero que nunca estuvo al cuidado de un niño o de una niña. (P4)

Y capaz que en ese caso son más influenciables por lo que dicen las figuras de crianza de ellas, las figuras adultas que estén alrededor de ella. (P16)

...que el familiar, la madre de la madre, ahí diga “yo la veo que está todo el día con el bebé a upa, hay que darle algo porque pasa hambre” o “mamá me dice que capaz que tiene hambre” ahí puede ser...que pidan el complemento...ahí viene la abuela y dice “no será que pasa hambre”...(P20)

Se observa en el último fragmento la preocupación fundada por una abuela al respecto de que la leche de la madre no llena al bebé, preocupación que se halló recurrentemente en las entrevistas con adolescentes al respecto de los PPL, y que también emergió en los relatos de los profesionales. Ejemplo de cómo en las interacciones madre-abuela se producen y comparten significados al respecto de la lactancia y también de los PPL.

Por último pero no menos importante, emerge de los discursos de los profesionales que las adolescentes tienen dificultad para comprender aspectos relativos a la preparación y dilución de los PPL así como del manejo higiénico correspondiente:

...les cuesta entender cómo tienen que prepararlo, la dilución, es más sencillo que le den pecho. (P14)

...cuando hago la indicación de un preparado para lactante y justo es una mamá que es adolescente, hay algunas cosas que hay que puntualizar mucho en relación a lo que es el preparado, o sea la preparación en sí misma ...en cuánto a lo que es la preparación en sí misma, el tema de lo que es los cuidados con la higiene, de los biberones, del agua, todo eso, es algo que hay que puntualizar a veces un poco más. (P18)

Esta dificultad también fue apreciada en las entrevistas a las adolescentes, y si bien no es determinante podría favorecer el hecho de que los profesionales eviten la indicación de PPL

a las adolescentes. Por otra parte, en caso de indicarlos se debería reforzar la orientación para su uso, puesto que una mala preparación implica riesgos higiénicos y nutricionales para el bebé. Ya sea representando una sobrealimentación o bien un aporte insuficiente de nutrientes y calorías que compromete el crecimiento y desarrollo del bebé, hecho que no fue advertido en las entrevistas de los profesionales.

Continuando con los conocimientos de las adolescentes, los profesionales opinan que éstas en general llegan a ser madres sin tener nociones sobre la LM ni haber sido orientadas previamente, que no poseen opiniones formadas ni conocimientos al respecto:

Como que la madre más joven es más canchera, capaz que es la inconsciencia o la ignorancia...Es que no saben nada. No creo que tengan opiniones, me parece que son inducidas las opiniones...(P17)

Pero tal vez es eso sí que lo que puede cambiar es la información que tengan previa. Que de repente a la adolescencia las agarras sin ninguna información previa. (P22)

### *Influencia de las indicaciones médicas*

Como se mencionó anteriormente, existe evidencia sobre la importancia del asesoramiento previo al nacimiento para la promoción de la LM (Aragón et al., 2015), a pesar de ésto algunos profesionales opinan que el hecho de que las adolescentes lleguen desprovistas de conocimientos y que sean inexperientes favorece que sigan sus indicaciones médicas. Asignan una ponderación importante a la tarea del equipo profesional en el puerperio dada la vulnerabilidad de las madres en esta etapa, en especial las primerizas:

Yo creo que son más manejables que las, entrecomillado lo de manejable, que las madres que ya vienen con un cuarto hijo...la madre adolescente que es el primero, que está como mucho más vulnerable, si se quiere, entonces vos podés aprovechar esa vulnerabilidad en el buen sentido. (P16)

Y hace bastante caso las indicaciones, no sé si es por miedo...(P17)

Es diferente en el sentido de que el adolescente, todo lo que vos le digas, lo va a tomar como estrictamente...creo que va a depender más del médico que esté con ella que mismo de los propios pacientes...lo fundamental es que el equipo de salud o el equipo que esté asistiendo a esa madre que está en un puerperio, que está súper vulnerable, que todo lo que le diga, ella lo va a tomar. (P19)

## 5.6.2 Rol de los profesionales de la salud

Se deja entrever en los discursos de los profesionales un vestigio del higienismo, cual adoctrinamiento moral de los adolescentes: seres enfermos, ignorantes e imprudentes, seres a los que se debe educar, vigilar y corregir autoritariamente de ser necesario (Barrán, 1992). La rigidez y el paternalismo del rol médico hallada en los relatos de mujeres anteriormente por Silva (2000), se vislumbra en estas citas:

Y a no ser que tengan consumo, es lo tercero. El estado nutricional de la madre, los hábitos de vida y el consumo. Son las cosas que trato de vigilar. (P3)

Todo bien con el librito, pero uno se tiene que adaptar al paciente que está atendiendo...a veces se critica algunas conductas que tenemos, o se habla con mucha rigidez de un tema es porque se desconoce la realidad en la que vive la gente. O cómo las familias encaran las cosas. (P17)

A partir de estas dos últimas afirmaciones es posible percibir la coexistencia de viejas concepciones higienistas sobre la salud y un abordaje paternalista (Olza et al. 2017), en tensión con nuevos paradigmas que reconocen a un sujeto de derechos en el usuario, ya no solo a un paciente enfermo.

### *Apoyo para la LM*

Desde esta mirada contemporánea las adolescentes son ubicadas como sujetos biopsicosociales con necesidades, demandas, sentires, contextos y problemas propios, sujetos con quienes establecer un vínculo para el acompañamiento de la maternidad y la LM como experiencia que atraviesa múltiples dimensiones del ser, desde lo físico, emocional, social, y cultural. Así lo expresan los siguientes fragmentos:

Trato de fomentar el pecho directo exclusivo. Siempre, eso siempre. Pero depende de cada situación específica...Pero bueno, tratamos de explicarles los beneficios del pecho y todo ese trabajo que hacemos en las consultas, todos los días. (P11)

...creo que difiere en, en qué posibilidades hay de hablar del tema de informarse, de tener espacios donde vaya a un médico y pueda preguntar, de que pueda sentir también un lugar de confianza donde pueda decir si quiere o no la lactancia...(P4)

...lo que es más importante es cómo acompañarlas en construir una red de sostén que las acompañe, que las apoye, que las valide. Como sus opiniones también...Y validar los sentimientos, la experiencia de esa adolescente es re importante porque en definitiva está siendo madre. (P7)

Alineados a esta nueva mirada los profesionales entienden que es importante generar una red de apoyo para las madres, y que las adolescentes por sus características enunciadas anteriormente requieren mayor énfasis para el abordaje desde el sistema sanitario. Si bien el apoyo se constituye en un factor externo al sujeto, forma parte de las interacciones sociales que vehiculizan información constituyente para las RS. Además el apoyo se suscribe al universo afectivo incidiendo así en la actitud de las adolescentes, como dimensión que conforma junto con el campo representacional y la información los tres componentes de las RS relativas al amamantamiento. Los profesionales se refieren a la importancia del apoyo del siguiente modo:

Pero sí, de hecho, que las madres sean adolescentes lo consideramos un factor de riesgo, pero es como es un signo de alarma, es una tensión extra que hay que poner en ese binomio, pero bueno, creo que pueden tener procesos muy exitosos igual. (P30)

...creo que es la población en la que hay que trabajar más y acompañar más...y creo que hay que apoyarlas en el proceso más en el antes, durante y bueno, y en el después también. (P13)

Es más, las madres adolescentes si están apoyadas, no tienen por qué, a priori, no dar bien de mamar...(P9)

La madre adolescente, cuando la madre es adolescente y está bien informada, funciona igual o mejor que cualquier madre que no sea adolescente. No tiene por qué. La madre adolescente nada, tiene que estar acompañada, apoyada, informada, que no es poca cosa lo que estoy diciendo, pero funciona muy bien. (P14)

Creo que, hay que trabajar especialmente con esas madres y con esos binomios para generar la autoconfianza...(P30)

Como estrategias diferenciales de apoyo hacia las madres adolescentes se identificaron: la orientación en relación a la técnica de lactancia de manera reiterada, especialmente en el momento de la lactada para observar dificultades y evacuar dudas, la realización de un seguimiento más cercano en policlínicas con las adolescentes madres, así como las visitas a domicilio cuando es necesario, y la coordinación para el acompañamiento al alta cuando se identifican situaciones de vulnerabilidad.

Lo expresan con claridad los siguientes fragmentos de entrevista:

En ver cómo les explicamos las técnicas de lactancia, ver si estamos con ellas en el momento que van a prender al bebito, para explicarles cómo se puede prender. Explicarles que la lactancia no duele, en realidad que si duele, bueno, se vuelve a intentar, o sea, se saca el bebito del pecho y se vuelve a prender. O sea, que tiene que ser algo que no le duela. Creo que tenemos que estar como más encima de las pacientes y explicándoles y acompañándolas en el proceso de la lactancia, que es sumamente complejo y complicado. (P19)

No, la madre se la cita toda la semana si es necesario. Se la cita y se le dice que tenés un equipo, a veces tenés alguna nurse, alguna nurse que en realidad es término viejo, licenciada en enfermería, que te puede ayudar, alguna enfermera que te puede ayudar, o enfermero. (P14)

Entonces esto de lo que se hace que por ejemplo en la parte privada se va a la casa, va a un equipo,...de que lo van a controlar cuando ven situaciones de riesgo...hay momentos donde se necesita un acompañamiento...(P14)

Por lo menos nosotros en nuestra maternidad tratamos a las madres, no solo adolescentes, sino vulnerables, de garantizarles, digamos, un cierto apoyo cuando se van de alta, en el sentido de ver quién las puede apoyar. (P15)

En relación a las condiciones que hacen a su trabajo, los profesionales enumeran algunos obstáculos del sistema de salud referidos a las características que estructuran las consultas médicas. La infraestructura y el tiempo de las consultas son las principales limitaciones identificadas para la promoción y apoyo de la LM como parte de su trabajo profesional:

Muchas veces se insiste mucho, pero al final es más rápido dar la receta porque no tenemos infraestructura, no tenemos tiempo...(P14)

Sigue habiendo, no sé, no sé si es por, obviamente que la facilidad de la consulta, ni qué hablar, indicar el complemento y dejar de hablar, si es una falta de tiempo en la consulta que puede ser...(P16)

...la gente de lactancia dejó de tener un lugar para trabajar, no tenía lugar para trabajar físico. Trabajaba con las madres en los pasillos...(P16)

Se entiende que la promoción de LM debería ser una tarea prioritaria en la atención a la primera infancia dentro del sistema de salud por su óptima relación costo-beneficio (Lutter, 2010) para la salud infantil. Así se expresa en las estrategias y declaraciones (OMS y UNICEF, 1989; OMS, 2003) que a nivel mundial instan a los Gobiernos a la creación de

políticas que protejan y promuevan la LM. En este sentido en Uruguay se creó la Norma Nacional de Lactancia (MSP, 2017a) donde se concibe a la lactancia como constituyente del derecho a la alimentación y nutrición adecuada (Art. 24, CDN). Con lo que las limitaciones enunciadas denotan falencias en la implementación de políticas y programas en el sistema sanitario que promuevan la LM como alimentación por excelencia para niños desde el nacimiento y hasta al menos los 2 años, asegurando así el derecho a la alimentación y nutrición adecuada y de calidad. Este hecho cobra relevancia para el presente estudio, puesto que los factores externos si bien no son componentes de las RS delimitan el contexto concreto en el cual están inmersos los sujetos, y es mediante la interacción social que ocurre en dicho contexto que los sujetos elaboran las RS por medio de las cuales aprehenden la realidad y actúan en consecuencia.

Además de enunciar debilidades propias del sistema sanitario, los propios profesionales ponen en tela de juicio su labor, en tanto reconocen que las indicaciones de PPL no siempre responden a causales justificados acorde a la Norma Nacional de Lactancia (MSP, 2017a) y aluden falta de criterios comunes entre colegas y niveles de atención. Según algunos profesionales entrevistados en relación a la alimentación de niños de 0 a 23 meses, el segundo nivel de atención es el contexto donde se indica de manera más frecuente el uso de PPL, puesto que perciben a la cesárea y al bebé pretérmino como atenuantes de la LM (Girona et al., 2024).

...hay un paradigma por detrás de la adolescencia que es complicado no? Pensar que no sé, la adolescencia como siempre como un problema y bueno,...piensas eso como que siempre es un problema, entonces no va a poder o no va a querer o hay que darle complemento porque es chica, entonces no sé, me parece que es más basado en mitos que en otra cosa. (P4)

Este pero sí creo que en la práctica es una de las causas de indicación, o sea, de indicación la madre adolescente, como si eso por sí solo fuera un motivo para que la madre no, no, no pudiera o tuviera mayor dificultad. (P30)

...la falta de criterios para la indicación de los PPL, también es un gran problema, porque es a gusto del pediatra que te esté viendo, hay una falta de criterios unificados para la indicación de PPL importante, ese problema sigue existiendo a pesar de que recontr sabemos, de memoria, y que los podemos recitar, los beneficios de la lactancia. (P16)

Sí son las que vienen con el preparado para lactante y que después logramos sacar, eso sí. (P18)

Aquellos profesionales con una mirada más crítica entienden que el simple hecho de ser madre adolescente no representa por sí mismo un causal de indicación de PPL, sino que esta idea estaría basada en mitos. En este sentido refieren que el hecho de que la madre sea adolescente no debería determinar la alimentación al alta ni en los controles pediátricos:

...no lo indico así de orden, siempre hay que ir viendo control a control cómo va marchando. (P1)

...no es por ser madre adolescente que le voy a preparar. No. Cuando están bien apoyadas, ¿no?. (P9)

...Pero para la indicación de preparados para lactantes no es que sea diferente que otra madre. (P16)

La referencia a la falta de criterios para la indicación de PPL y los discursos ambiguos en relación a la necesidad de los PPL para las madres adolescentes son alarmantes, puesto que para algunas adolescentes la indicación médica fue referida como una decisión fundada que suelen respetar. Así se refleja en el comentario de una de ellas:

(¿Y en qué momento recuperó el peso?)...Cuando empezó a tomar complemento más seguido. Porque mi pecho no lo alimentaba...(¿Y alguna desventaja, algo negativo le ves o no?)...No, no le veo nada porque por algo lo mandan los médicos pienso yo no. (E8)

A pesar de que existe legislación clara en relación al uso de PPL así como políticas y normas de protección y promoción de la LM, se observa una heterogeneidad en los criterios y situaciones que guían la indicación de PPL, especialmente en las maternidades durante las primeras horas de vida de los recién nacidos, atentando contra la instalación y afianzamiento de la LM.

## 5.7 Análisis integrado sobre las RS

En base a los distintos métodos empleados en la investigación se realiza en esta sección una síntesis de los elementos arrojados por el análisis realizado, integrando así los resultados obtenidos a través del enfoque estructural y procesual con los antecedentes teóricos hallados. La TRS posibilita una aproximación a la comprensión de un fenómeno complejo y multidimensional como la LM desde el significado otorgado por las adolescentes madres. A la vez que interpretando la visión de los profesionales de la salud sobre el fenómeno de estudio.

Atendiendo a la dimensión histórica de la práctica de la LM, se destaca la vinculación intrínseca de la misma con la supervivencia de la especie humana, y la permanencia actual de vestigios de diferentes épocas históricas, que naturalizan la maternidad y la lactancia como parte de la identidad femenina, respondiendo a un sistema patriarcal en cuyo entramado simbólico se hallan estereotipos de género tradicionales que sustentan el binomio mujer-madre, la dicotomía buena/mala madre y la idea del amor maternal que conlleva a la abnegación materna. Se identifican así claramente la conjunción de los cuatro ejes teóricos planteados por Moreno (2009) presentes en las RS de las adolescentes que viven la naturalización de la maternidad, y la lactancia como parte de ésta, como destino y proyecto de vida asociado al ser mujer. Las RS del grupo de adolescentes madres participantes sobre la LM se encuentran en consonancia y hacen eco de las pautas culturales e ideológicas propias de éste. El grupo de madres estudiado se encuentra circunscripto en contextos de vulnerabilidad socioeconómica donde se agudizan las brechas de género y se refuerzan los estereotipos tradicionales de género, perpetuando el mandato social de la maternidad y lactancia para las mujeres, con una connotación identitaria y de pertenencia social para estas madres. Es así que estas adolescentes anclan la naturalización de dar pecho en sus RS de mujeres madres. La construcción social de la “buena madre”, instintiva y abnegada, cualidades cultivadas por la Iglesia primero y luego por el poder médico, permanecen en las RS de las adolescentes madres. La lactancia es vivida de manera adjunta a la maternidad y representada como práctica alimentaria, la cual se organiza en torno a una prescripción absoluta ligada a lo fisiológico. La actitud que tienen gran parte de las adolescentes en relación a la lactancia orienta su conducta y las predispone favorablemente a la misma, evidenciándose en sus vivencias el disfrute a medida que se asienta dicha práctica (Silva, 2000), a la que catalogan de práctica y cómoda.

Es interesante observar la permanencia de la idea de obligatoriedad de amamantar a los hijos, gestada ya en la edad media por la Iglesia y más adelante por el poder médico (desde fines del siglo XVIII), a través de sus tratados en los que se incluían consejos y directrices sobre amamantamiento. La alianza médica con las mujeres, en desprestigio de los consejos de comadronas y otras mujeres, se observa que se mantiene de manera parcial en la actualidad. Las adolescentes refieren seguir las indicaciones médicas así como también guiarse en mayor medida por los saberes transmitidos por mujeres cercanas en base a sus experiencias. El conocimiento profesional es visto como conocimiento experto, se integra por medio de la objetivación mediante la cual las adolescentes seleccionan elementos de dicha información para reorganizarlos en un esquema figurativo y concretizarlos: la lactancia como fuente alimenticia para el bebé configura el núcleo central de sus RS, noción alimentada por los discursos médicos que exaltan la importancia nutricional de la LM. Esta idea mecanicista de la LM deja al margen aspectos afectivos y vinculares de dicha práctica, que se identificaron de manera satelital en la periferia de las representaciones de este grupo de adolescentes madres.

De igual modo sucede con las experiencias compartidas por otras mujeres, cuyos conocimientos se integran y organizan en la red sociocognitiva de las adolescentes madres para ser resignificados por éstas y anclados, de manera que se naturalizan mitos y creencias en saber cotidiano, conformando sus RS en torno a la LM y guiando sus comportamientos. En ocasiones favorecen la instalación de la LM, mientras que en otras propician la introducción de sucedáneos de la leche materna.

Continuando con el análisis histórico, el higienismo médico en su misión de adoctrinamiento moral abogaba y refería al amor maternal que se transmitía a través de la lactancia, como argumento para promover la misma en desprestigio del servicio de las nodrizas. La construcción social de la “buena madre”, instintiva y abnegada, cualidades cultivadas por la Iglesia primero y luego por el poder médico, permanecen en las RS de las adolescentes madres. Representaciones que les permiten explicar su realidad cotidiana, puesto que en pleno ejercicio maternal buscan dar sentido al mismo, y con conductas compartidas en los espacios socioeducativos realizan el anclaje de la lactancia como práctica natural e intrínseca al ser mujer-madre.

En la época contemporánea, los discursos sanitarios promovidos por las organizaciones de la salud y replicados por los profesionales son de carácter fuertemente biologicista y están centrados en los beneficios para la salud materno-infantil, promoviendo una visión mecanicista de la LM que desconoce las experiencias particulares y singulares de

las mujeres, de modo que contribuye a disociar la afectividad de dicha práctica. Esto ha incidido en el proceso de objetivación mediante el cuales las madres incorporan información abstracta a la que otorgan sentido y realizan construcción de imágenes, aportando a la representación de la madre como naturalmente productora de leche, lo que se manifiesta en la estructura de la RS de la LM como acto fisiológico alimentario. Se observó que solo las RS de un pequeño grupo de adolescentes madres integran en la periferia elementos de carácter afectivo en su estructura. También, al relatar sus experiencias y vivencias, algunas adolescentes enuncian la LM como práctica que promueve el vínculo afectivo con sus hijos y de la cual disfrutan. Los profesionales entienden que esto se constituye como un elemento protector de la práctica de LM, pues el establecimiento del vínculo madre-hijo basado en la teoría del apego favorece el establecimiento de la lactancia como parte de éste. A pesar de lo cual no se refleja en sus prácticas profesionales, donde prevalecen los consejos enfocados en la salud física y en la alimentación asociada al aumento del peso de los bebés. Se dejan entrever vestigios del higienismo médico que construye el rol profesional en el ejercicio de la vigilancia y el control. Además se alerta sobre una mirada profesional que en muchos casos desconoce la incidencia negativa de los contextos de las adolescentes madres sobre la autonomía individual para construir decisiones informadas en clave de derechos.

Las adolescentes madres se encuentran atravesando una etapa caracterizada por procesos madurativos que implican cambios psicológicos, crisis y búsquedas identitarias, las cuales entran en conflicto muchas veces con la asunción del rol materno y las nuevas exigencias que éste conlleva, a lo que se adiciona la vulnerabilidad que el puerperio representa para las madres. Las RS se constituyen fundamentalmente del campo psicológico y el social. En relación al primero, las adolescentes manifestaron vivencias de inseguridades, miedos, vergüenza y desborde emocional en ocasiones. Referido al segundo, el carácter socio-histórico de las RS se expresa como sustrato que abona los significados atribuidos por estas adolescentes que marcan sus vivencias de pudor y vergüenza, en tanto éstos refieren a imposiciones religiosas que datan de la Edad Media, época en que la Iglesia se encargó de imponer la prohibición moral de mostrar los pechos, disociando el deseo sexual del ser mujer. La permanencia de estas construcciones sociales en las vivencias subjetivas negativas de las adolescentes configuran en ocasiones una autopercepción de no poder amamantar que se reflejó en la periferia de la estructura de las RS estudiadas. En relación a esto, se encontró en términos generales que los profesionales de la salud manifestaron escasa consideración de las particularidades que caracterizan la etapa adolescente y sus implicancias psicológicas. Respecto a las vivencias negativas expresadas por las adolescentes, las menciones de los profesionales fueron heterogéneas,

en tanto algunos no reconocen siquiera las vivencias negativas en torno a LM que manifestaron las adolescentes y que hacen a sus RS. Para éstos, las adolescentes son vistas como más deshinibidas y despojadas ante la presión de las normas sociales, más disponibles a lactar por no trabajar, más perceptivas y conectadas con sus bebés. Idealizan la maternidad en consonancia con las pautas culturales y estereotipos de género dominantes que realzan el instinto maternal como elemento protector de la práctica de LM desde una mirada primordialmente biomédica, desconociendo las contrapartidas negativas que esta idealización tiene sobre las vivencias y subjetividades de las adolescentes madres en torno a la práctica de LM. Se entiende que esta mirada profesional refuerza valores y creencias que contribuyen de manera perjudicial en la construcción de las RS de las adolescentes sobre la maternidad y lactancia como dimensiones propias y naturalizadas del ser mujer. Generando gran presión y poco sostén ante una situación de alta exigencia que las desborda emocionalmente, lo que muchas veces desencadena el uso de PPL.

Por otra parte se encuentran miradas profesionales más integrales cuya visión del ser biopsicosocial posibilita el reconocimiento de las adversidades que circunscriben los contextos de las maternidades adolescentes. Ante lo cual se manifiestan limitaciones para abordar dificultades psicosociales y vinculares. De manera explícita se enuncia la falta de herramientas para dicho abordaje, y de forma indirecta se anuncia la indicación de PPL ante las dificultades en el vínculo madre-hijo, denotando falta de empatía y de contención emocional en el ámbito sanitario. La dificultad para establecer el vínculo inicial madre-hijo representa un gran desafío para las madres adolescentes en situaciones de vulnerabilidad social, así como satisfacer adecuadamente las demandas del bebé, lo cual fue vivenciado como agobio por algunas adolescentes. Ante este sentir muchas veces se desencadena la demanda de PPL y ésta es propiciada por algunos profesionales de la salud, principalmente durante la internación, sin ajustarse muchas veces a las pautas establecidas en la Norma Nacional de Lactancia Materna (MSP, 2017a).

En relación al vínculo madre-hijo, el mismo es reconocido como constituyente de las RS de la LM de las adolescentes, desde una perspectiva en la que las representaciones se presentan como constituyente más que como constituídas. Se observaron elementos periféricos que aluden a esto como ser la conexión, el amor, y el cuidado. En este sentido, se observa una vez más el entramado cultural simbólico sobre el que se construyen las RS y en el que permanece la ideología de la madre abnegada, a la que además el poder médico le atribuyó en una suerte de “falso” empoderamiento (Donzelot, 2008), por ser relegado al ámbito doméstico, las responsabilidades del cuidado y el desarrollo de sus hijos (Amorín et al., 2006).

En esta supremacía que pregona el paradigma del instinto maternal no hay cabida para el rol paterno en las tareas del cuidado. Las menciones a los padres en los discursos adolescentes fueron escasas, referidas a tareas de apoyo cotidiano y algunas cuestiones de crianza, más no existe una problematización por parte de las madres de este estudio en relación a las brechas de género y la participación de los varones en la crianza y LM, que por cierto se intensifican en los estratos sociales más bajos (Batthyány et al., 2015). En este sentido, algunos profesionales de la salud reconocen la importancia de la coparentalidad para acompañar los procesos de LM (Susin, 2008), así como la dificultad de lograr ésta en los hechos. Por lo que es preciso pensar de qué manera favorecer la inclusión de éstos desde el accionar de las políticas de promoción de la LM, favoreciendo su participación en las instancias de orientación y asesoramiento para la lactancia a modo de brindarles herramientas para apoyar a sus parejas. De igual manera se debe considerar la relevancia de generar acciones tendientes a deconstruir las construcciones hegemónicas en torno a los estereotipos de género, que inciden en las representaciones y orientan las actitudes de mujeres y varones en relación a la LM.

Las adolescentes resaltan la importancia de sentirse apoyadas para ejercer la LM, práctica que históricamente ha generado redes de cooperación y solidaridad entre mujeres (Massó Guijarro, 2013), lo que continúa vigente en las experiencias de las adolescentes madres como lactancia solidaria, y es interpretado desde un enfoque feminista como una resistencia política en un sistema patriarcal (Gimeno, 2018). En este sentido, los espacios socioeducativos que fueron escenario de esta investigación se constituyen como ámbitos que propician el apoyo entre adolescentes madres, a la vez que brindan un sostén afectivo y material que muchas veces suple vacíos familiares, y un asesoramiento técnico que delinea la percepción del contexto (Rateau y Lo Monaco, 2013). En esa cotidianidad circulan elementos cognitivos teóricos respecto a la técnica de lactancia, así como suceden interacciones con alta carga afectiva y emocional, implicando tanto a la dimensión cognitiva de las RS así como a la actitud que orienta los comportamientos (Moscovici, 1979).

Es en las interacciones cotidianas entre pares así como entre mujeres de distintas generaciones como madre-hija, que circulan creencias y experiencias relativas al amamantamiento, procesos de enseñanza-aprendizaje constituyentes de las RS. En virtud del carácter instintivo que caracteriza las RS de la LM de las adolescentes madres, es que estas se orientan y apoyan fundamentalmente en el conocimiento compartido entre mujeres cercanas más que en los profesionales, tanto en los procesos comunicacionales así como también en las experiencias vividas. De este modo las RS justifican sus comportamientos relativos a la LM, y a veces se configuran como perpetuadoras de mitos y creencias. Se

observó, a modo de ejemplo y en términos generales, el conocimiento compartido que tenían las adolescentes madres acerca de los intermediarios como mejor opción para dar el pecho, así como la supremacía de la leche materna en relación a los PPL .

Desde la perspectiva profesional se aprecia el reconocimiento del rol de las abuelas como transmisoras de información y creencias relacionadas a la práctica social de la LM, las cuales se encuentran atravesadas por las recomendaciones médicas de sus épocas. La circulación de información, las vivencias y experiencias propias, así como el apoyo que reciben las adolescentes de su entorno familiar, son considerados por los profesionales como elementos determinantes en la decisión de lactar o no. En este sentido se encuentra coincidencia entre adolescentes y profesionales.

En ocasiones, los saberes populares se contraponen al conocimiento experto, provocando confusión en las madres que puede acrecentar la angustia y el agobio experimentados por la propia maternidad y la LM. Las adolescentes reflexionaron en torno a las vivencias negativas de dolor e hipogalactia que suelen ocurrir principalmente al inicio de la LM, y la falta de empatía que muchas veces tiene el personal de la salud que reproduce un discurso mecanicista de la lactancia y muchas veces brinda indicaciones ambiguas. Los consejos y orientación que brindan en estas situaciones son centrados en la técnica de lactancia, siendo los mismos insuficientes (Carrero et al., 2020) e inefectivos, quizás por ser éstos desafectivizados o impregnados de una lógica paternalista médica, en la que se omite el apoyo emocional tan relevante en esta circunstancia.

Los procesos de objetivación y anclaje de los sujetos están vinculados a su posición social y la ideología predominante en el grupo. En este sentido, las adolescentes interiorizan de acuerdo a sus valores e intereses la información que reciben. Se apreció que ante las dificultades descritas anteriormente, suele prevalecer la idea de los PPL como complementarios a la LM y favorecedores del aumento de peso, creencia posiblemente alimentada por el marketing que promueve la industria de los PPL. Las RS de las adolescentes sobre los PPL muestran que éstos son comprendidos como una ayuda para alimentación, a pesar de que destacan la contrapartida negativa que producen estreñimiento, y no perciben los potenciales riesgos que éstos implican para la salud de sus hijos/as (Ares et al., 2020; AAP, 2012). La visión médica centrada en el aumento de peso es asimilada por las madres, se produce una irrupción del conocimiento científico en el saber cotidiano, posiblemente como resultado las adolescentes conformaron a través de la objetivación la idea de que su leche es insuficiente con frecuencia y que los PPL son necesarios para el aumento de peso. Para el grupo de adolescentes estudiado los PPL

representan una ayuda para la alimentación, siendo éstos términos elementos que emergieron entre sus RS y evidencian un anclaje de los mismos que guía muchas veces sus comportamientos. Complementariamente, otros obstáculos identificados por los profesionales de la salud en relación a la infraestructura y el tiempo para la atención médica, configuran un escenario donde las indicaciones de PPL son más comunes de lo que debieran, a pesar de que algunos profesionales enuncian la dificultad de las adolescentes para realizar la dilución correcta y una preparación higiénica. Vinculado a esto, algunos profesionales reconocen la falta de criterios comunes para la indicación de PPL, las cuales muchas veces se basan en mitos que postulan a la adolescencia como justificativo del uso de PPL. Se basan en una concepción de las adolescentes como ignorantes, vulnerables, y más permeables. Se avasalla con el derecho de éstas a decidir informadamente sobre la alimentación de sus hijos/as y por tanto también se compromete el derecho a la mejor alimentación y nutrición de éstos/as. Esta situación se ve acrecentada cuando las experiencias pasadas de alimentación de las adolescentes y familiares reflejan el uso de PPL en detrimento de la LM, así como también por las opiniones del entorno cercano, y especialmente si abuelas y otras mujeres alientan la alimentación artificial, opiniones y creencias que inciden en las RS de las adolescentes y que guían sus comportamientos en relación a la alimentación de sus hijos/as. De igual modo, los mandatos sociales y las normas predominantes en el grupo de pertenencia pueden contribuir a la sensación de inseguridad de las adolescentes y a una actitud en detrimento de la LM, cuando entran en conflicto con las vivencias particulares de éstas.

A pesar de las limitaciones enunciadas por los profesionales, se reconoce la existencia de algunos esfuerzos por acompañar de manera diferencial a las adolescentes madres para el éxito de la LM (Tabares et al., 2014). En algunos casos es acompañando en la lactada para mejorar la técnica, o mediante las visitas a los domicilios cuando son instituciones privadas, así como la coordinación al alta para el apoyo extrahospitalario. En relación a este último punto se cree oportuno que dichas coordinaciones pudieran ser realizadas con centros juveniles tanto en la captación de embarazadas como después del parto. Así como también el ámbito sanitario debería colocar mayor énfasis en generar entornos tranquilos y de contención emocional, que son considerados por las adolescentes como más importantes que la orientación técnica para lograr el éxito de la LM. Por último, enfatizar los beneficios de amamantar para la salud de las madres, quienes evidenciaron un bajo nivel de conocimiento de éstos, podría influir positivamente en la iniciación y continuidad de la LM. Siempre que exista un adecuado apoyo y acompañamiento tanto de actores sanitarios, familiares, y referentes de espacios socioeducativos.

## 6 Reflexiones finales

El presente estudio se abocó a comprender las RS vinculadas a la LM de adolescentes madres, con la pretensión de generar aportes para el diseño de políticas públicas abocadas a la promoción de la LM, que atiendan las particularidades de las adolescentes madres y sus contextos singulares. Las madres participantes del estudio se caracterizan por encontrarse en una etapa del desarrollo, la adolescencia, que conjugada con las exigencias de la maternidad representa grandes desafíos psicoemocionales para el sostenimiento de la crianza y la lactancia. Además se encuentran insertas, con frecuencia, en contextos socioeconómicos de vulnerabilidad, a lo que se suma la segregación territorial y la reclusión al ámbito doméstico que caracterizan a las madres adolescentes, como elementos particulares a los que atender. En estos escenarios las adolescentes sortean las contradicciones que se originan entre los mandatos sociales y sus propias experiencias, que abonan la construcción colectiva de representaciones sociales. Es crucial que las adolescentes puedan tomar decisiones informadas respecto al amamantamiento, ejerciendo y garantizando sus derechos y los de sus hijos/as, beneficiándose ambos de dicha práctica en términos de salud, entendida de manera holística e integral.

Una mirada integral y holística de la salud resulta fundamental para contribuir a las vivencias de LM de las mujeres, en virtud de mejorar la mejor alimentación a niños a partir del nacimiento, desde un enfoque que privilegia el derecho a la LM entendida como la alimentación óptima para su crecimiento y desarrollo. Se debe construir un escenario que posibilite la libertad de elección de las adolescentes en tanto se informe y acompañe adecuadamente la LM como práctica abordada en sus múltiples dimensiones. Para lo cual es imperioso la participación de múltiples actores, desde el ámbito sanitario, familiar así como los espacios de socialización que nuclea a las adolescentes madres. Siendo estos últimos de gran relevancia por ser ámbitos que propician el encuentro, intercambio y compartir conocimientos entre adolescentes que muchas veces se encuentran recluidas al hogar y al territorio. Los espacios socioeducativos inciden favorablemente en el ejercicio y goce de varios derechos de NNA, en tanto promueven y facilitan su crecimiento y desarrollo, salud y alimentación, educación, circulación social, y autonomía, entre otros aspectos. Acompañan y orientan las vivencias de LM de manera respetuosa y propician el intercambio de saberes y vivencias entre pares y referentes técnicos. El compartir experiencias positivas de amamantamiento refuerza la confianza de las adolescentes para lactar y posibilita vivencias de apego.

En virtud de los resultados relativos a los ámbitos sanitarios y los profesionales de la salud que allí se desempeñan en la atención de recién nacidos y niños pequeños, es primordial unificar la mirada sobre la maternidad en la adolescencia hacia una visión más comprensiva y menos moralizante, generando a su vez herramientas que faciliten a los profesionales la atención integral de las adolescentes madres en contextos de vulnerabilidad socioeconómica. De este modo es necesario unificar los criterios utilizados por los profesionales para la indicación de PPL y recurrir a estos como última instancia en virtud de favorecer de la manera más amplia la LM, a través de acciones de promoción de la lactancia que consideren la multidimensionalidad de dicha práctica. Limitar por lo tanto la indicación de PPL durante la internación, reforzando la seguridad y autoconfianza de las adolescentes para amamantar en lugar de sembrarles incertidumbres introduciendo la indicación temprana de PPL. Se visualizan algunas estrategias diferenciales a tales efectos, las que se encuentran focalizadas en algunas instituciones sanitarias. Estas son valoradas positivamente por los profesionales de la salud para el acompañamiento de la LM y las dificultades que se asocian al amamantamiento, por lo cual sería positivo su evaluación y aplicación en mayor escala en calidad de programa de fortalecimiento de la práctica de LM en adolescentes madres. Mejorar los entornos de internación buscando propiciar tranquilidad, empatía y contención emocional a las madres es una propuesta que se identifica como más relevante que la consejería en la técnica de LM, se entiende que la conjunción de ambas tendría gran impacto. En definitiva la puesta en práctica de los diez pasos de la IHAN (OMS y UNICEF, 2009) y el monitoreo de su cumplimiento. En la misma línea, intensificar la coordinación entre centros de salud y las instituciones dedicadas al trabajo con adolescentes en territorio así como con actores familiares, resulta primordial para el sostenimiento de la LM como práctica que se define y representa en la cotidianeidad de las mujeres.

Pensar en maternidad-lactancia como conjunto históricamente asociado conlleva a significados que implican la naturalización de la lactancia al punto de que ésta es vivenciada por las adolescentes madres como una obligación materna y un mandato social, lo que demanda problematizar la libertad de las mujeres de elegir si amamantar o no en un marco de real autonomía y posibilidades, consecuente con un enfoque de derechos que necesariamente conlleva una responsabilidad social y colectiva. Los significados otorgados por las adolescentes a la LM incluyeron sensaciones ambivalentes, vivencias positivas y negativas que se debaten en la contradicción entre amamantar y recurrir a los PPL. En este sentido y a la luz de la TRS, la transmisión intergeneracional configura procesos de enseñanza y aprendizaje cual herencia cultural, a partir de la que las adolescentes apprehenden la LM. Esta práctica se asienta en su cotidiano compartir con pares, donde los

procesos de comunicación social permiten la resignificación de sus RS, a la vez que otorgan pertenencia grupal y guían sus comportamientos. Los entramados socioestructurales en los que las adolescentes interpretan su realidad y comparten sus saberes, delimitan su lectura de la realidad. Considerar las condiciones materiales de las adolescentes madres y las múltiples dimensiones de la LM para el diseño de políticas y programas sanitarios, así como en el diseño de acciones focalizadas de orientación y asesoramiento con énfasis en el sostén emocional, podría resultar favorable para incidir positivamente en las lactancias de adolescentes madres. Para lo cual es imprescindible la implicación y participación de otros actores sociales y familiares que brinden soporte y apoyo.

Las limitaciones del presente estudio se relacionaron a las particularidades de la población adolescente y la dificultad en algunos casos para obtener los consentimientos de los referentes adultos. Así mismo, la aplicación del TALP se presentó como un desafío por ser el primer contacto con dicha herramienta, al igual que el posterior análisis a partir de la plataforma openEvoc 0.95 (Sant'Anna, 2012). A pesar de lo cual, al igual que en otras investigaciones, se reconoce la pertinencia de la TRS para el estudio de un fenómeno complejo como es la LM. En este sentido, se entiende que el mismo resulta ser magnificador del conocimiento y de pertinencia para la tarea de los profesionales de la salud, así como para los referentes y profesionales que se desempeñan en los centros socioeducativos con adolescentes madres. En relación a lo anterior y a la luz de los resultados obtenidos en los escasos estudios que abordan la LM a partir de la TRS, incluyendo una perspectiva de derechos humanos y con enfoque de género, se considera relevante continuar profundizando a través de esta línea investigativa, incorporando las voces de otras mujeres dentro y fuera del ámbito familiar, así como también incluyendo a los padres y a los referentes/educadores que trabajan acompañando las adolescencias y sus procesos de maternajes y paternajes.

Como aspectos favorables para la ejecución del presente estudio, se debe resaltar que la llegada de la investigadora y el recibimiento en los centros, tanto los gestionados por organizaciones de la sociedad civil como el centro oficial de INAU, fue acogedora y demostrativa de gran interés por participar en el estudio, entendido como una oportunidad para las adolescentes de narrar sus experiencias y vivencias como las protagonistas de las mismas. Se manifestó por parte de los referentes de los distintos centros la importancia de visibilizar el cotidiano de las adolescentes que transitan la maternidad, los desafíos y particularidades que ésta conlleva, y el rol de los espacios socioeducativos como facilitadores de procesos de construcción de autonomía y ejercicio de derechos de NNA. En relación a lo cual, la presente investigación también fue intencionada y realizada con la

motivación de aportar a la visibilización de colectivos segregados como las adolescentes mamás y sus hijos/as, buscando contribuir a la temática particular de la LM como eje que atraviesa y encarna múltiples dimensiones de la vida cotidiana de éstas mujeres, y desde allí expandir las repercusiones y resultados posibles a otros grupos de características similares.

Finalmente, se cree que el presente estudio representa un insumo para tomadores de decisión de políticas y programas que pretendan comprender con mayor amplitud la LM durante la maternidad adolescente, y desde allí planificar y promover acciones tendientes a construir escenarios donde más adolescentes puedan ser acompañadas en sus lactancias y más niños beneficiarse de ello, ejerciendo sus derechos NNA.

## Referencias Bibliográficas

- Abric, J.C. (2001). *Pratiques sociales et Représentations*. Traducción al español por José Dacosta y Fátima Flores. Prácticas Sociales y Representaciones Sociales. Coyoacán.
- Abric, JC. (2003). La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. En J. C. Abric (Ed.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp. 59–80). Ramonville Saint-Agne: Erès
- Aguilar, M. (2005). *Lactancia Materna*. Madrid: Editorial Elsevier.
- Aiscar, S. (2005). *La maternidad en sectores populares: representación social en las mujeres y relación con la atención de su salud*. Espacio Editorial.
- American Academy of Pediatrics. (2012). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 129(3), e827-841. <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2012/02/22/peds.2011-3552>
- Amorín, D., Carril, E., Varela, C. (2006). Significados de maternidad y paternidad en adolescentes de estratos bajos y medios de Montevideo. En A. López Gomez (Coord.), *Proyecto Género y Generaciones. Reproducción biológica y social de la población uruguaya* (pp.125-246). Trilce, UNFPA. <https://www.psico.edu.uy/g%C3%A9nero-y-generaciones-reproducci%C3%B3n-biol%C3%B3gica-y-social-de-la-poblaci%C3%B3n-uruguaya-estudios-cualitativos>
- Apostolakis-Kyrus, K., Valentine, C., Defranco, E. (2013). Factors Associated with Breastfeeding Initiation in Adolescent Mothers. *The Journal of pediatrics*, 163(5), 1489-1494. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2013.06.027>
- Aragón, T., Cubillas, I., Torres, A. (2015). Maternidad en la adolescencia y lactancia. *Enfermería Docente*, 104(2), 49-54. <https://www.index-f.com/edocente/104pdf/10449.pdf>
- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. Cuaderno de Ciencias Sociales 127 , FLACSO, ASDI.
- Ares, G., De León, C. (2019). *Monitoreo del cumplimiento del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en Uruguay*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53932>
- Ares, G., Girona, A., Rodríguez, R., Vidal, L., Iragola, V., Machin, L., De León, C., Bove, I. (2020). Social representations of breastfeeding and infant formula: An exploratory study with mothers and health professionals to inform policy making. *Appetite*, 151, 104683. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104683>

- Alcaire, F, Antúnez, L, Ares, G, Bergara, D, Bonilla, L, Brunet, G, Cabrera, M, Canzani, J, Carrato, S, Ceriani, F, Curutchet, M, de León, C, Fajardo, G, Galicia, L, Giménez, A, Girona, A, Gugliucci, V, Machín, L, Magnani, D,...Vitola, A. (2022). *Núcleo Interdisciplinario Alimentación y Bienestar. Evidencia generada en los primeros 10 años*. Montevideo: Udelar, Espacio Interdisciplinario. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/35324>
- Arora, S., McJunkin, C., Wehrer, J., Kuhn, P. (2000). Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply. *Pediatrics*, 106(5), e67. <https://doi.org/10.1542/peds.106.5.e67>
- Asociación Española de Pediatría. (2014, marzo 14). Lactancia materna en situaciones de riesgo de malnutrición materno infantil. Comunicado del *Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría*. <https://www.aeped.es/sites/default/files/201405-comunicado-malnutricion.pdf>
- Badinter, E. (1981) *¿Existe el amor maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Paidós-Pomare.
- Balogun, O.O., Dagvadorj, A., Anigo, K.M., Ota, E., Sasaki, S. (2015). Factors influencing breastfeeding exclusivity during the first 6 months of life in developing countries: a quantitative and qualitative systematic review. *Maternal & Child Nutrition*, 11(4), 433-451. <https://doi.org/10.1111/mcn.12180>
- Banchs, M. (2000). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. *Papers on social representations*, 9, 3.1-3.15. <https://psr.iscte-iul.pt/index.php/PSR/article/view/269>
- Banchs, M. (2007). Entre la ciencia y el sentido común: representaciones sociales y salud. En T. Rodríguez Salazar y M.L. García Curiel (Coords.), *Representaciones sociales. Teoría e investigación* (pp. 219–253). Universidad de Guadalajara.
- Bardin, L. (1986). *Análisis de contenido*. Akal.
- Barrán, J.P. (1990). *Historia de la sensibilidad Uruguaya. Tomo 2. El disciplinamiento*. Banda Oriental.
- Barrán, J.P. (1992). El culto a la salud en el novecientos. *Revista Uruguaya de Psicoanálisis*, 75, 75-91. <http://publicaciones.apuruguay.org/index.php/rup/article/view/1121>
- Barran, J.P. (1995). *Medicina y sociedad en el Uruguay del 900. Tomo 3. La invención del cuerpo*. Banda Oriental.
- Batthyány, K., Genta, N. y Perrota, V. (2015). Uso del tiempo y desigualdades de género en el trabajo no remunerado. En K. Batthyány (Coord.), *Los tiempos del bienestar social*, (pp. 45-83). Doble Clic Editoras. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/9610/1/Los%20tiempo%20del%20bienestar%20social.pdf>

- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M.J., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol, Taller Gràfic.
- Berger, P., y Luckmann, T. (1986). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu.
- Bowlby, J. (1990). *El vínculo afectivo*. Paidós.
- Brown, A. y Davies, R. (2014) Fathers' experiences of supporting breastfeeding: Challenges for breastfeeding promotion and education, *Maternal & Child Nutrition*, 10, (4), 510-526 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4282396/>.
- Bove, I., Cerruti, F. (2011). *Encuesta nacional sobre estado nutricional, prácticas de alimentación y anemia*. MSP, MIDES, RUANDI, UNICEF.
- Cabral, S., Levandowski, D. (2012). Representações de mães adolescentes: aspectos intergeracionais na relação mãe-criança. *Fractal: Revista de Psicologia*, 24(3), 543-562. <https://doi.org/10.1590/S1984-02922012000300008>
- Cagnolati, A. (2013). En defensa de los niños. La batalla por la lactancia materna en la Inglaterra del siglo XVII. *El Futuro del Pasado*, 4, 117-129. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4260339>
- Calvo, J. (coord.). (2014). *La fecundidad en el Uruguay (1996-2011): Desigualdad Social y diferencias en el comportamiento reproductivo*. Udelar, FCS-UM, Programa de población: Trilce. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/7606>
- Carrero, A., Ceriani, F., De León, C., Girona, A. (2020). *Encuesta Nacional de Lactancia, prácticas de alimentación y anemia en menores de 24 meses usuarios del Sistema Nacional Integrado de Salud 2020*. MSP, UNICEF, INE, RUANDI. <https://www.unicef.org/uruguay/media/4321/file/Encuesta%20Nacional%20de%20Lactancia,%20Pr%C3%A1cticas%20de%20Alimentaci%C3%B3n%20y%20Anemia%20en%20menores%20de%2024%20meses%20.pdf>
- Carril, E. (2000, mayo). Femenino-Masculino. La pérdida de ideales y el duelo. *Psicomundo*. <https://www.psicomundo.com/foros/genero/fm-ideales.htm>
- Castoriadis, C. (1980). *La institución imaginaria de la sociedad: El imaginario social y la institución*. Tusquets. [http://www.terras.edu.ar/biblioteca/16/16TUT\\_Castoriadis\\_Unidad\\_2.pdf](http://www.terras.edu.ar/biblioteca/16/16TUT_Castoriadis_Unidad_2.pdf)
- Chowdhury, R., Sinha, B., Sankar, M. J., Taneja, S., Bhandari, N., Rollins, N., Bahl, R., Martines, J. (2015). Breastfeeding and maternal health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(467), 96–113. <https://doi.org/10.1111/apa.13102>
- Contreras, J. y Gracia, M. (2005). *Alimentación y cultura: perspectivas antropológicas*. Ariel.

- Cuevas, Y. (2016). Recomendaciones para el estudio de representaciones sociales en investigación educativa. *Cultura y representaciones sociales*, 11(21), 109-140. <https://www.culturayrs.unam.mx/index.php/CRS/article/view/333>
- De Lima Coutinho, M. (2017). A Técnica de Associação Livre de Palavras Sobre o Prisma do Software Tri-Deux-Mots (Version 5.2). *Campo do Saber*, 3(1), 219-243. <https://periodicos.iesp.edu.br/index.php/campodosaber/article/view/72>
- De Souza Minayo, M.C. (2013). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Lugar.
- Dettwyler, K. (2004). When to Wean: Biological Versus Cultural Perspectives. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 47(3), 712-723. DOI:10.1097/01.grf.0000137217.97573.01
- Domínguez-Nariño, C. C., García-Rueda, A., Pinilla-Gómez, E., y Orozco-Vargas, L. C. (2014). Factores que favorecen la lactancia materna exclusiva en madres adolescentes. *Respuestas*, 19(2), 70-80. <https://doi.org/10.22463/0122820X.439>
- Donzelot, J. (2008). *La policía de las familias. Familia, Sociedad y Poder*. Nueva Visión.
- Escalona G. (2016). Representaciones y prácticas socioculturales asociadas al destete precoz en un grupo de madres adolescentes venezolanas. *Perspectivas En Nutrición Humana*, 18(2), 171-186. <https://doi.org/10.17533/udea.penh.v18n2a04>
- Esmeraldo, A., Javorski, M., Machado, R., Costa de Oliveira, S., Lucena de Vasconcelos, M. (2014). Práticas alimentares no primeiro ano de vida: representações sociais de mães adolescentes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67 (6), 965-971. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2014670615>
- Flament, C. (2001). Estructura dinámica y transformación de las Representaciones Sociales. En J.C. Abric (Org), *Prácticas sociales y representaciones* (pp. 31-52). Coyoacán.
- Flament, C. y Rouquette, M. L. (2003). *Anatomie des idées ordinaires*. Paris: Armand Colin.
- Flick, U. (2014). *La gestión de la calidad en investigación cualitativa*. Morata.
- Forero, Y., Rodríguez, S., Isaacs, A., Hernández, J. (2013). La lactancia materna desde la perspectiva de madres adolescentes de Bogotá. *Biomédica*, 33(4), 554-563. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v33i4.1470>
- Franco-Ramirez, J., Cabrera-Pivaral, C. Zárate-Guerrero, G., Franco-Chávez, S., Covarrubias-Bermúdez, M., Zavala-González, M. (2017). Representaciones sociales de adolescentes mexicanas embarazadas sobre el puerperio, la lactancia y los cuidados del recién nacido. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 75(3), 153-159. <https://doi.org/10.24875/bmhim.m18000014>

- García Bautista, M. (2021). Participación paterna y prácticas de lactancia materna exclusiva. *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 8(SPE1), 1-16. <https://doi.org/10.46377/dilemas.v8i.2573>
- Garibotto, G., Martínez, N., Núñez, S. (Comp). (2020). *Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud Cohorte 2018*. MIDES, MSP, MEC, INAU, INE, CEIP.
- Gimeno, B. (2018). *La lactancia materna: Política e identidad*. Cátedra.
- Girona Gamarra, M.A. (2015). *Significados y usos de los alimentos en la niñez en madres de bajos ingresos*. [Tesis de Maestría, Universidad de la República] Colibrí. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/4892#:~:text=https%3A//hdl.handle.net/20.500.12008/4892>
- Girona, M.A. (2022). Representaciones sociales de madres y abuelas sobre la lactancia materna. [Tesis de Doctorado. Universidad Federal de Pelotas].
- Girona, M.A., Brunet, G., Ares, G., Rodríguez, R., De León, C., Lozano, M., Vidal, L. (2024). *Factors influencing health professionals' decisions regarding the indication of infant formula: A qualitative exploration in Uruguay* [Manuscrito presentado para su publicación]. Núcleo Interdisciplinario Alimentación y Bienestar, Udelar.
- Gómez-Sotelo, A., Gutierrez-Malaver, M., Izzedin-Bouquet, R., Sánchez-Martínez, L., Herrera-Medina, N., Ballesteros-Cabrera, M. (2012). Representaciones sociales del embarazo y la maternidad en adolescentes primigestantes y multigestantes en Bogotá. *Revista salud pública*, 14(2), 189-199. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=42225409001>
- González, A.R. y Estupiñán, M.R. (2010). Prácticas de crianza de madres adolescentes de la ciudad de Duitama, Colombia. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(3), 396-404. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215721010>
- Gonzalez, I.A., Huespe, MS., Auchter. MC. (2008). Lactancia materna exclusiva. Factores de éxito y/o fracaso. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 177, 1-5.
- Gregory, E.F., Butz, A.M., Ghazarian, S.R., Gross, S.M., Johnson, S.B. (2015). Are unmet breastfeeding expectations associated with maternal depressive symptoms? *Academic Pediatrics*, 15(3), 319-325. [https://www.academicpedsjnl.net/article/S1876-2859\(14\)00431-8/abstract](https://www.academicpedsjnl.net/article/S1876-2859(14)00431-8/abstract)
- Gutiérrez-Vidrio, S. (2019). Reflexiones metodológicas en torno al estudio de las representaciones sociales. Su relevancia para la investigación educativa. *Revista iberoamericana de educación superior*, 10(29), 105-123. <https://doi.org/10.22201/iisue.20072872e.2019.29.525>
- Hernández Cordero, A., Gentile, A., Santos Díaz, E., (2019). Perspectivas teóricas para el análisis de la maternidad adolescente. *Barataria. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales* (26), 135-154. DOI: <https://dx.doi.org/10.20932/barataria.v0i26.399>

- Hernández Gamboa, E. (2008). Genealogía Histórica de la Lactancia Materna. *Revista de Enfermería Actual en Costa Rica*, 15, 1-6. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2745761>
- Horta, B, y Victora, C. (2013a). *Long -term effects of breastfeeding. A systematic review*. Geneva: World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/79198/97892?sequence=1>
- Horta, B., y Victora, C. (2013b). *Short-term effects of breastfeeding. A systematic review on the benefits of breastfeeding on diarrhea and pneumonia mortality*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506120>
- Horta, B., de Mola, C., Victora, C. (2015a). Long-term consequences of breastfeeding on cholesterol, obesity, systolic blood pressure, and type-2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(467), 30–37. <https://doi.org/10.1111/apa.13133>
- Horta, B., de Mola, C., Victora, C. (2015b). Breastfeeding and intelligence: Systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 104(467), 14–19. <https://doi.org/10.1111/apa.13139>
- Ibáñez, T. (1988). *Ideologías de la vida cotidiana*. Sendai.
- Jodelet, D. (1986). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S.Moscovici, *Psicología Social II, pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales* (pp. 469-493). Paidós.
- Jodelet, D. (1989). Représentations sociales: un domaine en expansion. En D. Jodelet (Coord.), *Les représentations sociales* (pp. 47-78). Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (2007). Imbricaciones entre representaciones sociales e intervención. En T. Rodríguez Salazar y M.L. García Curiel (Coords.), *Representaciones sociales. Teoría e investigación*, (pp. 191-217). Universidad de Guadalajara
- Jodelet, D. (2011). Aportes del enfoque de las representaciones sociales al campo de la educación. *Espacios en Blanco. Serie Indagaciones*, 21, 133-154. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=384539803006>
- Kelishadi, R. y Farajian, S. (2014). The protective effects of breastfeeding on chronic non-communicable diseases in adulthood: A review of evidence. *Advanced Biomedical Research*, 3(1):3, 1-5. <https://doi.org/10.4103%2F2277-9175.124629>
- Knibiehler, Y. (1993). Cuerpos y corazones. En G. Duby y M. Perrot, *Historia de las mujeres. Tomo 8* (pp. 15-61). Taurus.

- Kramer, M., Matush, L., Bogdanovich, N., Aboud, F., Mazer, B., Fombonne, E., Collet, J.P., Hodnett, E., Mironova, E., Igumnov, S., Chalmers, B., Dahhou, M., Platt, R. (2009). Health and development outcomes in 6.5-y-old children breastfed exclusively for 3 or 6 mo. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 90(4), 1070-1074. <https://doi.org/10.3945/ajcn.2009.28021>
- Labbok, M. (2008). Exploration of guilt among mothers who do not breastfeed: The physician's role, *Journal of Human Lactation*, 24(1), 80-84. <https://doi.org/10.1177/0890334407312002>
- Lavado, S., y Porto, I. (2003). *Representaciones sociales: Teoría y método*. Revista Peruana Enfermería investigación y desarrollo, 5(1-2), 60-71. <https://revistas.unitru.edu.pe/index.php/faceni/issue/view/65/92>
- Linares, A.M., Rayens, M.K., Dozier, A., Wiggins, A., Dignan, M.B. (2015). Factors influencing exclusive breastfeeding at 4 Months postpartum in a sample of urban hispanic mothers in Kentucky. *Journal of Human Lactation*, 31(2), 307-314. <https://doi.org/10.1177/0890334414565711>
- Lo Monaco, G., Piermatteo, A., Rateau, P., Tavani, J.L. (2017). Methods for studying the structure of social representations: A critical review and agenda for future research. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 47(3), 306-331. <https://doi.org/10.1111/jtsb.12124>
- López Gómez, A y Varela Petito, C. (coord.). (2016). *Maternidad en adolescentes y desigualdad social. Análisis territorial desde la perspectiva de sus protagonistas*. UNFPA, UDELAR. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/9611#:~:text=https%3A//hdl.handle.net/20.500.12008/9611>
- Losa-Iglesias, M., Rodríguez-Vázquez, R., Bengoa-Vallejo, R. (2013). The Grandmother's Role in Breastfeeding. *Aquichan*, 13(2), 270-9. <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2013.13.2.12>
- Louis-Jacques, A.F. y Stuebe, A.M. (2020). Enabling Breastfeeding to Support Lifelong Health for Mother and Child. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 47(3), 363-381. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2020.04.001>
- Low, J. (2019). A pragmatic definition of the concept of theoretical saturation. *Sociological Focus*, 52(2), 131-139. <https://doi.org/10.1080/00380237.2018.1544514>
- Lutter, C. (2010). Resumen técnico: *El inicio temprano de la lactancia materna: La clave para supervivencia y desarrollo*. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. <https://www.paho.org/uru/dmdocuments/Resumentecnico.pdf>
- Mahon-Daly, P., Andrews, G.J. (2002). Liminality and breastfeeding: Women negotiating space and two bodies. *Health & Place*, 8(2), 61-76. [https://doi.org/10.1016/S1353-8292\(01\)00026-0](https://doi.org/10.1016/S1353-8292(01)00026-0)

- Marotta, C. (2007). Un estudio cualitativo del vínculo madre-hijo en adolescentes madres de sectores de pobreza. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 2 (2), 14-28. <https://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/127>
- Marotta, C. (2017). Adolescencias y maternidad en sectores de pobreza de Montevideo. Un estudio del vínculo temprano. *Summa Psicológica UST*, 14(2), 53-61. <https://doi.org/10.18774/448x.2017.14.354>
- Massó Guijarro, E. (2013). Lactancia materna y revolución, o la teta como insumisión biocultural: calostro, cuerpo y cuidado. *Dilemata*, (11), 169-206. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/198>
- Massó Guijarro, E. (2015). Conjeturas (¿y refutaciones?) sobre amamantamiento: Teta decolonial. *Dilemata* (18), 185-223. Disponible en: <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/379> Acceso noviembre 2023
- Matich, J. R., & Sims, L. S. (1992). A comparison of social support variables between women who intend to breast or bottle feed. *Social Science & Medicine*, 34(8), 919–927. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(92\)90260-W](https://doi.org/10.1016/0277-9536(92)90260-W)
- Mayring, P. (2000). Qualitative Content Analysis [28 paragraphs]. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(2), Art. 20, <https://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089/2385>
- Michie, S., Van Stralen, M.M. & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6,(42). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-42>
- Ministerio de Salud y Chile Crece Contigo. (2010). *Manual de Lactancia Materna. Lactancia Materna. Contenidos técnicos para profesionales de la salud*. [https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual\\_lactancia\\_materna.pdf](https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/manual_lactancia_materna.pdf)
- Ministerio de Salud Pública. (2017a). *Norma Nacional de Lactancia*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Norma%20Nacional%20de%20Lactancia%20Materna.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2017b). *Guía de uso de preparados para lactantes hasta 12 meses*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Gu%C3%ADa%20de%20uso%20de%20preparados%20para%20lactantes%20hasta%2012%20meses.pdf>
- Ministerio de Salud Pública, (2017c). *Guías para la atención integral de la salud de adolescentes*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública.

[https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/GuiaSalusAd\\_web%20con%20tapa.pdf](https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/inline-files/GuiaSalusAd_web%20con%20tapa.pdf)

Ministerio de Salud Pública. (2020). *Estrategia nacional e intersectorial de prevención del embarazo no intencional en adolescentes (2016-2020)*. MSP, AUCI, UNFPA. <https://uruguay.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Estrategia%20de%20prevencion%20del%20embarazo%20no%20intencional%20en%20adolescente.pdf>

Monteiro, J.C., Dias, F.A., Stefanello, J., Reis, M.C., Nakano, A.M., Gomes-Sponholz, F.A. (2014). Breast feeding among Brazilian adolescents: practice and needs. *Midwifery*, 30(3), 359-63. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.03.008>

Moreira, M. (2011). *Continuidades e descontinuidades intergeracionais sobre a experiência de amamentar: um estudo de representações sociais* [Tese de Doutorado, Universidade Federal da Bahia]. Dspace. <http://repositorio.ufba.br/ri/handle/ri/15095>

Moreira, C. (2021). Representaciones y prácticas: amamantar en espacios no domésticos. [Tesis de grado, Universidad de la República]. Colibrí. <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/33670#:~:text=https%3A/hdl.handle.net/20.500.12008/33670>

Moreno, A. (2009). Los debates sobre la maternidad. En C. Bernis Carro, M. R. López Giménez, P. Montero López (Eds. lit.), *Determinantes biológicos, psicológicos y sociales de la maternidad en el siglo XXI: mitos y realidades: XVII Jornadas de Investigación Interdisciplinaria* (pp. 3-20). Universidad Autónoma de Madrid, Instituto Universitario de Estudios de la Mujer

Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Huemul.

Navia, M. y Estrada, H. (2012). Uso de la técnica de asociación libre para conocer la percepción del consumidor sobre queso costeño en Colombia. *Psicogente*, 15(28), 271 - 286. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=497552361005>

Nóbrega, S.M., y Coutinho, M.P.L. (2003). O Teste de Associação Livre de Palavras. En Coutinho, M. P. L. (Org.). *Representações sociais: Abordagem Interdisciplinar* (pp. 67- 77). João Pessoa: Editora Universitária.

Odom, E.C., Li, R., Scanlon, K.S., Perrine, C.G., Grummer-Strawn, L. (2013). Association of Family and Health Care Provider Opinion on Infant Feeding with Mother's Breastfeeding Decision. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 114(8), 1203-1207. <https://doi.org/10.1016/j.jand.2013.08.001>

Office of the High Commissioner of Human Rights. (2016, noviembre 17). *Joint statement by the UN Special Rapporteurs on the Right to Food, Right to Health, the Working Group on Discrimination against Women in law and in practice, and the Committee*

*on the Rights of the Child in support of increased efforts to promote, support and protect breast-feeding.*  
<https://www.ohchr.org/en/statements/2016/11/joint-statement-un-special-rapporteurs-right-food-right-health-working-group>

Olza, I., Ruiz-Berdún, D., Villarrea, S. (2017). La culpa de las madres. Promover la lactancia materna sin presionar a las mujeres. *Dilemata* (25), 217-225.  
<https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000143>

ONU. (1991). *Convención sobre los Derechos del Niño* (1a. ed., 1a. reimp.). Nueva York: Naciones Unidas

Organización Mundial de la Salud. (1979). *El niño y el adolescente en la sociedad: informe sobre una conferencia de la OMS*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (1981). *Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Estrategia mundial para la alimentación del lactante y el niño pequeño*. Génova: Organización Mundial de la Salud.  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42695/9243562215.pdf?isAllowed=y&sequence=1>

Organización Mundial de la Salud y UNICEF. (2009). *Iniciativa Hospital Amigo del Niño, revisada, actualizada y ampliada para atención integral*. Ginebra.  
<https://iris.who.int/handle/10665/43593>

Organización Mundial de la Salud y UNICEF. (2019). *Guía para la aplicación: proteger, promover y apoyar la lactancia materna en los establecimientos que prestan servicios de maternidad y neonatología - Revisión de la Iniciativa Hospitales Amigos del Niño 2018*. Ginebra.  
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326162/9789243513805-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud. (2011). *30 años del Código en América Latina: Un recorrido sobre diversas experiencias de aplicación del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna en la Región entre 1981 y 2011*. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.

Pantelides, E. (2004). Aspectos sociales del Embarazo y la Fecundidad Adolescentes en América Latina. En *La fecundidad en América Latina: ¿transición o revolución?* (pp. 167-182). Naciones Unidas, CEPAL-CELADE, Centre de Recherche Populations et Sociétés de l'Université de Paris X-Nanterre. <https://hdl.handle.net/11362/6737>

Pereira de Sá, C. (1998). *A construção do objeto de pesquisa em Representações Sociais*. Río de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

- Pérez Bravo, M.D., Moreno Hernández, A. (2017). Maternidades y lactancias desde una perspectiva de género. *Dilemata* (25), 143-155. <https://www.dilemata.net/revista/index.php/dilemata/article/view/412000139>
- Piwoz, E.G. y Huffman, S.L. (2015). The impact of marketing of breast-milk substitutes on WHO-recommended breastfeeding practices. *Food and Nutrition Bulletin*, 36(4), 373-386. <https://doi.org/10.1177/0379572115602174>
- Pinilla Gómez, E., Domínguez Nariño, C., Consuelo, C., García Rueda, A. (2014). Madres adolescentes, un reto frente a los factores que influyen en la lactancia materna exclusiva. *Revista Enfermería Global*, 13 (33), 59-70. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000100004&lng=es&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100004&lng=es&nrm=iso)
- Piwoz, E.G., Huffman, S.L. (2015). Impact of marketing of breast-milk substitutes on WHO-recommended breastfeeding practices. *Food and Nutrition Bulletin*, 36 (4), 373-386. <https://doi.org/10.1177/0379572115602174>
- Radford, A., Kim, J. W., Xu, T., Brockman, G., McLeavey, C., Sutskever, I. (2022). *Robust Speech Recognition via Large-Scale Weak Supervision*. <https://arxiv.org/pdf/2212.04356.pdf>
- Rampin, R. y Rampin, V. (2021). Taguette: open-source qualitative data analysis. *Journal of Open Source Software*, 6(68), 3522, <https://doi.org/10.21105/joss.03522>
- Rateau, P. y Lo Monaco, G. (2013). La Teoría de las Representaciones Sociales: Orientaciones conceptuales, campos de aplicaciones y métodos. *CES Psicología*, 6(1), 22-42. <https://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2615>
- Reyes Cuervo, M. y Bayona González, C. (2011). Desarrollo del lenguaje y vulnerabilidad: ¿Perjuicio o Fundamento Científico?. *Revista Colombiana de Rehabilitación*, 10 (1), 6-15. <https://doi.org/10.30788/RevColReh.v10.n1.2011.72>
- Rodríguez García, R. (2015). Aproximación antropológica a la lactancia materna. *Antropología Experimental* (15), 407-429. <https://doi.org/10.17561/rae.v0i15.2620>
- Rollins, N. C., Bhandari, N., Hajeerhoy, N., Horton, S., Lutter, C. K., Martines, J. C., Piwoz, E. G., Richter, L. M., 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)
- Sant'Anna, H. (2012). openEvoc: Um programa de apoio à pesquisa em Representações Sociais. En L. Avelar, M. Ciskon-Evangelista, M.Nardi, A.Nascimento y P. Neto (Eds.), *Psicologia Social: Desafios contemporâneos* (pp. 94-103). GM Gráfica e Editora.

[https://www.academia.edu/2226246/openEvoc\\_Um\\_programa\\_de\\_apoio\\_%C3%A0\\_pesquisa\\_em\\_Representa%C3%A7%C3%B5es\\_Sociais](https://www.academia.edu/2226246/openEvoc_Um_programa_de_apoio_%C3%A0_pesquisa_em_Representa%C3%A7%C3%B5es_Sociais)

- Shakya, P., Kunieda, M.K., Koyama, M., Rai, S.S., Miyaguchi, M., Dhakal, S., Sandy, S., Sunguya, B.F., Jimba, M. (2017). Effectiveness of community-based peer support for mothers to improve their breastfeeding practices: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 12(5), 1-24. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0177434>
- Sena, A., Rivera, R., Díaz, E., Hernández, B., Armas, N. (2014). Caracterización de la lactancia materna en madres adolescentes. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 18(4), 574-589. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942014000400004&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000400004&lng=es&tlng=es)
- Silva, I. (2000). Desvendando as faces da amamentação através da pesquisa qualitativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53(2), 241-249. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672000000200009>
- Susin, L.R, Giugliani, R.J. (2008). Inclusion of Fathers in an Intervention to Promote Breastfeeding: Impact on Breastfeeding Rates. *Journal of Human Lactation*, 24(4), 386-392. <https://doi.org/10.1177/0890334408323545>
- Tabares, L., Gallego, S., Peláez, N. (2014). Representaciones sociales de adolescentes del municipio de Pereira frente a la práctica de lactancia materna. *Cultura del cuidado*, 11(1) 8-18. <https://doi.org/10.18041/1794-5232/cultrua.2014v11n1.3804>
- UdelaR-FCS-PP. (2022). Encuesta de Generaciones y Género. BID, BPS, UNFPA, UNICEF, SNC-MIDES. <https://cienciassociales.edu.uy/encuesta-de-generaciones-y-genero-en-uruguay/> .
- Uruguay (1990, noviembre 9). Ley 16.137: Ley de aprobación de la Convención de los Derechos del Niño. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/16137-1990>
- Uruguay (2004, septiembre 14). Ley N° 17.823: Código de la Niñez y la Adolescencia de la República Oriental del Uruguay. <https://www.impo.com.uy/bases/codigo-ninez-adolescencia/17823-2004>
- Valencia Abundiz, S. (2007). Elementos de la construcción, circulación y aplicación de las representaciones sociales. En T. Rodríguez Salazar y M.L. García Curiel (Coords.), *Representaciones sociales. Teoría e investigación* (pp. 51-88). Universidad de Guadalajara. [https://www.academia.edu/984196/Representaciones\\_sociales\\_teor%C3%ADa\\_e\\_investigaci%C3%B3n](https://www.academia.edu/984196/Representaciones_sociales_teor%C3%ADa_e_investigaci%C3%B3n)
- Varela, C. y Fostik, A. (2011). Maternidad adolescente en el Uruguay: ¿transición anticipada y precaria a la adultez?. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 115-140. <https://doi.org/10.31406/relap2011.v5.i1.n8.3>

- Vasilachis de Gialdino, I. (1992). *Métodos cualitativos I. Los problemas teórico-epistemológicos*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina.
- Vergès, P. (1992). L'évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central de la représentation. *Bulletin de Psychologie*, 45(405), 203-209. [https://www.persee.fr/doc/bupsy\\_0007-4403\\_1992\\_num\\_45\\_405\\_14128](https://www.persee.fr/doc/bupsy_0007-4403_1992_num_45_405_14128)
- 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. *The Lancet*, 387, 475–490. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)01024-7)
- Wachelke, J. y Wolter, R. (2011). Critérios de Construção de Relato da Análise Prototípica para Representações Sociais. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 27(4), 521-526. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722011000400017>
- Wachelke, J., Wolter, R., Rodrigues Matos, F. (2016). Efeito do tamanho da amostra na análise de evocações para representações sociais. *Liberabit*, 22(2), 153-60. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2016.v22n2.03>
- Weisz, C.B. (2017). La representación social como categoría teórica y estrategia metodológica. *CES Psicología*, 10(1), 99-108. <https://doi.org/10.21615/cesp.10.1.7>
- World Health Organization (2002). *Report of the expert consultation on the optimal duration of exclusive breastfeeding*. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NHD-01.09>
- World Health Organization y United Nations Children's Fund (UNICEF). (1989). *Protección, promoción y apoyo de la lactancia natural: la función especial de los servicios de maternidad / declaración conjunta OMS/UNICEF*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41246>
- World Health Organization, UNICEF (2009). *Baby-Friendly Hospital Initiative. Revised, updated and expanded for integrated care*. Geneva: World Health Organization.

## **APÉNDICES**

## Apéndice A - Instrumento de recolección de datos TALP

Universidad de la República / Facultad de Psicología - Facultad de Medicina - Facultad de Ciencias Sociales - Facultad de Derecho / Maestría en Derechos de Infancia y Políticas Públicas

Representaciones sociales de adolescentes madres en relación a la práctica de la lactancia materna

### Formulario de TALP

**CRITERIO DE INCLUSIÓN:** Para participar del estudio deben **ser positivas** todas las respuestas

¿Es mujer adolescente de 15 a 19 años? **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

¿Está embarazada y/o tiene un hijo de 0 a 24 meses? **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

*Solo si ya tiene un hijo/a preguntar* → ¿Amamantó alguna vez? **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

### DATOS GENERALES

Fecha: .... / .... / .....

Nombre de la adolescente: .....

Teléfono/Celular: .....

E-mail: .....

Cómo se contactó a la adolescente: .....

### Técnica de Asociación Libre de Palabras

Dime las primeras palabras que vienen a tu mente al escuchar “lactancia materna”:

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

¿Cuál de estas palabras es la más importante para tí? (marcar con círculo)

Dime las primeras palabras que vienen a tu mente al escuchar “complemento”:

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_ 4 \_\_\_\_\_ 5 \_\_\_\_\_

¿Cuál de estas palabras es la más importante para tí? (marcar con círculo)

## DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

### **De la adolescente**

1 - ¿Qué edad tienes? \_\_\_\_\_

2 - ¿Estás embarazada? SI\_\_ NO\_\_ ¿De cuánto? \_\_\_\_\_

3 - ¿Tienes hijos/as? SI\_\_ NO\_\_ Edades (meses): \_\_\_\_\_

4 - ¿En qué barrio vivís? \_\_\_\_\_

5 - ¿Actualmente participas de un espacio socioeducativo? SI\_\_ NO\_\_

6 - ¿Hace cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

7 - ¿Cuál es tu estado civil?

Soltera....1	
Casada....2	
Viuda .....3	
Divorciada/Separada....4	
Unión libre/Concubinato.....5	
Otro.....6	
No sabe / no contesta 99	

8 - ¿Cuál es tu máximo nivel educativo?

Primaria incompleta.....1	
Primaria completa.....2	
Secundaria/UTU incompleta.....3	
Secundaria/UTU completa.....4	
Bachillerato incompleto.....5	
Bachillerato completo.....6	

9 - ¿A qué te dedicas principalmente?

Estudia..... 1	
Trabaja..... 2	
Desocupada (no tiene trabajo, está disponible para trabajar y está realizando gestiones para lograr un trabajo)..... 3	
Pensionista..... 4	
Rentista (recibe rentas)..... 5	
Se encarga de las tareas del hogar.....6	
Otra..... 7	
No sabe/No contesta.....99	

10 - Percibes alguna prestación social del Estado o apoyo de otros organismos:

AFAM Plan de equidad	
AFAM (bimestral)	
Bienvenido bebé	
Tarjeta Uruguay Social (TUS)	
Canasta alimentaria de emergencia del MIDES	
Usuaría de comedor de INDA	
Apoyo de UCC (Uruguay crece contigo)	
Otros: olla popular, otras canastas, ayuda de ONG o iglesias	

11 - ¿La asignación familiar la cobras tú? SI \_\_\_ NO \_\_\_

12 - ¿En qué servicio de salud te atiendes? (detallar)

	<i>Subsistema Público</i>	<i>Subsistema Privado</i>
Policlínica barrial		
Centro de Salud		
Hospital - Sanatorio		
Otro (Seguro privado, emergencia médica, etc.)		

13 - ¿Dónde nació tu bebé? \_\_\_\_\_

**Apéndice B - Instrumento de recolección de datos: Guía de entrevista  
semiestructurada para adolescentes embarazadas y mamás**

Universidad de la República / Facultad de Psicología - Facultad de Medicina - Facultad de  
Ciencias Sociales - Facultad de Derecho / Maestría en Derechos de Infancia y Políticas  
Públicas

**Representaciones sociales de adolescentes madres en relación a la  
práctica de lactancia materna**

*Guía de entrevista para adolescentes*

**CRITERIO DE INCLUSIÓN**

Para participar del estudio deben **ser positivas** todas las respuestas

¿Es una mujer adolescente de 15 a 19 años? **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

¿Está embarazada y/o tiene un hijo de 0 a 24 meses? **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

**Solo si ya tiene un hijo/a preguntar** → ¿Amamantó alguna vez? **SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

**DATOS GENERALES**

Fecha: .... / .... / .....

Nombre de la adolescente: .....

Teléfono/Celular: .....

E-mail: .....

Cómo se contactó a la adolescente:

.....

**PAUTA DE ENTREVISTA**

**Introducción a la participante:** La idea es charlar un poco sobre la lactancia, no hay respuestas correctas o incorrectas, importa tu opinión y que me cuentes desde tu saber y tu experiencia en torno al amamantamiento.

## A- ADOLESCENTES MADRES

- ¿Qué significa o qué representa para ti la lactancia materna? ¿por qué?
- ¿Desde cuándo y hasta cuándo los bebés deberían tomar teta? ¿por qué?
- ¿En tú familia ha estado presente la práctica de la lactancia? ¿Y en amigas que quizás son mamás?
- Ahora pensando en tu bebé, contame cómo ha sido tu experiencia en relación a la lactancia desde que nació, ¿le diste teta en seguida? ¿Quién te ayudó en ese momento?
- ¿Y después qué pasó? ¿Es decir cuando llegaste a tu casa cómo siguió la lactancia? **(si no existió ayuda)** ¿de quien te hubiese gustado recibir ayuda? ¿por qué?
- ¿Cómo te sentiste dando la teta? ¿Ha ido cambiando ese sentimiento? ¿cómo y por qué?
- ¿Qué ventajas o beneficios tiene el dar de mamar? Pensando en ti, en tu bebé... ¿Qué desventajas, incomodidades tiene amamantar? ¿por qué?
- ¿Aprendiste con alguien sobre lactancia materna?
- ¿Qué dificultades o problemas te has encontrado en la lactancia?, ¿cómo las viviste? ¿Por qué?
- ¿Has recibido apoyo o ayuda para amamantar? *(por ejemplo de algún familiar, profesional de la salud, redes sociales o grupos de apoyo, etc.)*
- ¿Te han dado consejos sobre la lactancia? Contame alguno a ver... ¿te sirvieron?
- ¿Crees que es importante recibir apoyo para amamantar? ¿De quién? ¿Por qué?
- ¿Qué crees de las fórmulas para lactantes o complemento? ¿Qué ventajas o desventajas tienen en relación con dar pecho?
- Algo más que me quieras decir... **(pasar a últimas preguntas proy. socioeducativo)**

## B- ADOLESCENTES EMBARAZADAS

- ¿Cómo te imaginas la lactancia? ¿Qué representa para ti la lactancia materna?
- ¿Desde cuándo y hasta cuándo los bebés deberían tomar teta? ¿por qué?
- ¿En tú familia ha estado presente la práctica de la lactancia? ¿Y en amigas que quizás son mamás?

- ¿Te visualizas dando pecho? ¿Cómo te imaginas que se siente dar la teta?
- ¿Cuáles crees que son las ventajas o beneficios de dar pecho? ¿y las desventajas, incomodidades?
- ¿Aprendiste o estás aprendiendo con alguien sobre lactancia materna?
- ¿Qué dificultades o problemas te imaginas que pueden ocurrir en la lactancia?
- ¿Crees que se necesita apoyo para poder amamantar (*por ejemplo de algún familiar, profesional de la salud, redes sociales o grupos de apoyo, etc.*)? ¿De quién? ¿Por qué?
- ¿Te han dado consejos sobre lactancia? contame alguno, ¿qué opinas de esto?
- ¿Qué crees de las fórmulas para lactantes o complemento? ¿Qué ventajas o desventajas tienen en relación con dar pecho?
- Algo más que me quieras decir...

### ***C- Si está vinculada a un proyecto socioeducativo***

- ¿Hace cuánto que estás participando de \_\_\_\_\_ (nombre del proyecto)?
- ¿Cómo te vinculaste a este espacio/ proyecto?
- ¿Piensas que participar de este espacio te ha ayudado? ¿en qué aspectos?
- Y en relación a la lactancia materna, ¿crees que participar de este espacio ha sido de apoyo para ti y tu hijo/a? ¿Por qué?

## Apéndice C - Instrumento de recolección de datos: Guía de entrevista semiestructurada para profesionales

Universidad de la República / Facultad de Psicología - Facultad de Medicina - Facultad de Ciencias Sociales - Facultad de Derecho / Maestría en Derechos de Infancia y Políticas Públicas

### Representaciones sociales de adolescentes madres en relación a la práctica de lactancia materna

#### *Guía de entrevista para profesionales de la salud*

#### DATOS GENERALES

En primer lugar te vamos a pedir algunos datos para poder caracterizar a los participantes del estudio:

##### 1. ¿Cuál es tu género?

Femenino

Masculino

Otro

##### 2. ¿Cuál es tu profesión?

Neonatólogo/a

Pediatra

Médico de familia

Licenciado/a en enfermería

Otra \_\_\_\_\_

3. ¿En qué instituciones trabajas? \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es la principal? \_\_\_\_\_

## PAUTA DE ENTREVISTA

**Introducción al participante:** Pensando en la alimentación de los lactantes y niños pequeños específicamente en madres adolescentes durante su estadía en la maternidad.

### A- NEONATÓLOGOS - PEDIATRAS (que trabajan en internación)

- ¿La maternidad en la adolescencia es un factor que influye en la indicación alimentaria que das? ¿Por qué?
- ¿Opinas que en las mamás adolescentes la práctica de la lactancia materna es diferente con respecto al resto de las mujeres? ¿Por qué?

### B- PEDIATRAS - MED. FAMILIA - (que trabajan en 1er nivel de atención)

- En los controles pediátricos durante los primeros 6 meses de vida, ¿habitualmente indicas PPL a las madres adolescentes? ¿Por qué? Y si están amamantando en forma exclusiva, también?
- ¿Qué opiniones o ideas tienen acerca de los PPL las mamás adolescentes? ¿Es común que te pidan PPL para sus bebés? ¿Por qué?
- Además de la edad, hay otros aspectos de la madre y su contexto (no para leer al entrevistado: situación socioeconómica, el nivel educativo, el entorno familiar y la presencia de referentes femeninos) que tienes en cuenta para indicar PPL? ¿Por qué?

## Apéndice D - Aval del Comité de ética de la investigación de la Facultad de Psicología de la Udelar

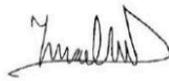
Montevideo, 17 de junio de 2022

A quien corresponda,

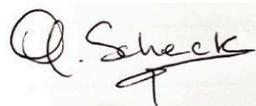
Por medio de la presente carta, el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, se expide con respecto al proyecto de investigación **Representaciones Sociales de Adolescentes Madres en relación a la práctica de lactancia materna**, a cargo de la licenciada **Mónica Lozano**.

Dicho proyecto CUMPLE CON LOS CRITERIOS ÉTICOS para la protección de los seres humanos que participan como sujetos en la investigación, por lo que este Comité de Ética de Investigación OTORGA EL AVAL para su ejecución.

Firman por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología,



Prof. Ismael Apud



Prof. Marcela Schenck



Prof. Juan Fernández Romar

## Apéndice E - Formulario de asentimiento informado adolescentes



**Título:** Representaciones sociales de adolescentes madres en relación a la práctica de lactancia materna

**Institución:** Universidad de la República

**Datos de contacto del investigador:** Lic. Mónica Lozano Gomez / monicaineslozano@gmail.com

### Hoja de información

Estimada participante,

Te invitamos a participar en un estudio sobre lactancia materna, investigación enmarcada en la Maestría en Derechos de infancia y Políticas Públicas de la Universidad de la República y apoyada por la Agencia Nacional de Investigación e Innovación. Entendemos que tu participación representa un aporte muy valioso para el presente estudio, acerca de los significados y experiencias de la lactancia materna, entendida ésta como una práctica biológica, cultural y social.

El estudio consiste en la aplicación de una técnica de asociación libre de palabras, para lo cual se te pedirá que respondas algunas sencillas preguntas que permitirán conocer acerca de tus creencias sobre la práctica de lactancia materna. La duración es de 15 minutos aproximadamente y las respuestas se registrarán en papel. En una segunda instancia, y si así lo deseas, se realizará una entrevista individual para profundizar sobre los significados acerca de la práctica de lactancia materna. La entrevista completa insumirá entre 30 y 45 minutos aproximadamente. Las entrevistas serán grabadas en audio. Se asegura que los datos se manejarán con estricta confidencialidad durante todo el proceso de análisis y difusión de los resultados, para lo cual se utilizarán nombres ficticios.

Los resultados del estudio formarán parte del documento final de tesis de posgrado y como tal serán publicados en los medios dispuestos por la UdelaR así como también podrán ser publicados en diversos medios de interés para la comunidad científica (revistas internacionales, documentos técnicos, página web de la ANII), siempre manteniendo el anonimato de las participantes.

Tu participación es voluntaria y tienes el derecho de no participar o abandonar el estudio en el momento en que lo desees sin necesidad de explicación alguna. La participación no presenta beneficios directos para ti, pero es muy importante pues permitirá aportar al diseño de estrategias que contribuyan a garantizar el derecho a una alimentación infantil de calidad. Además tu participación en el estudio no tiene costo ni conlleva ningún riesgo para tu salud física o mental. Si llegara a ocurrir alguna incomodidad o malestar, la investigadora se compromete a coordinar un espacio de atención psicológica.

Si tienes alguna duda sobre cualquiera de las preguntas o aspectos generales de la investigación puedes consultar directamente con la investigadora responsable. Así como también luego de la participación puedes contactarte al mail que figura en el encabezado de esta hoja y evacuar tus dudas. Muchas gracias.

Nombre de la investigadora responsable \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**Título:** Representaciones sociales de adolescentes madres en relación a la práctica de lactancia materna

**Institución:** Universidad de la República

**Datos de contacto del investigador:** Lic. Mónica Lozano Gomez / monicaineslozano@gmail.com

## Asentimiento informado

Acepto participar del estudio *Representaciones sociales de adolescentes madres en relación a la práctica de lactancia materna*, y como participante realizar una técnica de asociación libre de palabras y una entrevista en profundidad. Me interesa recibir un resumen de los resultados: *SI* \_\_\_ *NO* \_\_\_

Declaro que:

- He leído la hoja de información, y se me ha entregado una copia de la misma, para poder consultarla en el futuro.
- He podido realizar preguntas y resolver mis dudas sobre el estudio y mi participación en el mismo.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y libre, y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que ello cause perjuicio alguno sobre mi persona.
- Entiendo que no obtendré beneficios directos a través de mi participación, y que en caso de sentir incomodidad o malestar durante o luego del estudio se me ofrecerá la atención adecuada.
- Estoy informado/a sobre el tratamiento confidencial y anónimo con el que se manejarán mis datos personales en todo momento.
- Entiendo que al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Expresando mi asentimiento, firmo este documento, en la fecha \_\_\_\_\_ y localidad \_\_\_\_\_:

Firma de la participante

Firma de la investigadora

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aclaración de firma:

Aclaración de firma:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Apéndice F - Formulario de consentimiento informado referentes adultos



**Título:** Representaciones sociales de adolescentes madres en relación a la práctica de lactancia materna

**Institución:** Universidad de la República

**Datos de contacto del investigador:** Lic. Mónica Lozano Gomez / monicaineslozano@gmail.com

### Hoja de información

La adolescente \_\_\_\_\_ ha sido invitada a participar en un estudio sobre la lactancia materna, investigación enmarcada en la Maestría en Derechos de infancia y Políticas Públicas de la Universidad de la República y apoyada por la Agencia Nacional de Investigación e Innovación. Entendemos que dicha participación representa un aporte muy valioso para el presente estudio, acerca de los significados y experiencias de la lactancia materna, entendida ésta como una práctica biológica, cultural y social.

El estudio consiste en la aplicación de una técnica de asociación libre de palabras, para lo cual se le pedirá a la adolescente que responda algunas sencillas preguntas que permitirán conocer acerca de los significados que tiene sobre la práctica de lactancia materna. La duración es de 15 minutos aproximadamente y las respuestas se registrarán en papel. En caso que la adolescente desee se realizará una entrevista individual como segunda instancia para profundizar sobre sus creencias en torno de la práctica de lactancia materna. La entrevista completa insumirá entre 30 y 45 minutos aproximadamente. Las entrevistas serán grabadas en audio. Se asegura que los datos se manejarán con estricta confidencialidad durante todo el proceso de análisis y difusión de los resultados, para lo cual se utilizarán nombres ficticios.

Los resultados del estudio formarán parte del documento final de tesis de posgrado y como tal serán publicado en los medios dispuestos por la UdelaR así como también podrán ser publicados en diversos medios de interés para la comunidad científica (revistas internacionales, documentos técnicos, página web de la ANII), siempre manteniendo el anonimato de las participantes.

La participación es voluntaria y la adolescente tiene el derecho de no participar o abandonar el estudio en el momento en que lo desee, sin necesidad de explicación alguna. La participación no presenta beneficios directos para la adolescente, pero es muy importante pues permitirá aportar al diseño de estrategias que contribuyan a garantizar el derecho a una alimentación infantil de calidad. Además la participación en el estudio no tiene costo ni conlleva ningún riesgo para la salud física o mental de la adolescente. Si llegara a ocurrir alguna incomodidad o malestar, la investigadora se compromete a coordinar un espacio de atención psicológica para la participante.

Si existe alguna duda sobre cualquiera de las preguntas o aspectos generales de la investigación puede consultar directamente con la investigadora responsable. Así como también luego de la participación puede contactarse al mail que figura en el encabezado de esta hoja y evacuar sus dudas. Muchas gracias.

Nombre del investigador responsable \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_



**Título:** Representaciones sociales de adolescentes madres en relación a la práctica de lactancia materna

**Institución:** Universidad de la República

**Datos de contacto del investigador:** Lic. Mónica Lozano Gomez / monicaineslozano@gmail.com

## Consentimiento informado

Acepto que la adolescente \_\_\_\_\_ participe del estudio *Representaciones sociales de adolescentes madres en relación a la práctica de lactancia materna*, y como participante realice una técnica de asociación libre de palabras y una entrevista en profundidad si así lo desea. Me interesa recibir un resumen de los resultados:  
SI \_\_\_ NO \_\_\_

Declaro que:

- He leído la hoja de información, y se me ha entregado una copia de la misma, para poder consultarla en el futuro.
- He podido realizar preguntas y resolver mis dudas sobre el estudio y la participación de la adolescente en el mismo.
- Entiendo que la participación es voluntaria y libre, y que la adolescente puede retirarse del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que ello cause perjuicio alguno sobre su persona.
- Entiendo que la adolescente no obtendrá beneficios directos a través de su participación, y que en caso de sentir incomodidad o malestar durante o luego del estudio, se le ofrecerá la atención adecuada.
- Estoy informado/a sobre el tratamiento confidencial y anónimo con el que se manejarán sus datos personales en todo momento.
- Entiendo que al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de los derechos de la adolescente ni míos.

Expresando mi consentimiento, firmo este documento, en la fecha \_\_\_\_\_ y localidad \_\_\_\_\_:

Firma del/ de la responsable legal

Firma de la investigadora

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Aclaración de firma:

Aclaración de firma:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Apéndice G - Formulario de consentimiento informado profesionales

Nº \_\_\_\_\_

POR FAVOR: LEA ATENTAMENTE ESTA INFORMACIÓN ANTES DE FIRMAR.

Montevideo, \_\_\_\_\_ de 2022.

Estimado participante,

Usted ha sido invitado/a para participar en un estudio sobre *alimentación de niñas y niños menores de 2 años* en el marco de un proyecto desarrollado por investigadores de la Universidad de la República.

Antes de participar en el estudio, por favor lea este consentimiento detalladamente. Siéntase libre de plantear todas las preguntas que tenga para asegurarse de que entiende los procedimientos del estudio al investigador que lo acompañe.

El objetivo del estudio es evaluar las creencias y actitudes de los profesionales de la salud sobre la alimentación de lactantes y niños pequeños, así como las recomendaciones que realizan. La entrevista completa le insumirá entre 30 y 45 minutos aproximadamente. Es importante que tenga en cuenta que únicamente nos interesa conocer su percepción ya que en este estudio no existen respuestas correctas o incorrectas.

La participación es voluntaria y usted tiene el derecho de no participar o abandonar el estudio en el momento en que lo desee, sin necesidad de justificación alguna. Su participación no tiene costo ni conlleva ningún riesgo para su salud física o mental. Usted no recibirá ningún beneficio directo por su participación en el estudio pero la información que aporte contribuirá al diseño de estrategias para la mejora de la calidad de la alimentación de la población infantil del país.

Las entrevistas serán grabadas en audio. Todos los datos del proceso son estrictamente confidenciales. Los resultados del estudio podrán ser publicados en diversos medios (revistas internacionales, presentaciones en congresos, documentos técnicos), siempre manteniendo el anonimato de los participantes.

Si tiene alguna pregunta sobre este estudio o sobre su participación en el mismo, puede contactar a:

Dra. Leticia Vidal  
Instituto Polo Tecnológico de Pando  
Facultad de Química, Universidad de la República  
By Pass de Rutas 8 y 101 s/n. Pando, Canelones  
Correo electrónico: [lvidal@fq.edu.uy](mailto:lvidal@fq.edu.uy)  
Teléfono : 22922021 (int. 225)

Si ha leído y comprendido la información de esta hoja de consentimiento informado y todas sus preguntas sobre el estudio y su participación fueron atendidas, por favor complete la siguiente información y firme para otorgar su consentimiento. Si Ud. lo desea indique su e-mail para recibir un resumen de los resultados del proyecto.

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

E-mail (opcional): \_\_\_\_\_