

# XX Congreso FEDALMA 2025

"Lactancia materna: de lo singular a lo global"

**Entidad anfitriona: Asociación ALMA (A Coruña)**

Presentadora: Iria Lamas Alsina (actriz)



# Acto Inaugural:

## Apertura institucional y reivindicativa

La inauguración no fue un mero trámite protocolario, sino que estableció desde el primer momento el tono político, social y humano del congreso. Se reivindicó la lactancia no como un acto íntimo y solitario, sino como una cuestión de **salud pública, derechos humanos y responsabilidad colectiva**.

### Ideas clave por ponente:

#### Dña. Eva González Souto

*Presidenta de ALMA y del Comité Organizador*

- Dio la bienvenida y definió la lactancia más allá de la alimentación: es vínculo, salud, cultura y derecho.
- Destacó la misión de los grupos de apoyo: "acompañar" (a las madres en sus dudas, a las familias en sus decisiones y a los profesionales en su formación).
- Subrayó que el lema refleja cómo cada historia única ("singular") contribuye a un movimiento que mejora la sociedad ("global").

#### Dña. Eulàlia Torras

*Presidenta de FEDALMA*

- Ofreció un emotivo discurso conectado con la actualidad geopolítica (guerras y crisis).
- Reivindicó la lactancia como refugio y salvavidas en situaciones de emergencia y caos, donde el entorno falla.
- Puso en valor la labor silenciosa de los grupos de apoyo como espacios de seguridad y resistencia.
- Definió el congreso como un espacio para construir "memoria colectiva" y conocimiento compartido entre familias y ciencia.

# Representantes institucionales

## Dña. Avia Veira González

*Diputada provincial*

1

Protagonizó la intervención más reivindicativa. Compartió su testimonio personal de tres lactancias diferentes para ilustrar que "**Io personal es político**". Denunció que vivir la crianza y la lactancia como actos individuales es una "anomalía evolutiva" y exigió que las instituciones asuman su responsabilidad para que las mujeres no tengan que ser "heroínas" ni enfrentarse solas al sistema laboral o social.

2

## Dña. Nereida María Canosa

*Concejala de Bienestar Social, A Coruña*

3

Destacó la multiculturalidad de la ciudad (muy alineada con el Bloque 1 del congreso) y cómo las mujeres migrantes enriquecen la cultura de lactancia. Señaló el conflicto no resuelto entre carrera profesional y derecho a amamantar, apostando por una conciliación real.

## D. José Ramón Rioboo

*Alcalde de Culleredo*

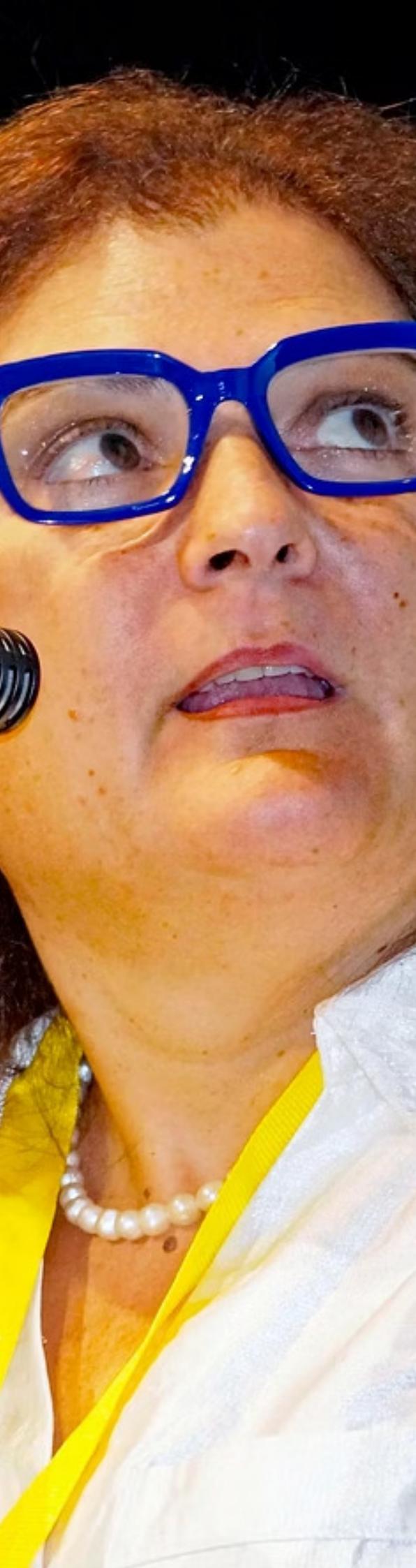
3

Agradeció la trayectoria de ALMA en la región y celebró la aspiración de su municipio a ser "Ciudad Amiga de la Lactancia".



## Conclusión del bloque inaugural

Este inicio marcó la hoja de ruta del congreso: la lactancia materna debe dejar de ser una "carga" individual de la mujer para convertirse en un bien común protegido por la sociedad. Se establecieron los ejes de multiculturalidad, conciliación y derechos que se desarrollarían en las mesas posteriores.



# Conferencia Inaugural

## Derechos de las madres lactantes en el siglo XXI. Ni un paso atrás.

**PONENTES:** Dña. Ana Pacheco Rodríguez (abogada, asociación Do de Pit) y Dña. Lorena Prada Fernández (enfermera, IBCLC, asociación DE NAI A NAI).

Esta conferencia compartida marcó el tono político y reivindicativo del congreso, estableciendo que la lactancia materna no es una "opción personal", sino un **derecho humano fundamental** que debe ser blindado.

### 1. Contexto y punto de partida

- **El derecho humano:** Se recordó que Naciones Unidas y el Convenio 183 de la OIT reconocen la lactancia como un derecho humano tanto de la madre como del bebé.
- **La realidad vs. la norma:** A pesar de las recomendaciones de la OMS (LME 6 meses y continuada 2 años o más), las madres siguen enfrentando miradas incómodas, falta de espacios y discriminación laboral. Se mostró una foto de una madre dando el pecho en una piscina siendo increpada para ilustrar la hostilidad social.

## **2. Avances legislativos en España (La "foto" actual)**

Ana Pacheco hizo un repaso exhaustivo de los logros conseguidos, destacando la reciente ampliación de permisos:

- **Permiso por nacimiento:** Ampliado a 19 semanas (17 + 2 adicionales disfrutables hasta los 8 años). Estas semanas son retribuidas al 100% y cotizan igual.
- **Familias monoparentales:** Un hito histórico logrado gracias a la lucha judicial (el "Caso Bilbao"): ahora disfrutan de 32 semanas (sumando los permisos de ambos progenitores teóricos).
- **Permiso "del lactante":** Se destacó el cambio de nombre (antes "de lactancia") y su flexibilidad (acumulable).
- **Jurisprudencia:** El Tribunal Supremo y el TJUE han blindado la protección frente al despido y la obligación de evaluar riesgos laborales.

## **3. Amenazas y retos pendientes**

A pesar de los avances, se identificaron brechas graves:

<b>Barreras laborales</b>	<b>Sesgo judicial</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Presión laboral: Madres que no piden el permiso o destetan antes por miedo a ser vistas como "menos productivas".</li><li>• Discriminación de autónomas: Se señaló como el colectivo más desprotegido.</li><li>• Falta de espacios: La carencia de salas de lactancia dignas en empresas y edificios públicos obliga a las madres a extraerse leche en los baños.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Jueces que ignoran la lactancia a partir de los 6 meses, considerando que "el biberón vale igual" para establecer custodias compartidas</li></ul>

## 4. La sentencia "bomba" de Canarias

Ana Pacheco compartió en primicia una sentencia pionera de un juzgado de Canarias (aún no publicada pero inminente):

1

### El caso

Una matrona del servicio público solicitó la prestación por riesgo durante la lactancia.

2

### La novedad jurídica

La demanda no solo pidió la prestación, sino una indemnización por daños y perjuicios (8.000 € concedidos) alegando vulneración de derechos fundamentales.

3

### El argumento

La madre actuó en nombre propio (discriminación por sexo) y en nombre de su bebé (discriminación por edad, vulnerando su derecho a la salud y alimentación). El juez reconoció que al bebé no se le estaba protegiendo igual que a un adulto.

4

### Impacto

Esta sentencia sienta un precedente brutal: las mutuas y empresas ya no solo se arriesgan a pagar la prestación atrasada, sino a **indemnizaciones millonarias** si deniegan el riesgo injustificadamente.

## "Ni un paso atrás"

Se exige una protección real con inspecciones de trabajo, sanciones a empresas incumplidoras y formación obligatoria para jueces y fiscales. La conferencia cerró con un emotivo poema de una madre israelí sobre el dolor de la guerra, conectando de nuevo con la actualidad.

# La lactancia como derecho y la violencia laboral

A continuación se abordó la protección de la lactancia en el entorno laboral no solo desde un punto de vista técnico, sino como una cuestión de **derechos fundamentales y discriminación por razón de sexo**.

## 5. Enfoque: La lactancia como derecho y la violencia laboral

### Perspectiva holística

Lorena planteó que la prevención de riesgos no debe ser puramente técnica, sino centrarse en el bienestar del binomio madre-bebé.

### Discriminación

La falta de protección se define como una violencia invisibilizada contra las mujeres y una forma de discriminación sexual, ya que vulnera dos derechos fundamentales: la protección de la salud y el derecho a la lactancia (reconocido como derecho humano desde 2016).

### Soledad de la madre

Denunció la falta de formación y sensibilidad en empresas, sindicatos y colegios profesionales, lo que deja a las madres solas y vulnerables ante la burocracia.



## 6. El concepto de "Riesgo" (Más allá de los tóxicos)

Uno de los puntos más fuertes fue la redefinición de qué constituye un riesgo laboral para la lactancia:

- **Riesgo logístico:** La imposibilidad de extraerse leche en el lugar de trabajo o de conservarla adecuadamente es en sí misma un riesgo laboral, ya que amenaza la producción de leche y la salud de la madre (mastitis, abscesos, sepsis).
- **Riesgos psicosociales:** Se destacaron el estrés, las jornadas prolongadas, la turnicidad, la nocturnidad y el acoso/discriminación por amamantar como riesgos directos.

## 7. Marco normativo y sus trampas

Se analizó la legislación vigente, señalando que es clara pero insuficiente o mal aplicada:

### Listados no exhaustivos

El Real Decreto 298/2009 contiene listados de agentes de riesgo, pero son "no exhaustivos". Las mutuas a menudo se agarran a lo que no está en la lista para denegar el riesgo.

### Leyes clave

Se citaron la Ley de Prevención de Riesgos Laborales (Art. 25 y 26) y la Ley de Igualdad (Art. 8), que califican el trato desfavorable por lactancia como discriminación.

### Riesgos específicos olvidados

**Químicos:** Se alertó sobre los disruptores endocrinos, que a menudo no aparecen en los listados oficiales pero son peligrosos, especialmente en combinación ("efecto cóctel").

**Biológicos:** Grupos 2, 3 y 4 (virus, bacterias) que afectan especialmente a profesiones sanitarias y sociales.

## 8. Estrategias de defensa y reclamación

Lorena ofreció una hoja de ruta práctica para cuando la empresa o la mutua niegan el riesgo (la respuesta estándar de "No existe riesgo"):

1

2

### No aceptar respuestas genéricas

Exigir que la evaluación sea específica para ese puesto y esa persona, no una evaluación genérica de la empresa.

### Exigir justificación

Si la mutua dice que no hay riesgo, debe justificar científicamente por qué el agente presente no afecta a la lactancia.

3

4

### Reclamación y vía judicial

Instó a perder el miedo ("el buenismo") y reclamar. Mencionó casos de éxito donde se han conseguido no solo el permiso, sino indemnizaciones por daños y perjuicios (citando una de 45.000 €), argumentando que a las mutuas les sale gratis denegar si no hay consecuencias económicas.

### Revisar las guías

Advirtió que muchas mutuas usan la guía del INSS que es antigua (2008) y restrictiva. Recomendó basarse en guías científicas más actuales (como la de la SEGO) o de sindicatos potentes.

## Duración del permiso de riesgo

9

12

### Sector General

Hasta los 9 meses del bebé

### Sector Público

En la mayoría de CCAA se ha ampliado hasta los 12 meses



### Conclusión

La intervención de Lorena Prada fue un llamado al activismo dentro del entorno laboral, animando a las madres y a los grupos de apoyo a conocer la normativa para no aceptar negativas injustificadas y proteger la salud materna.



## Bloque I: **Lactancia y multiculturalidad**

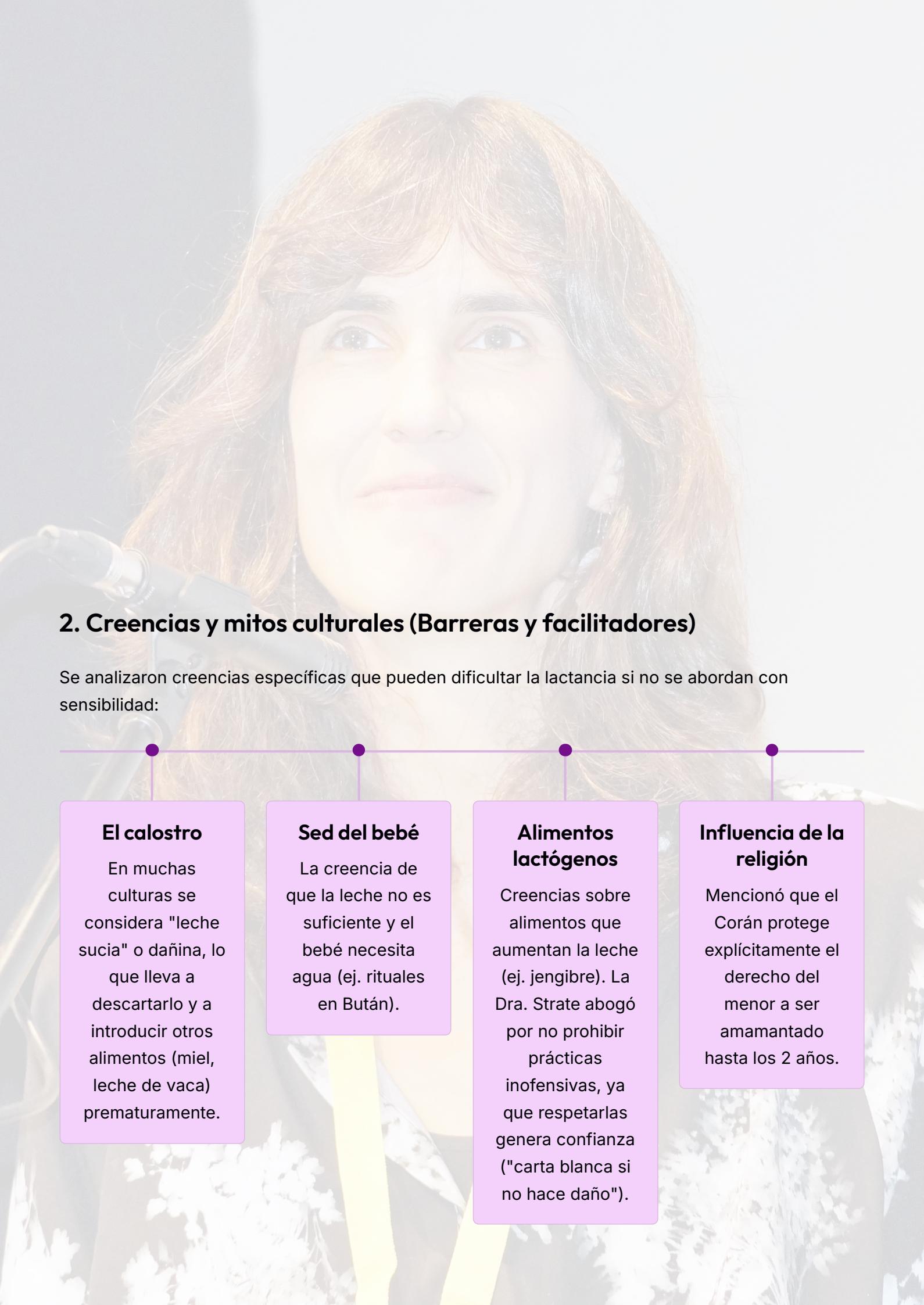
### **Lactancia materna en la diversidad cultural: retos y estrategias**

**Ponente:** Dra. Carol Strate Pezdirc (ginecóloga, obstetra y divulgadora).

La Dra. Strate abordó cómo la cultura, más allá de la biología, es un determinante crucial en el éxito de la lactancia, y cómo los profesionales deben adaptar su práctica para acompañar respetuosamente a mujeres de diversos orígenes.

#### **1. Premisa: La biología es universal, la cultura no**

- **Contraste visual:** Utilizó fotos de sus propias lactancias (en occidente) vs. lactancias en Madagascar (donde trabajó) para ilustrar que, aunque el acto biológico es el mismo, el contexto cambia radicalmente el apoyo y la vivencia.
- **El peso de lo social:** "Los humanos somos mucho más que biología". A pesar de que la intención de amamantar es alta (90%), la realidad (menos del 50% de LME a los 6 meses) demuestra que el contexto social y cultural pesa más que el deseo materno.



## 2. Creencias y mitos culturales (Barreras y facilitadores)

Se analizaron creencias específicas que pueden dificultar la lactancia si no se abordan con sensibilidad:

### El calostro

En muchas culturas se considera "leche sucia" o dañina, lo que lleva a descartarlo y a introducir otros alimentos (miel, leche de vaca) prematuramente.

### Sed del bebé

La creencia de que la leche no es suficiente y el bebé necesita agua (ej. rituales en Bután).

### Alimentos lactógenos

Creencias sobre alimentos que aumentan la leche (ej. jengibre). La Dra. Strate abogó por no prohibir prácticas inofensivas, ya que respetarlas genera confianza ("carta blanca si no hace daño").

### Influencia de la religión

Mencionó que el Corán protege explícitamente el derecho del menor a ser amamantado hasta los 2 años.

### **3. Estructuras sociales y de poder**

#### **La figura de la "suegra" o la "anciana"**

En muchas culturas, la autoridad sobre la crianza no la tiene la madre, sino la suegra o la mujer más anciana de la comunidad. El abordaje sanitario debe incluirlas a ellas, no solo a la madre.

#### **Tabúes sexuales**

Creencias de que el esperma "contamina" la leche, llevando a destetes precoces para retomar la vida sexual y "no perder al marido".

#### **Políticas laborales**

Comparó países con bajas tasas (China, Reino Unido, España) vs. países con altas tasas como Bolivia (donde las empresas están obligadas a permitir la lactancia y el bebé acompaña a la madre), demostrando que la política es clave.

### **4. Estrategias para el acompañamiento intercultural**

#### **Competencia cultural**

Los profesionales deben formarse y sensibilizarse (leer novelas, ver cine, viajar con mirada crítica) para no juzgar desde la superioridad occidental.

#### **Mediación, no solo traducción**

No basta con un traductor literal; se necesitan mediadores culturales que interpreten los códigos y valores (ej. la anécdota de la intérprete en Madagascar que filtraba los consejos médicos).

#### **Escucha activa y tiempo**

Romper la jerarquía médico-paciente. Preguntar antes de imponer.

# Debate:

## Realidad asistencial y racismo institucional

### Resumen del debate y turno de preguntas:

El debate posterior fue muy rico y sacó a la luz la realidad asistencial:

#### **Laura Pacheco (enfermera, Denia)**

Abogó por formar a los sanitarios para entender comportamientos que se juzgan erróneamente (ej. criticar a mujeres árabes por "no moverse" cuando en su cultura esperan ser cuidadas por otras mujeres).

#### **Mia (psicóloga, Costa Rica)**

Denunció que el apoyo a la lactancia se está convirtiendo en un lujo de la sanidad privada, mientras que en la pública se desinforma y se sentencia ("no vas a poder") por cuestiones físicas irrelevantes como el tipo de pezón.

#### **Testimonio de racismo institucional**

Una asistente preguntó por acciones concretas contra la discriminación ideológica. La Dra. Strate reconoció la falta de mecanismos y compartió una experiencia dura de una mujer nigeriana llevada por la policía a urgencias para ser deportada, evidenciando la falta de humanidad de algunos protocolos.

#### **Testimonio de "Yaretzi" (público)**

Una madre compartió cómo un ginecólogo cuestionó su lactancia prolongada (4 años) simplemente por prejuicio ("¿y por qué no?"), resaltando la importancia de los grupos de apoyo como refugio ante la hostilidad sanitaria.

**Conclusión de la sesión:** Es urgente humanizar la asistencia, dotar de tiempo a las consultas y, sobre todo, limpiar la mirada profesional de prejuicios eurocéntricos para acompañar maternidades diversas.

## Mesa redonda:

# Lactancia y multiculturalidad

**Moderadora:** Perla (activista, escritora y referente comunitario)

*La lactancia no es solo biológica, es una práctica social y cultural atravesada por desigualdades, racismo y vulnerabilidad, pero también por resiliencia y redes de apoyo ancestrales.*

### Introducción (Perla):

- **Contexto histórico:** Recordó la figura de las amas de cría y las nodrizas esclavizadas, visibilizando la explotación histórica de cuerpos racializados en la lactancia.
- **La tribu:** Compartió su experiencia personal en su país de origen (Guinea Ecuatorial), donde la lactancia y el consuelo son actos comunitarios (abuelas y otras mujeres ofreciendo el pecho).
- **Desafíos actuales:** Señaló la doble vulnerabilidad de las madres migrantes: falta de redes de apoyo, barreras lingüísticas, precariedad laboral y discriminación institucional.



## Ponencia 1: Dña. Sabela Lourido Rodríguez (ONG Viraventos)

### ***Madres Migrantes: Desafíos y Resiliencia en un Sistema Excluyente***

#### **Barreras identificadas**

- **Sanitarias:** Miedo a la facturación por falta de tarjeta sanitaria (a pesar de la ley de atención universal a embarazadas), falta de traductores/intérpretes y trato deshumanizado.
- **Culturales:** Choque entre los saberes ancestrales (porteo, colecho) y las indicaciones biomédicas rígidas, generando inseguridad.
- **Soledad:** La pérdida de la red de mujeres (madres, abuelas) al migrar es devastadora para la crianza.

#### **Resiliencia y reivindicaciones**

Destacó las redes informales de solidaridad entre migrantes (compartir casa, cuidado de hijos).

**Reivindicaciones:** Profesionales con enfoque intercultural, mediadoras culturales y doulas migrantes.

## Ponencia 2: Dña.Jeane Sodré Costa (educadora y sexóloga)

### *Lactancia con Mirada Intercultural: Equidad, Comunidad y Empoderamiento*

#### **Crítica al sistema**

Denunció el racismo institucional y el "eurocentrismo" de los protocolos sanitarios, diseñados para el "bebé blanco, varón y burgués".

#### **Aportación cultural**

Las mujeres migrantes no son solo vulnerables; traen saberes valiosos (porteo, rituales posparto, colecho) que enriquecen a la sociedad de acogida.

#### **Llamada a la acción**

- **Nada de nosotras sin nosotras:** Exigió que las mujeres racializadas estén en los comités de salud y diseño de protocolos.
- **Presupuesto:** El antirracismo requiere inversión (mediadores contratados, materiales diversos).
- **Interseccionalidad:** Mirar a la mujer completa (migrante, pero también profesional, diversa sexualmente, etc.), no solo su etiqueta de "extranjera".

## Ponencia 3: Sofía Vázquez Manzano (Mulleres Colleiteiras)

### *No me juzgues, enséñame. La lactancia en la mujer gitana desde el respeto y la cercanía*

#### **Estereotipos y prejuicios**

Relató cómo el sistema sanitario asume cosas por ser gitana (ej. "seguro que da el pecho", "seguro que tendrá muchos hijos") sin ofrecer apoyo real o información. Denunció la falta de privacidad y el juicio constante en consulta.

#### **La importancia de la familia**

Defendió la red familiar gitana no como un estorbo en el hospital, sino como un pilar de salud mental y apoyo que el sistema segregado y rechaza.

**Necesidad de mediación:** Insistió en la figura de la mediadora intercultural (especialmente en ginecología) para traducir no solo idiomas, sino códigos culturales y evitar conflictos.

## Ponencia 4: Dña. Lorena Álvarez Souto (Ecos do Sur)

### ***Maternidades en situación de vulnerabilidad***

Como trabajadora social especializada en migración y refugio:

1

#### **Violencia estructural**

Definió la situación de muchas madres migrantes no como "mala suerte", sino como violencia sistémica (leyes de extranjería, precariedad, racismo).

2

#### **Maternidad como castigo**

Denunció que, para muchas mujeres sin papeles o recursos, la maternidad se convierte en una carrera de obstáculos donde derechos básicos (techo, comida, lactancia) no están garantizados.

3

#### **Acto político**

Defender la lactancia en estos contextos es un acto político de justicia social. Proteger a la madre es la única forma de proteger a la infancia.

- ❑ Este bloque fue, sin duda, uno de los más transformadores del congreso, poniendo sobre la mesa que **no hay lactancia exitosa sin justicia social y antirracismo.**

# **Testimonio de Dña. Silvia Ayang (Perla):**

## **Interculturalidad, Duelo y Violencia Institucional**

Silvia Ayang, escritora y activista de Guinea Ecuatorial, que actuaba de moderadora, ofreció entre ponente y ponente de la mesa, una de las intervenciones más impactantes de la jornada, vertebrada en tres ejes clave basados en su propia experiencia migratoria y maternal:

### **Violencia Obstétrica por choque cultural:**

Relató un episodio de extrema gravedad durante su parto en España. Al pedir que limpiaran a su bebé antes de cogerlo (una costumbre cultural de su país que implica respeto y bienvenida), el personal sanitario interpretó su petición como un **rechazo al recién nacido**. Esto activó un protocolo de Servicios Sociales que casi deriva en la retirada de la custodia del menor, situación que solo salvó gracias a su red de apoyo. Hizo un llamamiento a la **escucha activa y la competencia cultural** de los sanitarios para evitar violentar a las madres migrantes.

### **Visibilidad del Duelo Perinatal:**

Como madre de un "hijo estrella", puso voz al trauma de las mujeres que pierden a sus bebés pero mantienen la fisiología de la lactancia (*"pechos enormes chorreando leche y dolorosos, queriendo lactar y no pudiendo"*). Denunció la falta de herramientas del sistema y la sociedad para acompañar a estas madres y validar su dolor más allá del "ya tendrás otro".

### **La pérdida de la "Tribu":**

Contrastó el individualismo de la sociedad europea con la crianza comunitaria en Guinea, recordando el proverbio *"a los hijos no los cría la madre, los cría la tribu"*. Reivindicó la **lactancia solidaria** (vecinas amamantando a hijos ajenos ante la pobreza o dificultad) como una práctica de amor habitual en su cultura, frente a la desconexión vecinal que se vive aquí. También criticó la falta de consentimiento informado real durante el parto (firmar papeles bajo el dolor de la epidural).

# Comunicaciones Orales:

## Multiculturalidad y lactancia en contextos diversos

**Moderadora:** Dña. Emma Enríquez Merayo (Nutricionista y Farmacéutica).

Este bloque destacó por la riqueza de perfiles profesionales (enfermería, logopedia, fonoaudiología, higiene dental) y la defensa de un abordaje interdisciplinar y transdisciplinar (incluyendo a los grupos de apoyo) de la lactancia.



### **Comunicación 1: Desafíos y estrategias en lactancia materna adolescente. Intervenciones desde la enfermería pediátrica.**

**PONENTE:** Dña. Sheila Rial (EIR en pediatría)

#### **Problemática**

Las madres adolescentes (10-19 años) presentan tasas de lactancia mucho más bajas y mayor abandono precoz que las adultas. En 2023 hubo más de 5.500 nacimientos de madres adolescentes en España (destacando Andalucía con 1.400).

#### **Barreras específicas**

- **Psicológicas:** Vergüenza social, miedo a la exposición pública, presión por la imagen corporal, estrés y mayor riesgo de depresión posparto.
- **Sociales:** Interrupción del ritmo de vida (estudios/trabajo) y falta de apoyo familiar y profesional (se asume erróneamente que por ser jóvenes será "fácil").

**Estrategias:** Apoyo sin juicio, educación prenatal adaptada, fomento del contacto piel con piel y fortalecimiento de la red de apoyo.

## **Comunicación 2: Participación del logopeda en el diagnóstico, intervención y rehabilitación del frenillo sublingual en España**

**Ponente:** Dña. Milagros Matarazzo (logopeda).

**Estudio:** Encuesta nacional sobre el abordaje del frenillo sublingual.

<b>Caos diagnóstico</b>	<b>Ausencia del logopeda</b>	<b>Consecuencias</b>
Gran variabilidad en quién diagnostica (pediatras, matronas) y cómo se interviene (tijera, láser, nada).	Solo el 0,5% de los diagnósticos y el 15,9% de la rehabilitación contaron con un logopeda, a pesar de ser el especialista en función orofacial.	Muchas familias reportaron que, aunque la lactancia mejoró tras la frenectomía, persistieron problemas a largo plazo (respiración oral, dificultades en alimentación complementaria) por falta de rehabilitación funcional.

**Reivindicación:** El logopeda es imprescindible en el equipo multidisciplinar para evaluar la función, no solo la anatomía.

## **Comunicación 3: Validación del contenido del protocolo FRELAC para diagnóstico de anquiloglosia y mejora de la lactancia materna en Chile**

**Ponente:** Dña. Camila Riffo (logopeda).

**Innovación:** Protocolo LIBERA: Supera las clasificaciones puramente anatómicas (que llevan al sobrediagnóstico) para incluir:

- **Evaluación funcional:** Cómo se mueve la lengua, cómo es la succión (nutritiva y no nutritiva).
- **Contexto:** Síntomas en la madre (dolor, grietas) y en el bebé.
- **Objetivo:** Reducir intervenciones innecesarias (frenectomías) y derivar a otros profesionales (osteópatas, asesores) cuando el problema no es quirúrgico.

**Conclusión:** Validación del protocolo LIBERA (basado en la clasificación frelac) demostrando ser una herramienta robusta y válida para la evaluación integral de la anquiloglosia en recién nacidos.

## Comunicación 4: Lactancia y desarrollo orofacial

**Ponente:** Dña. Ainoa Vázquez (higienista bucodental).

**Enfoque:** La lactancia materna como "el primer aparato de ortodoncia".

### Datos del estudio

- Un alto porcentaje de niños con alteraciones (mordida abierta, paladar ojival, retrognatia) tenían antecedentes de uso prolongado de biberón/chupete o respiración oral.
- La lactancia materna favorece el correcto desarrollo maxilofacial (Clase I) gracias al esfuerzo de succión, mientras que el biberón pasivo no estimula ese crecimiento óseo.

### Rol del higienista

Reivindicó su papel en la detección precoz de estas disfunciones en las revisiones dentales infantiles.

## Debate y conclusiones clave:

### Interdisciplinariedad real

Se insistió en dejar de "parcelar" al bebé. No se trata de que lo vean 5 especialistas por separado, sino de que trabajen juntos.

### El valor de los grupos de apoyo

Se reconoció que las asesoras y madres expertas a menudo saben más que los sanitarios y son parte vital del equipo ("Transdisciplinariedad").

### Humildad profesional

En el debate sobre frenillos y maloclusiones, se concluyó que hay que ser honestos con las familias: la evidencia no es absoluta y hay múltiples factores (genética, alergias, hábitos) que influyen a largo plazo, no solo la lactancia o el frenillo.

### Lactancia diferida

Se defendió el apoyo a las madres que no pueden o no quieren dar el pecho directo, enseñando métodos respetuosos (método Kassing) para minimizar el impacto en el desarrollo oral.



## Bloque II

### Lactancia y salud mental

## Los trastornos mentales en la etapa perinatal y la lactancia materna

**Ponente:** Dña. Jésica Rodríguez Czaplicki (psicóloga, psicopedagoga y experta en psicología).

La ponencia buscó desmentir que la salud mental perinatal sea una "moda" reciente, demostrando su recorrido histórico y su importancia crítica actual, así como la relación bidireccional entre lactancia y salud mental.

## Recorrido histórico y perspectiva de género

Jésica realizó un viaje fascinante por la historia para demostrar que la preocupación por la lactancia y el estado mental de la madre es milenaria:

## 1. Recorrido histórico: No es una moda

### Antigüedad

Desde el Código de Hammurabi y Atapuerca (lactancias de 2-4 años) hasta la medicina ayurvédica (que ya vinculaba lactancia con desarrollo mental).

### El cambio

La Revolución Industrial y la aparición de la harina lacteada (Henri Nestlé, 1867) rompieron la tradición, llevando a campañas agresivas de fórmula hasta que la OMS intervino con el Código Internacional.

1

2

3

4

### Mitos y curiosidades

Mencionó a Sorano de Éfeso y Galeno (que creían que la leche era sangre cocida y desechaban el calostro) o las teorías del s. XVII que prohibían nodrizas pelirrojas por su "temperamento".

### Historia de la psiquiatría perinatal

Citó a Hipócrates (sepsis puerperal como "locura"), Esquirol ("locura puerperal") y Marcé (padre de la psiquiatría perinatal), quien ya definía el embarazo como un periodo de vulnerabilidad psíquica y no de protección.

## 2. Situación actual y perspectiva de género

Se denunció el enfoque androcéntrico de la salud mental:

### Invisibilización

Las quejas de las mujeres se minimizan ("se nos va el pero"). Los síntomas y efectos de los fármacos son diferentes en hombres y mujeres, pero se estudia y trata bajo el patrón masculino.

### Violencia estructural

La salud mental materna no es solo biología; está atravesada por violencia económica, de género, sobrecarga mental y precariedad.

### 3. Datos alarmantes

1/5

25%

1

#### Prevalencia

1 de cada 5 mujeres sufrirá un trastorno mental perinatal

#### Infradiagnóstico

Solo el 25% de ellas recibirá diagnóstico y tratamiento

#### Suicidio

Es la primera causa de muerte no natural en mujeres durante el primer año tras el parto. Este dato fue uno de los más impactantes de la charla.

### 4. Relación bidireccional: Lactancia y salud mental



**Círculo vicioso/virtuoso:** La salud mental influye en la lactancia (tasas de abandono más altas en mujeres con trastornos), y la lactancia influye en la salud mental (puede ser protectora o estresante si no hay apoyo).

**Psicofármacos y lactancia:** Se denunció la retirada preventiva e innecesaria de la lactancia por el uso de psicofármacos. La mayoría son compatibles o tienen alternativas seguras. Retirar la lactancia a una madre que desea amamantar puede empeorar su cuadro depresivo.

### 5. Estigma y "buena madre"

- Las mujeres ocultan su malestar por miedo a ser juzgadas o a que les quiten a sus bebés.
- La presión del ideal de "buena madre" (que puede con todo y siempre está feliz) incrementa la culpa y el sufrimiento.

**Conclusión:** La salud mental perinatal es una urgencia de salud pública. Proteger la lactancia implica también cuidar la salud mental de la madre, ofreciendo tratamientos compatibles y espacios seguros para expresar el malestar sin juicio.

# Mesa redonda:

## Lactancia y salud mental

**Moderadora:** Dña. Belén Maside Oliete (enfermera especialista en salud mental).

Este bloque abordó situaciones de alta vulnerabilidad emocional y trauma, destacando cómo la historia vital de la madre impacta directamente en su capacidad de vincularse y amamantar.

### Ponencia 1: Dña. Natalia Guedella Sebastián (psicóloga perinatal)

#### *La lactancia como factor de protección de la salud mental de madre y bebé*

##### Enfoque ecosistémico

Natalia propuso mirar la lactancia no solo como alimento, sino como una herramienta de salud mental dentro de un sistema complejo (familia, sociedad, políticas, época histórica).

##### Beneficios psicológicos

- **Para la madre:** Aumenta la autoeficacia, la autoestima y el "sentido de agencia" (sensación de control), lo cual es crucial tras experiencias traumáticas o de violencia. Reduce el cortisol y aumenta la oxitocina, protegiendo contra el estrés y la depresión.
- **Para el bebé:** Fomenta el apego seguro, la regulación emocional y reduce la respuesta al estrés.

- ❑ **Grupos de apoyo:** Los definió como espacios de "**transformación social**" y factores de protección clave, al crear redes de pertenencia y reducir el aislamiento.



## Ponencia 2: Dra. Natalia Seijo Ameneiros (psicóloga experta en TCA y trauma)

### *Lactancia y trastornos alimentarios: de la vulnerabilidad a la conexión*

#### Caso clínico "Laura"

Presentó un caso impactante de una madre con historia de anorexia y una relación traumática con su propia madre (crítica, invasiva).

#### Impacto en la lactancia

- Para "Laura", el contacto piel con piel y la lactancia se vivían como una invasión corporal y una pérdida de control, reactivando su trauma infantil.
- Sentía que el bebé la "absorbía", generando culpa y bloqueo ante el llanto.

#### Conclusión

La madre no puede nutrir emocionalmente porque ella misma está "vacía". Entender la historia de trauma es fundamental para no juzgar las dificultades en la lactancia y ofrecer el apoyo terapéutico adecuado.

## Ponencia 3: Dra. Ana González Uriarte (psiquiatra).

### *Lactancia materna en supervivientes de abuso sexual en la infancia*

#### Realidad oculta

1 de cada 4 mujeres ha sufrido violencia sexual en la infancia. El 85% por familiares. Es un trauma interpersonal y "encarnado".

#### Lactancia como disparador

El amamantamiento (succión, contacto, exposición del pecho) puede actuar como detonante (trigger) de flashbacks, asco, disociación o miedo, reactivando el trauma del abuso.

#### Validar

Entender que el rechazo a la lactancia puede ser un mecanismo de defensa.

#### Cuidado sensible al trauma

Pedir permiso siempre antes de tocar, cuidar la privacidad y ofrecer opciones (no imponer).

#### Oportunidad

Para algunas, la lactancia puede ser reparadora y una vía para pedir ayuda y sanar ("crecimiento postraumático").

## Ponencia 4: Dña. Silvia Martínez Rodríguez (fotógrafa y activista)

### *Violencia obstétrica y soberanía lactante: memorias del cuerpo que cuida*

- **Proyecto "Vulnerables":** Presentó su proyecto fotográfico documental sobre violencia obstétrica.
- **Historias de vida:** A través de retratos, narró historias de mujeres cuyas lactancias fueron boicoteadas por el sistema (separaciones innecesarias, falta de apoyo, juicios médicos, inducción al biberón sin consentimiento).
- **El poder de la imagen:** La fotografía como herramienta para visibilizar lo invisible y transformar el dolor en memoria colectiva y denuncia política.
- **Mensaje final:** Cerró con una foto generacional (abuela, madre, hija) simbolizando la ruptura de la cadena de violencia y la esperanza en las nuevas generaciones.

## Debate y preguntas:

### Detección de abusos

Se debatió cómo identificar posibles casos de abuso sexual no revelado en consulta. Se recomendó prudencia y derivación inespecífica a salud mental ante signos de sufrimiento, sin forzar la revelación.

### Transmisión del trauma

Se habló de cómo los hijos pueden somatizar o reflejar los traumas no resueltos de las madres (ej. trastornos alimentarios infantiles como ARFID vinculados a TCA materno).

### Respeto a la no-lactancia

Se enfatizó que apoyar la lactancia también implica respetar y acompañar sin juicio a las madres que, por trauma o decisión, no pueden o no quieren amamantar, buscando otras formas de vínculo.



# Comunicaciones Orales:

## Salud mental, duelo y sostén emocional en la lactancia

**Moderadora:** Dña. Lorena Pernas Cortiñas (logopeda).

Este bloque se centró en cómo la lactancia interactúa con la salud mental en momentos críticos, desde el duelo perinatal hasta catástrofes naturales, y cuestionó herramientas como los extractores de leche.



### Comunicación 1: Extracción de leche materna y tipo de lactancia tras la vuelta al trabajo remunerado

**Ponente:** Dña. Coral Castro (matrona).

#### Crítica al "Terrorismo Institucional"

Coral fue contundente al criticar la normalización de los extractores como solución universal. Afirmó que tener un extractor en la mesita de la maternidad hace creer a las madres que lo necesitan, cuando a menudo interfiere en la lactancia directa.

#### Estudio en Lanzarote

- **Muestra:** 120 gestantes.
- **Paradoja:** El 50% quería reincorporarse al trabajo, pero el 50% deseaba extraerse leche para que la pareja diera el biberón por la noche, evidenciando una falsa creencia de "corresponsabilidad" mal entendida.
- **Conclusión:** La extracción no aumentó la duración de la lactancia. Lo que influye es el entorno social y cultural, no la máquina.

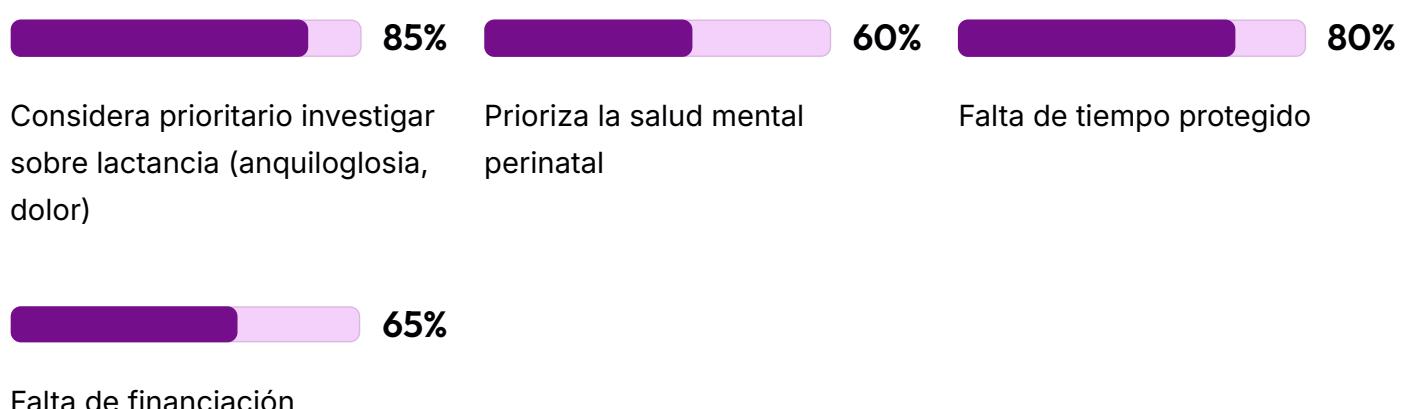
## Comunicación 2: De la despedida al encuentro. Lactancia materna como puente en el duelo perinatal

Ponente: Dña. Maira Rodríguez (enfermera pediátrica).

<b>Caso clínico</b> Una madre que perdió a su primera hija (18 meses) por enfermedad degenerativa estando embarazada de la segunda. Vivió el duelo y la espera simultáneamente.	<b>Lactancia como puente</b> En su primera maternidad dio biberón. En la segunda, eligió amamantar. La lactancia actuó como un anclaje a la vida, ayudándole a reconstruir su rol de madre y transformar el dolor en amor hacia la nueva bebé.	<b>Mensaje</b> Amamantar en duelo no es patológico; puede ser una herramienta terapéutica de sanación y conexión.
--	---	--

## Comunicación 3: Barreras y prioridades en investigación sobre lactancia: perspectiva de las profesionales

Ponente: Dña. Araceli García



**Reivindicación:** Investigar no es un lujo, es parte del cuidado. Se necesitan recursos y redes colaborativas.

## Comunicación 4: Orientaciones ante problemas de lactancia (AELAMA)

**Ponente:** Dra. Edurne Ciriza (pediatra, AELAMA).

- **Guía de recomendaciones:** Presentó un documento de consenso para abordar la "lactancia frustrada" o difícil.
- **Hallazgos:**
  - La culpa y la vergüenza son universales en madres con dificultades.
  - Las redes sociales (imágenes de lactancias ideales) aumentan la presión.
- **Claves:** Validar sentimientos, desterrar la culpa, felicitar por cada gota de leche (aunque sea mixta) y vigilar el riesgo de suicidio en casos de destete no deseado abrupto.

## Comunicación 5: Lactancia en emergencias (La DANA de Valencia)

**Ponente:** Dña. Silvia Ferrán (Asociación Amamanta).



### Experiencia directa

Relató la intervención de Amamanta tras la DANA del 29 de octubre de 2024 en Valencia.



### Proyecto "De Mare a Mare"

Movilizaron a madres voluntarias para llevar suministros específicos (no solo pañales, sino escucha) a las zonas afectadas. Atendieron a más de 600 madres.



### Lactancia como refugio

En medio del caos (sin luz, agua, ni casa), la lactancia fue lo único que dio seguridad y "normalidad" a los bebés y sensación de control ("agencia") a las madres.



### Salud mental

El apoyo "madre a madre" fue terapéutico, validando que la red comunitaria es la primera línea de defensa en catástrofes.

# Debate: Rol del padre e industria

## El rol del padre

Un padre chileno preguntó por su papel. La mesa y el público debatieron intensamente. Se concluyó que el padre es fundamental para sostener el entorno (cuidar a la madre, gestionar visitas, tareas), pero no debe intentar "sustituir" el rol biológico de la lactancia (dar biberón) para "vincularse", ya que el vínculo paterno se construye desde el cuidado, el juego y el sostén, no desde la alimentación.

## Industria "Eco-friendly"

Se criticó el greenwashing de marcas que venden miles de artificios de plástico (recolectores, extractores) como necesarios y ecológicos, cuando la lactancia directa es lo más sostenible.





## Bloque III

### Lactancia desde un enfoque sanitario

#### Necesidades de actualización de los sanitarios en lactancia materna

**PONENTE:** Dña. Alba Padró Arocás (consultora internacional de lactancia - IBCLC, cofundadora de LactApp y autora).

Alba Padró ofreció una ponencia crítica, basada en datos demoledores sobre la falta de formación real de los profesionales sanitarios en España, desmontando el mito de que las mujeres "no quieren amamantar" y señalando al sistema como responsable del fracaso.

##### 1. El problema de la formación: ¿Quién sabe de lactancia?

###### Experiencia personal

Alba relató su propio camino: de auxiliar de clínica (donde le enseñaron mitos como "dar el pecho cada 3 horas" y "limpiar antes") a buscar formación fuera del sistema, en grupos de apoyo como ALBA Lactancia Materna.

###### El vacío académico

Mostró que en grados sanitarios como Logopedia, la lactancia ocupa apenas unas páginas en 4 años de carrera.

###### Origen del conocimiento

Citó el Estudio CAPA (Girona, 2014), que reveló que la principal fuente de conocimientos sobre lactancia de médicos y enfermeras no era la universidad ni los másteres, sino su "**experiencia con familiares y amigos**".

## 2. Datos vs. realidad: El "examen" a los sanitarios

Alba presentó resultados de varios estudios (residentes de pediatría, hospitales de Castilla y León, Murcia) con conclusiones alarmantes:

**72%**

### Suspenso general

Un alto porcentaje de profesionales tiene conocimientos "deficientes" o "muy deficientes"

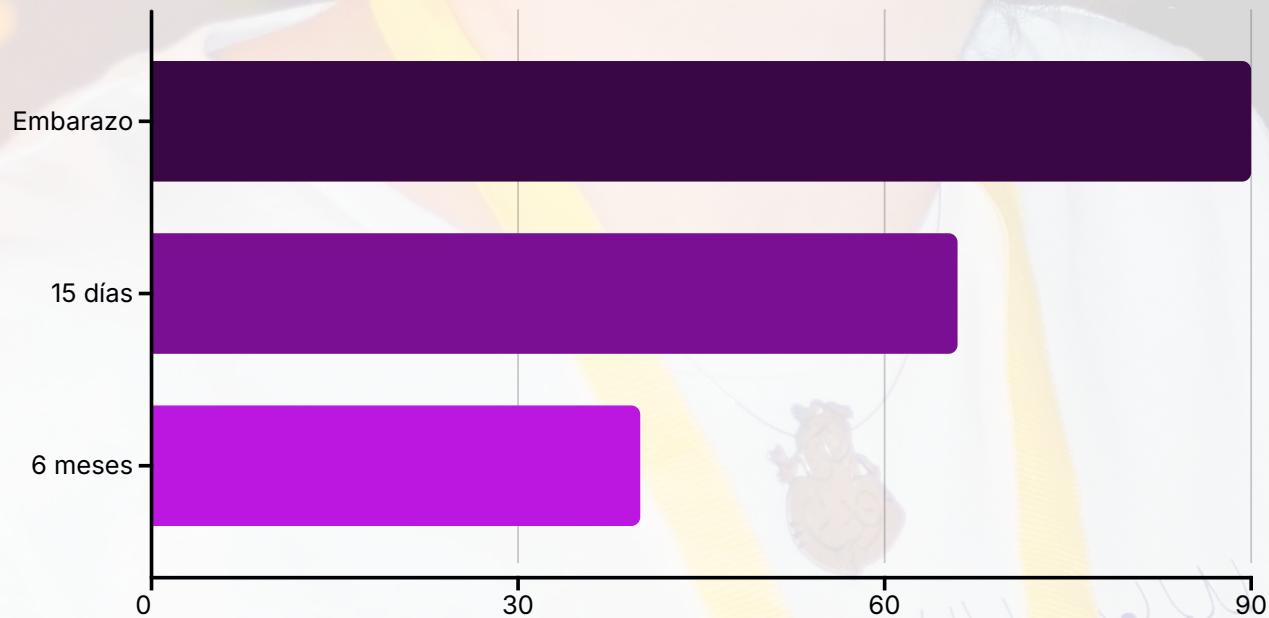
**51%**

### Desconocimiento del Código

De los residentes no conocía el Código de Comercialización de Sucedáneos

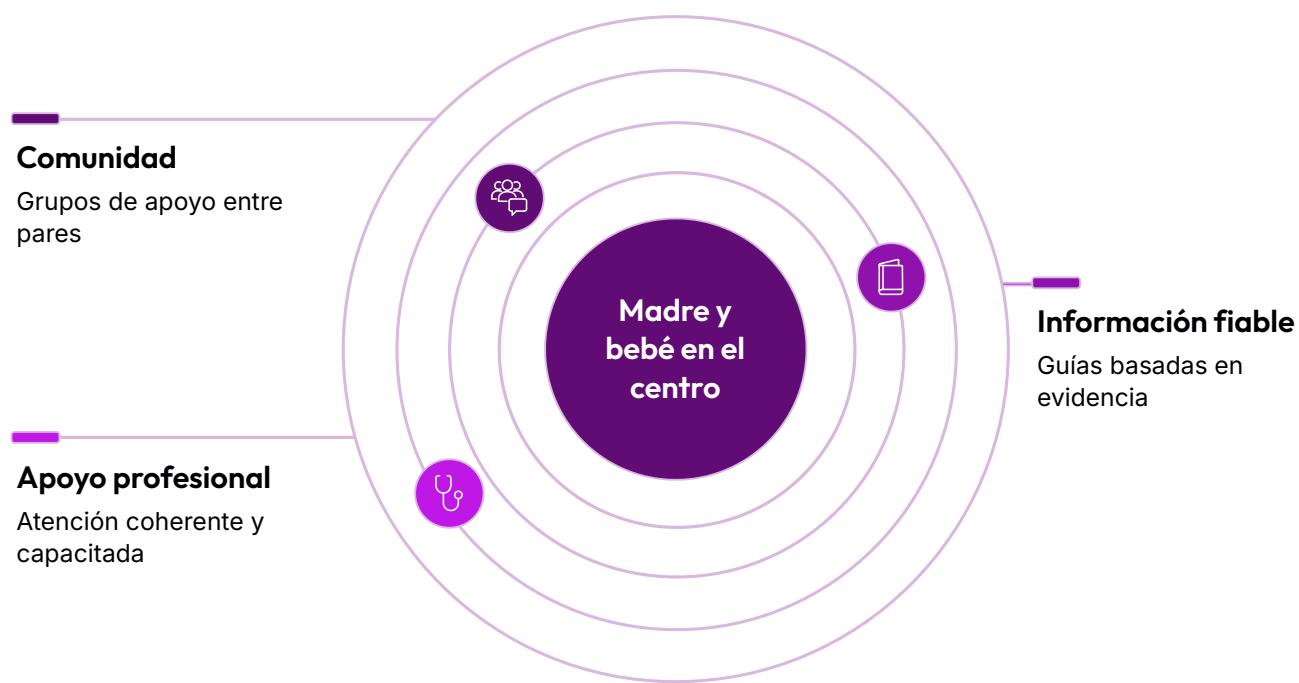
- **Retroceso formativo:** Un dato sorprendente de Murcia mostró que los residentes de pediatría tenían menos conocimientos de lactancia en su último año que en el primero (¿desaprenden?).
- **Preguntas básicas falladas:** Muchos profesionales aún creen que hay que suspender la lactancia por mastitis, limitar las tomas a 15 minutos o que la leche "no alimenta" después del año.

## 3. El deseo materno vs. el fracaso del sistema



- **La intención es alta:** Las encuestas muestran que el 90-94% de las mujeres embarazadas desean amamantar.
- **La caída:** A los 15 días, la cifra baja al 66%. A los 6 meses, cae por debajo del 40%.
- **La causa:** No es falta de deseo ("las madres no quieren"), sino falta de apoyo efectivo. Las mujeres reportan recibir informaciones contradictorias ("cada uno me decía una cosa") y sentirse solas al alta.

## 4. El triángulo del éxito y la transdisciplinariedad



- **Modelo LactApp:** Para tener éxito, una madre necesita tres cosas: Comunidad (grupos de apoyo), Información fiable y Apoyo profesional coherente.
- **La paradoja del "A pesar de":** Un estudio señalaba como algo negativo que "a pesar de recibir información en el hospital, las madres acudían a grupos de apoyo". Alba le dio la vuelta: ¡Eso es lo que hay que hacer! El paso 10 de la IHAN exige coordinarse con los grupos de apoyo.
- **Llamada a la acción:** Sanitarios y asesoras deben trabajar juntos, sin egos ni territorios. La lactancia pertenece a la madre y al bebé.

## 5. Conclusión y reivindicación

### Responsabilidad política

La formación no puede depender de la voluntad individual del profesional (que se paga sus cursos). Debe ser una política educativa y sanitaria obligatoria.

### Tiempo asistencial

Denunció que los sanitarios no tienen tiempo en consulta para atender una lactancia (que requiere observar una toma, no 5 minutos).

"No me creo que la lactancia fracase por falta de deseo. Les falta escucha y apoyo".

## Mesa redonda:

# Lactancia desde un enfoque sanitario

**Moderadora:** Dña. Cristina Valiño Pazos (matrona y supervisora materno-infantil, CHUAC).

La mesa destacó por la diversidad de enfoques, desde la gestión hospitalaria hasta el activismo más combativo, pasando por la autocrítica profesional y la evidencia científica sobre temas controvertidos.

**Ponencia 1: Dña. Alba María Sánchez (enfermera especialista en pediatría, IBCLC).**

### *Protección de la lactancia en neonatología (El modelo de A Coruña)*

#### **El cambio es posible**

Explicó cómo la Unidad de Neonatología del Hospital de A Coruña pasó de tasas desalentadoras en 2017 a ser la segunda mejor de España.

#### **Medidas clave**

- Creación de la figura de la asesora de lactancia liberada (dedicación exclusiva).
- Banco de Leche (2018) y Comisión de Lactancia (2019).
- Habitaciones madre-bebé para simular la vida en casa antes del alta.
- Consulta de seguimiento post-alta.

# 50%

De prematuros alimentados con leche materna propia exclusiva  
(superando estándares OMS)

- ❑ **Testimonio emotivo:** Leyó una carta de una madre de gemelos prematuros agradeciendo su apoyo ("mi primer respiro", "tetasutra"), visibilizando el impacto humano de la atención de calidad.



## Ponencia 2: Dña. Alba Tamara García (fundadora de LOITA).

### *Activismo y maternidad respetada (Plataforma LOITA)*



#### Origen de la lucha

Nació de una experiencia personal de discriminación (no poder entrar con su hijo enfermo a fisioterapia).

#### Logros históricos

Lograron que Ruth fuera la primera madre en entrar acompañada a una cesárea en Pontevedra sin ser separada de sus gemelos.

#### Guía pionera

Consiguieron la Guía de Acompañamiento en Cesáreas y Piel con Piel del SERGAS (Galicia), pionera en España.

**"Nunca nadie va a estar sola ante el sistema".** Invitó a las madres a reclamar ("montar un pollo") porque sus derechos y los de sus bebés están amparados por ley.

## Ponencia 3: Dña. Lidia Lestegás (matrona).

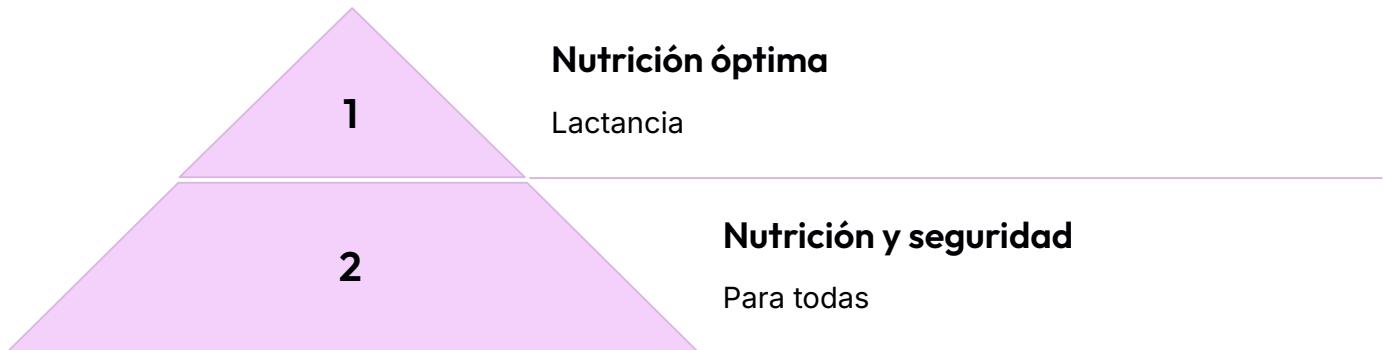
### *Lactancia y culpa (Una visión crítica)*

#### **Enfoque provocador**

Lidia cuestionó si la promoción de la lactancia a veces genera culpa. Presentó una encuesta propia donde el 72% de las madres se sentían juzgadas, independientemente de cómo alimentaran a sus hijos.

#### **Crítica a la IHAN**

Discrepó de la prohibición de enseñar a preparar biberones en grupo. Argumentó que, dada la realidad (muchas mixtas o artificiales), ocultar esa información es un riesgo de seguridad alimentaria (ej. campamentos saharaus dando aceite con azúcar).



## Ponencia 4: Dr. Pablo Martínez (pediatra de Atención Primaria).

### *Anquiloglosia (Frenillo) más allá del mito*

- **Definición:** Frenillo corto no es igual a anquiloglosia; esta implica limitación funcional.
- **Diagnóstico:** Se debe valorar la función, no solo la forma. El tratamiento no siempre es quirúrgico (frenotomía); existe un enfoque conservador (fisioterapia, ejercicios).
- **Controversia:** Reconoció el debate sobre el posible sobrediagnóstico, pero defendió que la frenotomía es segura y eficaz en manos expertas cuando hay síntomas claros.
- **Reto:** Falta de protocolos unificados y desigualdad en el acceso al tratamiento según el profesional que te toque.

## Ponencia 5: "Partera Guerrillera" (matrona y activista).

### *Violencia obstétrica y maltrato*



#### Interferencias

Mostró evidencia de cómo las intervenciones en el parto (epidural, oxitocina, separación) reducen las tasas de lactancia a largo plazo.



#### Denuncia del "Piel con Piel Fake"

Criticó las prácticas hospitalarias que fingen hacer piel con piel pero separan, y el uso de bebés como "muñecos" en redes sociales por sanitarios.



#### Voces de las mujeres

Reprodujo audios reales de mujeres relatando experiencias de humillación, infantilización y abandono en el parto, contrastándolas con experiencias de respeto y empoderamiento.

**Mensaje:** El estrés y el cortisol del maltrato bloquean la oxitocina y la lactancia. **Cuidar el parto es cuidar la lactancia.**

## Debate Final:

- **Reconocimiento mutuo:** Se generó un diálogo muy constructivo entre activistas y sanitarios. Alba Sánchez (neonatología) agradeció a las madres que reclamen, reconociendo que a veces los profesionales están agotados de pedir mejoras desde dentro y necesitan la presión externa de la sociedad para lograr cambios.
- **Logopedia:** Una asistente denunció que el plan de estudios de Logopedia en A Coruña no ha cambiado en 15 años, ignorando la lactancia y la terapia miofuncional.



## Bloque IV

# Lactancia y maternidad en divergencia

## Ingreso de la madre lactante: Impacto y experiencia del cuidado hospitalario en España

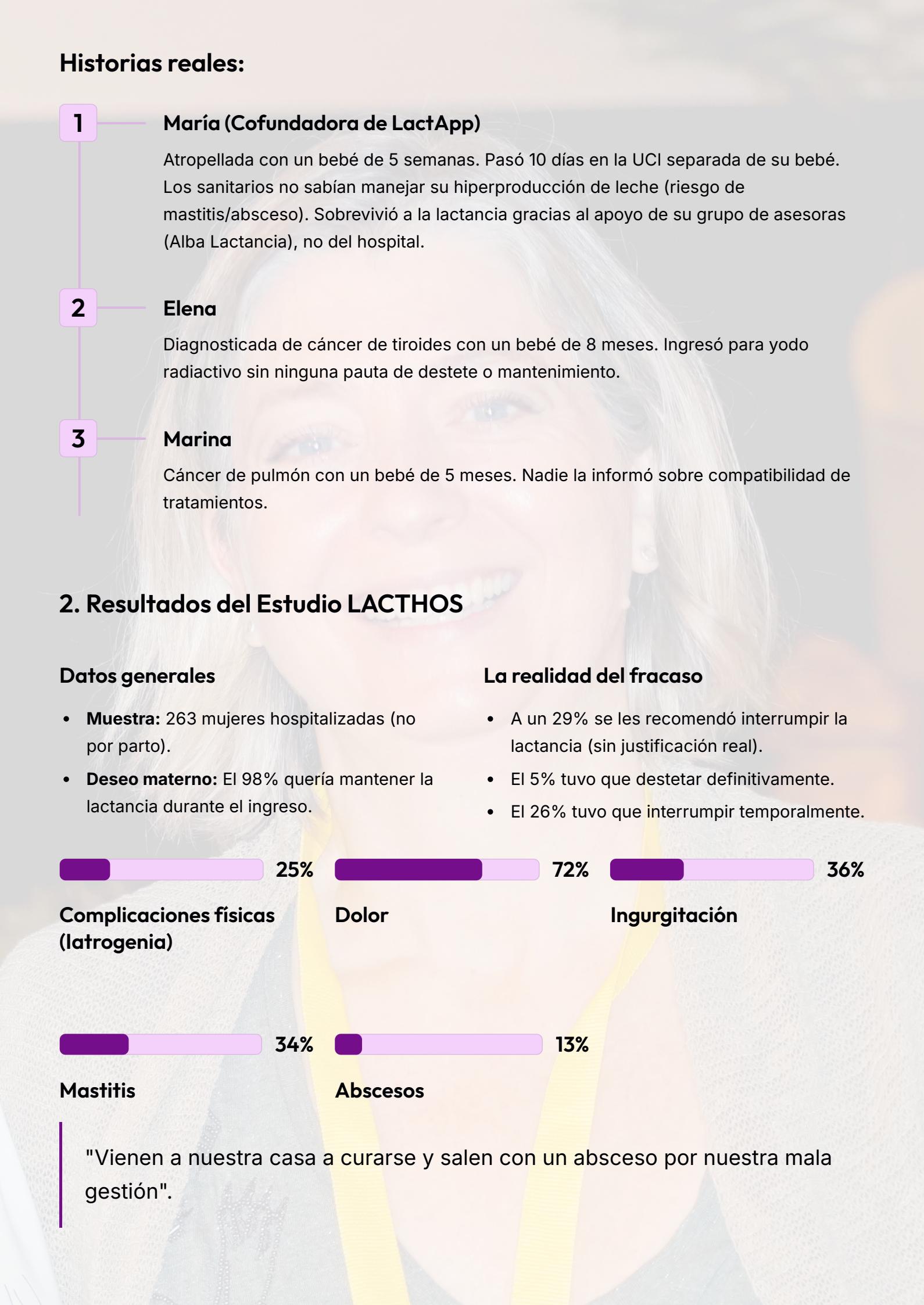
**Ponente:** Dra. Laia Aguilar Camprubí (matrona, Doctora en Ciencias de la Enfermería, IBCLC y directora clínica de LactApp).

Laia presentó los resultados del estudio LACTHOS, una investigación pionera realizada junto al Hospital Clínic y Sant Pau, que analiza qué sucede con la lactancia cuando la madre es hospitalizada por motivos médicos o quirúrgicos (no obstétricos).

### 1. El problema: Un vacío asistencial

**La paradoja:** Los sanitarios insisten en los beneficios de la lactancia, pero cuando una madre ingresa enferma en "nuestra casa" (el hospital), el sistema la abandona.

## **Historias reales:**

- 
- 1** **Maria (Cofundadora de LactApp)**  
Atropellada con un bebé de 5 semanas. Pasó 10 días en la UCI separada de su bebé. Los sanitarios no sabían manejar su hiperproducción de leche (riesgo de mastitis/absceso). Sobrevivió a la lactancia gracias al apoyo de su grupo de asesoras (Alba Lactancia), no del hospital.
- 2** **Elena**  
Diagnosticada de cáncer de tiroides con un bebé de 8 meses. Ingresó para yodo radiactivo sin ninguna pauta de destete o mantenimiento.
- 3** **Marina**  
Cáncer de pulmón con un bebé de 5 meses. Nadie la informó sobre compatibilidad de tratamientos.

## **2. Resultados del Estudio LACTHOS**

### **Datos generales**

- Muestra:** 263 mujeres hospitalizadas (no por parto).
- Deseo materno:** El 98% quería mantener la lactancia durante el ingreso.

### **La realidad del fracaso**

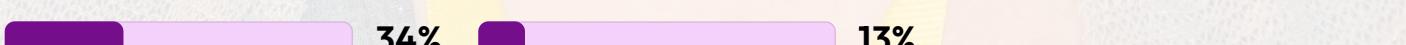
- A un 29% se les recomendó interrumpir la lactancia (sin justificación real).
- El 5% tuvo que destetar definitivamente.
- El 26% tuvo que interrumpir temporalmente.



### **Complicaciones físicas (iatrogenia)**

#### **Dolor**

#### **Ingurgitación**



### **Mastitis**

### **Abscesos**

"Vienen a nuestra casa a curarse y salen con un absceso por nuestra mala gestión".

### 3. Barreras institucionales

#### Separación

Aunque el 83% dijo que el hospital permitía el acceso al bebé, el 56% ni siquiera lo solicitó porque asumieron que no las dejarían.

#### Falta de planificación

En ingresos programados (cirugías), el 35% no recibió ninguna instrucción previa sobre cómo gestionar la lactancia (extracción, almacenamiento).

#### Comentarios negativos

Un 16% recibió críticas de sanitarios, muchas veces basadas en prejuicios ("tu hijo ya es muy mayor", en bebés de 4 meses).

### 4. Factores de protección

- **El bebé cerca:** La interrupción fue menor cuando la madre pudo estar acompañada por su hijo.
- **Ingreso urgente:** Curiosamente, hubo menos interrupciones en ingresos de urgencia que en programados, quizás por la reacción instintiva de protección o mayor empatía puntual.
- **Apoyo externo:** Ante el vacío hospitalario, las madres recurrieron a apps (LactApp) y grupos de apoyo en redes sociales. Laia reflexionó sobre si los sanitarios están invadiendo el espacio del voluntariado o si, simplemente, no están haciendo su trabajo.

### 5. Conclusiones y propuestas

1

#### Protocolos específicos

Los hospitales necesitan protocolos para "Madre Lactante Ingresada" (igual que hay para diabéticos).

2

#### Registro en historia clínica

Preguntar siempre "¿Está usted lactando?" al ingreso, sea por una apendicitis o un accidente de tráfico.

3

#### Formación y humildad

Los sanitarios deben saber derivar si no saben manejar la lactancia o la medicación compatible ([e-lactancia.org](http://e-lactancia.org)).

4

#### Reconocimiento a los grupos

El sistema sanitario debe apoyarse en los grupos de apoyo, no suplantarlos, porque a menudo son los únicos que saben sostener estas situaciones.

# Comunicaciones Orales:

## Profesionales sanitarios y abordajes clínicos interdisciplinarios

**Moderadora:** Dña. Ana Vázquez Martínez (fisioterapeuta pediátrica)

Este bloque se centró en la evaluación de los conocimientos de los profesionales sanitarios y en estrategias para mejorar la formación y la atención desde una perspectiva interdisciplinar.



### Comunicación 1: Conocimientos sobre lactancia en el Área Sanitaria de Vigo

**Ponente:** Dña. Ana María Carballo (matrona) y Dña. Macarena Chacón (enfermera de investigación)

#### Objetivo

Evaluar el nivel de conocimientos de 351 profesionales (médicos, enfermeras, matronas, TCAEs) ante la implantación de la guía de lactancia BPSO.

#### Resultados

- **Suspenso general:** Más del 50% de los profesionales tiene un nivel de conocimientos "insuficiente".
- **Por categorías:** Las matronas obtuvieron los mejores resultados (nivel excelente), seguidas de las enfermeras de pediatría. Los peores resultados fueron para médicos de familia y TCAEs.
- **La paradoja:** A pesar de los bajos conocimientos, muchos profesionales tienen una autopercepción de competencia alta (creen que saben más de lo que saben), lo que dificulta que busquen formación.

## Comunicación 2: El rol del nutricionista en la lactancia (Chile)

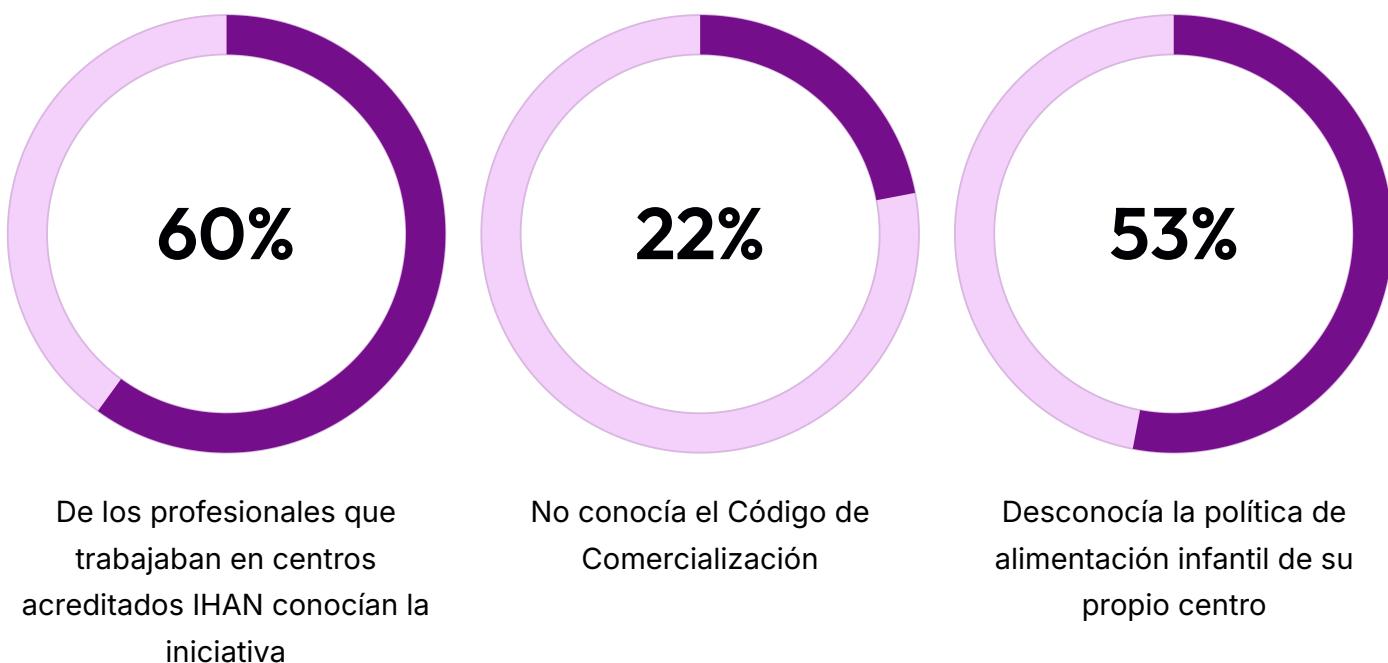
**Ponente:** D. Samuel Meza Vázquez (nutricionista).

- **Contexto:** En Chile, la figura del nutricionista está integrada en la Atención Primaria, pero su formación en lactancia es deficiente (se les dice en la carrera que "ya está todo investigado").
- **Hallazgos:** Los nutricionistas se ven a sí mismos como agentes clave para resolver problemas tempranos, pero reconocen lagunas graves en conocimientos transversales como el Código de Comercialización de Sucedáneos.
- **Reivindicación:** El nutricionista debe ser parte activa del equipo de lactancia, no solo para "hacer dietas".

## Comunicación 3: Conocimientos sobre la IHAN en Lanzarote (Proyecto ILAN)

**Ponente:** Dña. Coral Castro (matrona).

**Estudio:** Evaluó el conocimiento de la iniciativa IHAN en 145 profesionales de Atención Primaria.



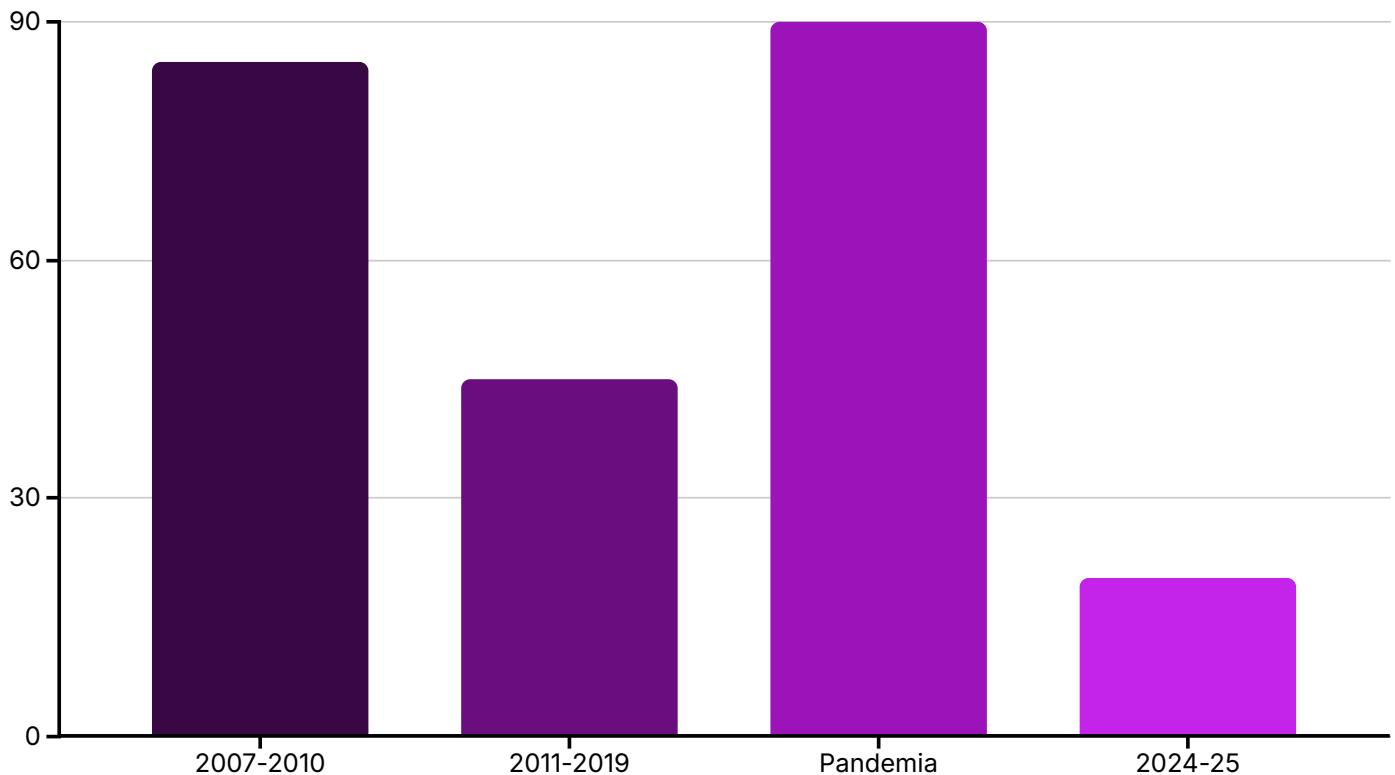
- ❑ **Impacto de la formación:** Tras detectar estas carencias, formaron a 343 profesionales, lo que resultó en una mejora visible de las tasas de lactancia y la satisfacción de las madres.

## Comunicación 4: Evolución de consultas de lactancia en el 061 Galicia

**Ponente:** Dña. Marta Bernárdez (enfermera del 061 y matrona).

### Análisis histórico (2007-2025):

Analizó las llamadas al teléfono de urgencias 061 relacionadas con la lactancia.



**El 061 como "termómetro":** Las llamadas aumentan cuando el sistema falla.

- **2007-2010:** Pico de llamadas por falta de matronas y apoyo presencial en los centros de salud.
- **2011-2019:** Descenso gracias a las redes sociales, relevo generacional de matronas y más grupos de apoyo.
- **Pandemia:** Nuevo pico brutal por el cierre de consultas.
- **Actualidad (2024-25):** Mínimo histórico (menos de 1 llamada al día), lo que indica que el apoyo presencial y la información online están funcionando mejor.

# Debate Final:

El debate posterior fue uno de los momentos más críticos y reflexivos del congreso:



## Crisis de los grupos de apoyo

Varias asistentes plantearon que los grupos de apoyo están viviendo una crisis de asistencia presencial. Las madres consultan por WhatsApp o redes, pero no van a los talleres. Se debatió si es un cambio de paradigma o si los sanitarios están "invadiendo" el espacio del voluntariado.



## El rol de los padres

Un padre chileno preguntó por su papel. Se generó un debate sobre la necesidad de integrar a las parejas en los grupos de apoyo sin restar protagonismo a la madre. Se sugirió crear círculos de hombres/padres específicos.



## Sanitarios vs. asesoras

Se concluyó que no deben competir. Salomé Laredo, presidenta de la IHAN, defendió el "modelo Amamanta" de talleres de lactancia dentro de los Centros de Salud, donde convivan la matrona y las asesoras voluntarias, captando a las madres en el embarazo.



## Lactancia artificial

Hubo consenso en que, aunque se promueva la lactancia materna, el sistema público debe enseñar a preparar biberones de forma segura a quien no puede o no quiere amamantar, sin juzgar.

## Mesa redonda:

# Lactancia y maternidad en divergencia

**Moderadora:** Dña. María Rendo López (presidenta de Lactancia Madre a Madre Cartagena y activista).

*La lactancia debe ser inclusiva. No existe un único modelo de maternidad. El sistema falla sistemáticamente a las madres que se salen de la norma (neurodivergentes, enfermas, presas o con discapacidad).*

**Ponencia 1: Dña. Silvia Ramírez (asesora, activista y madre de hijo autista).**

*Autismo: La lactancia siendo neurodivergente.*

### El mito del destete

Denunció que a muchas madres de niños autistas se les recomienda destetar con argumentos falsos (ej. "la teta retrasa el habla" o "le impide tolerar la frustración").

**Realidad:** La lactancia puede ser una herramienta de regulación sensorial clave para el niño autista.

### Barreras y estrategias

**Barreras:** La burocracia y la falta de adaptación de los servicios de Atención Temprana (que ignoran la lactancia como primera comunicación).

**Estrategias prácticas:** Propuso el uso de anticipación visual (pictogramas) para explicar el destete o los cambios en la lactancia a niños autistas, y herramientas de regulación sensorial (mantas de peso) para las madres.



## Ponencia 2: Dra. Araceli García (Doctora en Biología Molecular).

### *Cáncer y lactancia materna: lo que la ciencia nos dice*

#### **Protección bidireccional**

Explicó los mecanismos biológicos por los que la lactancia protege a la madre (menos exposición a estrógenos, limpieza celular) y al bebé (células inmunes, apoptosis tumoral).

#### **Hallazgo revolucionario**

Citó el estudio de Cristina Saura (2023) que descubrió que la leche materna contiene ADN tumoral meses antes de que el cáncer sea visible en pruebas de imagen, abriendo la puerta a usar la leche como herramienta de diagnóstico precoz (biopsia líquida).

#### **Compatibilidad**

No todos los cánceres ni quimioterapias son incompatibles. Se debe consultar e-lactancia.org y personalizar. Si hay que destetar, debe hacerse con acompañamiento de duelo, no con abandono.

## Ponencia 3: Dña. Pilar Roig (psicóloga y doctoranda)

### *Lactancia materna entre rejas*

**Triple condena:** La mujer presa paga una condena penal, social y personal (como madre).

### **Violencia institucional:**

- **Separación:** Las madres paren esposadas o con policía presente en el paritorio ("¿A dónde me voy a fugar pariendo?").
- **Falta de recursos:** No hay sacaleches, ni neveras, ni intimidad. Se usa la lactancia o el biberón como moneda de cambio o castigo.
- **Invisibilidad:** El sistema penitenciario está diseñado por y para hombres; las necesidades específicas de las mujeres (lactancia, posparto) no existen en los protocolos.

## Ponencia 4: Dña. Yolanda López (madre sorda)

### *Madres sordas y lactancia materna: rompiendo barreras*

1

#### **La barrera invisible**

La falta de intérpretes de lengua de signos en el sistema sanitario público (salvo citas programadas con mucha antelación) deja a las madres sordas indefensas en urgencias o partos.

2

#### **Violencia por incomunicación**

Relató cómo se llevaban a su bebé para pruebas sin explicarle nada, generando angustia ("¿Qué le pasa? ¿Por qué se la llevan?"). Se enteraba de los diagnósticos a través de su familia oyente, no directamente.

3

#### **Miedo nocturno**

Explicó la ansiedad de las madres sordas por la noche (no oír al bebé llorar), dependiendo de dispositivos de vibración/luz que a veces fallan.

4

#### **Reivindicación**

Intérpretes de guardia en hospitales y formación básica en lengua de signos para sanitarios.

# Entrega de Premios y Clausura

El acto de clausura reconoció la excelencia investigadora y el compromiso social con varios galardones divididos por categorías y entidades colaboradoras.

## Premios del Comité Científico

### Mejor Comunicación Oral (Modalidad Grupo de Apoyo)

**Título:** "Lactancia y salud mental, aliadas para el sostenimiento de las madres lactantes en situaciones de emergencia. Experiencia del grupo de apoyo Amamanta" (Sobre la DANA).

**Autoras:** Silvia Ferrandis, Bárbara Virigay, Marian Bos y Esther Coronado.

**Recibió también Premio Lactapp**

### Mejor Comunicación Oral (Modalidad Profesional)

**Título:** "Conocimiento sobre lactancia materna en los profesionales sanitarios de Atención Primaria, obstetricia y pediatría del área sanitaria de Vigo".

**Autoras:** Macarena Chacón, Ana María Carballo, Ana Isabel González, Rebeca Rodríguez y Begoña Fariñas.

**Recibió también Premio Lactapp**

### Mejor Póster (Modalidad Grupo de Apoyo)

**Título:** "Ecología de la lactancia y de la salud perinatal".

**Autoras:** Pilar Carballeira, Aliana Corral, Isaura González y Beatriz Rodríguez (Grupo BBTetta).

**Recibió también Premio Lactapp**

### Mejor Póster (Modalidad Profesional)

**Título:** "Lactancia materna, vínculo y reparación en contextos de violencia perinatal".

**Autoras:** Nuria Bernal Fuentes y Maira Rodríguez Ríos.

**Recibió también Premio Lactapp**

# Premios Especiales y Becas de Formación

## Premios Especiales de Asociaciones:

### Premio AGaEP (Asociación Galega de Enfermería Pediátrica)

**Título:** "Desafíos y estrategias en lactancia materna adolescente: intervenciones desde la enfermería pediátrica".

**Autoras:** Sheila Rial, Rebeca Colino, Susana Rivera y María Aida Pérez.

### Premio FEDAEP (Federación Española de Asociaciones de Enfermería Pediátrica)

**Título:** "De la despedida al encuentro: lactancia materna como puente en el duelo perinatal".

**Autora:** Maira Rodríguez Ríos.

### Premios AGAM (Asociación Galega de Matronas)

**Comunicación Oral:** "Conocimientos sobre la iniciativa IHAN del personal de Atención Primaria" (Coral Castro).

**Autoras:** Coral Castro, Yurima Hernández

**Póster:** "¿Tienen acceso los hijos de madres con cáncer de mama a la leche materna donada?".

**Autoras:** Belén Nieves, Laura Gómez y Miriam Santos.

## Becas de Formación (IHAN):

Se otorgaron becas para el curso "Temas imprescindibles en lactancia materna" de la IHAN a 10 miembros de asociaciones FEDALMA.



# Conclusiones del Congreso

## 10 Conclusiones Clave del XX Congreso FEDALMA 2025

### "Lactancia Materna: De lo Singular a lo Global"

#### **La lactancia es un asunto de Justicia Social y Derechos Humanos**

La lactancia no es una elección individual que ocurre en el vacío, sino un derecho humano fundamental atravesado por la desigualdad. No podemos hablar de promoción de la lactancia sin abordar el racismo institucional, la precariedad económica y las barreras legales que impiden a las madres más vulnerables (migrantes, encarceladas, pobres) ejercer su derecho a amamantar y criar con dignidad.

#### **Urgencia de una mirada antirracista e intercultural**

El sistema sanitario sigue operando bajo un prisma eurocentrífugo que invisibiliza y juzga los saberes y necesidades de las madres de diversas culturas. Es imperativo incorporar la figura de la mediadora intercultural y garantizar la traducción y el acompañamiento respetuoso para que el origen o el idioma no sean una barrera para la salud materno-infantil.

#### **Salud Mental Perinatal: la lactancia como factor de protección**

Existe una relación bidireccional innegable: la salud mental materna influye en la lactancia, y la lactancia protege la salud mental. Ante el alarmante dato de que el suicidio es la primera causa de muerte no natural en el posparto, debemos proteger la lactancia deseada como una herramienta de anclaje, autoeficacia y vínculo, evitando destetes forzados por psicofármacos que suelen ser compatibles.

#### **Ni un paso atrás en Derechos: activismo jurídico**

Los avances legislativos son frágiles si no se defienden. La jurisprudencia reciente demuestra que la discriminación por lactancia es una vulneración de derechos fundamentales. Las madres y las asociaciones debemos perder el miedo a reclamar y litigar contra empresas y mutuas que niegan riesgos laborales o conciliación, exigiendo no solo prestaciones, sino indemnizaciones por daños morales.

#### **El sistema sanitario suspende en formación y apoyo**

Los datos son demoledores: la formación de los profesionales sanitarios en lactancia sigue siendo deficiente, dependiendo a menudo de la voluntad individual. Necesitamos una reforma estructural de los planes de estudio y la creación de protocolos hospitalarios específicos para situaciones complejas (ingreso materno, cáncer, duelo), dejando de depender de la "suerte" de quién te atienda.

# **Conclusiones del Congreso**

**10 Conclusiones Clave del XX Congreso FEDALMA 2025**

**"Lactancia Materna: De lo Singular a lo Global"**

## **Visibilizar la lactancia en la divergencia**

La lactancia debe ser inclusiva y accesible para todas las realidades. Madres neurodivergentes, madres sordas, madres con discapacidad o enfermedades graves enfrentan barreras invisibles de comunicación y falta de adaptación. El sistema debe ofrecer recursos específicos (intérpretes, espacios sensorialmente amables) para que ninguna madre se quede atrás.

## **Intertransdisciplinariedad: el valor insustituible de los Grupos de Apoyo**

Los grupos de apoyo no son un "complemento" prescindible, sino una red de seguridad vital que llega donde el sistema no alcanza (como se demostró en la emergencia de la DANA). Sanitarios y asesoras deben trabajar de forma intertransdisciplinar, reconociendo y derivando a los grupos como un recurso de salud pública de primer orden.

## **Cuidar a la madre es cuidar la lactancia (Trauma y Violencia Obstétrica)**

La violencia obstétrica y las experiencias traumáticas (incluido el abuso sexual en la infancia) dejan una huella corporal que puede interferir en la lactancia. Un acompañamiento informado en trauma, que respete los tiempos, pida permiso y devuelva el control a la madre ("soberanía lactante"), es esencial para sanar y permitir el vínculo.

## **Abordaje funcional, no solo anatómico (Anquiloglosia y Desarrollo)**

La lactancia es el primer motor del desarrollo orofacial. Ante problemas como la anquiloglosia, es necesario superar el debate simplista de "cortar o no cortar" y apostar por equipos multidisciplinares (logopedas, fisioterapeutas, odontopediatras) que evalúen y rehabiliten la función y la succión, no solo la anatomía.

## **La comunidad como primera línea de defensa ante la crisis**

En tiempos de crisis climática, social o bélica, la lactancia materna es un refugio seguro y un recurso de supervivencia. La experiencia nos enseña que la red comunitaria de "madre a madre" es la respuesta más rápida y eficaz para sostener la vida y la salud mental cuando las infraestructuras fallan.



# Cierre del congreso

## Agradecimiento al grupo anfitrión

El XX Congreso FEDALMA 2025 concluyó con un emotivo agradecimiento a la **Asociación ALMA de A Coruña**, grupo anfitrión que hizo posible este encuentro histórico. Su dedicación, profesionalidad y calidez transformaron el congreso en un espacio de aprendizaje, reflexión y construcción de redes de apoyo.

Gracias a todas las ponentes, asistentes, voluntarias y familias que participaron. Este congreso demostró que **la lactancia es un acto político, colectivo y transformador**. De lo singular a lo global, cada historia cuenta, cada voz importa.

**¡Hasta el próximo congreso!**