

LACTANCIA INTERRUMPIDA POR SERVICIOS SOCIALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

Breastfeeding Interrupted by Social Services: A Case Report

Ibone OLZA¹; Carmela BAEZA²; Elia OLIVA³

¹ Psiquiatra de la infancia y adolescencia. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal
 [0000-0002-9614-9496](https://orcid.org/0000-0002-9614-9496)

² Médico de familia, IBCLC. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal
 [0000-0002-5573-2861](https://orcid.org/0000-0002-5573-2861)

³ Médico de familia, IBCLC. SERMAS, Atención Primaria, C. S. Estrecho de Corea
 [0009-0003-5168-9936](https://orcid.org/0009-0003-5168-9936)

Financiación: no tiene.

Conflictos de intereses: los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Autor para correspondencia: Ibone Olza ibone.olza@saludmentalperinatal.es

Fecha de envío: 09/05/2025. Fecha de aceptación: 10/7/2025. Fecha de publicación: 04/11/2025

Palabras clave:

lactancia materna; destete precoz; bienestar del lactante; servicios de protección infantil; experiencias adversas en la infancia; relactación

RESUMEN

Introducción: En situaciones de retirada de tutela de menores lactantes, la interrupción abrupta de la lactancia pone en riesgo la misma y genera sufrimiento materno e infantil. Con frecuencia existe desacuerdo entre los servicios sociales y los sanitarios sobre el mayor interés del menor lactante en situación de riesgo social.

Objetivo: Mostrar un caso clínico de suspensión de la lactancia de forma abrupta por retirada de tutela, ilustrar el apoyo ofrecido y su evolución hasta la relactación.

Descripción: Una madre es separada forzosamente de su lactante de 17 meses (y sus otros dos hijos) por parte de los servicios sociales de protección a la infancia. A través de redes de apoyo a la lactancia pide ayuda urgente a profesionales comprometidos con la lactancia y el derecho

a amamantar. Se desoyen los múltiples informes aportados por la abogada y los profesionales de salud mental y lactancia. Durante más de dos meses tan solo se permiten visitas semanales de una hora en las que no se apoya ni otorga ningún valor a la lactancia. Esta situación lleva a que el bebé rechace el pecho.

Se realiza acompañamiento familiar, apoyo a la lactancia e intervención psicoterapéutica. Tras 85 días, los menores regresan al domicilio familiar tras revisión de la medida de urgencia. El lactante vuelve a tomar el pecho, aunque la madre siente que no tiene leche, y a lo largo de los días siguientes se logra la relactación.

Conclusiones: Es necesario transformar los protocolos específicos de valoración de riesgo social en lactantes, teniendo en cuenta sus necesidades vinculares y de lactancia y el cuidado de su sistema familiar, formar en lactancia a los profesionales del tercer sector e implementar modelos de cuidado que prioricen la salud mental de la diáda madre-bebé. Los trabajadores de los servicios sociales tienen la responsabilidad de proteger los derechos humanos de los usuarios y, por tanto, la responsabilidad de apoyar el amamantamiento.

Key words:
breastfeeding; weaning; infant welfare; child protective services; adverse childhood experiences; relactation

ABSTRACT

Introduction: In situations where guardianship of nursing children is withdrawn, the abrupt cessation of breastfeeding creates the risk of early weaning and causes maternal and child suffering. There often is disagreement between social and health services regarding the best interests of nursing children in situations of social risk.

Objective: To present a clinical case where breastfeeding was abruptly discontinued due to withdrawal of care by social services, illustrating the support provided and the patient's progress to relactation.

Description: A mother is forcibly separated from her 17-month-old infant (and her two other children) as an emergency measure by child protection services. Through breastfeeding support groups she asks for help of professionals involved with the protection of breastfeeding and of lactation rights. The multiple reports provided by the lawyer and mental health and breastfeeding professionals are ignored, allowing only one-hour weekly visits for two months, during which no support or value is placed on breastfeeding. This situation leads to the baby refusing the breast.

Breastfeeding support and psychotherapeutic intervention are provided. After 85 days, the children return to the family home after a review of the emergency measure. The infant shyly latches at the breast although the mother feels she has no milk, and relactation is achieved over the course of several days.

Conclusions: It is necessary to transform specific social risk assessment protocols for breastfeeding infants, taking into account their bonding and breastfeeding needs and the care of their family system. Training third-sector professionals in breastfeeding and implementation of care models that prioritize the mental health of the mother-infant dyad is sorely needed. Social workers have the responsibility to protect the human rights of patients and, therefore, the responsibility to support breastfeeding.

1. INTRODUCCIÓN

La lactancia es un bien a proteger. Es mucho más que un alimento, es un evento neurohormonal específico entre madre y bebé y herramienta fisiológica del vínculo seguro (1). Facilita la conducta maternal, la proximidad con las crías y una mayor resiliencia al estrés frente a la menor respuesta y sensibilidad a las señales del bebé en las madres que no amamantan. Cuando no hay lactancia aumenta el riesgo de maltrato (2). En las situaciones de retirada de tutela de menores lactantes, la interrupción abrupta de la lactancia y contra el deseo madre-bebé pone en riesgo la lactancia y genera desacuerdos entre los servicios sociales y sanitarios en cuanto al mayor interés del menor lactante en situación de riesgo social (3). Esta práctica es contraria a recomendaciones nacionales e internacionales sobre lactancia (4) y compromete la salud y el desarrollo de una población especialmente vulnerable y necesitada de cuidados que prioricen su bienestar.

Los trabajadores sociales tienen la responsabilidad de proteger y defender los derechos humanos de las usuarias y, por lo tanto, la responsabilidad de garantizar que sus intervenciones apoyen y no debiliten a las madres que amamantan a sus hijos e hijas (5). La Convención de los Derechos del Niño (CDN) recoge en sus 54 artículos los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de toda la infancia. Su aplicación es obligación de los gobiernos y describe las obligaciones y las responsabilidades de otros agentes como los padres y madres, profesores, profesionales de la salud, investigadores, etc. La convención señala que todas las madres deben ser apoyadas en su lactancia.

Objetivo: Con el fin de ilustrar estas situaciones donde la lactancia se ve amenazada, se presenta un caso clínico de retirada de tutela por parte de los servicios sociales de un menor lactante de 17 meses de edad, así como la evolución posterior del caso y el apoyo ofrecido hasta la relactación. Se han omitido los detalles que pudieran resultar identificativos del caso y se ha obtenido la autorización de los progenitores.

2. DESCRIPCIÓN

A través de grupos de apoyo a la lactancia, la psiquiatra perinatal coautora recibe una petición de ayuda urgente de una familia a la que los servicios sociales de protección a la infancia retiran la tutela de un bebé lactante de 17 meses y sus dos hermanos de 6 y 4 años tras ser denunciados por parte de la familia extensa por falta de escolarización del hijo mayor.

La familia recibió una comunicación en la que se les informaba de la apertura del expediente y fueron citados a una reunión en la que se les aplicó la medida con carácter inmediato. Los tres menores fueron trasladados a un centro de menores mientras los padres estaban reunidos con los profesionales y no se les permitió el contacto en los 10 días posteriores. A partir de entonces se les concede una hora de visita semanal. Durante las 2 primeras visitas el lactante se engancha al pecho espontáneamente. Al finalizar la segunda visita, se insiste a la madre en que deje de amamantar.

La madre verbaliza a la psiquiatra su dolor y el deseo de mantener una lactancia prolongada de su último hijo, tras haber amamantado a los mayores durante 24 y 30 meses respectivamente. Las autoras del artículo creamos un equipo de apoyo en crisis multidisciplinar y voluntario en colaboración con la abogada de la familia. Se revisa el historial médico y pediátrico facilitado por los progenitores. Se realiza una evaluación psiquiátrica perinatal en la que se concluye que no hay psicopatología materna ni paterna que impida los cuidados parentales. En los informes de intervención a los que tiene acceso la abogada no se menciona ni se otorga ningún valor a la lactancia y se enjuician estas actitudes maternas con una connotación nociva que impacta negativamente en las visitas posteriores. Se escriben informes a los servicios sociales solicitando la reunión urgente de los menores con sus progenitores y medidas que permitan el mantenimiento de la lactancia materna que son rechazadas reiteradamente, así como cartas de apoyo de profesionales y asociaciones de apoyo a la lactancia e infancia. La escritura de cartas de apoyo solicitando que las diádicas permanezcan juntas está descrita en otros contextos de retirada de tutela de bebés (6).

A lo largo de las siguientes semanas se permite a los progenitores visitar a los niños una hora por semana. La madre se muestra muy preocupada por el rechazo del menor al pecho y teme el impacto que todo ello tenga en el vínculo. Se realiza acompañamiento familiar e intervención psicoterapéutica con ambos progenitores, explicándoles varios conceptos clave a reforzar con los menores, especialmente con el lactante. Se incide especialmente en:

- **Validación emocional a la madre.** Validamos su dolor y frustración, a la vez que reforzamos la confianza en sus capacidades maternales. Se ofrece apoyo emocional a lo largo de todo el tiempo que se prolonga la separación. Se recomienda acompañamiento de personas cercanas antes y después de las visitas para mitigar el impacto emocional.
- **Psicoeducación.** La madre expresa temor a «perder el vínculo» especialmente con el más pequeño, así como la lactancia. Se le explica que el vínculo no se puede perder y recordamos que sus hijos la quieren

y no la olvidan. Se la anima a que informe a los niños en las visitas de dos cuestiones:

- La retirada de tutela no es por nada que los menores hayan hecho, no tienen la culpa.
- Sus padres les quieren y están haciendo todo lo que pueden para que vuelvan a casa cuanto antes.
- Se explica que la lactancia se puede intentar recuperar, especialmente como herramienta reparadora de trauma víncular, en el momento en el que los menores regresen al hogar.
- La madre refiere su deseo de realizar extracciones para mantener la producción de leche y se le ofrecen pautas en consulta de lactancia.

A lo largo de los dos siguientes meses los menores son cambiados de domicilio en tres ocasiones pasando del centro de menores a la acogida temporal por parte de la familia paterna, con traslado posterior de nuevo al centro. Durante este tiempo se produce el cese de las extracciones por claudicación materna, tras un ataque de ansiedad ante la idea de no volver a recuperar a sus hijos tras una visita a los juzgados. Finalmente, tras un total de 85 días, los menores regresan al domicilio familiar tras un proceso de revisión de la medida de urgencia. En la primera noche el pequeño se muestra ambivalente, busca el contacto materno y se agarra al pecho. La madre refiere no tener leche. Los días siguientes continúa tomando el pecho especialmente por la noche y por el día muestra síntomas de ansiedad de separación, no queriendo separarse de la madre bajo ningún concepto. Tras dos semanas la madre refiere que vuelve a tener leche y mantiene la lactancia a demanda.

3. DISCUSIÓN

En este caso constatamos cómo se interrumpe la lactancia de forma abrupta durante una medida de protección preventiva por posible situación de riesgo de un menor. A la hora de valorar las habilidades maternales no se tuvo en cuenta el enorme esfuerzo que implica esta cantidad de horas ofreciendo el cuerpo para el cuidado, ni la presencia y el amor que conlleva el amamantamiento. Se desoye la recomendación avalada por la evidencia científica de que los bebés sean amamantados un mínimo de dos años. Se obvia el estrés y daño enorme que supone separar a un lactante de su madre llevándole a un lugar ajeno, rodeado de desconocidos, y el trauma víncular generado. Objetivamos cómo los trabajadores de los servicios sociales involucrados no tienen formación ni apoyo suficiente para comprender la

importancia de la lactancia, el duelo de las madres y de los bebés por la lactancia frustrada ni sobre cómo facilitar que las madres sigan amamantando o accedan a leche de madre donada (7).

Estas situaciones de retirada abrupta de tutela colocan a las familias y a los profesionales sanitarios expertos en lactancia en conflicto con los servicios de protección al menor. En este caso se optó por crear un equipo multidisciplinar y voluntario de apoyo que ofreciera contención emocional a los progenitores y apoyo a las profesionales implicadas en agilizar la vuelta a casa de los menores. Todo ello permitió mitigar el impacto del enorme estrés de la retirada y la conducta errática de los servicios de protección a la infancia.

En casos como el que presentamos de retirada de tutela de bebés y niños pequeños no se hace una valoración suficientemente cuidadosa de la salud mental familiar y preocupa especialmente la falta de cuidados a la díada madre-bebé. El documento publicado por Conecta Perinatal y ASMI plantea «la necesidad de que el paradigma antiguo que parte de denunciar la supuesta inadecuación materna, y mediante el cual los servicios sociales evalúan si una madre o familia en dificultad es adecuada para criar y cuidar de su bebé y determinar si se le deja o se lo retira, sea sustituido por un nuevo paradigma en el modelo cuidador de la salud mental perinatal y de la familia»(8).

El personal de servicios sociales tiene la responsabilidad de proteger y defender los derechos humanos de sus usuarios (3). En su artículo, Gribble y Gallagher describen dos casos clínicos de retirada de tutela de bebés lactantes y mencionan como, en ambos casos, la insistencia de las madres en que la lactancia materna era importante para su hijo y debía permitírseles continuar fue patologizada y se les presionó para que destetaran. Preguntándose cómo los servicios de protección infantil pueden considerar la lactancia como indeseable en algunos casos cuando las políticas de salud pública defienden su importancia para el bienestar de la infancia, observan que los profesionales implicados en la protección de los menores desconocen su importancia para la salud, ignoran que su interrupción prematura aumenta el riesgo de negligencia materna o que los niños tienen derechos en relación con la lactancia materna. Concluyen: «Cuando una madre está amamantando, debe considerarse como una fortaleza, y la continuación de la lactancia materna debe ser apoyada por los servicios sociales mientras se llevan a cabo las investigaciones o intervenciones necesarias de protección infantil. El papel de la lactancia materna en el bienestar psicológico y en el alivio del dolor de los niños, y como conducta de apego debería ser respetado», afirmación que suscribimos.

4. CONCLUSIONES

Las principales recomendaciones internacionales de apoyo a la lactancia por parte de los servicios de protección a la infancia señalan que se debe (3):

1. Implementar políticas que reconozcan los derechos de los niños lactantes y capacitar al personal de servicios sociales sobre estas políticas y sus razones. Dichas políticas deben enfatizar que la lactancia materna en sí misma, independientemente de la edad de menor, no debe ser motivo de preocupación.
2. Explorar opciones para mantener juntos a la madre y al menor mientras se realizan las investigaciones de protección infantil.
3. Si la separación física de la madre y el lactante se considera inevitable: asegurar que se facilite el contacto frecuente entre la madre y su criatura, durante el cual se fomente la lactancia materna; proporcionar un sacaleches eléctrico doble y recipientes para la extracción de leche a la madre; brindar apoyo a la lactancia; facilitar el transporte de la leche materna al lactante; educar a la persona de acogida sobre la importancia de la lactancia materna, el almacenamiento y la alimentación con leche materna extraída, y el comportamiento de los lactantes.

En relación al caso descrito, estas recomendaciones no fueron tenidas en cuenta. Debió adecuarse la medida propuesta valorando el nivel de impacto emocional y las consecuencias de la separación prolongada, dada la falta de información y el carácter preventivo de la misma. Debieron buscarse alternativas a la separación de la diáda madre-lactante o, en su defecto, establecer un régimen de visitas frecuente (diario), facilitando el amamantamiento durante las mismas y brindando apoyo para mantener lactancia diferida hasta la reintegración de los menores a su unidad familiar. Pensamos que fue sobre todo la experiencia previa en lactancia de la madre la que hizo posible la relactación.

Es necesario implementar protocolos específicos de valoración de riesgo social en bebés lactantes teniendo en cuenta sus necesidades vinculares, sus derechos en lactancia y el cuidado de su sistema familiar; formar a los profesionales del tercer sector en lactancia, e implementar modelos de cuidado que prioricen la salud mental de la diáda madre-bebé en todo momento.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Modak A, Ronghe V, Gomase KP. The Psychological Benefits of Breastfeeding: Fostering Maternal Well-Being and Child Development. *Cureus* [Internet]. 2023;15(10):e46730. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10631302/>
2. Strathearn L, Mamun AA, Najman JM, O'Callaghan MJ. Does breastfeeding protect against substantiated child abuse and neglect? A 15-year cohort study. *Pediatrics*. 2009 Feb;123(2):483-93.
3. Gribble KD, Gallagher M. Rights of Children in Relation to Breastfeeding in Child Protection Cases. *Br J of Soc Work* [Internet]. 2014;44(2):434-50. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1093/bjsw/bcu004>
4. WHO guide for integration of perinatal mental health in maternal and child health services [Internet]. Who. Int. World Health Organization; Geneve;2022 Sep [cited 2025 Sep 29]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/item/9789240057142>
5. Hurst CG, Reno R, Lefmann T. Committing to breastfeeding in social work. *Social Work*. 2018;63.
6. Paynter MJ. Clinical Opinion Letters Regarding Breastfeeding and Neonatal Abstinence Syndrome for Child Apprehension Family Court Proceedings. *J Hum Lact* [Internet]. 2019;35(2):349-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30543758/>
7. Critchley A, Grant A, Brown A, Morriss L. Breastfeeding, social work and the rights of infants who have been removed. *Qualitative Social Work*. 2022;21.
8. Palau Subiela P. Propuesta de cambio de paradigma en el modelo cuidador de la salud mental perinatal y de la familia [Internet]. 2024. Disponible en: https://conectaperinatal.com/pdf/2025/ASMI_PROPUESTA_DE_CAMBIO_DE_PARADIGMA_26_1_2025_rev%204.pdf