



Lucía, mi pediatra *recomienda*

DRA. RAQUEL VELASCO

Lactancia materna

¡Empieza el viaje!

Lucía, mi pediatra *recomienda*

DRA. RAQUEL VELASCO

Lactancia materna

¡Empieza el viaje!



La lectura abre horizontes, iguala oportunidades y construye una sociedad mejor.
La propiedad intelectual es clave en la creación de contenidos culturales porque sostiene el ecosistema de quienes escriben y de nuestras librerías.
Al comprar este libro estarás contribuyendo a mantener dicho ecosistema vivo y en crecimiento.

En **Grupo Planeta** agradecemos que nos ayudes a apoyar así la autonomía creativa de autoras y autores para que puedan seguir desempeñando su labor.

Dirígete a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesitas fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puedes contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47.

© Raquel Velasco García, 2023
© del prólogo, Lucía Galán Bertrand, 2023
© Editorial Planeta, S. A., 2023
Av. Diagonal, 662-664, 08034 Barcelona
www.editorial.planeta.es

Ilustraciones de interior: © Dímeloengráfico, © Freepik
Diseño de interior y maquetación: Dímeloengráfico

Primera edición: octubre de 2023
Depósito legal: B. 14.874-2023
ISBN: 978-84-08-27760-6
Preimpresión: Realización Planeta
Impresión: Huertas
Printed in Spain – Impreso en España



El papel utilizado para la impresión de este libro está calificado como **papel ecológico** y procede de bosques gestionados de manera **sostenible**.

Índice

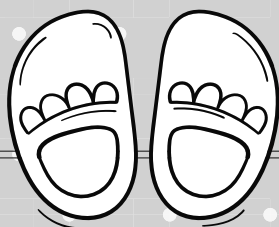
Prólogo, por Lucía Galán Bertrand	11
Introducción. La importancia de estar informadas	15
1. La teta. <i>Esa gran desconocida</i>	19
2. Aprovecha la espera. <i>El embarazo</i>	45
3. Vamos al lío. <i>La técnica de la lactancia</i>	83
4. Llegó el momento. <i>El parto y los primeros días</i>	105
5. Ya nos vamos conociendo. <i>Los primeros meses</i>	153
6. ¿Misión imposible? <i>La vuelta al trabajo</i>	199
7. La teta y mucho más. <i>De los seis a los doce meses</i>	241
8. ¿Todavía toma teta? <i>La lactancia en niños mayores</i>	267
9. Si das teta puedes... <i>La lactancia y tu vida no son incompatibles</i>	293
10. Fin de trayecto. <i>El destete</i>	319
Agradecimientos	363

1



La teta

Esa gran desconocida





Lucas, ¿te han explicado alguna vez en el colegio cómo es el pecho? —le preguntaba hace unos meses a mi hijo pequeño.

—Pues no, mamá, la verdad es que no... —me dijo sin prestarme mucha atención.

—Y tú ¿qué piensas? ¿Crees que «la teta» es importante?

—Por supuesto, mamá... La teta es «lo más importante del mundo» —me contestó con sorna.

He de decir que Lucas siempre ha sido bastante guasón y, ahora, a las puertas de la adolescencia, aprovecha cualquier tema de conversación para sacar la ironía.

Yo le insistí:

—No, Lucas, venga, en serio. ¿No crees que es un tema que se debería explicar en clase, igual que se explican todas las demás partes de cuerpo?

Se quedó unos segundos callado con esa cara que pone él cuando su cerebro está maquinando.

—Hombre..., ¡pues sí, la verdad! Porque, a ver..., ¿qué pasa, que la teta es menos importante que el corazón? Porque, claro..., si te falla el corazón, te mueres, pero si te falla la teta, ¿qué le pasa a tu hijo? Porque aquí se puede

dar biberón, pero igual hay sitios donde la gente no puede comprar botes de leche o que ni siquiera pueden llegar a una farmacia. Y entonces, ¿qué? Porque los bebés muy pequeños no pueden tomar leche de vaca, ¿verdad, mamá?

Estuvimos un rato charlando sobre el tema. Le expliqué que hasta hace poco más de un siglo no existían las leches artificiales y que la única forma de alimentar a los niños era con leche de la madre o de alguna otra mujer. Se sorprendió cuando le conté que las mujeres de la alta sociedad generalmente no amamantaban a sus hijos, sino que contrataban a mujeres de clases sociales más bajas para que lo hicieran; eran las llamadas *nodrizas* o *amas de cría*. Comentamos lo curioso que resulta que, siendo la glándula mamaria un órgano imprescindible para la supervivencia de nuestra especie hasta hace nada, se haya ignorado hasta el punto de ni siquiera nombrarse en los libros de texto.

Se quedó un rato pensando... Yo seguí a lo mío. Hice como que recogía la cocina, aunque en realidad estaba esperando su respuesta, porque sabía que llegaría.

—Mamá, esto lo tienes que contar en tu libro —me dijo—. Pero cuéntalo así, como me lo has contado a mí, no como si soltaras «un rollo de médicos».

Así que, me puse a ello... ¡y aquí me tienes!, preparada para contarte de forma amena y cercana lo esencial sobre la estructura y funcionamiento de nuestros pechos.

¿Empezamos?



Efectivamente, como le contaba a Lucas, **la glándula mamaria es la gran olvidada de entre los órganos de nuestro cuerpo**. Y es un órgano más, igual que el corazón, el pulmón o el ovario. Es, además, un órgano **vital para la supervivencia de la especie**. Lo ha sido en todo el mundo durante la mayor parte de nuestra historia y, aún hoy, lo sigue siendo en muchos lugares del planeta.

Y a pesar de ello se pasa por alto en primaria y secundaria y muy de puntillas en la universidad. Yo tengo algún vago recuerdo de haber estudiado la anatomía de la mama, pero de su funcionamiento o de la lactancia materna... ¡bien poco! Para no engañarte, recuerdo un folio escrito por una cara donde se resumía la composición de la leche materna y sus diferencias respecto a la leche de vaca. Poco más. ¡Y eso en la carrera de Medicina!

Cierto es que de esto hace ya unos añitos y que las cosas habrán cambiado, posiblemente (al menos, eso espero). Pero la realidad es que, a menos que se hayan formado específicamente en lactancia materna, la gran mayoría de los profesionales sanitarios tienen un conocimiento, digamos, escaso sobre el tema.

Y si esto es entre los sanitarios, imagina entre la población general. Y es que ¿cómo vamos a conocer lo que no nos han explicado nunca?

El pecho por fuera

¿Cómo son nuestros pechos? Me refiero **a nuestros pechos de verdad, los reales**, los de nuestras amigas, nues-

tras hermanas o nuestras madres. No los de los anuncios. Porque los de los anuncios son todos iguales: redondos, turgentes y simétricos.

Pero los reales no son así, al menos no todos. De hecho, diría que casi ninguno. **Las mujeres reales tienen pechos de lo más variado en cuanto a forma y tamaño.**

Incluso existen diferencias entre los dos pechos de una misma mujer. Si te miras al espejo verás que **tus pechos no son exactamente simétricos**; puede que uno sea un poquito más grande, o que un pezón se dirija hacia delante y otro más hacia abajo... En fin, que como solemos decir: son hermanos, pero no gemelos.

La mama (vamos a llamarle *pecho*, si os parece) es la estructura anatómica que contiene a la glándula mamaria, y esta (luego lo veremos) es el órgano que produce la leche.



Repíte conmigo: el tamaño no importa.



El tamaño de nuestros pechos es uno de los muchos motivos que nos hacen dudar sobre la capacidad de amamantar con éxito; además de ser uno de los temas que más debate y mitos genera en la lactancia. Y es que parece que, sea como sea tu pecho, nunca es el adecuado. A ver si te suena esto:

- * Si lo tienes **pequeño**, «Uf, con tan poquito pecho no sé yo si vas a producir suficiente».
- * Si lo tienes **grande**, «No te creas ¿eh?, que las mujeres con pechos grandes tienen más dificultades».

- * Si **no te ha crecido** mucho, «Uy..., no sé yo si de ahí saldrá algo».

Es frecuente que escuchemos comentarios de este tipo, que ayudan poco, nos hacen dudar mucho y, en la mayoría de los casos, no tienen nada de cierto. Pues déjame que te recuerde algo que sí podemos afirmar con rotundidad: **el tamaño del pecho no determina la producción de leche.**

El tamaño de la glándula mamaria es muy similar en todas las mujeres. **Lo que hace que haya tanta variación en el tamaño y la forma de los pechos es la genética y la cantidad de grasa que tienen.**

Los pechos hipoplásicos

Hay muy pocos casos en los que el tamaño y la forma importan y pueden dificultar la lactancia materna. Este es el caso de los pechos hipoplásicos: **pechos cuyo tejido glandular no está del todo desarrollado**, pudiendo dar lugar a una producción insuficiente de leche (hipogalactia) y, por tanto, a dificultades para conseguir una lactancia materna exclusiva. La hipogalactia ocurre con una frecuencia bastante baja, en torno a un 4-5 % de mujeres, pero ocurre.

Entre cuatro y cinco de cada cien mujeres que amamantan a sus hijos pueden tener una hipogalactia, y una de sus causas es tener pechos hipoplásicos.

Pero cuidado, que aunque es lo más habitual, **no siempre una hipoplasia mamaria es sinónimo de una baja producción.** Hasta que una lactancia no se inicia,

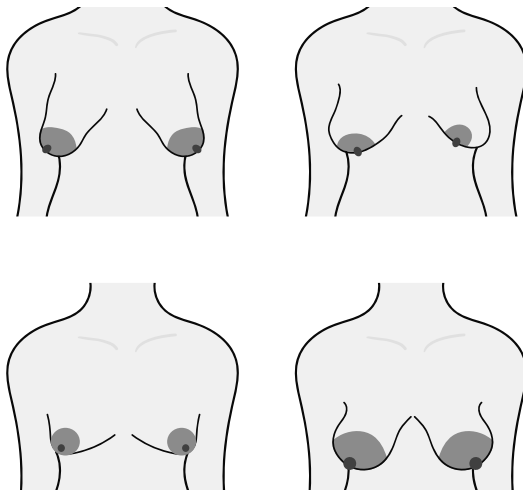
no podemos predecir qué grado de función tendrá esa glándula.

Por supuesto, hay muchas otras situaciones que pueden llevar a una baja producción que impida tener una lactancia materna exclusiva, y hablaremos de ellas a lo largo del libro, pero aquí nos estamos refiriendo a dificultades derivadas directamente de la glándula mamaria.

En general, los pechos hipoplásicos son fáciles de sospechar, ya que tienen unas características muy concretas:

- * Diferencia muy llamativa de tamaño y/o forma entre uno y otro.
- * Separación muy grande entre ellos.
- * Forma tubular, como una «berenjena escurridilla».
- * Areola muy prominente, de aspecto bulboso.
- * Ausencia total de cambios en el pecho durante el embarazo.

PECHO HIPOPLÁSICO



Y seguro que ahora lees esto y piensas: «¡Mis tetas son así, las tengo separadas y escurridas!». Bueno..., ¡tranquilidad! Hay que tener en cuenta que estos casos son excepcionales y que la idea que el canon de belleza actual nos marca sobre el pecho «normal» (redondo, durito y levantado) está bastante alejada de la realidad.

Insisto, los pechos reales y normales son de lo más variado en forma, tamaño y turgencia. Y prácticamente todos son perfectamente válidos para amamantar.

Entiendo que si tras leer esta información sospechas que tus pechos pueden ser hipoplásicos estés preocupada. Pero ¿sabes qué? Lo más importante es saberlo. He visto en la consulta a mujeres que han sufrido mucho en los inicios de sus lactancias porque no entendían por qué haciendo todo «correctamente» no conseguían una lactancia materna exclusiva. Y resulta que el problema era una hipoplasia mamaria no diagnosticada.

Ajustar las expectativas a nuestro caso concreto es clave en la lactancia (y en la crianza), porque nos ayuda a enfocarnos en nuestras dificultades y nos quita culpa.

Saber que tienes el pecho hipoplásico te va a permitir preparar la lactancia con un enfoque diferente, y sobre todo entender que, si la lactancia materna exclusiva no es posible, no es culpa tuya. No es que tú lo hayas hecho mal, sino que tus pechos tienen una limitación funcional, que no pueden dar el 100 % por mucho que tú lo hagas todo perfecto. ¿A que no culparías a alguien que tiene una pierna más corta que otra por no acabar una maratón? Pues de algo parecido te estoy hablando.

Con esto **no quiero decir que tengas que resignarte ante una limitación, sino que conocerla te va ser de gran ayuda** para plantear unas expectativas ajustadas a tu caso. En el próximo capítulo hablaremos de recursos para enfocar las lactancias que, como el en caso de los pechos hipoplásicos, se prevén un poquito más difíciles de lo normal.

La areola

La conocemos de sobra, ¿verdad? **La areola es esa zona redondeada, de un color más oscuro que el resto del pecho, que rodea al pezón.** Al igual que pasa con el pecho, hay areolas de diferentes tamaños: unas grandotas, otras pequeñitas, y tan normales y funcionales son unas como otras.

Las areolas tienen pelos. Sí, unos pelos gruesos y largos que salen en su borde y que son completamente normales. Puede que a ti te incomoden (o no), pero al bebé no le molestan en absoluto. Si deseas quitártelos, adelante. No hay ningún inconveniente en hacerlo, aunque estés dando el pecho.

La piel de la areola se oscurece durante el embarazo, y este cambio es fundamental para facilitar que el recién nacido se dirija hacia el pecho y consiga mamar. Los bebés nacen con el sentido de la vista muy poco desarrollado y el color oscuro de la areola es como un letrero luminoso que le dice: «¡Eh, la comida está aquí, no te despistes!».

Además, verás que en su superficie tiene una especie de granitos, ¿verdad? Son los llamados **corpúsculos de Mont-**

gomery. Aunque el nombre es lo de menos; lo importante es que sepas por qué y para qué están ahí. Estas protuberancias son **pequeñas glándulas que producen una sustancia aceitosa cuya función es lubricar y proteger el pezón y la areola.** Imaginaos que son pequeñas fábricas de crema hidratante y protectora que nos preparan para que la zona esté lista y desinfectada para nuestro bebé. Por eso no es recomendable ponerse cremas ni limpiar la zona; interferiríamos con la función protectora natural. Y es que ¡el pezón (y la teta) vienen preparados de serie! **No insistas en lavar o desinfectar tu pezón. Él ya tiene sus propios mecanismos para estar en perfectas condiciones.**

¡Y eso no es todo! Además, este lubricante natural huele igual que el líquido amniótico. Este olor conocido para el bebé le dirige también hacia el pecho, facilitando el inicio de la lactancia.

Así que no debemos utilizar perfumes (ni el bebé, ni la mamá, ni nadie que vaya a visitar a un recién nacido), porque podríamos despistar al bebé en su misión de llegar al pecho y alimentarse sin dificultad.

¿Qué os parece? ¿No es maravilloso entender cómo la naturaleza tiene previsto hasta el más mínimo detalle?

El pezón

El pezón es la **estructura más o menos prominente que hay en el centro de la areola**, y por donde sale la leche.

Hay pezones grandes, pequeños, planos, cortos, largos... Y todos —independientemente de su forma y tamaño— son válidos y están preparados para amamantar.

¡ALERTA MITO!

**«Si tienes pezón plano,
no podrás dar el pecho»**

¡Mira que se le da protagonismo al pezón en la lactancia, cuando lo cierto es que tiene bien poco!

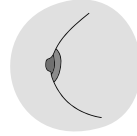
Para conseguir un buen agarre al pecho, el bebé necesita cogerse de la areola y no del pezón. El pezón solo le sirve para localizar mediante el tacto el lugar por donde sale la leche. ¡Poco más! Es como un resalte en el pecho que le marca el lugar exacto. Como cuando te levantas por la noche y a oscuras vas palpando hasta encontrar el interruptor y... ¡clic, aquí es!

Así que, si el bebé se agarra de la areola y no le fallan sus otros mecanismos de localización del pezón (ya hemos explicado que el tacto no es el único), la forma del pezón no debe ser, *a priori*, un impedimento importante para la lactancia.

TIPOS DE PEZONES

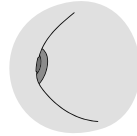
PEZÓN «NORMAL»

El pezón sobresale con respecto a la areola.



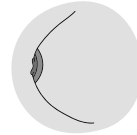
PEZÓN PLANO

El pezón no sobresale, pero reacciona ante estimulación.



PEZÓN INVERTIDO

El pezón está hundido hacia dentro de la areola.



Como te decía, hay pezones de todo tipo y tamaño, así que, para que tengas la información en tu mano, aquí te detallo cómo los solemos diferenciar:

Pezones «normales» (los más habituales). Son aquellos que sobresalen de la areola. Pueden ser más o menos largos o gruesos. Solo los casos de pezones muy largos o muy grandotes pueden suponer un problema, sobre todo para bebés muy pequeños o prematuros.

Pezones planos. Son aquellos en los que el pezón no sobresale de la areola. Tienen muy mala fama, los pobres. Hay muchísimas mujeres que sufren ya desde el embarazo porque les ha dicho la matrona, el ginecólogo o la vecina del cuarto que tiene el pezón plano y que... «¡Ufff, con esos

pezones..., ya veremos si podrás dar el pecho!». Tanto se lo repiten que se lo creen y, ante cualquier dificultad, la culpa es del pezón. «Es que como yo tengo el pezón plano...»

Bueno, pues como tienes el pezón plano..., ¡no pasa nada! Que no te asusten los pezones planos porque este tipo de pezones, cuando el bebé empieza a mamar o simplemente estimulándolo un poquito con los dedos, «salen» sin mayor dificultad.

Y es que tanto el pezón como la areola tienen unas fibras musculares que se contraen cuando se estimulan (con el roce, el frío, la succión o la excitación sexual), haciendo que el pezón se ponga eréctil (que «salga»), y así se convierte en fácilmente localizable para el bebé.

¡Qué curioso!

Esas fibras musculares de las que te hablaba arriba son las que impiden que vayamos goteando leche continuamente. Sí, ya sé que algunas pensaréis: «Jo, pues yo o me pongo discos protectores o voy con el rodal de leche en la ropa». Bueno, es verdad que al principio es habitual que sea así, pero **conforme avanza la lactancia (y en lactancias sucesivas), estas fibras musculares estarán más entrenadas y los escapes disminuirán e incluso desaparecerán.** ¡Al menos, así ocurre en la mayoría de mujeres!

Pezones invertidos. Tienen forma de ombligo, están metidos hacia dentro. Y si los pezones planos tienen mala fama, ¡estos ya ni te cuento!

Tener (o que te digan que tienes) pezones invertidos es poco menos que una sentencia de muerte para la lactancia.

Bueno, pues que no cunda el pánico, porque la mayoría de pezones invertidos cuando se estimulan salen hacia fuera, igual que los planos.

Sí que hay un pequeño porcentaje (muy pequeño) de mujeres que tienen uno o ambos pezones invertidos de verdad, y estos sí que pueden dar problemas. Son realmente pezones malformados, en los que las fibras musculares traccionan hacia dentro con la succión, pudiendo provocar dolor, grietas, dificultades de agarre, etcétera.

Entonces..., **¿qué puedo hacer para facilitar el agarre al pecho si tengo pezón invertido?**

- * En primer lugar, **informarte** (y ya lo estás haciendo).
- * En segundo lugar, **facilitar el contacto piel con piel ininterrumpido tras el parto y el agarre espontáneo al pecho.** Sabemos que ese primer agarre suele ser correcto (incluso con pezones invertidos), y además crea impronta. Esto quiere decir que deja huella o que facilita que los siguientes agarres sean así.
- * Y, por último, si a pesar de todo esto tienes dificultades, **pide ayuda.** Una profesional experta puede facilitarte la tarea con un agarre dirigido o explicándote como utilizar una pezonera... Eso sí, busca ayuda cuanto antes. **El tiempo en la lactancia es oro.**

- * Y por mucho que tengas el pezón invertido, ten en cuenta que hasta que un bebé no se agarra al pecho no podemos predecir al 100 % qué va a pasar. Infórmate, prepárate, pero no sufras antes de tiempo.

Aun teniendo el pezón invertido, nunca demos por sentado que una lactancia va a ser difícil, ini mucho menos la demos por perdida!

El pecho por dentro

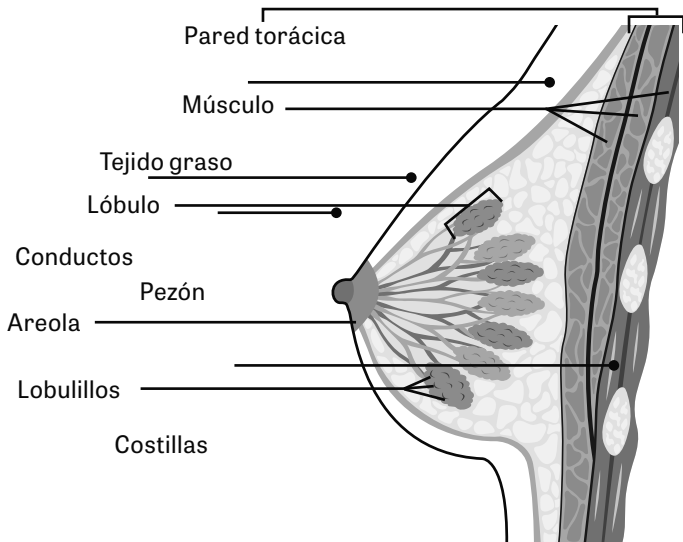
La anatomía externa del pecho la tenemos más o menos controlada, pero el pecho por dentro es... novedad absoluta! ¿A que sí?

Bueno, pues vamos a hacerlo sencillito porque si no va a resultar «un rollo de médicos», y ya hemos quedado en que no es el propósito de este capítulo.

Dentro del pecho tenemos la glándula mamaria, que como hemos comentado tiene un tamaño muy similar en todas las mujeres. Alrededor de ella hay fundamentalmente grasa, que determina que el pecho sea más o menos grande y lo protege; ligamentos que sujetan el pecho al tórax y vasos sanguíneos; nervios, etcétera.



ESTRUCTURA INTERNA DE LA MAMA



La glándula mamaria es el órgano que produce la leche. La Central Lechera Asturiana, vaya.

Las fábricas de leche se llaman *alveolos mamarios*. Son estructuras microscópicas redondas, como pequeños saquitos, que fabrican leche a partir de la sangre filtrada de la madre. Los alveolos están rodeados por células que tienen la capacidad de contraerse cuando reciben la orden; así la leche se expulsa hacia pequeños conductos que la recogen y la llevan por otros conductos progresivamente mayores hasta desembocar en el pezón, por donde sale al exterior.

Los alveolos se agrupan entre sí formando estructuras mayores con forma de racimo (lobulillos y lóbulos) y se conectan entre ellos por medio de los conductos.

Y hasta aquí la clase de anatomía. Fácil, ¿verdad?

¿Cómo funciona el pecho?

La leche materna se produce en respuesta a la **extracción regular de leche** (mediante la succión del bebé o la extracción con sacaleches o manual) y a la **estimulación del pezón y de la areola**.

Estas dos acciones le dan el orden a nuestro cerebro para que libere **prolactina** (que es la hormona que «produce» la leche) y **oxitocina** (que hace que la leche «se exprima» desde la glándula al exterior).

La hipófisis

La parte del cerebro donde se sintetizan estas hormonas se llama **hipófisis**. ¡Puede que te suene! Es una glándula muy pequeña pero muy importante, ya que, además de la prolactina y oxitocina, **en ella se sintetizan otras muchas hormonas que son esenciales para nuestra supervivencia**. No es casualidad entonces que la hipófisis esté situada en una zona bien escondida de nuestro cerebro; en uno de los lugares más protegidos de nuestro cuerpo (de hecho, tiene una silla para ella sola: «la silla turca»).

Prolactina

La prolactina se libera en nuestra hipófisis en respuesta a la succión, pasa a la sangre y llega al alveolo mamario, donde da la orden para que se fabrique la leche materna.

Por tanto, un concepto básico que nos debemos repetir cual mantra es que **cuanta más succión y más estímulo del pecho haya** (del bebé, del extractor o por extracción manual), **más leche produciremos**. Así de sencillo.



Repite conmigo:

cuanto más estímulo, más leche.

Esto partiendo siempre del caso de bebés sanos, sin ninguna dificultad de succión, y con glándulas mamarias normofuncionantes. Cosa que, todo sea dicho, ocurre en la gran mayoría de los casos.

Y sí, ya sé que nos surgirán las mil dudas cuando oigamos comentarios del tipo: «¿Otra vez está mamando?», «¿Y no aguanta las tres horas?», «Si le das tan a menudo, no das tiempo a que se te llene el pecho...», etcétera.

¡ALERTA MITO!

«Dale pecho cada tres horas, diez minutos en cada pecho»

Respira hondo: digan lo que digan, **la lactancia no tiene horario**. Aunque no veamos cuánta leche está tomando nuestro bebé (por desgracia o por fortuna el pecho no es transparente), **la glándula mamaria es capaz de regular su producción y adaptarse a las necesidades del bebé siempre que no le limitemos las tomas**. Porque, si reducimos el número o la duración de las tomas a nuestro gusto (o al de nuestro pediatra o al de nuestra suegra), es muy probable que la producción disminuya. Y ahí es donde empiezan muchos de los problemas más habituales de la lactancia.

«**Hemos pensado que mi pareja le dé un biberón por la noche, así yo puedo dormir unas horitas, que estoy agotada...**» Lo he escuchado muy a menudo, y es normal. Entiendo perfectamente tu cansancio. ¡Las primeras semanas son muy duras! Y, claro, sé que, en teoría, este reparto estaría genial porque te permitiría tener unas horas de descanso.

Si con toda la información en la mano decides hacerlo así, adelante. Al final, es tu elección, pero déjame darte una información que tal vez no conocías: **las tomas nocturnas son muy importantes en los inicios de la lactancia**.

Te explico: los niveles de prolactina están más elevados por la noche, con lo que digamos que las tomas nocturnas son las más efectivas para mantener y asegurar la producción de leche. Por esto, entre otros motivos, los bebés maman a menudo por la noche.

Si empezáis a sustituir tomas de pecho por biberón durante la noche de forma habitual, tu pecho tendrá menos estímulo, con lo que le mandará la información a tu cerebro de que produzca menos leche. Por lo que, si tu idea es dar lactancia materna exclusiva a tu bebé, sería mejor mantener las tomas a demanda del bebé, también las nocturnas. Al menos durante las primeras cuatro o seis semanas.

Cosas de la oxitocina

La oxitocina es la hormona encargada de que la leche salga desde el alveolo al exterior y se produce en respuesta a la succión, pero también a otros estímulos como, por ejemplo, ver al bebé, tocarle, olerle, escucharle llorar o incluso pensar en él.

Es por eso por lo que **tener a nuestro bebé cerca, piel con piel, es tan beneficioso para la lactancia** (y para muchas más cosas que veremos más adelante). También producimos oxitocina cuando tenemos un orgasmo o cuando besamos o abrazamos a alguien. ¡Por algo la conocemos como *la hormona del amor!*

Cuando se libera oxitocina, se produce una contracción de células musculares a distinto nivel: en el alveolo mamario, haciendo que se expulse la leche hacia el exterior; en el útero, provocando su contracción, y en el pezón y en la areola, dando lugar a su erección.

¡ALERTA MITO!

«Si te asustas, se te cortará la leche»

Afortunadamente, la leche no se corta con tanta facilidad... Si fuese así, ¡difícilmente nuestra especie habría sobrevivido!

Sí que es cierto que **situaciones de estrés, peligro o ansiedad extremas pueden inhibir el reflejo de eyeción, dificultando** la salida de la leche. Pero, en cualquier caso, va a ser **algo transitorio**, y si se insiste y se mantiene la succión, la lactancia se reanudará sin mayor problema.

«Al principio de la toma **noto como calambres o como si el pecho se contrajera**. ¿Es normal?». ¡Claro! Lo que estás notando **es la eyeción de la leche**, la salida de la leche hacia el exterior. A esta sensación se la llama *bajada de la leche* o *golpe de leche*. Suele ocurrir al inicio de la toma y es más habitual en las primeras semanas de lactancia.

También puedes sentirlo varias veces en una misma toma, durante toda tu lactancia o no notarlo nunca. Tan normal es una cosa como otra, y que lo notes o no no está en relación con que produzcas más o menos leche. Y claro, como la oxitocina actúa en ambos pechos, el calambriello lo notarás en los dos, no solo en el que esté mamando el bebé, y a la vez puede ser que salga leche por el otro pecho, ¿a que sí?

Algo muy curioso con respecto a esta sensación de bajada de la leche es que **la puedes notar, aunque no estés dando el pecho en ese momento**. Simplemente con escuchar llorar a tu bebé o a otros bebés!

Os diré que cuando me incorporaba al trabajo tras mis bajas maternales, al entrar a la hora de las tomas en la unidad neonatal, cuando estaban todos los bebés llorando, o si veía en urgencias a una mamá dando pecho a su bebé y me recordaba a mi hijo, inmediatamente notaba ese *flush* en el pecho y ¡hala!, a gotear leche. Así que con tres hijos que tengo yo estuve utilizando discos protectores durante años. ¡No había manera de quitarlos!

«Mi bebé tiene tres días y cuando empieza a mamar, **noto un dolor abdominal parecido a las contracciones de parto**. Lo paso fatal... ¡Es que incluso me mareo!» Ay, sí..., se pasa mal. Son **los entuertos** (vaya nombre, ¿verdad?). Lo que ocurre es que cuando el bebé succiona, la oxitocina que se libera actúa no solo sobre las células musculares del pecho, sino también sobre las células musculares del útero, provocando su contracción. Es bastante molesto, pero **favorece la recuperación del útero tras el parto y**

disminuye el riesgo de hemorragias. Tranquila, en pocos días pasará.

Son muchas las preocupaciones que nos asaltan en estos primeros días, créeme que lo sé, por eso, estoy atenta hasta a las que menos te puedas esperar. Una paciente me comentó, con cierta reticencia: «Raquel, es que esto me da mucha vergüenza decirlo... Noto **una sensación parecida al placer sexual cuando estoy dando el pecho**». Tranquila..., esto es algo que les ocurre a algunas mujeres y **es normal. No hay nada malo en ti ni en tu cabeza.** Es solo el efecto de la oxitocina que, al igual que cuando tenemos un orgasmo, durante el amamantamiento puede provocar contracciones en la vagina y dar lugar a un placer similar al que experimentamos durante el sexo. ¿Quieres un consejo? **Deja a un lado los prejuicios y disfrútalo.**

Factor inhibidor de la lactancia (FIL)

Y hasta aquí podríamos pensar que ya sabemos cómo se regula la producción de leche. Pero... hay algo que se nos escapa: ¿por qué algunas mujeres tienen mayor producción en un pecho que en otro? ¿Por qué si un bebé deja de mamar de un pecho, por el motivo que sea, ese pecho deja de producir leche y el otro no?

Tiene que haber algo que ejerza un control local sobre la producción, porque la prolactina y la oxitocina ejercen

su acción sobre los dos pechos por igual. Entonces, si un bebé dejase de mamar de un pecho y no hubiese nada más, ¿ese pecho seguiría llenándose y llenándose sin control? No tiene sentido, ¿verdad?

¿Qué hace entonces que la producción se adapte a la demanda de cada uno de los pechos de forma independiente?

La respuesta es el FIL (factor inhibidor de la lactancia). Se trata de **una proteína que está presente en la leche materna y cuya función, como su propio nombre indica, es inhibir (impedir) su producción.** Cuando el pecho está lleno de leche, el FIL bloquea la producción de leche en los alveolos. Y cuando esa leche se extrae, desaparece el FIL y la producción se reanuda.

¿Qué te parece? Sencillamente maravilloso.



¿Y para qué nos sirve conocer todos estos detalles de la producción de la leche? Para mucho. Te diría que con este primer capítulo vas a tener resueltas muchas de las dudas que te pueden surgir durante tu lactancia. Y pensarás... ¡qué exagerada!

Pues no, de verdad que creo que es así.

La gran mayoría de las dudas vienen de no conocer la normalidad. De no saber cómo funciona la lactancia desde lo más sencillo.

Y es que hay tal cantidad de mitos, y están tan arraigados en nuestra cultura, que hacen que, en ausencia de información, vayamos en contra de los mecanismos norma-

les de la lactancia, en contra de nuestra intuición e incluso a veces en contra de toda lógica.

Así que, **partiendo de estos conceptos básicos vamos a ir ampliando información, desmontado mitos y resolviendo las dudas** que vayan surgiendo a lo largo de las diferentes etapas de este viaje maravilloso e intenso que es la lactancia materna.



Nota de la autora: este capítulo ha sido leído por mi tercer hijo, Lucas, y tengo su visto bueno.

—No es un rollo de médicos, mamá, adelante con él.

