

El primer año de vida. Destruyendo mitos

Maidier Leunda Iruretagoyena

Pediatra. Posgrado Medicina Naturista

Presentado: 12/5/2014

Aceptado: 3/6/2014

RESUMEN

Durante el primer año de vida del ser humano se establecen las bases para un desarrollo físico, psíquico y emocional óptimos. No obstante, esta época está llena de creencias que hacen que actuemos en desacuerdo con nuestro instinto mamífero, lo que conlleva sufrimiento de la madre y el bebé, presentando alteraciones emocionales y psíquicas en ambas partes de la diada y, en consecuencia, creando una sociedad cada vez más necesitada e insatisfecha.

El ser humano, como mamífero que es, necesita del contacto físico estrecho con sus progenitores, especialmente la madre durante este periodo de vida, para poder sobrevivir y poder autorregularse, estableciendo de esta forma, un vínculo seguro madre-hijo que garantiza un desarrollo adecuado y un individuo más autónomo. Serían actitudes favorables por tanto el contacto piel con piel, la lactancia materna, la presencia materna constante (tanto durante el día como durante la noche) y el atender las necesidades del bebé de forma inmediata.

Palabras Clave: Vínculo, apego, contacto piel con piel, colecho, síndrome de muerte súbita del lactante.

The first year of life. Destroying myths

ABSTRACT

During the first year of human life the foundation for optimal physical, mental and emotional development are established. However, this time is full of beliefs that cause us to act in discord with our mammalian instinct, leading to suffering of the mother and baby, presenting emotional and mental disorders in both parts of the dyad and therefore creating a more needy and unsatisfied society.

Human beings, like mammal that is, needs close physical contact with their parents during this period of life, especially the mother, to survive and to self-regulate, thus establishing a secure mother-child bond that ensures suitable development and more autonomous individual. Would be favorable attitudes skin to skin contact, breastfeeding, constant maternal presence (during the day and during the night) and meet the baby's needs immediately.

Key Words: maternal attachment, bonding, early skin to skin contact, bedsharing, sudden infant death syndrome.

El primer año de vida del niño es una época de vital importancia en el desarrollo del ser humano, ya que se establecen las bases para un desarrollo físico, psíquico y emocional favorables. Desafortunadamente, todavía hoy en día, esta época crucial del ser humano está llena de creencias y hábitos que conllevan a un sufrimiento innecesario fundamentalmente del niño y de la madre, del padre y en consecuencia de la sociedad.

Nuestra especie es una de las más dependientes del reino animal. El recién nacido nace indefenso, no

es capaz de alimentarse por sí mismo ni de escapar del peligro; ni siquiera es capaz de comunicar sus necesidades mediante las palabras. Depende de sus progenitores para sobrevivir.

Esto se debe a que el ser humano, a diferencia de otros mamíferos, realiza la maduración cerebral después del nacimiento, siendo este largo proceso formativo más lento y dependiente. Al nacer, el crecimiento cerebral es de un 25% del volumen del cerebro adulto, 60% el primer año de vida y 90% a los tres años de vida (1). Por lo tanto, el cerebro de un bebé

crece más de lo que crecerá nunca durante el primer año y es cuando se produce la mielinización de las neuronas, alcanzando las sinapsis neuronales su nivel máximo. Permanecerán aquellas que sean activadas repetidamente, el resto desaparecerán. Así pues, las vivencias emocionales del bebé durante su primer año serán claves para su desarrollo neurológico (inteligencia emocional, emociones positivas) (2). Adolf Portmann en 1944, fue el que sugirió que para que el recién nacido humano alcanzara el desarrollo de un mono recién nacido, la gestación intraútero sería de alrededor de 21 meses. F. Kovacs la situó entre los 18-20 meses y Bostok concluyó diciendo que sería cuando alcanzará la locomoción cuadrúpeda. A los 18 meses es cuando el ser humano alcanzará la mitad de su tamaño de cerebro adulto, coincidiendo con la posibilidad de poderse mover y escapar por sus propios medios (Edwin Trevathan). De ahí la idea de **ex-terogestación**, "nueve meses dentro y nueve meses fuera". ("gestatio"- latín, transportar).

EL CONTACTO FÍSICO

58

La madre es la que biológicamente está diseñada para transportar al bebé intraútero y la figura ideal para asegurar un "continuum" con el recién nacido, proporcionándole alimento, movilidad, contacto, seguridad, protección y posibilidad para autorregularse. Se establece por lo tanto una relación simbiótica madre-hijo. Aun siendo la maduración de los bebés simios más rápida que la de los bebés humanos, permanecen en continuo contacto con sus mamás simias durante un periodo prolongado, normalmente hasta finalizar la lactancia, con un promedio de tres años. Por lo que esta podría ser la norma en el ser humano: proximidad a la madre y lactancia materna durante tres años o más. A pesar de que los bebés son llevados por sus madres en la mayor parte del mundo, en Occidente muchos recién nacidos son privados del contacto y presencia de su madre: se les coloca en incubadoras, cochecitos, cunas...

El neurólogo Richard Restak dice así: "el contacto resulta ser tan necesario para el desarrollo de los bebés como lo son el alimento y el oxígeno". Podemos decir que el contacto es una **necesidad primaria** del ser humano, así como el afecto, las caricias, el reconocimiento y el respeto por la propia individualidad. Estas necesidades no deben ser negadas porque producen sufrimiento y alteraciones del carácter (3). La piel recla-

ma ser tocada para sentirse viva: un masaje relaja, una abrazo reconforta... si no es nutrida, reacciona. Tocar, abrazar, acariciar... son respuestas innatas en nuestra especie, pero han sido reprimidas o modeladas en nuestra cultura probablemente por miedo a malcriarlos. Posiblemente rondan por nuestro alrededor frases tales como: "*Cuanto más les des, más quieren*". "*Va a estar pegado a las faldas de mamá*". "*Lo que tiene es mamiitis*". "*No sé quién tiene más vicio, el hijo o la madre*". Personas que fueron tratadas con cariño en su infancia se convierten en adultos más pacíficos, más amables, más comprensivos y más felices (4).

Los niños que tienen pocos estímulos y pocas caricias, desarrollan anatómicamente cerebros 20-30% más pequeños de lo normal para su edad presentando una zona límbica más atrofica (Baylor College of Medicine) (5).

Se confunde la sobreprotección (que impide la autonomía) y la actitud maternal amorosa. Dar y recibir amor no malcría, es el motor de la vida y es necesario para una sólida y sana autoestima. Cuanto más satisfagamos las necesidades de dependencia de nuestros hijos los primeros años, con más consistencia se producirá en nuestros hijos la seguridad interna que les permita acceder a una verdadera autonomía y autoestima saludable (3). "Consideramos esencial para la salud mental que el bebé y el niño pequeño tengan la vivencia de una relación cálida, íntima y continuada con la madre o sustituto materno, en la que ambos alcancen satisfacción y goce" (J. Bowlby, 1951).

EL VÍNCULO MADRE-HIJO

El vínculo maternofilial, fue descrito por el psiquiatra inglés John Bowlby y se puede definir como una relación cálida e íntima que se establece entre el bebé y su madre que cumple la función biológica de promover la protección, la supervivencia y en última instancia la replicación de la especie. Existe una correlación directa de la teoría del apego con el desarrollo neuronal del bebé y con cambios en sistemas neuroendocrinos de la madre. Las neurohormonas Oxitocina y Prolactina, producidas en el cerebro de la madre, son las que facilitan la conducta maternal además de ser fundamentales para la lactancia materna. La prolactina es la que promueve conductas de protección, agudiza la audición materna y tiene cierto efecto ansiolítico. La oxitocina, además de intervenir sobre las contracciones uterinas y en la eyeción de leche, cumple un papel central en

la regulación de las conductas sociales como son el apego, la conducta sexual y el reconocimiento (6-7). Cada pico de oxitocina hace que la madre desee y busque cercanía de su bebé (8). Asimismo, aumenta los sentimientos de confianza y bienestar maternos (9) y contribuye a tener mejor humor (10). Se ha visto que la oxitocina presenta un papel importante en la depresión postparto materna, que a su vez afectaría al desarrollo cognitivo y socioemocional del bebé (11), ya que la oxitocina que se excreta en la leche tiene también efectos en el cerebro del lactante produciéndole relajación, serenidad y mayor interés por las relaciones sociales. Podemos afirmar, por tanto, que la lactancia materna mejora el vínculo afectivo y disminuye el riesgo de maltrato infantil (12).

Cuanta más cantidad de conducta materna espontánea haya en el postparto (mirar a los ojos, vocalizar expresiones positivas, caricias, tacto) mayor sincronía presentan los bebés con la madre y el padre a los 3 meses y el desarrollo cognitivo y conductual durante el primer año será más favorable (13).

Se sabe que las dos horas siguientes al nacimiento, denominado **periodo sensitivo**, es un periodo crucial que no se va a repetir jamás, un momento sagrado donde madre e hijo se reconocen y se enamoran a través de la primera mirada, se sienten piel con piel y espontáneamente comienza la lactancia. Los estímulos táctiles que realiza la madre ante su cría tienen especial relevancia en las primeras horas-días tras el parto, produciendo cambios neuroanatómicos en el cerebro de la cría (14). El contacto piel con piel y la lactancia materna tras el parto, provocan liberación de oxitocina materna de forma que mejora el comportamiento de maternaje y facilita que la madre reconozca los signos de su bebé, asegurando su cuidado hasta que consiga la autonomía (15-17). El contacto inmediato piel con piel entre madre e hijo conlleva una instauración adecuada de la lactancia materna además de una actitud maternal positiva, mejorando así el comportamiento del recién nacido a término para la lactancia y asociándose a mayor confianza de la madre para lactar y cuidar de su hijo, además de obtener mayor satisfacción (18). Esta actitud maternal y el éxito con la lactancia materna, es mayor en mujeres que han tenido un parto vaginal no asistido a diferencia de mujeres con partos vaginales asistidos o cesárea, y aumenta cuanto más prolongado sea el contacto durante las primeras horas tras el parto (19). La relación madre-bebé representa una de las relaciones sociales más intensas de cualquier especie, teniendo efectos físicos y mentales po-

sitivos en ambas partes de la díada (20). El contacto piel con piel inmediatamente tras el nacimiento hasta que finalice la primera toma de leche materna, se ha reconocido como el primer paso esencial en los objetivos de Healthy People 2020 (21).

Es durante este periodo sensitivo cuando se establece la impronta y el bebé es cubierto por millones de gérmenes, que variarán según el entorno en el que se encuentre. El neonato ha recibido ya intraútero los anticuerpos IgG de la madre, por lo que es con esos gérmenes maternos con los que necesita estar en contacto. A esto se le añade la ingestión temprana de calostro, que establecerá la flora intestinal del bebé (22).

La separación temprana del neonato de su madre, es un acontecimiento traumático que provoca estrés en el recién nacido, observándose hiperreactividad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, liberando excesivo cortisol lo que conlleva alteración en la inmunidad (en consecuencia tendencia a presentar más infecciones) y alteraciones comportamentales que persisten en la edad adulta (ansiedad, depresión, psicosis y agresividad) (23). La privación del contacto materno tras el nacimiento conlleva alteraciones de la respuesta al estrés o la ansiedad en la edad adulta (14). Además, muchas de estas madres sufren depresión postparto que puede durar años. Madres e hijos que se han separado de forma temprana, pueden restablecer el vínculo y sincronizarse el uno con el otro, pero la lactancia materna probablemente fallará y el cuidado y la dedicación materna hacia su hijo serán inferiores (24).

A los 3 y 9 meses el grado de sincronía predice la autorregulación a los 2, 4 y 6 años y en seguimiento a los 13 años, se ve este efecto en la empatía de los adolescentes (13).

Una vez se establece el vínculo madre-bebé que garantiza la supervivencia del bebé y favorece la salud física y psíquica, es importante que esa relación sea una base segura para el bebé para poder **autorregularse**, lo que conlleva un desarrollo normal del niño. En definitiva, constituir una figura de **apego seguro** (J. Bowlby, Klaus-Kennel) regula sus sistemas (respiratorio, cardiovascular, T^a, metabólico) y sus emociones, desde lo cual puede explorar el entorno. Para desarrollar un apego seguro, es fundamental que haya disponibilidad afectiva, presencia emocional y constancia. M. Ainsworth (1974) fue la que formuló la respuesta sensible a las necesidades del bebé como factor importante de ese vínculo seguro, describiendo esa respuesta como capaz de percibir las señales del

bebé, interpretarlas adecuada y rápidamente y satisfacerlas inmediatamente (ya que los bebés no saben diferir sus necesidades ni tienen sentido de temporalidad). El bebé experimenta su figura de apego a través de la confianza y disponibilidad afectiva que le son proporcionadas a través de experiencias de seguridad y reaccionan con ansiedad, llanto y sentimiento de abandono ante la separación. En el reencuentro, buscan la proximidad corporal y permiten ser consolados por la madre o cuidador principal. Posteriormente reinician la exploración y el juego desde la base segura. Una relación de apego seguro, es un factor protector contra consecuencias de mala adaptación emocional o comportamental en niños que han sido maltratados durante su infancia. Presentan mayor resiliencia (25). Este tipo de relación favorece las relaciones sociales, de forma que estos niños se relacionarán con menos ansiedad y evitación con los demás (26). Y es que el vínculo afectivo que se establece entre madre e hijo es el modelo para todas las relaciones afectivas que el individuo establecerá durante el resto de su vida (Bowlby).

Muchas interpretaciones de padres o educadores sobre la conducta de sus hijos o alumnos considerada como "independiente", son probablemente consecuencia de apegos inseguros (Mario Marrone, 2001). Son apegos inseguros los bebés que ante la partida de la madre no presentan ninguna reacción emocional externa ni intento de seguimiento. Se suele deber a madres que rechazan el contacto corporal y que desvalorizan las relaciones afectivas en su vida, con escasa expresión emocional. De forma que los pequeños reprimen su conducta de apego, generando como mecanismo defensivo una autosuficiencia emocional (Bowlby, 1973). Niños con inseguridad afectiva que adoptan conductas de indiferencia como mecanismo de defensa. (Apego inseguro evitativo).

Otros bebés en cambio, presentan una angustia y ansiedad intensa ante la separación de la madre manifestando conductas agresivas y de resistencia a la aproximación afectiva en el reencuentro. Sus madres son ambivalentes, en ocasiones reaccionan de forma cariñosa y en otras se muestran agresivas o indiferentes. (Apego inseguro ambivalente). En los bebés que han sufrido maltrato y abusos sexuales o en situaciones de negligencia familiar, hablaríamos de apego desorganizado, de forma que estos bebés presentan temor y necesidad de seguridad ante la presencia del cuidador principal.

En los niños y adultos con apego inseguro se han descrito **trastornos** como: llanto excesivo durante la

infancia (cólico del lactante), problemas de sueño, trastornos de la conducta, THDA, enuresis, encopresis, menor ganancia de peso del lactante, obesidad en la edad adulta (comen impulsivamente), accidentes (como modo de conseguir atención) y retraso del desarrollo mental (2). En niñas adolescentes, promedio de edad de 15 años, se ha observado mayor tendencia a presentar trastornos de alimentación y obesidad (27).

EL COLECHO

En el tema de la noche y el dormir recibimos una variación de consejos que nos confunden. Unos insisten en que cojamos a nuestro bebé, otros en que lo dejemos y que no lo metas en tu cama. Son conocidas por todos expresiones como: *"tiene que aprender a dormir y estar a ratos solo, yo tengo cosas que hacer durante el día"*. *"Debe dormir solo para acostumbrarse"*. *"No lo sacas de tu cama ni con agua caliente"*. Lo que todos buscamos (niños/adultos) es la forma para dormir un poco más. Y es que no entendemos al bebé, ellos solo sienten (frío, calor, hambre, necesidad de consuelo...) y lo que requieren es que sean acogidos en su necesidad, reclaman nuestra atención, calor, seguridad y presencia física y emocional.

Parece que existe un conflicto entre las necesidades del bebé y las del adulto, por lo que alguno de los dos tiene que adaptarse a las necesidades del otro, respetar el ritmo del bebé o adaptarlo a nuestras necesidades. Por eso han surgido tantas recomendaciones que pretenden enseñar a los bebés a dormir, por la necesidad del adulto. Como mamíferos que somos, madre y bebé han pernoctado uno junto al otro durante siglos (por supervivencia ante depredadores) y hasta hace décadas toda la familia compartía el mismo lecho (tema de espacio). Si los bebés necesitasen madurativamente dormir solos, no llorarían desconsoladamente al dejarlos solos en su habitación. Ese llanto representa angustia, miedo y necesidad de presencia. Sabiendo qué es lo que siente el bebé, ¿por qué no se lo damos? Posiblemente por miedo a que se malacostumbre, a no poder sacarlo después de nuestra cama o miedo a poderlo asfixiar.

Según las investigaciones realizadas en la Universidad de California en 1986 por Mckenna y Mosko, la madre y el bebé cuando duermen juntos están extraordinariamente sincronizados: los movimientos y la respiración de ambos están vinculados, se estabiliza el ritmo cardíaco y reducen las apneas (cómo el bebé

prefiere mirar a la madre mientras duerme, puede aumentar el CO₂, lo cual les activa el cerebro para que respiren). Los bebés que duermen en compañía, están en constante supervisión, son tocados o besados o cambiados de posición ya que esas madres exhiben una conducta protectora 5 veces mayor que las madres que se levantan a atender a su bebé (28). El colecho proporciona al bebé un patrón de sueño de alta organización que favorece el desarrollo y la maduración cerebral. Algunos recomiendan que se coloque al bebé en una posición segura, "agarre de Koala", para que no haya posibilidad de sofocación con el pecho y enseñando a los padres y familiares sobre la respiración, el color y la actividad del bebé (21).

El colecho aumenta la frecuencia de lactancia materna por lo que disminuye el riesgo de síndrome de muerte súbita del lactante (29).

La muerte súbita del lactante se debe a anomalías estructurales en los centros reguladores de la respiración o a asimetrías madurativas que se manifiestan por estrés del ambiente y por la privación sensorial materna ya que aumentaría la frecuencia cardíaca, se alteraría la respiración, la temperatura, la oxigenación, los niveles de cortisol y se alteraría el patrón de sueño. En las culturas donde se practica el colecho y la lactancia materna, la prevalencia de muerte súbita del lactante (SMSL) es muy baja. Niños que duermen solos, carecen de los estímulos que hacen que los bebés presenten microdespertares nocturnos, como son el contacto de la madre, de los movimientos de su tórax al respirar, ruidos, CO₂ exhalado aumentando así la probabilidad de SMSL (30).

El periodo de los seis meses a los cuatro años es la edad de los despertares múltiples en la segunda parte de la noche y son un componente normal del sueño. Su ritmo de vigilia-nocturnidad se irá estableciendo progresivamente, simplemente tenemos que confiar en que el bebé se regulará cuando esté preparado para ello y buscará su espacio e intimidad (31). Por lo tanto los despertares no se pueden considerar como insomnio ni malos hábitos; a veces, sobre todo cuando las mamás de los bebés menores de dos años trabajan, puede suceder que los bebés compensen el tiempo perdido durante la noche pidiendo mucha teta y contacto.

EL LLANTO

Estamos programados para protestar si nos separan de nuestra madre o sustituta y nuestro recurso

para restablecer el contacto es el llanto. El llanto es una llamada, una demanda, una petición de ayuda provocada por hambre, dolor, frío, ruidos, contacto. Los recién nacidos que están en una cuna durante la primera hora después del parto, lloran diez veces más que los que están en brazos de su madre (32). Según palabras textuales de la OMS: "Cuando un bebé llora entre un amamantamiento y el otro, el motivo no acostumbra ser el hambre, es una llamada de atención para recibir mejores cuidados y más mimos. En definitiva, pide que lo tengan en brazos más a menudo". El llanto de nada serviría si la madre no estuviera genéticamente preparada para responder a él. Los adultos sentimos el inmediato deseo de hacer algo para que el llanto pare, ya que nos sentimos conmovidos, preocupados, angustiados (32). A pesar de sentir este impulso para que el niño pare de llorar, no sabemos cómo actuar, ya que hemos escuchado una y otra vez consejos que nos indican hacer lo contrario: "*Deja que lllore que es bueno para que expanda los pulmones*". "*...Es bueno para fortalecer su carácter*". "*Que espere, que si no se te subirá a la chepa*". "*Tienen que aprender a esperar*". "*Que aprenda a no salirse con la suya*". "*Llora de vicio*".

Se les puede dejar llorar y no atender su necesidad, adiestrarles a que renuncien a su necesidad instintiva y biológica de contacto, sabiendo que la repercusión más grave de un llanto no atendido de forma continuada, sería que esos bebés aprenden a callar y a resignarse. Sienten que no importan, se sienten abandonados. Esto estructura su carácter de forma que serán adultos sin impulso de vivir, obedientes y que no protestan (3).

Estudios de René Spitz, dan a conocer los devastadores efectos de la privación de cuidados afectivos en niños menores de un año residentes en instituciones de acogida. Estos bebés mostraban altos índices de mortandad a pesar de ser alimentados adecuadamente y contar con las debidas medidas de higiene. Morían de inanición afectiva debido a no tener un cuidador principal (alternancia de cuidadores). Estudios realizados con monos Rhesus mostraron que los monos privados de su madre biológica, buscaban a una madre de felpa que aportaba calor en lugar de buscar una mamá de alambre que era la que disponía de alimento. Esto demuestra que los cuidados físicos correctos son insuficientes si no existe la respuesta empática necesaria a las demandas afectivas de los bebés.

Los primeros meses el lactante se encuentra fusionado con la madre, se siente dependiente de mamá, la

percibe como su prolongación, por lo que no entienden ninguna separación con la madre o figura vinculante. La necesitan para regular sus emociones, por eso la desatención afectiva a sus demandas a través del llanto es una experiencia desgarradora para su estructuración psicoafectiva. La succión sin fines alimenticios, acunar en brazos al ritmo al que camina el adulto (60 ciclos/min) y el sonido de la voz humana calman al bebé de forma eficaz la mayoría de las veces.

Los bebés también lloran para descargar emociones acumuladas. Por lo que sería importante conectar con el bebé y sentir su requerimiento, ofrecerle el pecho y si no es lo que reclama, cogerlo en brazos y acompañarlo. El bebé necesita proximidad y atención cuando está llorando, y *nunca deberíamos dejarle solo*. Aunque nos sintamos impotentes e inútiles sosteniéndole mientras llora, estamos, en realidad, proveyéndole del apoyo emocional que necesita mientras expulsa hacia fuera la tensión acumulada. El bebé no nos está rechazando cuando llora, más bien se siente lo suficientemente seguro como para mostrarnos sus sentimientos (33). La experiencia del acunamiento satisfaciente (amoroso y empático) proporciona una base profunda para sentirse cubierto de la vivencia de desamparo, además estimula la función vestibular, que contribuye al equilibrio de sí mismo y la seguridad afectiva. (Dra. Elsa Wolfberg).

Responder al llanto del bebé no solo no lo malcría sino que se ha observado que si se hace de forma precoz y se le tiene en brazos frecuentemente el bebé acaba llorando menos y aprendiendo a regularse antes (34).

LA AUTONOMÍA

Una vez que el bebé empieza a arrastrarse o a gatear, empieza a conocer el mundo más allá de la madre. A esta edad disminuye progresivamente la necesidad de contacto físico y, si ha desarrollado un apego seguro con su madre, tiene la confianza para ir a conocer el entorno cercano, buscando nuevamente a su madre en situaciones de estrés. Por lo tanto, el bebé empieza a ser autónomo y va experimentando, la madre sería una observadora pasiva, sin intervenir, ni condicionar, ni limitar, ni ayudar al bebé en su exploración, simplemente acompañar. El alimento y las caricias ni se ofrecen ni se niegan, siempre están disponibles y el bebé buscará a su madre cuando tiene hambre o necesita consuelo-protección (2).

Los niños van adquiriendo habilidades a medida que avanzan en su proceso madurativo y siempre que se respete su autonomía, sin necesidad de que se les enseñe a hacerlo. Comienzan a arrastrarse en el suelo y acaban caminando solos, saben cuándo tienen hambre y lo que les conviene comer, o cuándo siente frío o calor... no necesitan que les digamos cuánto han de comer ni cuándo han de abrigarse. Pero, curiosamente, respetar esta independencia nos resulta difícil y queremos sentarlos o hacerles caminar antes de tiempo, les damos de comer sin dejarles que experimenten con sus propias manos ni se ensucien, y limitamos su exploración del mundo exterior con nuestros propios temores y juicios: *"No cojas eso, es caca"*. *"Te vas a hacer daño"*. *"Deja eso, no hagas esto"*. *"Ven, que te ayudo"*.

Quizás deberíamos considerar el primer año del bebé y empezar a respetar sus necesidades dejando de lado todas esas falsas creencias que nos han inculcado en esta sociedad. Respetar la necesidad de contacto los primeros meses sobre todo (ya que esta necesidad la tenemos también de adultos, aunque en menor grado), respetar la necesidad de ser atendidos y la necesidad de respetar su autonomía.

REFERENCIAS

1. Montagu A. *Touching: The Human Significance of the Skin*. Harper Paperbacks. 1986.
2. Gómez Papí A. *El poder de las caricias*. Espasa. Madrid. 2010.
3. González Y. *Amar sin miedo a malcríar*. Integral. Barcelona. 2010.
4. Taylor S. *Lazos vitales*. Madrid. Taurus. 2002.
5. Strathearn L, Fonagy P, Amico J, Montague R. *Adult Attachment Predicts Maternal Brain and Oxytocin Response to Infant Cues*. *Neuropsychopharmacology* (2009) 34, 2655-66.
6. Carter CS. *Oxytocin pathways and the evolution of human behavior*. *Annu Rev Psychol*. 2014; 65: 17-39.
7. Insel TR, Young LJ. *The neurobiology of attachment*. *Nat Rev Neurosci*. 2001 Feb; 2(2): 129-36.
8. Ekström A, Nissen E. *A mother's feelings for her infant are strengthened by excellent breastfeeding counseling and continuity of care*. *Pediatrics*. 2006; 118(2).
9. Zak PJ. *The neurobiology of trust*. *Sci Am*. 2008; 298(6): 88-92, 95.

10. Lee HJ, Macbeth AH, Pagani JH, Young WS 3rd. *Oxytocin: the great facilitator of life*. Prog Neurobiol. 2009; 88(2): 127-51.
11. Kim S, Soeken TA, Cromer SJ, Martinez SR, Hardy LR, Strathearn L. Brain Res. *Oxytocin and postpartum depression: Delivering on what's known and what's not*. Brain Res. 2013 Nov 14. pii: S0006-8993(13)01504-7. doi: 10.1016/j.brainres.2013.11.009.
12. 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; 123(2): 483-93.
13. Feldman R. *Mother-infant synchrony and the development of moral orientation in childhood and adolescence: direct and indirect mechanisms of developmental continuity*. Am J Orthopsychiatry 2007; 77(4): 582-97.
14. Nagasawa M, Okabe S, Mogi K, Kikusui T. *Oxytocin and mutual communication in mother-infant bonding*. Front Hum Neurosci. 2012; 6: 31.
15. Anisfeld E, Lipper E. *Early contact, social support, and mother-infant bonding*. Pediatrics. 1983 Jul; 72(1): 79-83.
16. Marshall H, Klaus MD, Richard Jerauld BS, Nancy C, Kreger BS, Willie McAlpine BS, Meredith Steffa BS and John H. Kennell, MD. *Maternal Attachment, Importance of the First Post-Partum Days*. N Engl J Med 1972; 286: 460-3.
17. Bigelow AE, Power M, Gillis DE, Peters JM, Alex M, McDonald C. *Breastfeeding, skin to skin contact and mother-infant interactions over infant's first three months*. IMHJ 2014 Jan; 35(1): 51-62.
18. Aghdas K, Talat K, Sepideh B. *Effect of immediate and continuous mother-infant skin-to-skin contact on breastfeeding self-efficacy of primiparous women: a randomised control trial*. Women Birth. 2014 Mar; 27(1): 37-40.
19. Redshaw M, Hennegan J, Kruske S. *Holding the baby: Early mother-infant contact after childbirth and outcomes*. Midwifery. 2014 May; 30(5): e177-87. doi: 10.1016/j.midw. 2014.02.003.
20. Keebaugh AC, Orban D, Young LJ. *Life after childbirth: The beneficial consequences of oxytocin on motherhood and offspring cognitive development*. Brain Research Journal 2013; 6(2): 171-88.
21. Ludington-Hoe S, Morgan K. *Infant Assessment and Reduction of Sudden Unexpected Postnatal Collapse Risk During Skin-to-Skin Contact*. Newborn and Infant Nursing Reviews 2014 Mar; 14(1): 28-33.
22. Odent M. *The First Hour Following Birth: Don't Wake the Mother!* Midwifery today 2002 Spring; (61): 9-12.
23. Vetulani J. *Early maternal separation: a rodent model of depression and a prevailing human condition*. Pharmacol Rep. 2013; 65(6): 1451-61.
24. Lozoff B, Brittenham GM, Trause MA, Kennell, JH, Klaus MH. *The mother newborn relationship: limits of adaptability*. Journal of Pediatrics 1977; 91(1): 1-12.
25. Lowell A, Renk K, Adgate AH. *The role of attachment in the relationship between child maltreatment and later emotional and behavioral functioning*. Child Abuse Negl. 2014 Mar 14. pii: S0145-2134(14)00045-3. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.02.006.
26. McLean HR, Bailey HN, Lumley MN. *The secure base script: Associated with early maladaptive schemas related to attachment*. Psychol Psychother. 2014 Mar 17. doi: 10.1111/papt.12025.
27. Milan S, Acker JC. *Early attachment quality moderates eating disorder risk among adolescent girls*. Psychol Health. 2014 Feb 24.
28. Mosko S, Richard C, McKenna J. *Infant arousals during mother-infant bed sharing: implications for infant sleep and sudden infant death syndrome research*. Pediatrics 1997; 100: 841-9.
29. McKenna J, Mosko S, Richard C. *Bedsharing Promotes Breastfeeding*. Pediatrics 1997 Aug; 100(2): 214-9.
30. McKenna J, Ball HL, Gettler LT. *Mother-Infant Cosleeping, Breastfeeding and Sudden Infant Death Syndrome: What Biological Anthropology Has Discovered About Normal Infant Sleep and Pediatric Sleep Medicine*. Yearbook of physical Anthropology 2007; 50: 133-61.
31. Jové R. *Dormir sin lágrimas*. La esfera de los libros. 2007.
32. González C. *Bésame mucho*. Madrid. Planeta. 2009.
33. Solter, A. *Llantos y rabietas*. Barcelona. Medici. 2002.
34. Álvarez MJ. *Veamos qué nos dice nuestro bebé. Cómo construir la primera relación amorosa con nuestro hijo*. Famiped 2010 Sep; 3(3).