

# La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología

*The mental health of the infant in the NICU: a child psychiatry liaison program in Neonatology*

Ibone Olza Fernández<sup>1</sup>, Inmaculada Palanca Maresca<sup>1</sup>, Isabel González-Villalobos Rincón<sup>1</sup>, Ana María Malalana Martínez<sup>2</sup>, Ana Contreras Sales<sup>3</sup>

## Resumen

La hospitalización de un recién nacido, sea debido a la prematuridad o a otras patologías, supone un estrés psíquico muy significativo para las familias, que puede entorpecer o alterar el inicio del vínculo parento-filial e incidir negativamente en el desarrollo psicomotor y afectivo posterior. La capacidad de los padres de adaptarse a la situación de su bebé prematuro y la calidad de la interacción temprana es un factor crítico para el desarrollo posterior del bebé. Es fundamental sostener el establecimiento de una relación vincular sana desde la UCI neonatal. En el presente artículo se describe el programa de enlace de Psiquiatría Infantil en Neonatología en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. El programa incluye: 1) la prevención en salud mental perinatal, 2) la detección e intervención clínica en psiquiatría del lactante, 3) la coordinación y el enlace con los profesionales del equipo multidisciplinar y 4) la investigación y docencia pre y posgrado. Nuestra atención se dirige a la psique del bebé hospitalizado al nacer, pero también hacia sus padres y hacia los profesionales que le atienden. En última instancia, trabajamos de diferentes maneras para facilitar la construcción de un vínculo de apego sano en circunstancias adversas de gran vulnerabilidad y/o sufrimiento, tanto para el bebé como para sus padres. Las intervenciones con familias en la UCIn pueden mejorar el conocimiento materno, la sensibilidad, la contingencia y favorecer una mejor adaptación al estrés. La UCIn es un lugar para la psicoeducación, el diagnóstico y el tratamiento de la salud mental maternal y paternal.

**Palabras clave:** Psiquiatría perinatal. Neonatología. UCIn. Salud mental lactante. Prematuridad. Psicoterapia madre-bebé.

<sup>1</sup>Unidad de Psiquiatría Infantil. Servicio de Psiquiatría.

<sup>2</sup>Neonatóloga. Servicio de Pediatría.

<sup>3</sup>Enfermera Pediatra.

**Correspondencia:** Dra. Ibone Olza Fernández  
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda  
Calle Manuel de Falla 1  
28222 Majadahonda (Madrid)  
Email: ibone.olza@salud.madrid.org

## Summary

*The hospitalization of a newborn, either due to prematurity or other diseases, can represent a significant psychological stress for families that can hinder the parent-child bond and adversely affect psychomotor and affective development. The parents' ability to adapt to the situation of their premature baby and the quality of early interaction is a critical factor for later development of the baby. Support is essential to establish a healthy relationship link from the NICU. In this article we describe the liaison program of Child Psychiatry at NICU of Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda in Madrid. The program includes: 1) perinatal mental health prevention, 2) detection and clinical intervention in infant psychiatry, 3) coordination and liaison with multidisciplinary professionals and 4) research and teaching. Our attention is directed to the psyche of the hospitalized newborn, but also to parents and caregivers. Ultimately we work in different ways to facilitate the construction of a healthy attachment in adverse circumstances of great vulnerability and/or suffering for both baby and parents. Interventions with families in the NICU can improve maternal knowledge, sensitivity, and contingency and facilitate a better adaptation under stress. The NICU is a place for psychoeducation, diagnosis and treatment of maternal and infant mental health.*

**Key words:** Perinatal psychiatry. Neonatology. Infant mental health. Prematurity. Mother baby psychotherapy.

## INTRODUCCIÓN

La hospitalización de un recién nacido, sea debido a la prematuridad o a otras patologías, supone un estrés psíquico muy significativo para las familias que puede entorpecer o alterar el inicio del vínculo parento-filial y mediante dicho efecto incidir negativamente en el desarrollo psicomotor y afectivo posterior (Hatters Friedman *et al.*, 2013; Pierrehumbert, Nicole, Muller-Nix, Forcada-Guex, & Ansermet, 2003). Las madres y los padres de los bebés prematuros a menudo presentan altos niveles de estrés y ansiedad (Shaw, Bernard, Storfer-Isser, Rhine, & Horwitz, 2013). La capacidad de los padres de adaptarse a la situación de su bebé prematuro y la calidad de la interacción temprana es un factor crítico para el desarrollo posterior del bebé (Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger, & Muller-Nix, 2006). Es por ello fundamental sostener el establecimiento de una relación vincular sana desde la UCI neonatal. Las intervenciones tempranas centradas en la familia durante la hospitalización neonatal y en la transición al domicilio han demostrado disminuir el estrés y la depresión materna, mejorar la autoestima maternal y mejorar las interacciones tempranas entre padres y sus bebés prematuros (Browne & Talmi, 2005; Shaw *et al.*, 2013). Todavía son muy esca-

sas las intervenciones dirigidas a atender la salud mental de las familias de los recién nacidos hospitalizados en la población de nuestro entorno (González-Serrano, 2010; Tarrago Riverola, 2003).

## MÉTODO

El programa de enlace de Psiquiatría Infantil en Neonatología se inicia en el Hospital Universitario de Puerta de Hierro Majadahonda en el año 2009. El enlace con Neonatología se incluye dentro de un programa específico de Psiquiatría Perinatal (Olza Fernández & Palanca-Maresca, 2012). En un país con escasa tradición de atención psiquiátrica a bebés, como psiquiatras infantiles nos planteamos que nuestra presencia en el equipo de neonatología tenía que incluir necesariamente un trabajo de formación propia y hacia los demás profesionales, para incrementar la concienciación de todo el equipo hacia aspectos no biológicos del desarrollo. En última instancia, trabajamos de diferentes maneras para facilitar la construcción de un vínculo de apego sano en circunstancias adversas de gran vulnerabilidad y/o sufrimiento, tanto para el bebé como para sus padres. Nuestra atención se dirige a la psique del bebé hospitalizado al nacer, pero también hacia sus padres y hacia los profesionales que le atienden. Pensamos, como señala Gon-

zález Serrano que: “La función contenedora de la Unidad de Neonatología –a modo también de incubadora psíquica– debería dirigirse a los padres, sumidos en un caos emocional; a los profesionales, disociados entre sus competencias técnicas automatizadas y la intensidad de sus experiencias psíquicas internas, y al bebé prematuro, expuesto a los cuidados médicos y a las percepciones y proyecciones de padres y cuidadores” (González-Serrano, 2010).

El programa de enlace en neonatología incluye: 1) la prevención en salud mental perinatal, 2) la detección e intervención clínica en psiquiatría del lactante, 3) la coordinación y el enlace con los profesionales del equipo multidisciplinar y 4) la investigación y docencia pre y posgrado.

## RESULTADOS

A modo de sucinta descripción, en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda nacieron 3172 bebés en 2013. Un total de 383 recién nacidos precisaron ingreso en Neonatología, siendo la estancia media en la unidad de 9,2 días. En total nacieron 37 bebés de menos de 1500 g de peso y/o menores de 32 semanas en ese año. Todos los casos fueron atendidos por neonatólogos a diario, prolongando la estancia madre-hijo en Maternidad en muchos casos para evitar su ingreso en Neonatología (RN prematuros tardíos, ictericias en rango de fototerapia, etc.). En ese mismo período se cursaron 26 peticiones de Interconsulta desde Neonatología a Psiquiatría Infantil.

## DISCUSIÓN

### 1. Prevención en salud mental perinatal: filosofía de cuidados

En salud mental perinatal prevenir significa ofrecer y mantener una práctica asistencial que potencie los cuidados centrados en la familia del recién nacido. La evidencia científica que demuestra los beneficios de la no separación para la salud física y psíquica de los bebés hospitalizados es abrumadora; a pesar de ello, todavía en nuestro país existen hospitales que no permiten el libre acceso a los padres ni el acompañamiento ininterrumpido de los bebés en las Unidades de Neonatos (Pallas-Alon-

so *et al.*, 2012). Desde su apertura en 2008, la Unidad de Neonatología del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda ha funcionado basándose en los principios del modelo de Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD). Desde su inicio ha sido, por tanto, una Unidad de Puertas Abiertas a madres y padres, dando prioridad a la no separación tanto en paritorio como en neonatología. Las madres y padres son siempre bienvenidos e igualmente pueden llamar por teléfono en cualquier momento a la Unidad para preguntar por su bebé.

El modelo de Cuidados Centrados en el Desarrollo sitúa al bebé y a la familia en el centro de atención (Als, Duffy, & McAnulty, 1996). Este modelo tiene muy en cuenta el impacto que el ambiente extrauterino puede tener en los recién nacidos, sobre todo en los más prematuros. Los Cuidados Neonatales Centrados en el Desarrollo (CCD) comprenden:

a) Intervenciones dirigidas a optimizar el macro ambiente: luces, ruidos, etc., con el fin de disminuir y prevenir la sobrestimulación del SNC aún inmaduro del bebé. El bebé en la UCI Neonatal se encuentra sometido a una estimulación abrumadora, en nada similar a la que tenía en el vientre materno: acústica, lumínica, motora... Se trabaja para reducir dicha estimulación al mínimo posible.

b) Intervenciones dirigidas a optimizar el micro ambiente, como pueden ser la postura, manipulación (protocolos de manipulación mínima, escalas de dolor...). La analgesia y sedación, en los procedimientos **dolorosos**, son claves para la neuroprotección de un cerebro muy inmaduro que además atraviesa períodos críticos en su desarrollo.

c) Intervenciones sobre la familia dirigidas a facilitar al máximo su papel de cuidador principal del niño. Esto significa trabajar de forma conjunta, tanto desde enfermería como desde el resto de profesionales de la UCIn reforzando y favoreciendo el papel central de madres y padres en los cuidados del recién nacido, por muy prematuro que este sea.

En la práctica el modelo CCD conlleva además la aplicación del Método Madre Canguro, que fomenta el contacto piel con piel entre el RN prematuro y su madre lo más precoz, continuo y

prolongado posible junto con el apoyo al establecimiento de la lactancia materna. Las ventajas de este contacto prolongado en el desarrollo han sido sobradamente demostradas, minimizándose muchos de los riesgos asociados a la prematuridad (Charpak *et al.*, 2005) (Feldman, Rosenthal, & Eidelman, 2014).

Fomentar este tipo de cuidados requiere facilitar al máximo la permanencia de las familias junto a sus bebés y realizar una ingente tarea educativa: las madres y padres necesitan que se les explique hasta qué punto es necesaria su presencia y acompañamiento durante la hospitalización del bebé y que desde el hospital se facilite que esa estancia sea lo más confortable posible. En nuestro hospital, desde Psiquiatría Infantil, se coordinó la solicitud de fondos de cohesión ministeriales para la creación de una sala de padres anexa a la Unidad de Neonatología, que ha favorecido la estancia de madres y padres junto a sus bebés, junto con una propuesta de Grupo Psicoeducativo y de Apoyo a madres y padres de bebés hospitalizados en Neonatología. Este grupo se inició en junio del 2009 y se mantuvo hasta mayo 2010, con la participación de psiquiatra infantil y MIR de psiquiatría como observador y con la colaboración de voluntaria de APREM (Asociación de Padres y Madres de Bebés Prematuros). El proyecto de Grupo Psicoeducativo posteriormente dio lugar a una *Escuela de Padres* dirigida desde enfermería con la colaboración de Trabajo Social y APREM, que continúa en la actualidad y al que pueden seguir acudiendo las familias tras el alta del bebé. Este contexto también incluye la atención a hermanos y hermanas de bebés hospitalizados, a los que recientemente se ofrece además una actividad de arteterapia (atendida desde el Master en Arteterapia de la Universidad Complutense). Institucionalmente, se plantea también como objetivo de excelencia del hospital el apoyo a la lactancia materna y la humanización de la atención al nacimiento, obteniendo la acreditación IHAN que otorga UNICEF en marzo 2011. En diciembre 2010 se realizó en la Unidad un curso de formación en el método de Cuidados Centrados en el Desarrollo NIDCAP, impartido por las profesionales del Hospital Doce de Octubre de Madrid, lo que sin duda contribuyó a una mejora y una mayor sensibilidad por parte de todo el personal hacia los aspectos psicológicos y fa-

miliares de la atención al recién nacido hospitalizado. Actualmente se trabaja en un protocolo de cuidados específicos para el recién nacido que va a ser dado en adopción.

## **2) La detección e intervención clínica en psiquiatría del lactante**

La presencia del psiquiatra infantil en neonatología permite iniciar un diálogo en torno a la psique del bebé. Significa tener la mente del bebé presente, dar cabida a su vida emocional. En síntesis, tal y como señala González Serrano: “*Los profesionales tenemos como reto buscar otra mirada hacia el gran prematuro que la puramente médica centrada sobre los aspectos físicos. Ayudar a los padres a escapar del ruido de las máquinas, de los comentarios técnicos, para observar el cuerpo de su bebé y sus manifestaciones. Darle una existencia psíquica en un lugar donde es tan difícil que la haya como en un hospital. Posteriormente, ayudarles a ir descubriendo al bebé sano y vital (ideal) que deseaban tener, en una suerte de nuevo nacimiento feliz, que enriquezca su mundo representacional sobre el hijo*” (González-Serrano, 2010).

La interconsulta en Neonatología tiene como objetivos: 1) detección precoz de cuadros psicopatológicos parentales o vinculares reactivos a la hospitalización, 2) intervención directa en casos seleccionados mediante modelo de intervención en crisis o bien de observación interacción vincular y 3) ofrecer apoyo psicoeducativo a familiares.

La petición de interconsulta surge de observaciones realizadas tanto por los neonatólogos como por personal de enfermería y más raramente a petición familiar. Las madres y los padres de los recién nacidos gravemente enfermos padecen estrés, ansiedad, depresión, lo que genera a su vez morbilidad en toda la familia, aunque son muy pocos los programas específicos para ellos (Shaw *et al.*, 2013). La mayoría de las veces la intervención comienza con entrevista inicial en la que se hace una reconstrucción de lo vivido en los últimos días del embarazo y en el parto, que a menudo ha sido altamente traumático (Creedy, Shochet, & Horsfall, 2000). Para las madres que han tenido un parto traumático relatar su historia permite poder comenzar a elaborar las pérdidas sucesivas: el final del embarazo, el parto soñado, el bebé sa-

---

no a término o incluso la lactancia (Gamble *et al.*, 2005; Gamble & Creedy, 2009). Nombrar las pérdidas permite comenzar a elaborar los respectivos duelos. Con frecuencia en esa primera entrevista se detecta que las madres cumplen diagnóstico de trastorno de trauma agudo, lo que requiere un plan de tratamiento específico. El trauma del parto a menudo genera dificultades en el inicio del vínculo y en la lactancia (Beck & Watson, 2008).

La mayoría de las intervenciones son psicoterapéuticas de breve duración, en ocasiones acompañadas de tratamiento ansiolítico de forma puntual. Una vez realizada la valoración materna y paterna se realiza una observación directa de la interacción con el recién nacido, que puede realizarse a lo largo de varias sesiones de acompañamiento en la UCIn. La intervención directa en casos seleccionados se lleva a cabo siguiendo un modelo de intervención en crisis o bien de observación guiada de la interacción vincular (Pérez-Mínguez, 2001). La muerte perinatal también es una realidad que hay que acompañar en la UCIn. En ocasiones hay familias que han perdido un bebé al que le sobrevive un mellizo-a prematuro, son casos que requieren una atención al duelo sumamente delicada y compleja, a la vez que a la formación del vínculo con el superviviente.

La intervención en neonatología generalmente incluye los siguientes aspectos, no necesariamente secuenciales en el tiempo, y en los que participa todo el equipo de diferentes formas:

**1. Facilitar la interacción guiando en el desarrollo.** Supone facilitar información sobre el desarrollo evolutivo normal. Hay que observar y luego mostrar las habilidades propias y únicas de cada bebé, fomentando interés, competencia, respuesta. Requiere observar y valorar sus capacidades, para señalarlas, pudiéndose idealmente utilizar instrumentos de evaluación como la NBAS (Escala de Brazelton). Es preciso hacer comentarios y observaciones del bebé y animar a los padres a hacer lo mismo. Las psiquiatras podemos, observando a madre y bebé juntos, apoyar las habilidades del bebé, “pensando juntos”, identificando su satisfacción, sus necesidades o deseos y facilitando que las madres y padres reconozcan sus propias competencias parentales, reforzando siempre todo lo positivo que se observe.

**2. Valoramos** la interacción. Esto se hace poniendo al bebé en el centro de la intervención, pidiendo y escuchando las observaciones y preocupaciones de los padres y facilitando oportunidades de interacción entre madre y bebé. Procuramos permanecer atentos y disponibles emocionalmente, invitando a los padres a liderar la entrevista, reforzando las interacciones positivas de los padres y las respuestas de los bebés. En la observación de interacciones padres-bebé se puede utilizar una técnica “etológica”, es decir, que va más allá de las palabras y el lenguaje, observa señales y respuestas, la proximidad corporal (“danza interactiva”), la conducta instintiva, el involucramiento emocional, las expresiones faciales, respiración, etc.

**3. Conocer al bebé.** Se trata de hablar CON y POR el bebé. Una de las premisas básicas es dirigirse siempre al bebé, hablarle cada vez que se vaya a realizar una intervención o un procedimiento y animar a madres y padres a dirigirse a su hijo o hija igualmente. Además se realiza una valoración de las actitudes relacionales del lactante, observando sus grados de bienestar respecto al adulto y sus niveles de conciencia: soñación, estable, regulándose, estrés. También del adulto, que puede tener diferentes grados de sensibilidad respecto al niño, observando su contingencia, adecuación, empatía, etc. Desde ese conocimiento estamos atentas a signos precoces de psicopatología del lactante: llanto excesivo, irritabilidad, problemas en la alimentación o en el sueño, disociación, evolución tórpida. En este conocimiento las observaciones del personal de enfermería son sumamente valiosas.

**4. Basándonos en el Método Esther Bick de Observación de Lactantes (Waddell, 2006),** también reconocemos la **importancia de las emociones** del observador, en este caso nosotras mismas. Desde este enfoque el entrevistador trata de identificarse empáticamente con el bebé: ¿cómo se sentiría si él fuera este bebé? También se “pone en el lugar” de cada uno de los progenitores, mientras presta atención a la semiología de los síntomas que se le presentan (duración, intensidad, gravedad, etc). Por último, se pregunta reflexivamente, ¿qué está sintiendo el evaluador ante la situación?

5. Para la evaluación del bebé llevamos a cabo una observación e *interacción directa con él o la bebé*. El bebé comunica y nos “habla”: con su cuerpo y movimientos, expresando sus emociones y por interacciones con otras personas y su entorno. Hay que observar su estado de ánimo, si pone atención y mira a los ojos. Debe en algún momento intentarse interactuar directamente con el lactante. Se observan sus reflejos, la calidad de sus movimientos finos y gruesos, su reacción a los estímulos sensoriales (visuales, auditivos, táctiles, vestibulares, etc.), así como su uso del “lenguaje” y si tiene capacidad de reciprocidad social. En ocasiones observamos al bebé durante las manipulaciones a las que es sometido por el personal médico o de enfermería. Ofrecemos un *feedback* al equipo sobre las respuestas del bebé a lo largo de los procedimientos, estas observaciones también suponen una contención psíquica no solo para los progenitores, sino para todo el staff, como veremos más adelante. Otro momento especialmente importante para la observación es la alimentación del bebé, así como los momentos del baño.

**La intervención casi siempre se realiza desde técnicas de psicoterapia madre-bebé.** Desde la relación terapéutica exploramos los pensamientos y sentimientos maternos hacia el bebé, la responsabilidad del cuidado, el pasado y el futuro. Escuchamos la historia materna de abandonos, pérdidas, separaciones, duelos, cómo afectan a su relación con el bebé, a su salud mental y emocional, y a la interacción. Intervenimos favoreciendo la expresión de conflictos, conteniendo, afirmando, sosteniendo, permaneciendo disponibles emocionalmente, con curiosidad, abiertos, reflejando con empatía. Trabajamos siempre centrándonos en el desarrollo emocional y en el relacional, centrándonos en relaciones, pasadas y presentes, permitiendo la expresión de conflictos y sentimientos, desde la integración de diversos marcos teóricos. En ocasiones utilizamos herramientas como la video filmación de la interacción madre bebé (Pérez-Mínguez, 2001) que permiten un *feedback* terapéutico a las madres, técnica que está demostrando su eficacia en casos de psicopatología maternal puerperal (Bilszta, Buist, Wang, & Zulkefli, 2012; Kenny, Conroy, Pariante, Se-neviratne, & Pawlby, 2013).

En algunos casos, la intervención en Neonatología se continúa al alta con la derivación a consulta de Psiquiatría Infantil, especializada en Trastorno Mental Precoz (0-3) cuando se prevea una cronicidad psicopatológica, tanto infantil como maternal. Los grandes prematuros tienen un riesgo tres veces mayor de presentar trastornos psiquiátricos a la edad de 7 años, siendo lo más frecuente los trastornos de ansiedad y el TDAH y los Trastornos del Espectro Autista o TEA (Treyvaud *et al.*, 2013). Los trastornos tempranos de la alimentación también son relativamente frecuentes en esta población y motivo de seguimiento en nuestra consulta de psiquiatría infantil.

### **3) La coordinación y el enlace con los profesionales del equipo multidisciplinar**

El staff de la UCIn también se beneficia del apoyo psiquiátrico. Los profesionales sostienen una gran presión. Dados sus vínculos con los bebés que cuidan, a menudo pueden tener que afrontar duelos (Friedman, Kessler, & Martín, 2009). Hay diversos modelos de enlace en UCIs neonatales (Boris & Abraham, 1999). En general, en la UCI neonatal el psiquiatra puede desarrollar un importante rol en la comunicación entre familias y staff, conteniendo y disminuyendo las angustias de ambas partes (Prasad, 1984). Entre las características del trabajo de psiquiatría en neonatología, Prasad describe que necesariamente el psiquiatra debe de tolerar altos niveles de ansiedad para tolerar las frecuentes apariciones de graves problemas médicos. El psiquiatra puede hacer de traductor, las familias a veces reciben información de diversas fuentes: enfermería, médicos... y les cuesta procesarla. Por su ansiedad, a los padres les cuesta comprender la información y es frecuente que la distorsionen; el papel del psiquiatra ahí puede ser crucial (Prasad, 1984).

El enlace con neonatólogos y personal de enfermería se estructura en torno a la participación semanal en pase de Neonatología. Además participamos en el comité de perinatología, con frecuencia quincenal, donde también participan obstetras, anatomopatólogos, radiólogos, microbiólogos, etc.

### **4) Investigación y docencia**

La actividad investigadora se ha traducido en

dos líneas principales. En primer lugar, la creación de un grupo de trabajo sobre neurobiología del apego, formado por psiquiatras infantiles, neonatólogos, obstetras, matronas y enfermeras (Olza Fernández, Marín Gabriel, López Sánchez, & Malalana Martínez, 2011). Y en segundo lugar, un programa específico en desarrollo de seguimiento conjunto neonatal en casos de lactancia en los que la madre toma psicofármacos (Marín Gabriel, Olza Fernández, Donoso, & Gutiérrez Cruz, 2011).

La docencia incluye pre y posgrado. Además, desde psiquiatría infantil, se participa en toda una serie de actividades docentes destinadas a todos los profesionales sanitarios del hospital y del área, que en el contexto de la promoción de la lactancia materna incluyen la formación sobre el inicio del vínculo, su importancia en la salud mental y el fomento de los cuidados a las familias en el inicio de la vida. Desde psiquiatría perinatal se ha participado en la docencia en más de veinte cursos de lactancia materna a profesionales del hospital y del área sanitaria, centrándonos en los temas relacionados con la construcción del vínculo materno filial, así como la psicopatología del puerperio.

## CONCLUSIONES

La etapa perinatal es un “período crítico” en que las familias están más sensibles a las sugerencias y opiniones del personal de salud. De hecho, el tener un hijo(a) es un momento “encrucijada” que a veces puede cambiar la vida del adulto, que había venido teniendo problemas psicosociales, hacia un curso más favorable (Maldonado-Durán, J.M., Saucedo-García, J.M., Lartigue, T., Karacostas V, 2000); pero también es un período de alto riesgo para el inicio de un patrón alterado de apego, y posterior vínculo afectivo, que condiciona el desarrollo posterior del recién nacido.

Las intervenciones con familias en la UCIn pueden mejorar el conocimiento materno, la sensibilidad, la contingencia y una mejor adaptación al estrés (Browne & Talmi, 2005). La UCIn es, por tanto, un lugar para la psicoeducación, el diagnóstico y el tratamiento de la salud mental maternal y paternal (Maldonado-Durán, González-Cabello, Cárdenas-Zetina, Saucedo-García, & Jasso-Gutiérrez, 1993).

La experiencia de nuestro programa es en su conjunto favorable, siendo valorado positivamente por las familias y el staff. No obstante, pensamos, es preciso continuar profundizando e investigando en salud mental perinatal, así como evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas de forma sistemática, algo que no siempre nos es posible debido a la escasez de recursos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Als, H., Duffy, F.H., & McAnulty, G.B.** (1996). Effectiveness of individualized neurodevelopmental care in the newborn intensive care unit (NICU). *Acta Paediatrica* (Oslo, Norway: 1992). Supplement, 416: 21-30.
2. **Beck, C.T., & Watson, S.** (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding: A tale of two pathways. *Nursing Research*, 57(4):228-236.
3. **Bilszta, J.L., Buist, A.E., Wang, F., & Zulkofli, N.R.** (2012). Use of video feedback intervention in an inpatient perinatal psychiatric setting to improve maternal parenting. *Archives of Women's Mental Health*, 15(4): 249-257.
4. **Boris, N.W., & Abraham, J.** (1999). Psychiatric consultation to the neonatal intensive care unit: Liaison matters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10): 1310-1312.
5. **Browne, J.V., & Talmi, A.** (2005). Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the neonatal intensive care unit. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(8): 667-677.
6. **Charpak, N., Ruiz, J.G., Zupan, J., Cattaneo, A., Figueroa, Z., Tessier, R., et al.** (2005). Kangaroo mother care: 25 years after. *Acta Paediatrica* (Oslo, Norway : 1992), 94(5): 514-522.
7. **Creedy, D.K., Shochet, I.M., & Horsfall, J.** (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth* (Berkeley, Calif.), 27(2): 104-111.
8. **Feldman, R., Rosenthal, Z., & Eidelman, A.I.** (2014). Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biological Psychiatry*, 75(1): 56-64.
9. **Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Muller-Nix, C.** (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118(1): e107-14.
10. **Friedman, S.H., Kessler, R.A., & Martin, R.**

- (2009). Psychiatric help for caregivers of infants in neonatal intensive care. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 60(4): 554.
11. **Gamble, J., Creedy, D., Moyle, W., Webster, J., McAllister, M., & Dickson, P.** (2005). Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: A randomized controlled trial. *Birth* (Berkeley, Calif.), 32(1): 11-19.
  12. **Gamble, J., & Creedy, D.K.** (2009). A counseling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery*, 25(2): e21-30.
  13. **González-Serrano, F.** (2010). Nacer de nuevo: La crianza de los niños prematuros: aspectos evolutivos, atención y acompañamiento al bebé y la familia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente*, 49 (133-152).
  14. **Hatters Friedman, S., Kessler, A., Nagle Yang, S., Parsons, S., Friedman, H., & Martín, R.J.** (2013). Delivering perinatal psychiatric services in the neonatal intensive care unit. *Acta Paediatrica* (Oslo, Norway: 1992), 102(9): e 392-7.
  15. **Kenny, M., Conroy, S., Pariente, C M., Seneviratne, G., & Pawlby, S.** (2013). Mother-infant interaction in mother and baby unit patients: Before and after treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 47(9): 1192-1198.
  16. **Maldonado-Durán, J.M., Saucedo-García, J.M., Lartigue, T., Karacostas V.** (2000). La salud mental del bebé. *Nuevas evidencias. Salud Mental*, 25(6): 59-67.
  17. **Maldonado-Durán, J.M., González-Cabello, H., Cárdenas-Zetina, J.A., Saucedo-García, J.M., & Jasso-Gutiérrez, L.** (1993). Liaison psychiatry at a neonatal intensive care unit. Interphase between psychiatry of the infant and neonatology. [Psiquiatría de enlace en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Interfase entre la psiquiatría del lactante y la neonatología] *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 50(10): 754-759.
  18. **Marín Gabriel, M.A., Olza Fernández, I., Donoso, E., & Gutiérrez Cruz, N.** (2011). Lithium and artificial breastmilk; or is maternal breastfeeding better? [Litio y lactancia artificial... inverted question marko mejor lactancia materna?] *Anales De Pediatría* (Barcelona, Spain: 2003), 75(1): 67-68.
  19. **Olza Fernández, I., Marín Gabriel, M.A., López Sánchez, F., & Malalana Martínez, A.** (2011). Oxitocina y autismo: Una hipótesis para investigar. ¿La alteración de la producción de oxitocina endógena en torno al parto puede estar involucrada en la etiología del autismo? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(1): 38-41.
  20. **Olza Fernández, I., & Palanca-Maresca, I.** (2012). La experiencia del programa de psiquiatría perinatal en el Hospital Puerta de Hierro Majadahonda. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 101: 55-64.
  21. **Pallas-Alonso, C.R., Losacco, V., Maraschini, A., Greisen, G., Pierrat, V., Warren, I., et al.** (2012). Parental involvement and kangaroo care in european neonatal intensive care units: A policy survey in eight countries. *Pediatric Critical Care Medicine: A Journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 13(5): 568-577.
  22. **Pérez-Mínguez, C.** (2001). Intervención psicológica en una unidad de neonatología con un recién nacido que no adquirió peso. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente*, 31-32: 101-114.
  23. **Pierrehumbert, B., Nicole, A., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., & Ansermet, F.** (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: Implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 88(5): F400-4.
  24. **Prasad, A.** (1984). The role of a liaison psychiatrist in a neonatal intensive care unit. *Indian Journal of Psychiatry*, 26(1): 79-81.
  25. **Shaw, R.J., Bernard, R.S., Storfer-Isser, A., Rhine, W., & Horwitz, S.M.** (2013). Parental coping in the neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(2): 135-142.
  26. **Shaw, R.J., St John, N., Lilo, E.A., Jo, B., Benitz, W., Stevenson, D.K., et al.** (2013). Prevention of traumatic stress in mothers with preterm infants: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 132(4): e886-94.
  27. **Tarrago Riverola, R.** (2003). Intervenciones psicoterapéuticas en un servicio de neonatología. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente*, 35-36: 169-181.
  28. **Treyvaud, K., Ure, A., Doyle, L.W., Lee, K.J., Rogers, C.E., Kidokoro, H., et al.** (2013). Psychiatric outcomes at age seven for very preterm children: Rates and predictors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 54(7): 772-779.
  29. **Waddell, M.** (2006). Infant observation in Britain: The Tavistock approach. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 87(Pt 4): 1103-1120.