

Curso online

Psiquiatría perinatal

Aplicaciones para la atención psiquiátrica en la gestación, parto y puerperio



**Dirigido por
Ibone Olza**

inscripciones abiertas
saludmentalperinatal.es



Instituto Europeo de
Salud Mental Perinatal



El recién nacido.
El bebé hospitalizado.
Introducción a la psicopatología
del lactante

IBONE OLZA





1. El recién nacido y el bebé: exterogestación, sincronía, lactancia y construcción del vínculo.
2. Bebé hospitalizado:
 - Prematuridad, complicaciones obstétricas, enf. raras, sd. abstinencia, etc
 - Cuidados centrados en la familia, método madre canguro, NIDCAP
 - Psiquiatría perinatal en Neonatología
3. Introducción a la psicopatología del lactante
 - Principios en salud mental del lactante
 - Principales clasificaciones trastornos:
 - tr. Interacción y vínculo temprano
 - Tr alimentación
 - T.E.A.
 - Sd abstinencia etc



1. El/la recién nacido/a





Impronta

- La madre no solo tiene los niveles de oxitocina muy altos, también los de estrógenos, endorfinas, progesterona, factor liberador de corticotropina y cortisol. Los niveles altos de estrógenos y progesterona aumentan la actividad de los receptores de oxitocina.
- En el recién nacido los niveles de catecolaminas son muy altos.
- **Periodo sensitivo:** escenario neuroendocrino, habilidad única para “aprender a formar recuerdos”.
- **Sincronía puerperal:** lactancia y contacto corporal estrecho.





PERIODO SENSITIVO E IMPRONTA



Las madres que tuvieron contacto temprano piel con piel (en la primera hora de vida) con sus bebés son más sensibles con sus hijos **un año más tarde** y que la **diada funcionaba de manera más recíproca y mutua** (Bystrova 2009 y otros)



Recién nacido

- 15-20% tiempo en alerta tranquila
- 65% de veces madres interactúan en esos periodos:

mirando a los ojos

Habla “motherese”

Acariciando

Los recién nacidos mueven extremidades de forma sincronizada

Predictibilidad: crucial para el self.

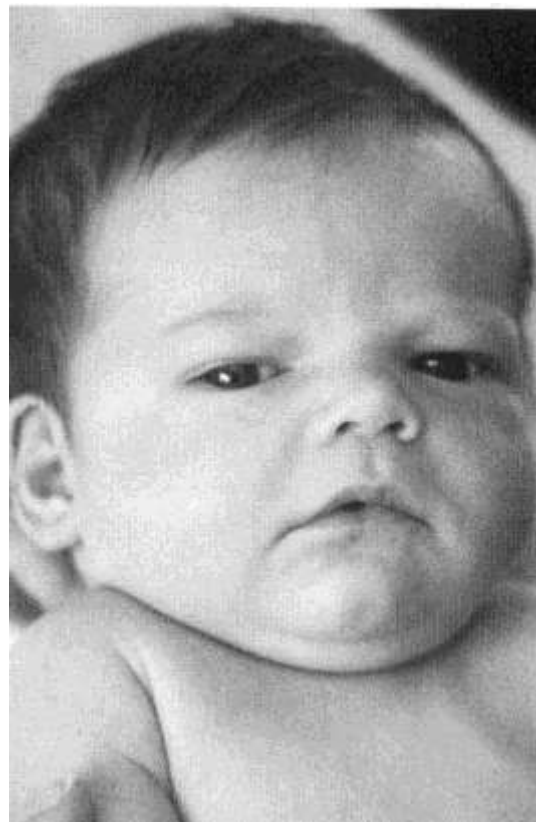
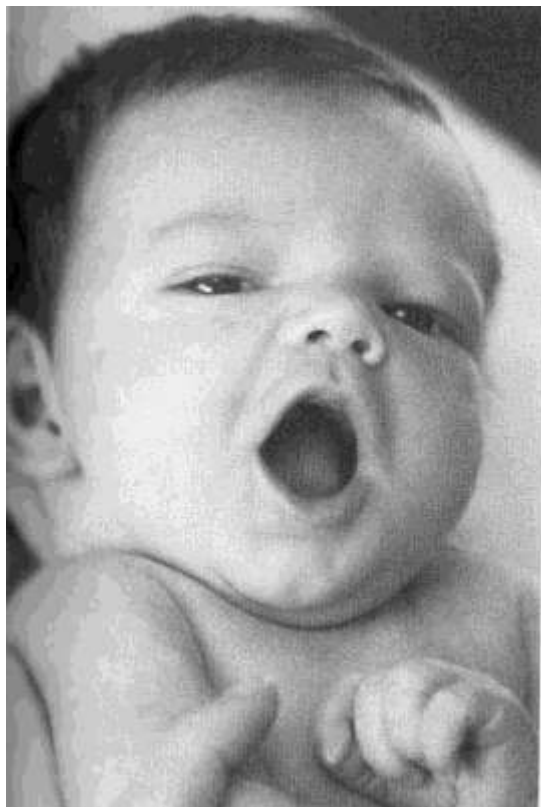
Todo mediado por oxitocina





Neuronas espejo







Diada: Sistema de Interacción Recíproca. Microanálisis

1. El bebé, al imitar, siente lo que siente la madre (Expresiones universales, Paul Ekman.)
2. En la interacción repetida se va construyendo la expectativa
3. Ambas partes se autorregulan y se regulan mutuamente





Memoria de los bebés

1. Las capacidades perceptivas de los bebés
2. Neuronas espejo
3. Memoria de los bebés
 - **IMPLICITA**. Memorias tempranas se forman antes de que se desarrolle el pensamiento simbólico, así que se codifican como memorias emocionales y motoras, que dependen del estado o del ánimo, patrones físicos y procesos del self con los demás.
4. Conexión cuerpo mente
5. Sistema del miedo, efecto en la memoria.



CONSTRUCCIÓN APEGO

Regulación madre-bebé
de las emociones



autorregulación afectiva



perfeccionamiento
de la autorregulación
= desarrollo normal



(Shore A, 2005)



NEUROBIOLOGIA DEL APEGO.

(VARGAS Y CHASKEL, 2007)

- Existe una correlación directa de la teoría del apego, no solamente con el desarrollo neuronal del lactante sino tb con cambios en los sistemas neuroendocrinos de la madre, que permiten, finalmente la iniciación del vínculo entre ambos y la formación del proceso de apego.
- Las alteraciones de este proceso, desde la relación y el contacto con el medio externo, generan **alteraciones neuroanatómicas que predisponen a las diferentes patologías mentales**
- La **oxitocina (OT)** y la **vasopresina (ADH)** : neuromoduladores y memorizadores de las diferentes conductas de la madre, la cría y el medio externo



SINCRONIA (Ruth Feldman)

- Interacción es concurrente, secuencial, organizada
- Marcadores biológico oscilantes o rítmicos
 - Reloj biológico
 - Marcapasos cardiaco
- Inicio desarrollo capacidad de intimar, empatía, teoría de la mente.
- **BIOLOGIA COMPARTIDA EN LA DIADA**





NEUROBIOLOGIA DEL APEGO

- Aprender a comunicar estados emocionales es esencial para el desarrollo
- Sincronía homeostasis madre bebé mediante intimidad corporal: regulación mutua de sistemas vitales endocrinos, autonómicos, y SNC
 - Sincronización térmica, latido cardiaco, respiración, sueño-vigilia. SUPRESION VAGAL
 - Regulada por hemisferio derecho, crece antes que el izdo (0-2años). Sistema límbico del lactante, mielinización 18 m





The Time Line of Synchrony

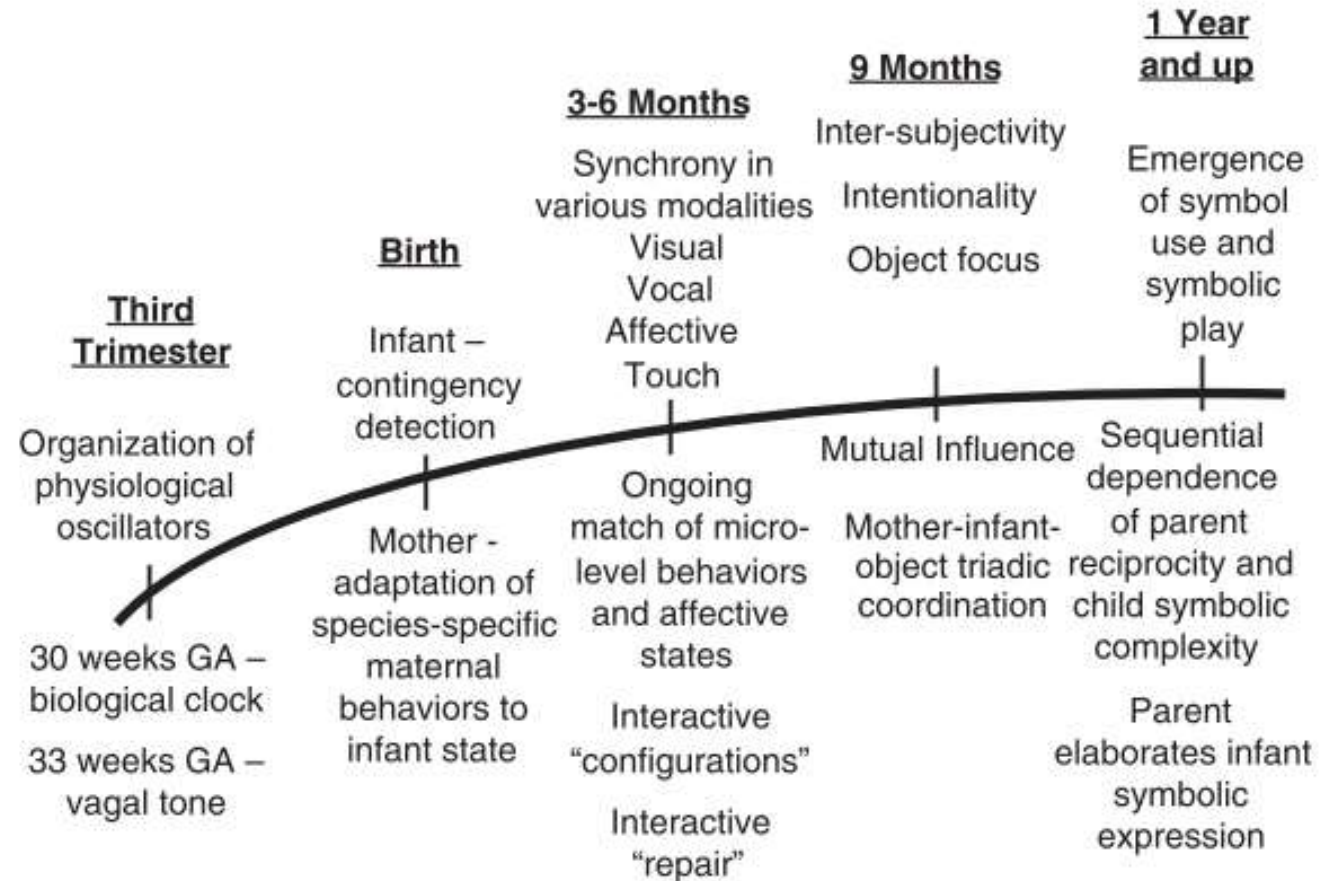
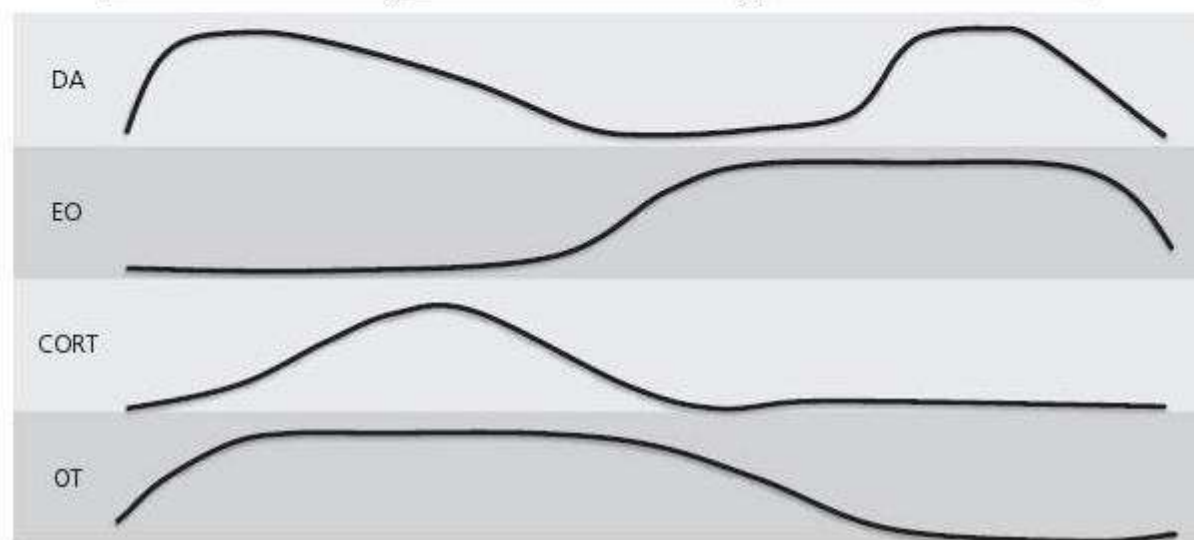
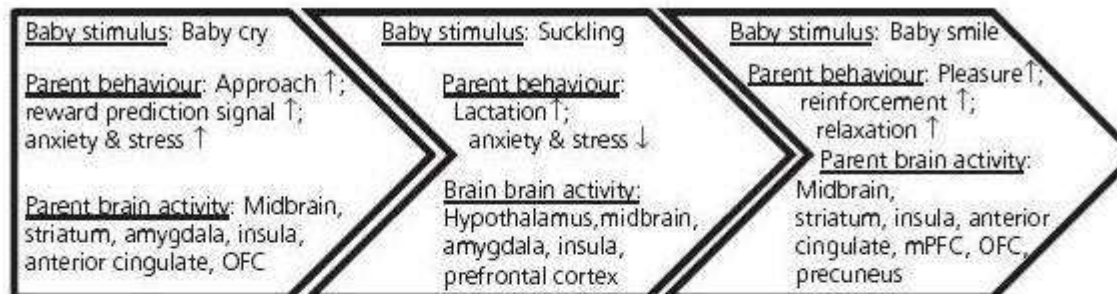


Figure 1 The time-line of synchrony across the first year



- DA: dopamina EO: opioides endógenos CORT: Cortisol OT: oxitocina

Neuroendocrinología conducta parental. Swain et al, 2011



CAMBIO DE PARADIGMA. Allan Schore.

1. Desarrollo hemisferio derecho

- Es el hemisferio dominante en los tres primeros años de vida
- Crecimiento máximo del hemisferio derecho antes de los dos años: muy influenciado por las relaciones de apego
- Central en el desarrollo del autoconcepto emocional y de la consciencia corporal





2. De la cognición a la emoción

- Comunicación emocional.
- El desarrollo emocional es previo al cognitivo (y le afecta profundamente)
- Neurociencia de la afectividad: estudio del desarrollo del hemisferio derecho
- Interés por el sistema límbico encargado de procesar las emociones





3. Concepto de autorregulación

- La relación de apego es crucial porque facilita el desarrollo de los mecanismos de autorregulación cerebral
- Estos mecanismos están en hemisferio derecho
 - apego = regulación diádica de la emoción
- Conseguir la autorregulación emocional es un logro madurativo central
- El desarrollo normal representa la potenciación de la autorregulación





3. Concepto de autorregulación

- Las emociones son la expresión directa más elevada de la biorregulación de los organismos complejos
- La maduración de los mecanismos neurales implicados en la autorregulación depende de la experiencia
- **Estas experiencias afectivas críticas son las de la relación de apego**



Teoría de la regulación AFECTIVA

- Interacción es el mecanismo básico. Dos procesos:
 - **Sincronización afectiva**
 - Sensibilidad materna: actual como organizador externo de la regulación bioconductual del lactante
 - Interacción en espejo, amplificación
 - **Reparación: la importancia del consuelo** (reparación tras desajuste o experiencia negativa es fundamental). Desarrolla la resiliencia
- La regulación conlleva **la amplificación de la emoción positiva**, necesaria para una organización más compleja. Sentimientos de seguridad y curiosidad



Interacción sensible

=

CONSTRUCCIÓN DEL VINCULO

- Respuesta inmediata
- Consuelo
- Amplificación estados positivos
- **Regulación materna de estados afectivos del bebé para posteriormente llegar a la autorregulación**
- Pasa por la construcción de la base segura
- Modelos operativos internos “expectativa” que va construyendo el bebe

• -...madre **SUFICIENTEMENTE** buena



FISIOLOGIA: EXTERO GESTACIÓN BIOLOGIA COMPARTIDA EN LA DIADA

- La **exterogestacion** como concepto parte de un modelo evolutivo que sugiere que debido a la bipedestación y el tamaño cerebral los humanos nacidos a término nacen inmaduros y esperan contacto con su madre permanente y lactancia **frecuente como su hábitat** durante los primeros 9 meses de vida.
- Además de la lactancia, la succión frecuente produce otros beneficios, como son el efecto calmante y el alivio del dolor
- CONTACTO ESTRECHO PROLONGADO
- BRAZOS
- LACTANCIA A DEMANDA
- INTERACCION SENSIBLE







- **Psicofisiología del posparto:**

- Exterogestación
- lactancia
- + Sincronía
- Contacto CORPORAL ESTRECHO
- Memorias

- **Favorecen o Interfieren:**

- Psicología maternal:
 - transmisión intergeneracional del apego
 - Trauma, duelo, depresión
- Psicología paternal
- Aspectos culturales y sociales ++++





Cuidados en posparto inmediato

- No separar
- Contacto piel con piel
- No lavar
- Lactancia



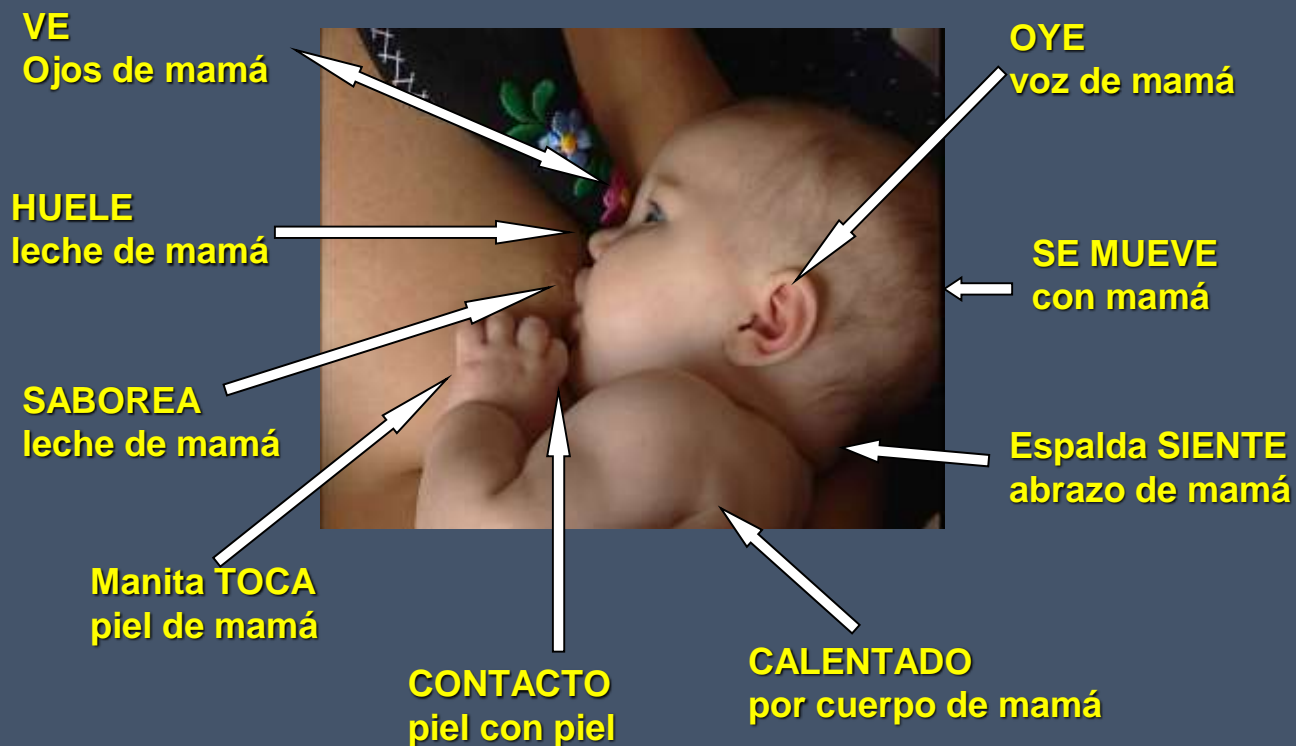


Una especie de invernadero invisible

AMAMANTAR
=
PROGRAMAR



SENSACIONES QUE PROGRAMAN EL CEREBRO



Slide from JILL BERGMAN



Lactancia materna y desarrollo sustancia blanca cerebral.

- Deoni SC, Dean DC 3rd, Piryatinsky I, et al. Breastfeeding and early white matter development: A cross-sectional study. *Neuroimage*. 2013;82:77-86
- Bauer CE, Lewis JW, Brefczynski-Lewis J, et al. Breastfeeding Duration Is Associated with Regional, but Not Global, Differences in White Matter Tracts. *Brain Sci*. 2019;10(1):19. Published 2019 Dec 30.



Breastfeeding and early white matter development: A cross-sectional study

Sean C.L. Deoni ^{a,*}, Douglas C. Dean III ^a, Irene Piryatinsky ^{a,b}, Jonathan O'Muircheartaigh ^{a,c}, Nicole Waskiewicz ^a, Katie Lehman ^a, Michelle Han ^a, Holly Dirks ^a

^a Advanced Baby Imaging Lab, School of Engineering, Brown University, Providence, RI 02912, USA

^b Department of Human Behavior and Psychiatric, Warren Alpert Medical School, Brown University, Providence, RI 02912, USA

^c Department of Neuroimaging, King's College London, Institute of Psychiatry, Delaware Crescent, London SE5 8AF, United Kingdom

ARTICLE INFO

Article history:
Accepted 17 May 2013
Available online xxx

Keywords:
Brain development
Breastfeeding
Myelin maturation
White matter development
Infant imaging
Myelin
Myelin water fraction
Magnetic resonance imaging

ABSTRACT

Does breastfeeding alter early brain development? The prevailing consensus from large epidemiological studies posits that early exclusive breastfeeding is associated with improved measures of IQ and cognitive functioning in later childhood and adolescence. Prior morphometric brain imaging studies support these findings, revealing increased white matter and sub-cortical gray matter volume, and parietal lobe cortical thickness, associated with IQ, in adolescents who were breastfed as infants compared to those who were exclusively formula-fed. Yet it remains unknown when these structural differences first manifest and when developmental differences that predict later performance improvements can be detected. In this study, we used quiet magnetic resonance imaging (MRI) scans to compare measures of white matter microstructure (mDESPOT measures of myelin water fraction) in 133 healthy children from 10 months through 4 years of age, who were either exclusively breastfed a minimum of 3 months; exclusively formula-fed; or received a mixture of breast milk and formula. We also examined the relationship between breastfeeding duration and white matter microstructure. Breastfed children exhibited increased white matter development in later maturing frontal and association brain regions. Positive relationships between white matter microstructure



LACTANCIA MATERNA ES LA HERRAMIENTA FISIOLÓGICA DEL VINCULO





APLICACIONES PRACTICAS DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE EL APEGO

Fomentar el alojamiento conjunto desde el nacimiento

Explorar al bebé sobre la madre

Dar tiempo a que encuentre el pecho por si solo

No bañar al bebé favorece que no se pierda calor corporal y previene la desorientación olfatoria del bebé

Favorecer el contacto piel con piel

- disminuye el estrés
- disminuye la tensión arterial
- estabiliza los niveles de glucosa en sangre
- es un analgésico
- ayuda a la autorregulación neuroconductual
- se estabilizan la temperatura y la respiración



CRIANZA FISIOLÓGICA

- Como dar un biberón
- Contacto estrecho madre bebé primeros dieciocho meses-dos años:
 - Portabebés
 - Colecho
 - Implicaciones cuidados niños adoptados
- Cuidado sensible y responsable: Hablar con los bebés
- Las necesidades del recién nacido son simples: comida, sueño, confort e interacción social.
- **El cuidado fisiológico no es la norma en la sociedad occidental**

Como dar un biberón (A.P.I.)

- Observa las conductas de la lactancia materna e imitarlas con el biberón:
 - Ten al bebé en brazos siempre, sujetando el biberón sobre el pecho
 - Mírale a los ojos, háblale despacio y con cariño
 - Cambia de lado cada toma
 - Aliméntale a demanda y evita los horarios rígidos
 - Valorar que solo la madre le de biberón al bebe
 - Los chupetes satisfacen la necesidad de succión. Siempre que le des el chupete ten al bebe en brazos
 - Asegura que siempre que le des el biberón o el chupete este en brazos y recibiendo atención individual, para que no se conviertan en un sustituto (objeto transicional)
 - Quítale el biberón de la misma manera que se hace el destete

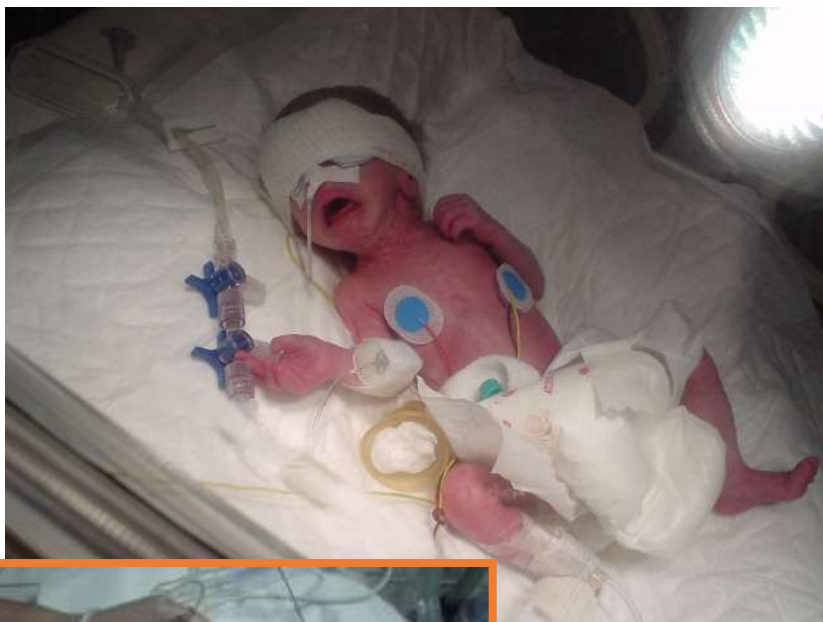




2. Bebé hospitalizado

- . prematuridad
- . complicaciones del parto
- . síndromes de abstinencia
- . enfermedades raras
- . cuidados paliativos





ANTIGUAMENTE:

El bebé en la UCI Neonatal

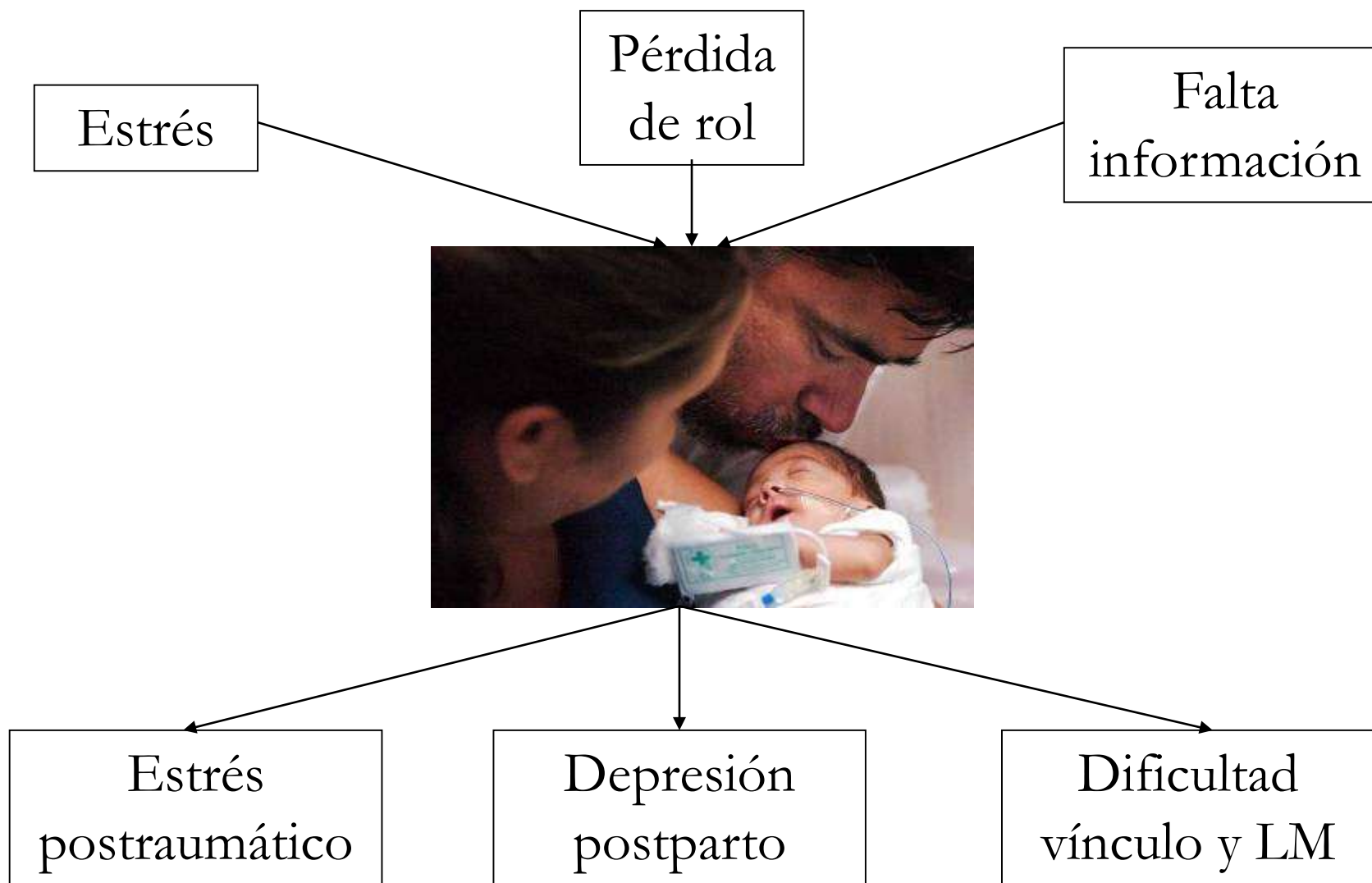
- Estimulación ABRUMADORA: ruidos, luz, motora, vestib.
- Procedimientos dolorosos
- Respuestas no contingentes: No rpta al llanto / calmarlo
- Falta de contención
- Múltiples personas
- Deprivación experiencias normales



HUMANIZACION UCIs NEONATALES

- Cuidados Centrados en Desarrollo y en la familia
- METODO MADRE CANGURO
- NIDCAPP
- **TODO SUMA**

Se entiende por *Cuidados Centrados en la Familia* un nuevo enfoque en el manejo del niño que precisa de cuidados especiales en las unidades neonatales [1]. El núcleo de esta nueva filosofía se basa en un cambio de actitud, reconociendo a la familia como referencia permanente en la vida del niño incluso durante su hospitalización. Los miembros de la familia se implican en sus cuidados, forman parte prioritaria de los mismos y participan en las decisiones respecto a su hijo. Como padres son sus cuidadores naturales y por tanto deberían formar parte del equipo de cuidadores; si se les ofrece el soporte apropiado, ellos serán un apoyo muy valioso para el niño y para el equipo de profesionales.





Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months.

Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A, Moessinger A, Muller-Nix C. Pediatrics. 2006 Jul;118(1):e107-14

- La capacidad que muestren los padres para ajustarse a la situación del nacimiento prematuro y la calidad de la relación parental – bebé temprana son aspectos críticos para el desarrollo posterior del lactante y de sus capacidades
- La aplicación clínica más importante de este estudio es la necesidad de sosener el desarrollo de una relación saludable padres-bebé, desde la UCIn y en los meses siguientes
- Early individualized family-based interventions during neonatal hospitalization and transition to home have been shown to reduce maternal stress and depression and increase maternal self-esteem and to improve positive early parent-preterm infant interactions.



CUIDADOS CENTRADOS DESARROLLO Y FAMILIA

Macroambiente

Canguro

**CUIDADOS
CENTRADOS
DESARROLLO**

Dolor

Padres



Piel con piel





NIDCAP



Boston Children's Hospital
RESEARCH + INNOVATION

ABOUT US RESEARCH INNOVATION PARTNERSHIPS NEWS



RESEARCH

RESEARCH + INNOVATION > RESEARCH > RESEARCHERS > HEIDELISE ALS, PHD

Heidelise Als, PhD



Lab:	Als Laboratory
Department:	Psychiatry
Division:	Psychology Research
Hospital Title:	Director, Neurobehavioral Infant and Child Studies
Academic Title:	Professor of Psychology, Harvard Medical School
Research Focus Area:	Newborn Neurodevelopmental Assessment and Intervention
Contact:	617-355-8249

RELATED LABORATORY



ALS LABORATORY

N Newborn
I Individualized
D Developmental
C Care and
A Assessment
P Program



El NIDCAP persigue

- 1.- Proporcionar cuidados terapéuticos apropiados para prevenir que el cerebro sea dañado por una estimulación inadecuada
- 2.- Ayudar a Conservar energía para el crecimiento, reduciendo las actividades enérgicas.
- 3.- Que las experiencias diarias lo ayuden en su desarrollo normal
- 4.- Reducir las interrupciones del sueño.



El NIDCAP persigue

5.-Pensar en un cuidado individualizado del niño y su familia

6- Adecuar el ambiente.

7-Observar y pensar antes de actuar.

8.-Tener muy presente el dolor.

9- Mejorar la alimentación, promoviendo la lactancia materna, y mejorando la digestión a través de un buen ritmo y una buena posición



Capacidad para observación del comportamiento del RN: **observaciones sistemáticas**

Resultados de las observaciones:

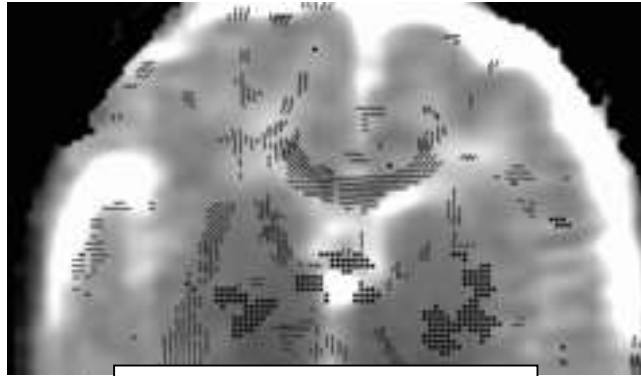
- 1.-Estructuración del entorno
- 2.-Organizar intervenciones médicas/enfermería
- 3.-Apoyo y contención de los padres
- 4.-Coordinación con otros especialistas

HOJA DE OBSERVACION Nombre: _____ Fecha: _____ Hoja Nº: _____

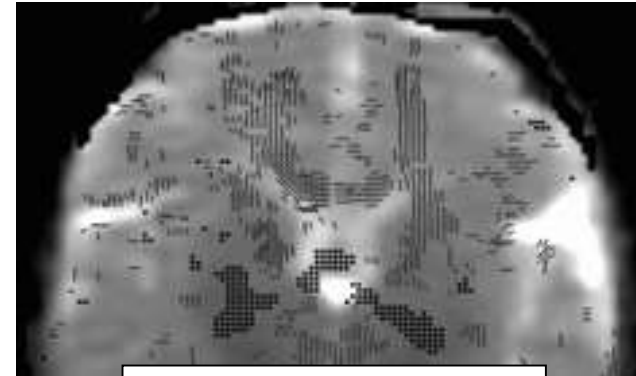
		Tiempo:					Tiempo:						
		0-2	3-4	5-6	7-8	9-10			0-2	3-4	5-6	7-8	9-10
Resp.:	Regular						Estado del Sueño:	1A					
	Irregular							1B					
	Lenta							2A					
	Rápida							2B					
	Pausa							3A					
Coloración	Ciática						3B						
	Rosada						4A						
	Pálida						4B						
	Reticulada						5A						
	Ruborizada						5B						
	Terrosa						6A						
	Cianótica						6B						
Temblor						7A							
Sobresalido: Espasmos faciales Espasmos corporales Espasmos en extremidades							Rostra:	Hidropes					
								Bosqueda					
								Succión					
Visceral: Escupo/Vomit Resp.	Arcoada						Extrem.:	Dedos Extendidos					
	Enfite							Aeroplano					
	Hipo							Saludo					
	Mov. Intestinal soroco							Sentado en el aje					
	Sonidos (tipo borraqueo)							Manos apretadas					
	Suspiro							Pies juntos					
	Respiración Laboriosa							Mano en la boca					
								Escarbando					
Motor:	Brazos floccidos						Bien agarrado						
	Piernas floccidas						Puño cerrado						
	Brazos flexionados: A						Atención:	Protesta					
	Brazos flexionados: P							Bostezo					
	Piernas flexionadas: A							Estomado					
	Brazos extendidos: P							Cara abierta					
	Piernas extendidas: A							Cara flotando					
	Mov. Suave de Brazos							Evitativo					
	Mov. Suave de Piernas							Ceño fruncido					
	Mov. Suave de Tronco							Cara de Un					
	Fijado/ahogado							Alelado					
	Retorcimiento difuso							Aruido					
	Arqueado							Mov. de habla					
	Tronco Plegado							Postura: (prona-supina-lateral)					
	Buena apoyo							Cabeza: (der-izq-medio)					
Protrusion de lengua						Localización: (cuna-llcoti-brazos)							
Mano en la cara						Manipulaciones:		Frec. Cardiaca					
Boquiabierto							Frec. Respiratoria						
Muecas							Saturación						
Sonrisa													

Heidjse, Als, PhD, 1981

©NIDCAP Federation International, 2010
NIDCAP® es una marca registrada de NFI, Inc.



Cuidado tradicional



Cuidado NIDCAP

Variable	Control (n=13)	Experimental (n=11)	F*	p
MDI	94.85 (9.22)	109.55 (7.23)	19.14	0.0002
PDI	89.23 (14.88)	107.00 (9.28)	12.69	0.002
Orientation/Engagement	56.92 (27.97)	70.55 (21.62)	1.81	0.19
Emotional Regulation	39.31 (27.42)	66.91 (22.89)	7.22	0.01
Motor Quality	22.62 (21.57)	56.64 (31.05)	9.38	0.007
BRS Total Score	38.69 (23.04)	72.64 (16.13)	17.87	0.0004



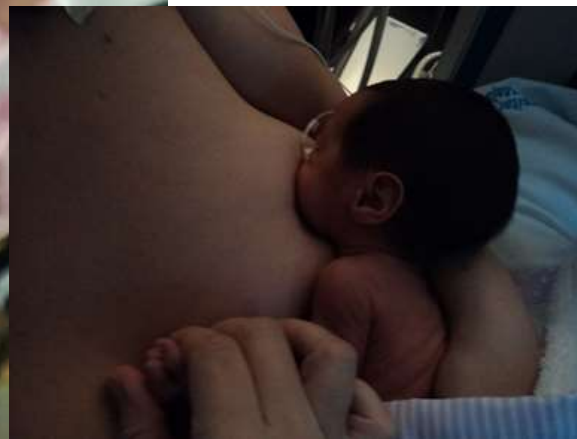
NIDCAP Cuidados Centrados Desarrollo
Intervenciones dirigidas a optimizar el
MACROAMBIENTE: luces, ruidos, etc
Control Sobrestimulación SNC inmaduro





Intervenciones dirigidas a optimizar el
MICROAMBIENTE: postura, manipulación
(protocolos de manipulación mínima, escalas
de dolor,..)









FAMILY INTEGRATED CARE

Family centered care at Level III
Karolinska-Solna



[Explore journals](#) [Get published](#) [About BioMed Central](#)

BMC Pediatrics

[HOME](#)

[ABOUT](#)

[ARTICLES](#)

[SUBMISSION GUIDELINES](#)

[STUDY PROTOCOL](#) | [OPEN ACCESS](#) | [OPEN PEER REVIEW](#)

Evaluation of the Family Integrated Care model of neonatal intensive care: a cluster randomized controlled trial in Canada and Australia

Karel O'Brien , Marianne Bracht, Kate Robson, Xiang Y. Ye, Lucia Mirea, Melinda Cruz, Eugene Ng, Luis Monterrosa, Amuchou Soraisham, Ruben Alvaro, Michael Narvey, Orlando Da Silva, Kei Lui, William Tarnow-Mordi and Shoo K. Lee

BMC Pediatrics 2015 15:210 | DOI: 10.1186/s12887-015-0527-0 | © O'Brien et al. 2016

Received: 15 May 2015 | Accepted: 9 December 2015 | Published: 15 December 2015

[Open Peer Review reports](#)

Abstract

Background

Admission to the neonatal intensive care unit (NICU) may disrupt parent-infant interaction with adverse consequences for infants and their families. Several family-centered care programs promote parent-infant interaction in the NICU; however, all of these retain the premise that health-care professionals should



Family Integrated Care

- - + 8 HORAS AL DIA
- PROGENITOR PARTICIPA EN PASES DE PLANTA Y HABLAR CON TODO EL equipo. Recibe educación:
- Padres cuidan al bebé: alimentación, baño, ropa, sostén, piel con piel, graficas, registros etc...
- Enfermeras se ocupan de poner cateteres o CPAPS Y oxigeno





18-Month Follow-Up of Infants Cared for in a Single-Family Room Neonatal Intensive Care Unit

Barry M. Lester, PhD^{1,2,3,4}, Amy L. Salisbury, PhD^{1,2,4}, Katheleen Hawes, PhD^{1,2,4}, Lynne M. Dansereau, MSPH^{1,4}, Rosemarie Bigsby, ScD^{1,2,4}, Abbot Laptook, MD^{2,4}, Marybeth Taub, RN⁴, Linda L. Lagasse, PhD^{1,2,4}, Betty R. Vohr, MD^{2,4}, and James F. Padbury, MD^{2,4}

Objectives To determine whether the single-family room (SFR)-neonatal intensive care unit (NICU) is associated with improved 18-month neurodevelopmental outcome, especially in infants of mothers with high maternal involvement.

Study Design An 18-month follow-up was undertaken that compared infants born <30 weeks gestational age; 123 from a SFR-NICU vs 93 from an open-bay NICU. Infants were divided into high vs low maternal involvement based on days/week of kangaroo care, breast/bottle feeding, and maternal care. Infants with high vs low maternal involvement in the SFR and open-bay NICUs were compared on the Bayley Cognitive, Language, and Motor scores

Results There were more mothers in the high maternal involvement SFR than in the high maternal involvement open-bay group ($P = .002$). Infants with high maternal involvement in both NICUs had greater Cognitive ($P = .029$) and Language ($P < .000$) scores than infants with low maternal involvement. Effect sizes within NICU were moderate to large in the SFR-NICU for Language scores and moderate for the Language composite in the open-bay NICU. The number of days of maternal involvement was greater in the SFR than open-bay NICU ($P < .000$), and length of stay was shorter in the high maternal involvement SFR than high maternal involvement open-bay NICU ($P = .024$). Kangaroo and maternal care predicted Cognitive (kangaroo, $P = .003$) and Language scores ($P = .015$, $P = .032$, respectively). Infants with ≥ 1 symptom of autism were more likely to be in the open-bay low maternal involvement group vs the SFR high maternal involvement group (OR = 4.91, 95% CI = 2.2-11.1).

Conclusions High maternal involvement is associated with improved 18-month neurodevelopmental outcome, especially in infants cared for in a SFR-NICU. (*J Pediatr* 2016;■■:■■-■■).





PROGRAMA ENLACE NEONATOS (2009)

- INTEGRACIÓN DEL PSIQUIATRA EN EQUIPO de NEONATOLOGÍA
 - REUNIONES DE EQUIPO SEMANAL
 - SESIONES CLÍNICAS
- COMISIÓN DE Perinatología (Incl. Mortalidad) Obs+Ped+Psq
- COMISIÓN DE lactancia materna
- TRABAJO DEL PSIQUIATRA (“traductor”)
 - Formación- Concienciación de otros profesionales hacia aspectos no biológicos del desarrollo
 - Favorecer el vínculo sano
 - Atención Clínica:
 - Prematuridad
 - Trastornos del Vínculo
 - Trastorno Mental Precoz: T. Alimentación, Irritabilidad





¿PARA QUE SIRVE UN PSI EN LA UCI NEONATAL?





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
(Jacoby, et al 2003, Jacques 2003)





Intervenciones sobre la familia: facilitar al máximo su papel de cuidador principal del niño.





Intervención

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

Gonzalez Serrano, 2010



CASO CLÍNICO:

Cuidados Intensivos...Emocionales

- Embarazo de María por FIV, muy deseado. Aborto previo de otro FIV. Primer trimestre con cierta preocupación por no repetir experiencia anterior **"cuando venia al hospital se me removía lo anterior"**. El parto a las **25 semanas. 750gr.**
- **Parada cardiorrespiratoria con RCP en presencia de los padres**
- **Parto:** *"cerré los ojos, estaba con mucho miedo y preocupada...Al nacer sentí cierto alivio porque dijeron que estaba bien". "los días siguientes algo mas tranquila, parecía que hubiéramos tenido un parto normal, solo que con una niña más pequeña... hasta ayer, en que de repente te das cuenta de que pende de un hilo tan fino...Cuando llegamos empezó a pitar y se paraba..." "tuve que salir, su padre volvió a entrar a verla, yo pensaba en como me lo iba a poder decir el si no salía adelante María"*.
- Atendemos a los padres de María a demanda suya. Han llegado hoy cuando cambiaban el tubo a Maria y la madre ha sentido taquicardia y ahogo **"me daba una crisis de ansiedad"**.



Cuidados Intensivos...Emocionales

- ***“Tengo un sentimiento de culpa irracional que es terrible..., tb tengo remordimientos por no estar más con Maria” “cada vez que se abre la puerta de la habitación pienso que puede ser una mala noticia” “cuando voy a neonatos, solo ver el pasillo ya me siento mal, voy deseando que no haya nadie con ella porque eso significa que esta estable...”*** Verbaliza además temor a causar a la niña ***“sufrimiento innecesario por nuestro empeño en que viva”***
- Refiere que en ese momento (de la parada) ***“mentalmente me estaba despidiendo de ella, pensaba que había llegado hasta aquí, que qué pena que viviera tan poco”***. Refiere tener estos pensamientos cada vez que ve a muchos profesionales atendiendo a Maria, reviviendo la primera parada y con intenso temor a que la niña fallezca.
- Posteriormente le cuesta acercarse a ella ***“pienso que cualquier cosa le va a poner peor, que vosotros le salváis la vida y yo puedo empeorarla, o que yo no sé hacer nada, me bloqueo más”***.



Intervención UCI-n

- 1- Explicando naturaleza traumática de síntomas de ansiedad y flashbacks (en relación con haber presenciado primera parada que fue altamente estresante para todos) (trastorno por estrés agudo).
- 2- Mediante técnicas de reestructuración cognitiva y de relajación. Prescribimos exploración guiada, respirando hondo inicialmente animamos a la madre a visualizarse ella misma inicialmente en una UCI y como se sentiría ante llegada de su marido o de un ser querido tras haber sido atendida por médicos y enfermeras. Identificando posteriormente papel de consuelo y alivio para María que sólo ella y el padre pueden realizar. Abordamos tb los síntomas traumáticos de ansiedad anticipatoria y flashbacks.



Intervención UCI-n

3- En relación a María, explorar sus propios sentimientos. Inicialmente diferenciando los procesos de duelo y pérdida normales tras parto prematuro (pérdida de meses finales de embarazo, de parto a término, de bebé sana a término) y permitiendo expresión de dicho duelo verbalmente o con llanto cuando surja a lo largo del día.

En relación vincular animamos a madre a observar como se siente simplemente observando a Maria sin hacer nada más, ver que siente ella misma, explorar conexión y actuar siguiendo su propia intuición como herramienta válida de contención afectiva de la bebé: *contemplarla, hablarla o acariciarla según sienta, permitir que le guíen sus propias manos.*



3. Introducción a la psicopatología del lactante.



René Spitz

- Pionero de la psiquiatría del lactante
- Depresión anaclítica (1954)
- Video:
<https://www.youtube.com/watch?v=YwhzTU3lveE>





PRINCIPIOS EN SALUD MENTAL DEL LACTANTE

- Los bebés, los lactantes y los niños pequeños se desarrollan idealmente en el contexto de relaciones de apego y cuidado
- Las relaciones de apego proveen una base segura desde la cual los niños crecen física, emocional, cognitiva y socialmente.
- Las relaciones tempranas sirven como modelo para las relaciones futuras.





PRINCIPIOS EN SALUD MENTAL DEL LACTANTE

- Todas las madres y todos los padres desean lo mejor para su bebé, incluyendo el deseo de salud y de establecer con su bebé una relación estable y mutuamente satisfactoria
- Los padres y madres tienen que sentirse nutridos para poder nutrir, cuidados para poder cuidar, consolados para poder consolar.



- **Todas las familias tienen capacidades.** Nuestra labor es apoyarles conforme las desarrollan.
- Las relaciones tempranas de apego pueden verse alteradas por historias parentales de duelos no resueltos o de eventos traumáticos.
- La presencia terapéutica del especialista en salud mental del lactante puede reducir el riesgo de fracaso en la relación y ofrecer esperanza en la respuesta del cuidador.





Principios generales

- *El bebé en realidad sí “habla”*: con su cuerpo y movimientos, expresando sus emociones y por interacciones con otras personas y su entorno.
- *Observación “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.

(Maldonado Durán, 2000)

[HOME](#)[ABOUT US](#)[MEMBERSHIP](#)[AFFILIATES](#)[CONGRESSES](#)[AWARDS](#)[PUBLICATIONS](#)[BEACON CLUB](#)[RESOURCES AND LINKS](#)[CONTACT US](#)

Welcome!

WAIMH's mission promotes education, research, and study of the effects of mental, emotional and social development during infancy on later normal and psychopathological development through international and interdisciplinary cooperation, publications, affiliate associations, and through regional and biennial congresses devoted to scientific, educational, and clinical work with infants and their caregivers.



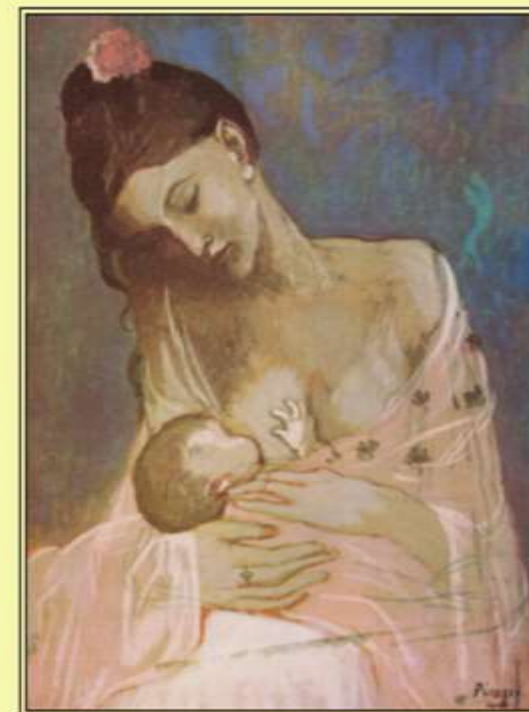
INTRODUCING *DC:0-3R*

The ZERO TO THREE Revision Task Force:

**ROBERT N. EMDE (CHAIR),
HELEN EGGER,
EMILY FENICHEL,
ANTOINE GUEDENEY,
BRIAN K. WISE,
and
HARRY H. WRIGHT**

AEN (Sección de Infantil) Y SEPYPNA

**PSIQUIATRÍA PERINATAL Y
DEL NIÑO DE 0 - 3 AÑOS**



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA
AEN DIGITAL



DC: 0-3 R (2005)

Introduction

Axis I: Clinical Disorders

- 100. Posttraumatic Stress Disorder
- 150. Deprivation/Maltreatment Disorder
- 200. Disorders of Affect
- 210. Prolonged Bereavement/Grief Reaction
- 220. Anxiety Disorders of Infancy and Early Childhood
 - 221. Separation Anxiety Disorder
 - 222. Specific Phobia
 - 223. Social Anxiety Disorder
 - 224. Generalized Anxiety Disorder
 - 225. Anxiety Disorder NOS
- 230. Depression of Infancy and Early Childhood
 - 231. Type 1: Major Depression
 - 232. Type 2: Depressive Disorder NOS
- 240. Mixed Disorder of Emotional Expressiveness
- 300. Adjustment Disorder
- 400. Regulation Disorders of Sensory Processing
- 410. Hypersensitive
 - 411. Type A: Fearful/Cautious
 - 412. Type B: Negative Defiant
- 420. Hyposensitive/Underresponsive
- 430. Sensory Seeking/Impulsive
- 500. Sleep Behavior Disorder

- 510. Sleep Onset Disorder (Protodyssomnia)
- 520. Night Waking Disorder (Protodyssomnia)
- 600. Feeding Behavior Disorder
 - 601. Feeding Disorder of State Regulation
 - 602. Feeding Disorder of Caregiver–Infant Reciprocity
 - 603. Infantile Anorexia
 - 604. Sensory Food Aversions
 - 605. Feeding Disorder Associated with Concurrent Medical Condition
 - 606. Feeding Disorder Associated with Insults to the Gastrointestinal Tract
- 700. Disorders of Relating and Communicating
- 710. Multisystem Developmental Disorder
- 800. Other disorders (*DSM-IV-TR* or *ICD 10*)
- Axis II: Relationship Classification**
 - Parent–Infant Relationship Global Assessment Scale
 - Relationship Problem Checklist
- Axis III: Medical and Developmental Disorders and Conditions**
- Axis IV: Psychosocial Stressors**
- Axis V: Emotional and Social Functioning**
- Appendices**



Clasificación DC: 0-3. (proceso evaluación)

- Eje I. Diagnóstico primario. Incluye:
 - 100 trauma
 - 200 alteración afectiva
 - 300 tr adaptativo
 - 400 tr regulación
 - 500 tr sueño
 - 600 tr alimentación
 - 700 tr relación y comunicación
- Eje II: trastornos de la relación
- Eje III tr. Médicos y del desarrollo
- Eje IV estresores psicosociales
- Eje V nivel desarrollo funcional y emocional



DC:0–5™: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood (DC:0–5)

 **ZERO TO THREE**
Early connections last a lifetime

[About Us](#) ▾ [Explore Our Topics](#) ▾ [Find Resources & Services](#) ▾ [Support](#)

Home • [Early Development & Well-Being](#)

Ages and Stages

All children are unique. Celebrating, nurturing, and supporting developmental milestones from birth to 3 years is one of the joys of parenting.

Learn about the skills and behaviors you can expect from your baby at every stage from birth to 3 and discover new ways of supporting this exciting growth and development. Subscribe to [ZERO TO THREE's monthly e-newsletter](#), which delivers research, parenting tips and tricks, and fun playtime activities right to your inbox each month.



Learn how to nurture your baby from birth, teach them how to feel safe and secure in the world and encourage developmentally appropriate growth.



DC-0-5 EJE I TRASTORNOS CLINICOS

DC: 0-5

EJE I: TRASTORNOS CLÍNICOS

TRASTORNOS DEL DESARROLLO NEUROLÓGICO

- [Trastorno del espectro del autismo](#) (Autism Spectrum Disorder)
- [Trastorno del espectro del autismo temprano atípico](#) (Early Atypical Autism Spectrum Disorder)
- [Trastorno por déficit de atención e hiperactividad](#) (Attention Deficit Hyperactivity Disorder)
- [Trastorno de sobreactividad en la infancia temprana](#) (Overactivity Disorder of Toddlerhood)
- [Retraso generalizado del desarrollo](#) (Global Developmental Delay)
- [Trastorno del desarrollo del lenguaje](#) (Developmental Language Disorder)
- [Trastorno del desarrollo de la coordinación](#) (Developmental Coordination Disorder)
- [Otros trastornos del desarrollo neurológico en la infancia e infancia temprana](#) (Other Neurodevelopmental Disorder of Infancy/Early Childhood)

TRASTORNOS DEL PROCESAMIENTO SENSORIAL

- [Trastorno de sobre-responsividad sensorial](#) (Sensory Over-Responsivity Disorder)
- [Trastorno de infra-responsividad sensorial](#) (Sensory Under-Responsivity Disorder)
- [Otros trastornos del procesamiento sensorial](#) (Other Sensory Processing Disorder)

TRASTORNOS DE ANSIEDAD

- [Trastorno de ansiedad por separación](#) (Separation Anxiety Disorder)

- [Trastorno de ansiedad por separación](#) (Separation Anxiety Disorder)
- [Trastorno de ansiedad social – fobia social](#) (Social Anxiety Disorder – Social Phobia)
- [Trastorno de ansiedad generalizada](#) (Generalized Anxiety Disorder)
- [Mutismo selectivo](#) (Selective Mutism)
- [Trastorno de inhibición ante la novedad](#) (Inhibition to Novelty Disorder)
- [Otro trastorno de ansiedad en la infancia e infancia temprana](#) (Other Anxiety Disorder of Infancy/Early Childhood)

TRASTORNOS DEL TONO DEL HUMOR

- [Trastorno depresivo en la infancia temprana](#) (Depressive Disorder of Early Childhood)
- [Trastorno de desregulación de la ira y agresión en la infancia temprana](#) (Disorder of Dysregulated Anger and Aggression of Early Childhood)
- [Otros trastornos del tono del humor en la infancia temprana](#) (Other Mood Disorder of Early Childhood)

TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO Y TRASTORNOS RELACIONADOS

- [Trastorno Obsesivo Compulsivo](#) (Obsessive Compulsive Disorder)
- [Trastorno de Tourette](#) (Tourette's Disorder)
- [Trastorno de tics motores u orales](#) (Motor or Vocal Tic Disorder)
- [Tricotilomania](#) (Trichotillomania)
- [Skin Picking Disorder of Infancy/Early Childhood](#)
- [Otro trastornos obsesivo compulsivo o trastorno relacionado](#) (Other Obsessive Compulsive and Related Disorder)

TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL SUEÑO, LA ALIMENTACIÓN Y EL LLANTO

TRASTORNOS DEL SUEÑO

- [Trastorno del inicio del sueño](#) (Sleep Onset Disorder)
- [Trastorno por despertares nocturnos](#) (Night Waking Disorder)
- [Trastorno del sueño por activación parcial](#) (Partial Arousal Sleep Disorder)
- [Trastorno por pesadillas en la infancia temprana](#) (Nightmare Disorder of Early Childhood)

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION EN LA INFANCIA E INFANCIA TEMPRANA

TRASTORNOS DE LA ALIMENTACION EN LA INFANCIA E INFANCIA TEMPRANA

- [Trastorno por atracón](#) (Overeating Disorder)
- [Trastorno por restricción de la alimentación](#) (Undereating Disorder)
- [Trastorno por alimentación atípica](#) (Atypical Eating Disorder)

TRASTORNO DEL LLANTO EN LA INFANCIA E INFANCIA TEMPRANA

- [Trastorno por llanto excesivo](#) (Excessive Crying Disorder)

OTROS TRASTORNOS DEL SUEÑO, LA ALIMENTACION Y EL LLANTO EN LA INFANCIA E INFANCIA TEMPRANA

TRASTORNOS RELACIONADOS CON TRAUMA, ESTRÉS Y PRIVACION

- [Trastorno por estrés postraumático](#) (Posttraumatic Stress Disorder)
- [Trastorno de adaptación](#) (Adjustment Disorder)
- [Trastorno por duelo complicado en la infancia/infancia temprana](#) (Complicated Grief Disorder of Infancy/Early Childhood)
- [Trastorno de apego reactivo](#) (Reactive Attachment Disorder)
- [Trastorno por comportamiento social desinhibido](#) (Disinhibited Social Engagement Disorder)
- [Otro trastorno relacionado con trauma, estrés o privación en la infancia/infancia temprana](#) (Other Trauma, Stress and Deprivation Disorder of Infancy/Early Childhood)

TRASTORNOS DE RELACIÓN

- [Trastorno específico de la relación en la infancia/infancia temprana](#) (Relationship Specific Disorder of Infancy/Early Childhood)



Eje II: CONTEXTO RELACIONAL

- Adaptación de la relación cuidador-niño.
- Ambiente de cuidado y adaptación del niño.

Eje III: CONDICIONES Y CONSIDERACIONES SOBRE LA SALUD FÍSICA

- Condiciones prenatales
- Condiciones médicas crónicas
- Condiciones médicas agudas
- Historial de procedimientos médicos
- Dolor crónico o recurrente
- Daños físicos o exposición a elementos derivados del ambiente de cuidado
- Efectos de medicación
- Marcadores del estado de salud

Eje IV: ESTRESORES PSICOSOCIALES

- Estrés en la familia o grupo de apoyo primario
- Estrés en el entorno social
- Estrés relacionados con la educación o cuidado del niño
- Estrés relacionados con el hogar
- Estrés económicos o relacionados con el empleo
- Salud del niño
- Estrés relacionados con aspectos legales o de justicia criminal
- Otros

Eje V: NIVEL DE DESARROLLO

- Área emocional
- Área socio-relacional
- Área del lenguaje y comunicación social
- Área cognitiva
- Área motriz y física

DC:0-5™

Diagnostic Classification
of Mental Health and
Developmental Disorders of
Infancy and Early Childhood

ZERO TO THREE



Situaciones e instrumentos para observación del bebe

1. Observación psicoanalítica: observa interacción diada y triada, prestando atención a mundo interno y a experiencia del observador.
2. Observación etológica. Test del extraño
3. Observación sistémica
4. Observación basada en el desarrollo





Evaluación de las interacciones

- La observación multidimensional tiene que identificar los síntomas en el bebé y su funcionamiento mental, los fenómenos de la interacción que caracterizan la relación entre madre y niño, la personalidad de la madre y, en fin, el padre y la familia en su conjunto, así como su estructura individual y social y la economía de su funcionamiento mental.
- Se usa, cada vez más, para identificar de forma precoz los riesgos en el desarrollo del niño



SEÑALES DE ALARMA

- Alimentación:
 - Crecimiento detenido o pérdida peso
 - No muestra interés por la comida
 - No avanza en la comida, sigue tomando solo líquidos con dos años
 - Muy selectivo. Vomita con mucha frecuencia
- Irritabilidad
 - Cólicos más allá de los seis primeros meses
 - Lloro más de tres horas al día
 - Irritabe o molesto mayor parte del día
 - Es difícil de calmar
 - No tiene paciencia





Señales de alarma



- Relación y comunicación:
 - No mira a los ojos, no sonrío
 - Parece descentrado
 - No responde, no se conecta con los que le rodean
- Ansiedad. Trauma:
 - Antecedente de exposición a trauma (más frecuente: violencia doméstica)
 - Hipervigilante, ansioso o congelado a veces
 - Tembloroso, desorganizado.



Señales de alarma

- Humor, ánimo:
 - Triste
 - Poca alegría
 - Parece preocupado
 - Poca energía, apático
- Sueño:
 - Se despierta muchas veces pasados los seis meses
 - Terrores, parasomnias
 - Le cuesta mucho conciliar el sueño
- Lenguaje:
 - No señala tras un año
 - No habla, no intenta comunicarse





Señales de alarma. Tr interacción

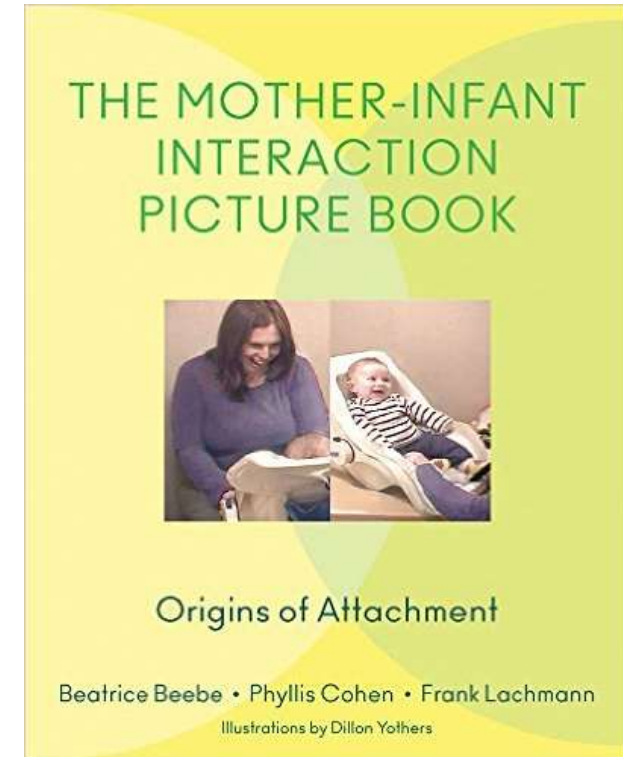
- Depresión materna
- Problemas relación parental: falta de implicación bebe sucio, no traen juguetes, pañales o comida para el bebe
- Enfado.
 - Hacen comentarios negativos sobre el bebe,
 - Interpreta lo que dicen el bebe de mala mantea, impaciente,
 - Lo mueven rudamente
 - No tiene paciencia
 - Ignora sus señales





Señales de alarma. Tr interacción

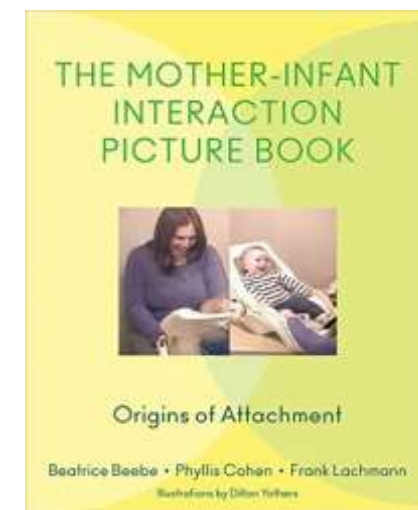
- Controlador
 - Padres centrados en sus propias necesidades
 - Poco empáticos
 - Poca tolerancia
- Escasa relación
 - Padres que no disfrutan
 - Escasa atención
- Bebé hiposensibles
- Bebé hipersensible





Interacción disfuncional

- Exceso de regulación.
 - Se caracteriza fundamentalmente porque el interlocutor de referencia actúa **de forma intrusiva** y no deja la posibilidad al bebé de iniciar o dirigir la interacción.
 - el bebé un comportamiento de rigidez excesiva o de evitación activa.
- Déficit de regulación.
 - Se caracteriza por **una pobre acción interactiva** y una reducción del diálogo. Se suele manifestar al inicio por una falta de reacción del interlocutor de referencia a las señales emitidas por el bebé y por una ambivalencia afectiva, un repliegue y aislamiento relacional y afectivo cuando se trata de un bebé de más edad





PSICOPATOLOGIA DEL LACTANTE

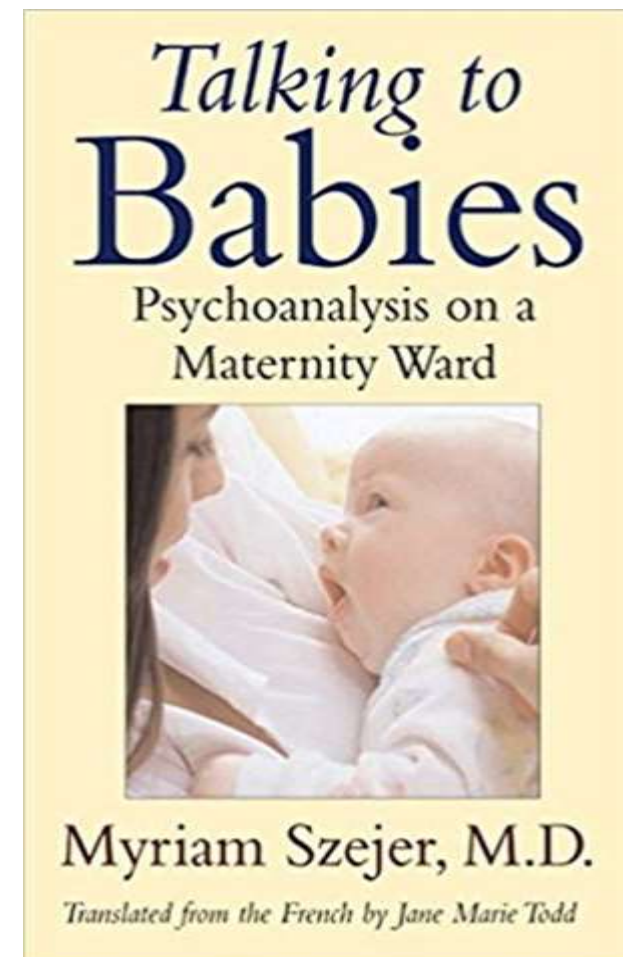
- Observación del bebé
- Señales de alarma
- Observación interacción
- Valoración pediatría
- Valoración neuropediatría
- Experta/o salud mental lactante





Intervenciones en Salud mental del lactante

- Médicas: valoración/ diag diferencial
Tr Social: Asistencia, información recursos
1. Apoyo emocional: individual, grupal, otro
 2. Guía desarrollo
 3. Valoración y apoyo en relación temprana.
Ayudar a observar e identificar señales del bebé
 4. Psicoterapia madre -bebe.
 5. MULTIDISCIPLINAR





PSICOTERAPIA MADRE-BEBE

- Mediante la **relación terapéutica** exploramos los pensamientos y sentimientos maternos hacia el bebé, la responsabilidad del cuidado, pasado y futuro
- **Escuchamos la historia materna** de abandonos, pérdidas, separaciones, duelos, como afectan a su relación con el bebe, a su salud mental, y emocional, y a la interacción.





PRINCIPALES CUADROS EN LACTANTES

1. Trastornos del Espectro Autista
2. TR. ALIMENTACION
3. TR. VINCULO
4. Trauma, tept. Hospitalización, violencia doméstica, etc
5. TRASTORNOS NEURODESARROLLO



TEA/Autismo Tr. Del desarrollo neurobiológico

- Alteración conectividad sistemas neurales:
 - Incremento conectividad en algunas áreas: procesamiento información elemental
 - Déficit conectividad en otras: sistemas integración, **déficit procesamiento información compleja** en múltiples áreas de funcionamiento
- Genética: complejidad
- Alteración conectividad entre áreas frontales y posteriores, disminución sincronización actividad cerebral. Menos funcionamiento frontal



Síntomas emergentes de autismo a los 12 meses:

- Menor respuesta al nombre:
 - Muy específico para TEA (89%)
 - Poca sensibilidad (50%)
- Menos contacto visual, señalan menos, comparten menos
- No hace gestos como saludar con la mano, señalar para pedir alguna cosa o mostrar objetos.
- No se interesa ni se implica en juegos interactivos sencillos, como el “cucú-tras” o similares.
- Retraso lenguaje: menos vocalizaciones
- Conductas atípicas: GIRAR JUGUETES, explorarlos visualmente



DISREGULACION EN LACTANCIA EN BEBÉS QUE LUEGO SE DIAGNOSTICAN DE TEA

[J Perinat Educ.](#) 2015;24(3):171-80. doi: 10.1891/1058-1243.24.3.171.

Dysregulated Breastfeeding Behaviors in Children Later Diagnosed With Autism.

[Lucas RE, Cutler A.](#)

Abstract

Newborn breastfeeding behaviors have not been characterized in children later diagnosed with autism spectrum disorder (ASD). In a qualitative interview, 16 mothers (28-56 years) of children with ASD described their 19 full-term infants' (38-42 weeks' gestational age) breastfeeding behaviors. Nine mothers described their infants as demonstrating a dysregulated breastfeeding pattern of sucking without stopping of their own volition. The infants' latch, weight gain, and other behaviors were recalled as not problematic. This feature of dysregulated feeding pattern in infancy has not been reported previously for children with ASD. If supported by future research, the pattern of a dysregulated feeding pattern in newborns could be evaluated by clinicians in the general pediatric population and/or at-risk infant siblings of children with ASD.

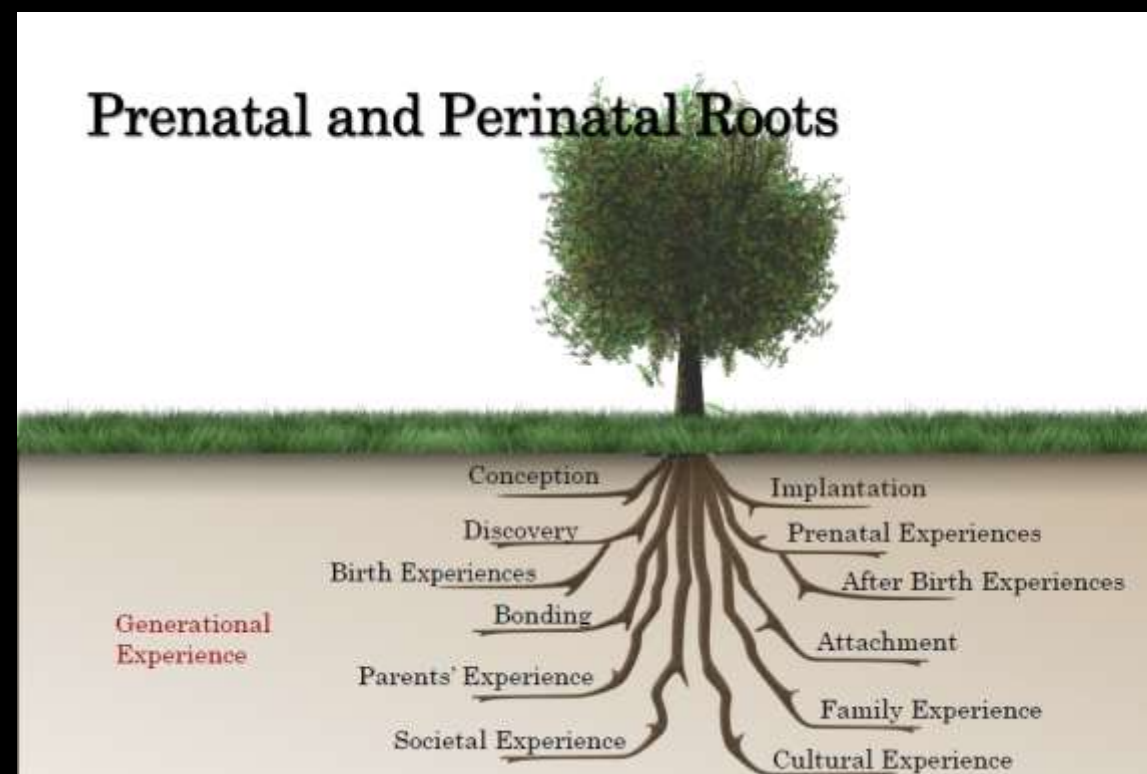
KEYWORDS: autism; autism spectrum disorder; breastfeeding; infants; maternal recall

PMID: 26834438 PMCID: [PMC4720870](#) DOI: [10.1891/1058-1243.24.3.171](#)

[Full Article](#)



Las raíces pre y perinatales del trauma





PROPUESTAS PARA UN TRATO RESPETUOSO Y SENSIBLE CON EL TRAUMA DE LOS BEBÉS

1. Reconocer, honrar, saludar: *te veo, se quien eres y de donde vienes*
2. Observar, escuchar
3. Hablar, nombrar, explicar. Anticipar
4. Contacto , especialmente ocular
5. Presencia
6. Tiempo





PROPUESTAS PARA UN TRATO RESPETUOSO Y SENSIBLE CON EL TRAUMA DE LOS BEBÉS

- Avisarles, contarles lo que va a pasar o lo que se les va a hacer. Con tiempo y lentamente, anticiparles, para que se puedan preparar
- Si le dices que te vas a ir y mira para otro lado, entonces ya te puedes ir. Si no te deja de mirar es que no está listo
- Contacto ocular: respétalo. A veces no miran a los ojos para procesar...Si están traumatizado del parto tardan mas en mirar, evitan el contacto
- Dile: “Veo que miras para otro lado, quiero que sepas que estoy aquí cuando estés listo, no hay prisa
- “Te entiendo, no necesito que me hagas feliz, aquí estoy para lo que haga falta”
- Confía en que sabe lo que necesita





SANAR EL TRAUMA = primero el propio, luego el ajeno

- NOMBRAR
- CONFIAR EN PARTE SANA
- AUTORREGULAR
- AMAR

- Narrativa coherente, construcción del relato
- ¿qué te ha pasado?





PRINCIPALES REFERENCIAS

- Bystrova K, Ivanova V, Edhborg M, et al. Early contact versus separation: effects on mother-infant interaction one year later. *Birth*. 2009;36(2):97-109.
- Feldman, R. (2006). From biological rhythms to social rhythms: Physiological precursors of mother-infant synchrony. *Developmental Psychology*, 42(1), 175–188.
- Schore AN. Back to basics: attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatr Rev*. 2005;26(6):204-217
- Lucas RF, Cutler A. Dysregulated Breastfeeding Behaviors in Children Later Diagnosed With Autism. *J Perinat Educ*. 2015;24(3):171-180. doi:10.1891/1058-1243.24.3.171
- González Serrano, F. Nacer de nuevo: La crianza de los niños prematuros: La relación temprana y el apego. Revista de Sepypna, num 48, 2009.
- Als H. NIDCAP: testing the effectiveness of a relationship-based comprehensive intervention. *Pediatrics*. 2009;124(4):1208-1210. doi:10.1542/peds.2009-1646
- Forcada-Guex M, Pierrehumbert B, Borghini A, Moessinger A, Muller-Nix C. Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*. 2006 Jul;118(1):e107-14
- Deoni SC, Dean DC 3rd, Piryatinsky I, et al. Breastfeeding and early white matter development: A cross-sectional study. *Neuroimage*. 2013;82:77-86
- Bauer CE, Lewis JW, Brefczynski-Lewis J, et al. Breastfeeding Duration Is Associated with Regional, but Not Global, Differences in White Matter Tracts. *Brain Sci*. 2019;10(1):19. Published 2019 Dec 30.
- Olza Fernández, I; Palanca Maresca, I.; González-Villalobos, I; Malalana Am, Contreras Sales, A. “La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología” Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 2014, núm. 109, p 45-52 ISSN: 1695-4238



DISCLAIMER

- Estas presentaciones son para uso exclusivo de las alumnas y alumnos del Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. No pueden ser compartidas ni reenviadas ni mucho menos subidas a la red.
- Si deseas utilizar alguna parte con fines de docentes puedes hacerlo siempre y cuando cites la fuente (iboneolza@IESMP) y nos lo comuniques y/o envíes una copia del trabajo si es posible.
- Este trabajo forma parte de un libro en construcción por lo que te ruego seas especialmente cuidadosa con el mismo. Es el resultado de infinitas horas de estudio y trabajo. Si lo comparto es con el fin de facilitar la formación y el aprendizaje que en última instancia favorezca una mejor atención a las madres y los bebés.
- Gracias por tu interés y esfuerzo