

La experiencia del programa del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

Perinatal Psychiatry program at Puerta de Hierro Majadahonda University Hospital

Ibone Olza Fernández, Inmaculada Palanca Maresca

Resumen

La psiquiatría perinatal se orienta a la detección y tratamiento precoz de la psicopatología materna en torno a la gestación, parto y puerperio, así como a su efecto en el recién nacido y en la interacción vincular. Existen pocas unidades especializadas en psiquiatría perinatal en nuestro país. El programa de psiquiatría perinatal del Hospital Universitario de Puerta de Hierro Majadahonda se inició en el año 2009. Se estructura en torno a la interconsulta y el enlace con los servicios de obstetricia y neonatología. En el presente trabajo se describen el marco teórico y las características del programa, con casos clínicos que ilustran las diferentes intervenciones realizadas desde una perspectiva biopsicosocial y multidimensional en torno a la perinatalidad.

Palabras clave: Psiquiatría perinatal. Enlace. Obstetricia. Neonatología.

Summary

Perinatal psychiatry aims at detection and early treatment of maternal psychopathology around pregnancy, childbirth and puerperium as well as its consequences on infant development and early attachment relationships. In Spain there are few specific perinatal psychiatry units or programs. The perinatal psychiatry program at Puerta de Hierro Majadahonda University Hospital started in 2009. It is a child psychiatry liaison program with obstetrics and neonatology. In this paper we describe the development of the program and illustrate it with some clinical vignettes.

Key words: Perinatal psychiatry. Liaison. Obstetrics. Neonatology.

Unidad de Psiquiatría Infantil. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

Correspondencia: Dra. Ibone Olza Fernández
Servicio de Psiquiatría. Hospital Puerta de Hierro Majadahonda
Calle Manuel de Falla 1
28222 Majadahonda (Madrid)
E-mail: Iboneolza@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La psiquiatría perinatal se orienta a la detección y tratamiento precoz de la psicopatología materna en torno a la gestación, parto y puerperio, así como a su efecto en el recién nacido. Aunque escasamente desarrollada en nuestro medio, en otros países tiene una larga tradición. Las unidades de hospitalización psiquiátrica conjunta, madre bebé, son un recurso asistencial habitual en países de nuestro entorno; en algunos, como Francia, donde hay 12, están muy extendidas (Glangeaud-Freudenthal, 2004). Por el contrario, en España son aún muy pocos los hospitales donde se desarrollan programas específicos de psiquiatría y psicología perinatal. El Hospital Clínic de Barcelona y la Clínica Dexeus, de la misma ciudad, desarrollan este tipo de programa desde hace años.

El Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda abre sus puertas en octubre 2008. Con el traslado de la antigua Clínica de Puerta de Hierro de Madrid se realiza una ampliación del Hospital, ofertándose, entre otros, dos nuevos servicios: Obstetricia y Pediatría. Con ellos se crea también una Unidad de Psiquiatría Infantil, dependiente del Servicio de Psiquiatría ya existente del Hospital. Desde su puesta en marcha en Febrero de 2009, la Unidad de Psiquiatría Infantil adopta en su funcionamiento el modelo de Interconsulta y Enlace (ITC), entendiendo la *interconsulta* como las actividades que involucran evaluaciones enfocadas en el paciente e intervenciones realizadas durante la hospitalización; y el *enlace* como las actividades con foco en el equipo médico y su relación con el paciente, desarrollos de programas en curso, políticas y protocolos de actuación específicos e investigación (Shaw RJ, DeMaso DR, 2009). Dentro de este marco de trabajo, se establecen dos programas diferenciados pero complementarios: ITC Perinatal e ITC Pediátrica.

El presente trabajo describe la puesta en marcha y funcionamiento hasta la fecha del Programa de Interconsulta y Enlace Perinatal, explicando el contexto teórico del trabajo e ilustrando el mismo con reflexiones y viñetas clínicas, que muestran el modelo de trabajo desarrollado en psiquiatría de enlace en torno la perinatalidad.

El Programa de Psiquiatría Perinatal de Puerta de Hierro Majadahonda se articula en la Intercon-

sulta y Enlace con los servicios de Obstetricia y Pediatría (Unidad de Neonatos) del Hospital. Para dar una idea del volumen asistencial resumimos los datos del año 2010. Durante el mismo, el servicio de Obstetricia cuenta con 35 camas asignadas en el hospital donde ingresan un total de 3.437 mujeres, con una estancia media de 3.03 días. Además se atienden 19.568 consultas externas de obstetricia. En ése mismo año, 2010, nacieron 2.994 bebés en el Hospital de Puerta de Hierro Majadahonda. De éstos, un 15,23%, es decir, 456, precisaron ingreso en la Unidad de Neonatología. Se produjeron un total de 6 exitus en menores de un mes de vida. Cincuenta y cuatro recién nacidos tenían un peso inferior a 1.500 gr al nacimiento. En el 2010 se cursaron 43 peticiones de interconsulta a psiquiatría perinatal desde neonatología y 141 desde la planta de maternidad.

PSICOPATOLOGÍA Y ATENCIÓN PERINATAL

Los profundos cambios sociales en torno a la maternidad, así como la disminución de la natalidad, el retraso en la edad de la primera gestación o los nuevos modelos familiares, se van sucediendo en paralelo al desarrollo de una obstetricia y medicina perinatal crecientemente especializada y tecnificada. Ejemplo de ellos, son las nuevas técnicas de reproducción asistida o los avances en la detección temprana de malformaciones fetales graves. Las complejas situaciones médicas, que surgen a menudo precisan de un espacio de contención psíquica donde poder elaborar el acontecer psíquico o las vivencias de las mujeres gestantes y sus familias, para que éstas, a su vez, puedan comenzar la vinculación con el recién nacido de forma saludable. El papel del psiquiatra y/o psicólogo en la atención clínica a la perinatalidad, como parte del equipo multidisciplinar formado por obstetras, matronas, pediatras neonatólogos, enfermería y otros profesionales, va a jugar un papel significativo destinado a tener en cuenta y cuidar precisamente ese proceso psíquico característico del embarazo y el puerperio, tanto en la madre como en el bebé, con la vista puesta en la prevención y detección temprana de psicopatología materna y vincular.

Desde el punto de vista psíquico, el embarazo se caracteriza por una creciente sensibilidad emo-

cional y una necesidad de revisar y comprender los vínculos primarios para poder vincularse afectivamente con el recién nacido. Monique Bydlowski (psiquiatra francesa que ha pasado más de treinta años trabajando con embarazadas y puérperas en una gran maternidad parisina) ha acuñado el término: “**transparencia psíquica**” (Bydlowski, 2007) para describir el estado psíquico que se desarrolla gradualmente para alcanzar un grado de sensibilidad creciente durante el embarazo y especialmente al final. Según esta autora, la transparencia psíquica se caracteriza por un resurgir de recuerdos del pasado, que afloran del inconsciente a la consciencia. Esta transparencia permite que la embarazada pueda pasar mucho tiempo fantaseando y recordando su propia niñez. Si la infancia fue grata, este recuerdo permite imaginarse como será la infancia del bebé en camino. Pero, señala Bydlowski, si la infancia fue traumática, marcada por los abusos o el abandono emocional, la fuerza de esas “angustias primitivas” (que también mencionaba Winnicott) puede incluso llevar a pedir una interrupción del embarazo, o manifestarse por una angustia o una depresión importantes. Así, la transparencia psíquica del embarazo equivale a, o conlleva, una reactivación de procesos psicológicos anteriores no resueltos y puede llevar a una reagudización de duelos anteriores pendientes. Los psicólogos del desarrollo también coinciden en esta afirmación, de que la gestante necesita regresar de alguna manera a sus recuerdos infantiles para poder luego vincularse eficazmente con su futuro hijo. Bibring (Bibring, Dwyer, & Huntington, 1961; Bibring & Valenstein, 1976) describe el embarazo como una crisis que revuelve identificaciones y conflictos no resueltos, y ofrece una oportunidad para encontrar soluciones más adaptadas mediante una nueva organización de la personalidad.

A partir del segundo trimestre, los movimientos fetales (el sentir las patadas del bebé) actúan como un estímulo proyectivo, a partir del cual las madres elaboran las fantasías derivadas de su relación con su propia madre (Zeanah, Keener, & Anders, 1986) –lo que se conoce con el nombre de “**representaciones maternas**”–. Según las investigaciones psicoanalíticas, el cómo la mujer se imagina a sí misma, a su feto y a su madre durante el embarazo, evoluciona de manera que refleja su historia relacional y los conflictos asociados. La difi-

cultad materna para elaborar una representación organizada de función parental, durante el embarazo, predice y pronostica situación de riesgo perinatal por la ausencia de modelo maternal con el que la mujer se pueda identificar.

Daniel Stern (Stern, 1997) señaló cómo las intervenciones psicoanalíticas madre-bebé, destinadas a cambiar las representaciones maternas producen cambios en la conducta de la madre con el bebé. Como señala Klaus, el vínculo empieza a formarse en el embarazo y está afectado por una serie de factores interpersonales y ambientales como son la calidad de la relación de pareja, el apoyo social, la presencia de estresores, la dinámica intrapsíquica sobre cómo se concibe el bebé y sobre todo, la manera en que la madre fue criada por sus propios padres (Klaus & Kennell, 1982).

Una consecuencia de esta transparencia psíquica, tal y como la describe Blydowski, puede ser que el embarazo suponga un momento privilegiado en el que resolver más rápidamente conflictos psíquicos que en otros momentos de la vida. Las mujeres que han tenido infancias traumáticas o abandonicas pueden sentir una intensa angustia (que se manifieste con síntomas somáticos) al estar embarazadas; pero, precisamente por eso, la psicoterapia centrada en comprender y asumir la propia historia previa vincular puede ser especialmente eficaz. Algunos autores como Fraiberg y col. (Fraiberg, Adelson, & Shapiro, 1980) ya señalaron hace 30 años que la diferencia, entre padres abusados que eran capaces de superar sus traumas y tratar bien a sus bebés, y los que repetían el trauma, estaba en la capacidad de recordar el dolor y no utilizar defensas como la evitación, la negación, la represión o la desconexión. Así, revisar la infancia a lo largo del embarazo, puede servir para incrementar la consciencia y la empatía con el futuro hijo o hija. Sostener a la futura madre será el papel, no sólo del padre y la familia, sino también de los profesionales sanitarios. Si la embarazada tuvo una infancia muy dolorosa o una vida muy difícil, es probable que durante el embarazo no pueda apenas imaginar a su bebé, o que incluso viva el embarazo con intensa angustia.

Por otra parte, diversos estudios biológicos han confirmado que el estrés materno durante el período fetal puede condicionar el desarrollo emocional y conductual del niño, incluso hasta el inicio de

la edad adulta. Los acontecimientos vitales estresantes, durante el primer trimestre del embarazo, aumentan el riesgo de tener un aborto espontáneo (Nepomnaschy et al., 2006) o de alteraciones congénitas por una alteración del desarrollo de la cresta neural, como por ejemplo el labio leporino (Hansen, Lou, & Olsen, 2000). Los efectos más conocidos del estrés materno son el parto prematuro y bajo peso (Hedegaard, Henriksen, Sabroe, & Secher, 1993; Lou et al., 1994). Más de catorce estudios prospectivos independientes han hallado una relación entre la ansiedad materna prenatal y alteraciones cognitivas, conductuales y emocionales en los hijos (Van den Bergh, Mulder, Mennes, & Glover, 2005). La ansiedad materna, en la segunda mitad del embarazo, puede producir cambios persistentes en el sistema de adaptación al estrés del niño (a nivel del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal); cambios que lo harán más vulnerable e incrementarán considerablemente el riesgo de que padezca trastornos de conducta, emocionales o de hiperactividad. Por ello es importante prevenir, diagnosticar y tratar precozmente los trastornos de ansiedad en el embarazo. La ansiedad en el embarazo se asocia con un mayor número de visitas al obstetra, visitas relacionadas con miedo al parto y a las contracciones (Andersson, Sundstrom-Poromaa, Wulff, Astrom, & Bixo, 2004).

Se han descrito algunos síntomas ansiosos específicos del embarazo, como la tocofobia (pánico al parto) que en ocasiones puede ser el único síntoma de abusos sexuales en la infancia –no desvelados (Hofberg & Brockington, 2000; Hofberg & Ward, 2003)– o de partos traumáticos anteriores (Olza, 2010). Mención especial merece el tema de la muerte fetal tardía y su impacto en sucesivas gestaciones o en los hermanos supervivientes, que mencionaremos más adelante.

Mientras la obstetricia y la tecnología siguen centrándose en el bienestar fetal, la tendencia de muchos profesionales a centrarse en el feto favorece que algunas madres se sientan percibidas sólo como “contenedores”. Se ha visto cómo cuando se incorpora apoyo psicológico mejoran los resultados obstétricos (Hodnett, Gates, Hofmeyr, & Sakala, 2007), mientras que la excesiva medicalización de la atención obstétrica puede producir un efecto ansiógeno iatrogénico.

En este contexto, la intervención del psiquia-

tra perinatal en la maternidad va a estar centrada en la detección precoz de alteraciones psicopatológicas específicas, tanto en la gestante o puérpera como en la relación vincular. La atención clínica tiene una perspectiva psicoterapéutica preferencial, centrada en dichos aspectos vinculares y familiares. Pero además, el papel del psiquiatra y/o psicólogo en el equipo profesional debe favorecer, mediante el enlace, la reflexión multidisciplinar sobre la vivencia subjetiva del embarazo y sus efectos en la salud física materna y fetal, la prevención del efecto ansiógeno de las técnicas diagnósticas obstétricas, y la humanización de la atención a todo el proceso con los cuidados centrados en las madres y los recién nacidos.

PROGRAMA DE INTERCONSULTA Y ENLACE CON OBSTETRICIA

El programa da respuesta a la necesidad de valoración psiquiátrica de gestantes o puérperas en seguimiento en el Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital. Consta de dos tipos diferenciados de actividad:

- Interconsulta Hospitalaria (ITC): Atención psiquiátrica durante la hospitalización de las pacientes gestantes o puérperas en las dos plantas de maternidad.
- Consulta Externa de Psiquiatría Perinatal, a la que se derivan pacientes exclusivamente desde el Servicio de Obstetricia del hospital.

En nuestro programa los criterios para la petición de ITC Perinatal, bien en Hospitalización, bien en consultas externas desde el servicio de Obstetricia, son los síntomas o trastornos psiquiátricos relacionados con el embarazo actual o con la historia obstétrica de la madre, que pueden interferir con el desarrollo de la gestación. Esto incluye trastornos afectivos de aparición ex novo en gestación, trastornos mentales graves en la madre (toxicomanía, depresión), trastornos de ansiedad específicos (tocofobia), TEPT y duelo relacionados con pérdidas gestacionales anteriores, embarazos de alto riesgo para la salud de la madre y/o del bebé, y trastornos maternos precoces del puerperio. Se presta atención preferente a trastornos psiquiátricos circunscritos al momento perinatal, en los meses previos al parto y durante los seis

meses posteriores, así como a la detección precoz de psicosis puerperales.

En los casos en los que las pacientes están ya en seguimiento en los Centros de Salud Mental comunitarios, tras la ITC en el hospital, se derivan para continuar tratamiento con su psiquiatra o equipo habitual. Puntualmente, en los casos en los que el terapeuta de referencia lo solicita por alto riesgo de descompensación puerperal, se ofrece consulta pre o peri parto como medida de contención y prevención, de forma coordinada con el CSM comunitario y con el servicio de Obstetricia.

Presentamos dos viñetas de casos clínicos que ilustran la interconsulta obstétrica e intervención realizada.

CASO CLÍNICO 1

Gestante de 44 años que está en la semana diez de gestación, y es remitida a la consulta externa de psiquiatría perinatal tras haber solicitado IVE. Refiere que es su cuarto embarazo: ha tenido dos abortos espontáneos tempranos y el año anterior sufrió una pérdida fetal en semana 23. Dicha pérdida se produjo tras pasar dos semanas hospitalizada con rotura de bolsa amniótica y cuadro infeccioso materno grave, que motivó en última instancia la finalización de la gestación, lo que la paciente vivenció con sentimientos de culpa. En los meses siguientes presentó sintomatología depresiva grave. En la entrevista inicial se diagnostica un trastorno de estrés postraumático parcial, secundario a los eventos que rodearon la pérdida fetal en la gestación anterior, que revive constantemente desde que sabe que está embarazada nuevamente. Se inicia psicoeducación, explicando a la gestante el diagnóstico que justifica el empeoramiento anímico al inicio de la gestación actual, por reagudización de TEPT; y se recomienda seguimiento psicoterapéutico en consulta durante el embarazo, si lo desea. La paciente decide continuar adelante con gestación y se realiza psicoterapia durante todo el embarazo, favoreciendo elaboración de duelo previo, disminución de conductas evitativas, e inicio de vinculación durante la gestación. Finalmente, da a luz a término a una bebé sana. Dos meses después del parto se le da el alta en con-

sulta, no ha presentado sintomatología afectiva clínica en puerperio.

CASO CLÍNICO 2

Paciente de 42 años, en séptima semana de embarazo ingresada por ánimo bajo e hiperémesis. Antecedentes médicos: diabetes mellitus tipo I de inicio juvenil; hipotiroidismo en tratamiento y trastorno adaptativo en tratamiento con paroxetina. Ese mismo año ha sufrido un cuadro de pérdida de agudeza visual diagnosticado de esclerosis múltiple con afectación nervio óptico bilateral e importante pérdida de visión, en tratamiento con betaferón. Años atrás había tenido dos abortos espontáneos y dos intentos fallidos de reproducción asistida. Cuando se confirma el embarazo actual, no buscado ni esperado, suspende de forma brusca tratamiento con paroxetina presentando en el momento de la valoración inicial síntomas de retirada que agravan cuadro de hiperémesis gravídica. A la exploración la paciente expresaba preocupación, agotamiento emocional y ambivalencia hacia embarazo, con importante labilidad. Fue diagnosticada de reacción adaptativa agravada por retirada brusca de antidepressivo. Se inició seguimiento psiquiátrico perinatal. En el segundo trimestre presentó un empeoramiento grave en el estado de ánimo, acompañado de sentimientos de incapacidad sobre las propias capacidades de cuidado de su futuro bebé y ocasionales deseos de muerte. Se diagnosticó un episodio depresivo moderado, iniciándose tratamiento con venlafaxina y psicoterapia con buena respuesta. En la semana 38+3 de E.G., se realizó cesárea urgente intraparto por posible desproporción pélvico cefálica. Nació un bebé sano de 2,900 Kg. Tras el parto y dado el deseo de la paciente de amamantar, previa interconsulta al servicio de neurología, comienza lactancia; la cual debido a la aparición de dificultades, inicialmente fue mixta. En los meses posteriores la madre se mantiene eutímica y estable, recuperando lactancia exclusiva, y con interacción vincular saludable. Al mes del parto inició tratamiento de la esclerosis múltiple con inmunoglobulinas i.v en ciclo de tres días y betaferon a días al-

ternos. Al tercer mes, tras el tratamiento, se decide disminuir el tratamiento con venlafaxina a 37,5mg al día, debido a la buena evolución. Dos y tres meses después, respectivamente, tiene que suspenderse la lactancia materna debido a sendos brotes de esclerosis múltiple que son tratados con metilprednisolona (3gr durante tres días), tras la resolución de los mismos reinicia la lactancia sin problemas. En los meses posteriores se mantiene la buena evolución del estado de ánimo, así como la lactancia mixta que mantiene hasta el año.

PROGRAMA DE INTERCONSULTA Y ENLACE CON NEONATOLOGIA

El nacimiento de un hijo o hija prematuro-a o gravemente enfermo-a 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 (Muller-Nix, 2004; Tarrago, 2003; Vega; 2006). La Interconsulta con Neonatología tiene como objetivos la detección precoz e intervención en cuadros psicopatológicos parentales o vinculares reactivos a la hospitalización, así como el abordaje conjunto de los casos complejos, además de ofrecer un seguimiento post-alta en Consulta Externa de Psiquiatría Perinatal en los casos en que se prevea una cronicidad psicopatológica, tanto infantil como materna. Las intervenciones clínicas consisten en apoyo psicoeducativo a familiares, individual y mediante grupos de apoyo y/o escuela de padres; intervención directa en casos seleccionados mediante modelo de intervención en crisis o bien de observación guiada de la interacción vincular (Pérez-Mínguez, 2001). Se completa con un programa específico en desarrollo de seguimiento conjunto neonatal en casos de lactancia en los que la madre toma psicofármacos.

El programa de Enlace con la Unidad de Neonatos se estructura en torno a la participación semanal en reuniones clínicas de Neonatología, creando un espacio de enlace con neonatólogos y personal de enfermería.

En la actividad clínica desarrollada hasta el momento, el diagnóstico más frecuente fue el trastorno por estrés agudo materno reactivo a la situa-

ción de gravedad vital del recién nacido. En la mayoría de los casos la intervención ha sido psicoterapéutica (centrada en aspectos vinculares, mediante técnicas de observación y filmación de interacción guiada y en disminución de ansiedad parental mediante diversas técnicas), y muy raramente ha sido preciso el uso de psicofármacos. En los lactantes, los motivos más frecuente de interconsulta han sido las dificultades con la alimentación y ganancia ponderal.

Se presentan dos casos, que consideramos ilustran la intervención realizada, con dos madres y sus hijas hospitalizadas en neonatología, y como desde la interconsulta psiquiátrica infantil se incide en aspectos relacionados con el vínculo materno-filial en momentos de crisis.

CASO CLÍNICO 1

Solicitan ITC desde Neonatología porque personal de enfermería detecta que la madre de una recién nacida prematura, apenas acude a ver la bebé desde que nació en la semana 32, hace casi 15 días. En la primera entrevista realizada con la madre se recoge la siguiente información: el embarazo se diagnosticó en el momento del parto. La madre ya tenía una hija de 4 años, y tras una amenorrea de varios meses de evolución, dos tests de embarazo negativos, una pérdida significativa de peso y una masa abdominal prominente, el médico de familia le remitió a urgencias para valoración de posible neoplasia abdominal. En urgencias se diagnosticó embarazo de aproximadamente 32 semanas y ese mismo día se desencadenó espontáneamente el parto prematuro, dando a luz vaginalmente a una niña de 1.440 gr. La madre optó por la lactancia artificial. En la primera entrevista realizada la madre expresa sentimientos de culpa por no haber reconocido el embarazo y enorme dificultad en relación afectiva con su familia de origen, así como antecedentes de trastorno de conducta alimentaria grave (anorexia nerviosa). Desea y acepta intervención psicoterapéutica durante la hospitalización de la niña. En posteriores entrevistas diarias se profundiza en su psicobiografía, incidiendo en traumas relacionales graves (maltrato infantil y continuado) que han po-

didó favorecer crisis actual. Se favorece insight sobre el lugar que ocupó la madre en su familia, así como el lugar que va a ocupar la recién nacida en la familia actual. La madre decide cortar el contacto con su familia de origen. El marido y padre de la bebé también participa en las entrevistas. La madre comienza a pasar mucho más tiempo en la unidad cuidando a su niña y se observa interacción madre-bebé en diversas sesiones de interconsulta, favoreciendo que la madre reconozca habilidades tempranas de la hija y su deseo de interacción. Se realiza un seguimiento en consulta de psiquiatría perinatal durante los seis meses posteriores al alta de la unidad. En esos meses la madre profundiza en la relación con sus dos hijas y decide posponer su reincorporación al medio laboral (que inicialmente había previsto retomar a las seis semanas del parto). Verbaliza estar disfrutando con el cambio en su relación familiar.

CASO CLÍNICO 2

Solicitan ITC porque madre refiere dificultad para visitar a una de sus dos hijas mellizas prematuras (27 semanas Edad Gestacional). En la entrevista familiar inicial la madre verbaliza bloqueo y rechazo en las visitas hacia la melliza que se encuentra en situación de mayor gravedad. Se inicia intervención psicoterapéutica mediante acompañamiento materno a la visita y observación de la interacción madre-bebé, así como varias sesiones de psicoterapia individual con la madre, disminuyendo la ansiedad materna y verbalizando la madre una mejoría subjetiva psíquica. En ese contexto acontece fallecimiento súbito e inesperado de la otra hermana por cuadro infeccioso. Se inicia acompañamiento psicoterapéutico en proceso de duelo complicado a la vez que se trabaja apoyo al vínculo con melliza superviviente. La intervención se prolonga al alta de la unidad en consulta de psiquiatría perinatal durante el primer año de vida.

Además de la actividad asistencial, dentro de las actividades llevadas a cabo por la Unidad de Psiquiatría Infantil desde su puesta en marcha, se incluyen:

- **Grupo psicoeducativo y de apoyo a madres y padres** de bebés hospitalizados en Neonatología. Se inició en junio del 2009 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). Desde el inicio, la asistencia y participación de las madres y padres fue muy variable y condicionada por los cuidados a sus hijos hospitalizados. Simultáneamente, se acondicionó una sala de padres con financiación de los fondos de cohesión del Ministerio de Sanidad, contemplados dentro de la Estrategia de Atención al Parto Normal. El proyecto de grupo psicoeducativo posteriormente dio lugar a una *Escuela de Padres* dirigida desde enfermería y con la colaboración de Trabajo Social y APREM, que continúa en la actualidad (diciembre 2011).

En diciembre 2010 se realizó curso de formación en cuidados centrados en el desarrollo (NID-CAP) en la Unidad, lo que sin duda contribuyó a una mejora y una mayor sensibilidad por parte de todo el personal hacia los aspectos psicológicos y familiares de la atención al recién nacido hospitalizado.

- **Participación de una psiquiatra en comités hospitalarios**

El **Comité de Perinatología** tiene como objetivo la discusión de casos complicados desde el punto de vista obstétrico y neonatal. La mayoría de los casos son seguidos en la consulta de alto riesgo, y es frecuente la aparición de comorbilidad materna ansiosa importante. En este comité la participación de las psiquiatras permite crear un espacio de reflexión sobre el acontecer psíquico de las familias en todo este proceso; en ocasiones, ejerciendo como traductoras y mediadoras entre las familias y el equipo médico. Permite también reflexionar y prevenir el posible efecto iatrogénico ansiógeno de algunas intervenciones médicas. En última instancia, pensamos que la participación del psiquiatra en este comité y en el de mortalidad perinatal, supone también una oportunidad para que los profesionales profundicen en los aspectos transferenciales y contra transferenciales que se movilizan en toda relación terapéutica, y que siempre están presentes en el momento del nacimiento. Queremos pensar que, nombrar y elaborar dichos

aspectos transferenciales puede favorecer la salud mental de los profesionales de la perinatalidad y favorecer las habilidades psicoterapéuticas del staff, en situaciones especialmente delicadas.

El Comité de Mortalidad perinatal. La muerte fetal en cualquier estadio del embarazo o neonatal se experimenta como un suceso traumático, comparable con otro tipo de fallecimientos. Puede provocar intensos sentimientos de culpabilidad, ansiedad y depresión (Armstrong, 2007; Kroth et al., 2004). La muerte perinatal constituye un acontecimiento traumático en las vidas de familias y puede tener consecuencias a largo plazo para la salud psicológica de padres y los hijos sucesivos (Armstrong, Hutti, & Myers, 2009). Otro hecho importante es que la mitad de las mujeres que sufren una muerte fetal se quedan embarazadas dentro de los 12 meses siguientes, y es posible que este nuevo embarazo pueda servir como un factor estresante reactivador y que puedan reexperimentar estos síntomas durante el nuevo embarazo. Está descrito que, en general, estos síntomas se resuelven un año después del nacimiento del hijo sano (Badenhorst, Riches, Turton, & Hughes, 2006; Turton, Hughes, Evans, & Fainman, 2001). Inclusive estos síntomas si persisten después del nacimiento podrían tener implicaciones para el niño, ya que los trastornos psiquiátricos maternos aumentan el riesgo de trastornos en el desarrollo del niño (Turton et al., 2001).

En nuestro hospital, desde la comisión de mortalidad perinatal, se revisan todos los casos de la muerte fetal tardía (a partir de la 28 semana de gestación) y la muerte neonatal precoz (desde el nacimiento hasta los 28 primeros días de vida). En todos ellos se incluye por protocolo la posibilidad de solicitar interconsulta a psiquiatría, si así lo desea la mujer o la familia. Atendemos habitualmente a más de un 50% de casos de familias afectadas por la muerte perinatal, durante su estancia en el hospital. Además, en consulta externa se ofrece seguimiento durante embarazo a gestantes que anteriormente sufrieron pérdida fetal tardía. Un motivo frecuente de consulta, por parte de las familias, es el cómo abordar la muerte perinatal con sus otros hijos o hijas, hermanos o hermanas del bebé fallecido.

Comité de lactancia materna. El comité esta formado por más de treinta profesionales del hospi-

tal y del área de primaria. Desde su constitución a principios del año 2009 ha trabajado arduamente para lograr la acreditación IHAN de UNICEF, signo de excelencia en la atención a madres y lactantes, lograda en mayo 2010. Desde psiquiatría perinatal se ha participado en la docencia en más de doce 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. Además, se ha coordinado el apoyo a la lactancia en casos de psicopatología materna grave (Marín 2010; Olza 2011b).

INVESTIGACIÓN Y DOCENCIA

La actividad clínica y de enlace en perinatal se completa con la investigación y docencia. Por la unidad rotan MIREs de Psiquiatría de tercer o cuarto año. La actividad investigadora se ha traducido en dos líneas principales. La creación de un grupo de trabajo sobre neurobiología del apego, formado por psiquiatras infantiles, neonatólogos, obstetras, matronas y enfermeras que investigan sobre los efectos de la oxitocina intraparto (Olza 2011a); y la próxima puesta en marcha de programa de seguimiento en casos de madres lactantes que toman psicofármacos.

CONCLUSIONES

Pensamos que el programa de psiquiatría perinatal ha tenido una buena acogida por parte de los profesionales de los servicios de obstetricia y neonatología, la mayoría de los cuales no habían contado con este recurso en otros centros de trabajo. A lo largo de estos tres años se ha avanzado conjuntamente en la comprensión de los aspectos psíquicos del recién nacido y sus familias, y en la búsqueda de un posible lenguaje común que nos permita mejorar nuestra asistencia. Aún y todo, pensamos que es preciso seguir trabajando en la construcción de espacios de reflexión conjunta que nos permitan profundizar en el acontecer psíquico de los recién nacidos y sus madres, en el medio hospitalario.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras desean expresar su agradecimiento a los doctores Francisco López Sánchez, del ser-

vicio de Obstetricia y María Carmen Muñoz Labián, de Neonatología, por su aportación a este artículo referente a los datos asistenciales de los servicios de Obstetricia y Neonatología en el 2010; así como a todos los profesionales de ambos servicios, que colaboran diariamente en la atención conjunta a madres y recién nacidos hospitalizados.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Andersson, L., Sundstrom-Poromaa, I., Wulff, M., Astrom, M., & Bixo, M.** (2004). Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstetrics and Gynecology*, 104(3), 467-476. doi:10.1097/01.AOG.0000135277.04565.e9
2. **Armstrong, D. S.** (2007). Perinatal loss and parental distress after the birth of a healthy infant. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 7(4), 200-206. doi:10.1097/01.ANC.0000286337.90799.7d
3. **Armstrong, D. S., Hutti, M. H., & Myers, J.** (2009). The influence of prior perinatal loss on parents' psychological distress after the birth of a subsequent healthy infant. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing : JOGNN / NAACOG*, 38(6), 654-666. doi:10.1111/j.1552-6909.2009.01069.x
4. **Badenhorst, W., Riches, S., Turton, P., & Hughes, P.** (2006). The psychological effects of stillbirth and neonatal death on fathers: Systematic review. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 27(4), 245-256.
5. **Bibring, G. L., Dwyer, T., & Huntington, D.** (1961). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship: 1. some propositions and comments. *Psychoanal Study Child*, 16: 9.
6. **Bibring, G. L., & Valenstein, A. F.** (1976). Psychological aspects of pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 19(2), 357-371.
7. **Bydlowski, M.** (2007). La deuda de vida. itinerario psicoanalítico de la maternidad. Biblioteca Nueva.
8. **Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V.** (1980). Ghosts in the nursery: Apsychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships. In S. Fraiberg (Ed.), *Clinical studies in infant mental health: The first year of life* (pp. 164-196). New York: Basic Books.
9. **Glangeaud-Freudenthal, N. M.** (2004). Mother-baby psychiatric units (MBUs): National data collection in france and in belgium (1999-2000). *Archives of Women's Mental Health*, 7(1), 59-64. doi:10.1007/s00737-003-0045-1
10. **Hansen, D., Lou, H. C., & Olsen, J.** (2000). Serious life events and congenital malformations: A national study with complete follow-up. *Lancet*, 356(9233), 875-880. doi:10.1016/S0140-6736(00)02676-3
11. **Hedegaard, M., Henriksen, T. B., Sabroe, S., & Secher, N. J.** (1993). Psychological distress in pregnancy and preterm delivery. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 307(6898), 234-239.
12. **Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J., & Sakala, C.** (2007). Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, (3)(3), CD003766. doi:10.1002/14651858.CD003766.pub2
13. **Hofberg, K., & Brockington, I.** (2000). Tokophobia: An unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 176, 83-85.
14. **Hofberg, K., & Ward, M. R.** (2003). Fear of pregnancy and childbirth. *Postgraduate Medical Journal*, 79(935), 505-10, quiz 508-10.
15. **Klaus, M. H., & Kennell, J. H.** (1982). Parent infant bonding. St Louis: CD Mosby.
16. **Kroth, J., Garcia, M., Hallgren, M., LeGrue, E., Ross, M., & Scalise, J.** (2004). Perinatal loss, trauma, and dream reports. *Psychological Reports*, 94(3 Pt 1), 877-882.
17. **Lou, H. C., Hansen, D., Nordentoft, M., Pryds, O., Jensen, F., Nim, J., & Hemmingsen, R.** (1994). Prenatal stressors of human life affect fetal brain development. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 36(9), 826-832.
18. **Marín Gabriel, MA; Olza Fernández, I.** Lítio y lactancia artificial. ¿o mejor lactancia materna? *An Pediatr (Barc)*. 2011. doi:10.1016/j.anpedi.2010.12.007
19. **Muller-Nix C., et al.** (2004) Prematurity, maternal stress and mother and child interactions. *Earl Hum Dev*, 79, 2, 2004, (145-158).
20. **Nepomnaschy, P. A., Welch, K. B., McConnell, D. S., Low, B. S., Strassmann, B. I., & England, B. G.** (2006). Cortisol levels and very early pregnancy loss in humans. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 103(10), 3938-3942. doi:10.1073/pnas.0511183103
21. **Olza Fernández, I.** (2010). Trastorno de estrés postraumático como secuela obstétrica. Cuadernos de medicina psicosomática, número 96. Octubre-diciembre 2010.

-
22. **Olza Fernández, I; Marín Gabriel MA,; Sanchez Lopez F; Malalana Martínez, AM.** Oxitocina y autismo: una hipótesis a investigar. (2011 a) *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 04; 38-41. 2011.
23. **Olza Fernández, I., Serrano Drowslesky, E.; Muñoz Labián, C.** (2011b) Lactancia para psiquiatras: recomendaciones sobre el uso de psicofármacos en madres lactantes. *Archivos de Psiquiatría*. 2011;74:2 (23-mayo-2011).
24. **Pérez Minguez, C.** (2001) Intervención psicológica en una unidad de neonatología con un recién nacido que no adquiría peso. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 2001: 31-32, 101-114.
25. **Shaw R.J; De Maso, DR.** (200) Consulta psiquiátrica en Pediatría. En niños y adolescentes con enfermedad orgánica. Ed Médica Panamericana. Buenos Aires-Madrid, 2009.
26. **Stern, D. N.** (1997). *La constelación maternal: La psicoterapia en las relaciones entre padres e hijos.* Paidós Ibérica.
27. **Tarrago, R.** (2003) Intervenciones psicoterapéuticas en un servicio de neonatología. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*. 2003, 35-36; 169-181.
28. **Turton, P., Hughes, P., Evans, C. D., & Fainman, D.** (2001). Incidence, correlates and predictors of post-traumatic stress disorder in the pregnancy after stillbirth. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 178, 556-560.
29. **Van den Bergh, B. R., Mulder, E. J., Mennes, M., & Glover, V.** (2005). Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: Links and possible mechanisms. A review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(2), 237-258. doi:10.1016/j.neubiorev.2004.10.007
30. **Vega, E.Y.** (2006) *El psicoterapeuta en neonatología (rol y estilo personal).* Ed Lugar, Argentina, 2006.
31. **Zeanah, C. H., Keener, M. A., & Anders, T. F.** (1986). Adolescent mothers' prenatal fantasies and working models of their infants. *Psychiatry*, 49(3), 193-203.