

CAPÍTULO 23. PSICOTERAPIA DURANTE LA ETAPA PERINATAL

Autoras: Mónica Avellón Calvo. Mónica Díaz de Neira Hernando

1. INTRODUCCIÓN Y CONCEPTO

La etapa perinatal (que abarca, desde el punto de vista psicológico, desde el periodo preconcepcional hasta primer año del bebé) constituye una etapa fundamental tanto para el desarrollo físico como emocional del individuo, siendo fundamental la interacción entre los factores constitucionales y las primeras vivencias (epigenética) para la construcción de aspectos tan importantes como los mecanismos autorregulatorios, la atención, la comunicación y el lenguaje, la intersubjetividad o el estilo de apego.

Dificultades en estos aspectos, se relacionan con diferentes trastornos mentales y un buen funcionamiento en estas áreas se considera un factor protector frente a la psicopatología, tanto en la infancia y en la adolescencia, como en la edad adulta.

Se podría considerar el periodo perinatal y el acceso a la parentalidad como una etapa de crisis, crisis entendida a la vez como riesgo y oportunidad, siendo la parentalidad y el vínculo materno/paterno filial el foco central sobre el que trabajar si se lleva a cabo una psicoterapia.

Si a los posibles conflictos de la parentalidad (que describiremos más adelante), se añaden diferentes circunstancias físicas, personales, sociales o vitales adversas, la crianza y el establecimiento de un vínculo padres-hijo satisfactorio pueden complicarse y es conveniente llevar a cabo una psicoterapia específica en la etapa perinatal.

Un buen número de investigaciones encuentran una relación entre la ansiedad y/o la depresión en el embarazo y el desarrollo posterior del niño, respecto a diferentes aspectos como el control inhibitorio, la impulsividad, la autorregulación emocional y la respuesta al estrés, la función ejecutiva, y también en aspectos anatómicos cerebrales (Ibáñez, G. y cols., 2015; Buss et cols., 2010; 2011 por citar algunos de ellos). La depresión y la ansiedad durante el embarazo se podría incluir, por tanto, dentro de los entornos adversos que, mediante los mecanismos epigenéticos, podrían favorecer el desarrollo posterior de diversos trastornos en los hijos como la depresión, la esquizofrenia, el autismo o el TDAH (Kundacovic, M. and Jaric, I., 2017; Grizenko, M., Fortier, N.E et cols., 2015).

Por otra parte, la depresión perinatal materna/paterna, podría tener un efecto importante en la cualidad de las interacciones con el bebé (Righetti-Veltema et al. 2002, 2003) y en el vínculo materno/paterno filial tanto prenatal como postnatal. Ya Fonagy y Steele, señalaron en 1991, que, si se dejan sin tratamiento, estos trastornos pueden tener un efecto negativo, primero en el feto y el vínculo prenatal; después en el bebé, la madre y el vínculo establecido entre ambos.

No obstante, es importante no olvidar que como dice Golse, 1988 “no todas las madres deprimidas tienen hijos con psicopatología ni todos niños con psicopatología han tenido madres deprimidas”.

Un 40% de las madres en los países desarrollados experimentan, según la guía de la OMS del 2015, un trastorno mental después del parto. Estudios recientes en España (Rodríguez Muñoz, MF y cols., 2017) determinan la prevalencia de la depresión prenatal (en la mujer) en un 14,8% de la población general. Respecto al padre, algunos estudios hablan de un 10% de depresión tras el parto, mientras otros, de un 27% (Psouni y cols, 2017).

Por otra parte, es frecuente encontrar en la anamnesis de los casos atendidos por el PCIJ en las USM infanto-juveniles, dificultades emocionales en la etapa perinatal y/o trastornos mentales no detectados ni tratados, que han influido e influyen de forma importante en el vínculo establecido con el hijo/a, en la imagen del niño/a que tienen los padres y en la vivencia de la maternidad/paternidad por parte del progenitor, teniendo en muchos casos estos factores, un papel esencial en el desarrollo de la psicopatología por la que consultan.

Asimismo, en muchos casos, el niño/a, según los datos obtenidos de su desarrollo evolutivo, ha manifestado de bebé, signos de alarma psicopatológica que, de haber sido detectados y tratados, habrían, presumiblemente, podido mejorar la evolución del caso y el desarrollo global.

Hay por tanto una amplia justificación tanto teórica como clínica de la conveniencia y/o necesidad de una psicoterapia específica en la etapa perinatal, psicoterapia que tendría un efecto tanto preventivo como psicoterapéutico.

Llama la atención, por tanto, la falta o escasez de recursos en el área de la salud mental perinatal, máxime teniendo en cuenta la positiva relación coste-eficacia de las intervenciones psicoterapéuticas en la perinatalidad, según ha quedado demostrado en diferentes estudios de investigación (Nanzer, N., Palacio-Espasa y otros, 2012 y Llairó, A. y Gomá, M. 2017).

La psicología clínica perinatal podría definirse como el estudio, detección, evaluación y tratamiento psicoterapéutico de los trastornos y dificultades emocionales que puedan surgir tanto en los padres y en el bebé como en el vínculo establecido entre ellos, en la etapa perinatal.

La psicoterapia en la etapa perinatal constituye una modalidad específica de psicoterapia con un bagaje teórico y clínico también específico.

Sus aspectos diferenciales serían su doble objetivo preventivo y terapéutico; su vertiente de cuidado a los padres por sí mismos y para favorecer un mejor cuidado del bebé que favorezca los procesos madurativos (Winnicott); el apoyo y el acogimiento del otro padre-madre-bebé (Cesbron y Missonier); la necesidad de llevar a cabo un trabajo multidisciplinar y en red y el foco terapéutico puesto sobre el vínculo y la parentalidad. Bernard Golse, 1988 señala, que en psiquiatría perinatal “nuestro paciente no son los padres ni el bebé sino el vínculo”.

Se podría decir que hay dos grandes corrientes de la psiquiatría perinatal: la anglosajona pone el énfasis en el efecto del trastorno mental de uno de los padres en el desarrollo del bebé, mientras que la francófona, se centra en la psicopatología relacional (*Psiquiatría perinatal 0-3 AEN-Sepypna*).

En la psicoterapia durante la perinatalidad va a ser central, como ya hemos señalado, el trabajo sobre la vivencia de los padres de su propia maternidad/paternidad y sobre las representaciones maternas/paternas que podrían definirse como la imagen que tienen los padres de sí mismo como tales, del propio hijo/a y del vínculo establecido entre ellos (Nanzer y Palacio-Espasa, 2018). Estas representaciones tienen su origen en las vivencias infantiles de los padres en relación con sus propios padres, hermanos y otras figuras significativas.

Aunque la construcción de la parentalidad, se inicia ya en la infancia con los juegos infantiles y la identificación con las figuras parentales, con el embarazo y el acceso a la parentalidad se produce un “retorno del pasado”, teniendo lo transgeneracional un peso fundamental (Nanzer, N. y Palacio-Espasa, 2013). Los recuerdos y vivencias infantiles olvidados o inconscientes están más accesibles a la consciencia y los conflictos infantiles no resueltos se reactivan (Bibring). Se produce así lo que Byldowsky llama “transparencia psíquica”, estado psíquico que favorecería el trabajo terapéutico sobre los procesos inconscientes.

“La vivencia de la propia maternidad, paternidad y las representaciones maternas/paternas van a determinar, en gran parte, el vínculo que se establece con el bebé (vínculo que se plasmará primero en lo imaginario y después en la interacción real con el bebé)” (Nanzer, N. y otros, 2017)

Nanzer y Palacio-Espasa, 2013 consideran el acceso a la parentalidad como un duelo del desarrollo con dos tareas principales: “renunciar al lugar del niño (...), abandonando los propios deseos y necesidades infantiles” (...) e “identificarse con el rol materno/paterno y con los propios padres”. Una parte de estos deseos infantiles serán depositados en el hijo. Este duelo tendría un potencial depresivógeno al reactivarse las vivencias de pérdida del pasado infantil.

Las cosas se complican si, además, se añaden situaciones o circunstancias personales, sociales o físicas adversas o difíciles como un trastorno mental previo, problemas de pareja, riesgo social, duelos perinatales o de otro tipo anteriores o actuales (tanto antes como después de nacer el bebé), tratamientos de reproducción asistida, ...

2. TRASTORNOS MENTALES PERINATALES EN LA MADRE Y EN EL PADRE

➤ EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

La depresión perinatal constituye un objetivo de salud prioritario (*Recomendaciones del PAPPS, 2016 para la prevención de los trastornos de la salud mental en atención primaria*).

La guía NICE de 2014, revisada en 2017, recomienda la evaluación y tratamiento de la **ansiedad y depresión** tanto en el embarazo como el postparto y la *American Academy of Pediatrics* (2015) aconseja “incorporar (...) protocolos de detección de la depresión en las primeras visitas prenatales”.

En los últimos años, se está constatando la conveniencia de cambiar el foco de atención de la depresión postparto a la depresión prenatal ya que, en muchos casos, lo que se ha denominado depresión posparto en realidad comienza durante el embarazo (*Underwood et al., 2016*). Un 62% de mujeres con depresión postparto tuvo depresión en el embarazo (*Guía de buena práctica clínica en Depresión y Ansiedad en Atención primaria del Ministerio de sanidad y consumo, 2003*).

La valoración de la salud mental durante el embarazo debería hacerse, por tanto, de forma sistemática (*Muñoz y cols., 2017*) desde el primer trimestre de embarazo a través de entrevistas individuales con la matrona como figura de referencia y de acompañamiento para los padres durante todo el embarazo y durante los primeros meses tras el parto. También el resto de profesionales que atienden a la embarazada, a su pareja y al bebé, pueden servir de apoyo y detectar, asimismo, síntomas psicopatológicos que puedan requerir una intervención especializada.

En general, la valoración y estudio se suele centrar en la posible psicopatología de la madre, siendo menos frecuentes los estudios acerca de la psicopatología en el padre. La depresión o ansiedad en el padre, puede manifestarse mediante “equivalentes depresivos” y síntomas externalizantes como reacciones de huida, defensas maniacas o de carácter, irritabilidad, agresividad, impulsividad o abuso de sustancias.

Para la valoración de posible sintomatología ansiosa o depresiva, además de la observación y la entrevista clínica, se pueden utilizar cuestionarios sencillos de aplicar y con un alto nivel de validez y fiabilidad como el EPDS (Escala de Depresión Postparto de Edimburgo), que se puede utilizar también en el embarazo e incluye sintomatología ansiosa o la Escala de Depresión Postparto, forma abreviada: PDSS-SF (*M. F. Rodríguez-Muñoz et al. 2018*)

El NICE (National Institute for Health and Care Excellence, 2009) recomienda el uso de dos preguntas sencillas llamadas Whooley questions (*Whooley et al, 1997*) como método de screening para la depresión perinatal.

En el caso de los hombres, según el estudio de *Psouni y cols., 2017*, se podría combinar para la valoración, ítems del EPDS y del GMDS (Escala de Depresión Masculina de Gotland), para así poder detectar tanto los padres con síntomas “clásicos” de depresión, como aquellos que la expresan a través de equivalentes depresivos. Asimismo, se recomienda ampliar el periodo de valoración más allá del primer año del bebé.

El STAI resulta una prueba adecuada para valorar la **ansiedad** en la etapa perinatal.

Respecto a los TCA durante el embarazo y/o el postparto, en un estudio realizado en Atención Primaria, el 23,4% de las embarazadas tenían altas puntuaciones en el test de actitudes alimentarias (EAT-40). Los cambios corporales en el embarazo, pueden ser más complicados de elaborar en el caso de un TCA; asimismo, los TCA pueden interferir en las funciones parentales, sobre todo en el área de la alimentación (lactancia primero y alimentación complementaria después). Si hay un TCA previo, en algunos casos, los síntomas se atenúan durante la etapa perinatal mientras en otros casos, se intensifican. No obstante, es fundamental la valoración y tratamiento de un posible TCA, dadas las importantes complicaciones tanto fetales como obstétricas que puede traer

consigo si hay síntomas activos (Prego, R. en *Parentalidad, perinatalidad y salud mental en la primera infancia* Coords. Prego, R., Alcamí, M. Mollejo, E)

En el **TOC** (tasa estimada del 2,7 % en la etapa perinatal) suelen aparecer miedos en relación a la contaminación o temor a dañar al bebé, por lo que se pueden poner en marcha o bien mecanismos de evitación de la interacción con el bebé o bien establecer con el bebé una relación posesiva, impidiendo que sea atendido o cuidado por terceras personas. La intervención psicoterapéutica se centrará en el trabajo sobre los temores maternos/paternos y la posible interferencia en el vínculo. Pueden aparecer también los conflictos de parentalidad descritos más adelante.

Respecto al **TEPT** en relación al parto, se han identificado factores de riesgo como el dolor, la falta de control durante el proceso, las complicaciones en el bebé y/o en la madre y el alto intervencionismo obstétrico. Es fundamental, asimismo, la calidad de los cuidados y apoyo percibidos por parte del personal sanitario” (Noval, E. y Carral, L. en *Parentalidad, perinatalidad y salud mental en la primera infancia*).

Señalar, asimismo, la **psicosis postparto**, un trastorno perinatal que, aunque no es demasiado frecuente (prevalencia en torno al 1/1000), es fundamental poder detectar y tratar de forma urgente, tanto por su gravedad como por el posible riesgo que comporta (suicidio y/o filicidio). Resulta importante valorar la capacidad de cuidado, los posibles signos de alarma en la interacción con el bebé y, sobre todo, si el bebé forma parte del sistema delirante de la madre. También va a ser imprescindible valorar el apoyo familiar y social con el que cuenta la puérpera. (Martín Maldonado y otros en *Parentalidad, perinatalidad y salud mental en la primera infancia*)

La psicosis postparto suele desarrollarse en las primeras semanas tras el parto y puede o no relacionarse con antecedentes previos de trastornos psicóticos (esquizofrenia y trastornos afectivos). Además de valorar un posible ingreso en una unidad madre-bebé y el uso de medicación, una intervención psicoterapéutica puede resultar una herramienta adecuada para la atención en este tipo de trastornos en los que es fundamental el apoyo emocional tanto a la madre como al entorno familiar.

Señalar, por último, que, aunque se recomienda una valoración clínica en todos los casos, las situaciones sociales, personales y médicas complicadas descritas anteriormente requerirán de una mayor atención y seguimiento.

Un área a tener en cuenta es también el de la **parentalidad en las personas con Trastorno Mental Grave** (diagnosticado de forma previa). En este caso, se valorarán los factores de riesgo y de protección, las interacciones concretas con el bebé en las primeras etapas, las competencias parentales en general y la sintomatología clínica que pueda interferir en el cuidado y las habilidades parentales. El objetivo principal será disminuir esta posible interferencia y fomentar aquellos aspectos relacionados con una parentalidad positiva. Margarita Rullas, en *Parentalidad, perinatalidad y salud mental en la primera infancia* describe un amplio número de programas diseñados para el trabajo en este sentido con padres y madres con TMG.

Respecto a la **población en situación de riesgo social** las posibles vivencias infantiles de abandono, negligencia y/o maltrato (incluyendo el abuso sexual) interfieren en el establecimiento de los vínculos afectivos tempranos y pueden hacer más difíciles las

tareas maternas/paternas, suponiendo asimismo un mayor riesgo de trastorno emocional en la etapa perinatal. En su Proyecto Primera Alianza, Carlos Pitillas desarrolla un programa terapéutico en el que es central establecer una positiva alianza terapéutica y la construcción de “una experiencia de seguridad y de cooperación” dada la tendencia de estos padres a sentirse ineficaces, sentir “que no están legitimados como tales” o a pensar “que los problemas de los niños son una confirmación de sus propios fracasos, que el niño no les reconoce o se apoya en ellos”. Como herramientas terapéuticas fundamentales están el señalar las micro-interacciones armónicas y los indicadores de apego que el niño emite exclusivamente hacia su cuidador y en general, centrarse más en las fortalezas que en las debilidades.

Las intervenciones dirigidas al tratamiento de la depresión perinatal, tienen como ya se ha señalado un carácter no sólo terapéutico sino preventivo (revisión realizada recientemente por US Preventive Services Task Force)

De los estudios de investigación revisados, la psicoterapia que ha mostrado una mayor eficacia y efectividad (coste- beneficio) en el tratamiento de la depresión perinatal es la versión breve (de 4 a 6 sesiones) de la **Psicoterapia Centrada en la Parentalidad (PCP)**, terapia de orientación psicoanalítica de la que hablaremos en el siguiente apartado. (Nanzer, N. y otros (2012) y Llairó, A. y Gomá, M., 2017, Avellón, M. y otros, en preparación).

En otros estudios se ha valorado la eficacia de la **terapia cognitivo conductual (CBT)** en la prevención de la depresión postparto en riesgo con sesiones grupales durante ocho semanas durante el embarazo (Muñoz, MF y otros, 2019).

Señalar también, la efectividad de los **programas grupales** para fomentar la sensibilidad materna (Olhaberry y cols., 2015), la mentalización y la función reflexiva (Santalices y otros, 2016).

➤ **LA PSICOTERAPIA CENTRADA EN LA PARENTALIDAD (PCP)**

La Psicoterapia Centrada en la Parentalidad (PCP) (Nanzer, N, Knauer, y Palacio-Espasa, 2017) proviene de las terapias padres-bebés iniciadas por Cramer, Palacio-Espasa y Manzano en Ginebra.

En las investigaciones ya citadas, tras la detección precoz (primer trimestre de embarazo) de la sintomatología depresiva mediante el EPDS, se lleva a cabo, en los casos que superan el punto de corte, una psicoterapia breve de 2/3 sesiones durante el embarazo y 2/3 sesiones en los tres primeros meses tras el parto.

El foco está en la detección y elaboración de los posibles conflictos de la parentalidad (CP), que se supone están en la base de la sintomatología depresiva que presenta la embarazada. Los temas conflictuales principales que suelen aparecer son el miedo a no ser una buena madre, el temor a repetir patrones de la infancia y un excesivamente alto ideal materno. La mejoría sintomática resulta del insight acerca de las representaciones maternas inconscientes.

En el caso del CP neurótico, se trata de recrear una relación ideal, evitando cualquier frustración, lo que puede no favorecer la necesaria separación-individuación, la tolerancia a la frustración, el poner límites de forma adecuada y los factores progresivos

frente a los regresivos. Si se da un CP depresivo-masoquista, se tiene, desde el inicio, una imagen muy negativa del hijo/a que es visto/a como tirano/a, difícil o agresivo/a, situándose los padres en la identidad de “mártires” o “sufrientes” y en una posición de dejarse, de alguna forma, tiranizar. En el caso del CP narcisista-disociado, el vínculo está gravemente comprometido y se puede tener una vivencia muy persecutoria e incluso cuasi-delirante del niño/a proyectando en él aspectos muy negativos.

La PCP constituye una intervención preventiva desde el inicio del vínculo madre/padre-futuro bebé, ya que los diferentes tipos de CP, se suelen plasmar en un tipo de vínculo que puede no favorecer, en algunos aspectos, el desarrollo del bebé primero y del niño/a después; a la vez, constituyen un factor de riesgo para el desarrollo de diferentes trastornos en el niño/a como los problemas de conducta y de aprendizaje, los trastornos de ansiedad y depresivos, etc.

LA VALORACIÓN EMOCIONAL DEL BEBÉ

La valoración emocional del bebé, constituye un área fundamental de la psicoterapia en la etapa perinatal. Más allá de los aspectos físicos y de desarrollo evolutivo, no debemos olvidar la parte psicológica y emocional del bebé.

La detección precoz de patologías y/o de riesgo de evolución patológica en el bebé y su posterior tratamiento, posibilita un trabajo psicoterapéutico temprano y de prevención primaria y secundaria, mejorando el pronóstico y evolución del bebé.

Las revisiones del niño sano y las consultas pediátricas habituales resultan un medio muy adecuado tanto para la promoción de la salud y la prevención primaria como para la detección de posibles signos de alarma, (*AEN-Sepypna Psiquiatría perinatal 0-3*)

Los trastornos emocionales en el bebé, se manifiestan, habitualmente, a través de trastornos funcionales (sueño, alimentación, etc.), del vínculo y de dificultades de regulación (*Becerra, M., 2018*). La *Clasificación francesa, Psicopatología de 0-3 años* revisa los posibles trastornos emocionales desde el nacimiento hasta los tres años.

El método de observación de bebés de Esther Bick constituye también una referencia fundamental.

Los trastornos depresivos del bebé son “siempre trastornos del vínculo” para Palacio-Espasa, en los que el retraimiento relacional constituye una señal de alarma fundamental. Ya Kreisler hablaba de la enfermedad depresiva del lactante.

La detección precoz de la sintomatología autística es, asimismo, un objetivo principal. El M-Chat es un instrumento adecuado y muy utilizado para tal fin.

La escala ABBA (Alarma Bebé en Apuros) de Guedeney valora el estado emocional del bebé teniendo en cuenta aspectos como el contacto visual, la expresión facial, la actividad corporal, los gestos de autoestimulación, las vocalizaciones, la vivacidad de la respuesta a la estimulación, la relación y el atractivo.

La valoración del bebé, pasa ineludiblemente por la valoración del vínculo establecido con sus cuidadores, teniendo en cuenta aspectos como la coordinación afectiva: sincronía, reciprocidad y contingencia (Stern) y la sensibilidad materna/paterna (Ainsworth) que incluye la consciencia de las señales del bebé y su interpretación

adecuada, así como la respuesta rápida y apropiada. Es fundamental, además, detectar e intervenir de forma precoz sobre los desajustes relacionales tempranos, así como fomentar funciones paternas básicas como son la función de “filtro, contención y regulación” y el reconocimiento y elaboración de estados afectivos (Becerra, M., 2018).

También, será importante valorar en el bebé la posible “hiperreactividad psiconeurobiológica, desencadenada por la exposición continuada a un malestar somatoemocional intenso derivado tanto del propio cuerpo como del estado emocional del otro” (Subiela, P. en *Parentalidad, perinatalidad y salud mental en la primera infancia*).

Para la valoración del vínculo pueden utilizarse instrumentos como el Care-Index o el PIR-GAS.

PSICOTERAPIA PADRES-BEBÉS

“Las psicoterapias padres-bebé constituyen (..) una de las principales modalidades terapéuticas en perinatalidad y pequeña infancia”. (...) “Estas terapias parten del principio de que la mayor parte de los trastornos de la pequeña infancia pueden ser considerados desde la dimensión relacional, es decir, teniendo un origen en la relación o produciendo consecuencias sobre la relación” (Subiela, P. en *Parentalidad, perinatalidad y salud mental en la primera infancia*), siendo por tanto fundamental el trabajo sobre el vínculo.

Para Palacio-Espasa, “las psicoterapias conjuntas madre-padre-bebé permiten descubrir cómo la madre y el padre interpretan a su bebé y cómo este último va a organizarse en función de esa dotación de sentido externo”.

Siguiendo también a Subiela, podríamos hablar de dos tipos de aproximaciones en psicoterapia de bebés: aquellas cuyo objetivo principal es obtener un cambio en las representaciones de los padres y aquellas que buscan modificar el comportamiento interactivo observable.

Un ejemplo de las primeras sería la Psicoterapia Centrada en la Parentalidad y en general aquellas terapias padres-niños de orientación psicoanalítica como la **Parent-Infant Psychotherapy de orientación psicoanalítica (PIP)** (Fonagy y Barandon, 2016) que puede resultar eficaz también en padres con trastorno mental.

Del segundo tipo de intervenciones, podemos señalar la guianza interactiva y todo el trabajo con **videofeedback** (Mendelson, Beebe, ...) siendo Downing uno de los autores más representativos.

4. RECOMENDACIONES Y ÁREAS DE MEJORA

Cómo ya se ha señalado, pese a la amplia justificación tanto teórica como clínica sobre la importancia de la salud mental perinatal, esta área está muy poco desarrollada en la mayoría de servicios de nuestro país, por lo que la creación de diferentes **programas específicos** de atención psicológica en la perinatalidad (cap.38) sería un objetivo prioritario. En estos programas se establecerían distintos protocolos en los que la detección y tratamiento psicoterapéutico de posibles trastornos emocionales en los padres, el bebé y/o el vínculo establecido entre ellos, sería un aspecto esencial.

Se necesitan, por tanto, **recursos específicos y formación** también específica tanto de los profesionales de salud mental como de todos aquellos que atienden a la madre, el padre y el bebé durante la etapa perinatal.

Respecto al área de la **investigación** se considera conveniente llevar a cabo más estudios que valoren la eficacia de diferentes tipos de psicoterapia o de psicoterapias específicas frente a otro tipo de intervenciones, así como investigaciones sobre temas menos explorados como los trastornos emocionales en los padres. Los estudios longitudinales constituyen también una herramienta fundamental.

BIBLIOGRAFÍA

1. AEN- Sepypna **Psiquiatría perinatal y del niño de 0 a 3.**
sepypna.com/documentos/psiquiatria-perinatal-y-del-niño-de-0-a-3-años.pdf
2. Becerra, M. (2018) **Mecanismos autorregulatorios en el bebé y sus interacciones tempranas** Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, 2018;65, 105-109
3. Buss, C., Davis, E.P, Hobel, C.J and Sandman, C.A. (2011) **Maternal pregnancy-specific anxiety is associated with child executive function at 6-9 years age.** *Stress* 14(6) 665-676.
4. Buss, C. Poggi Davis, L, Tugan, Head, K. and Curt A. Sandman, A. (2010) **High pregnancy anxiety during mid-gestation is associated with decreased gray matter density in 6-9 year-old children** *Psychoneuroendocrinology*. 2010 January; 35(1): 141–153
5. Cabaleiro Fabeiro; F. (2019) **Una experiencia materno-infantil** Cuadernos de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, nº66.
6. Fonagy y Barandon, (2016) **Randomized controlled trial of parent-infant psychotherapy for parents with mental health problems and young infants** *Infant Mental Health Journal*
7. Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G.S. and Higgitt, A.C. (1991) **The capacity for understanding mental states: the reflective Self in parent and child and its significance for security of attachment** *Infant Mental Health Journal*, vol 12, nº3
8. Golse, B. (1988) **Psicopatología en la perinatalidad** Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente, nº26.
9. Grizenko, M., Fortier, N.E et cols. (2015) **The Effect of Maternal Stress during Pregnancy on IQ and ADHD Symptomatology** *J. Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 24:2.
10. Ibáñez, G. Bernard, J.Y.; Rondet, C; Peyre, H., Forhan, A.; Kaminski, M.; Saurel-Cubizolles, M.J EDEN Mother-Child Cohort Study Group (2015) **Effects of Antenatal Maternal Depression and Anxiety on Children's Early Cognitive Development: A Prospective Cohort Study**
11. Kundacovic, M. and Jaric, I. (2017) **The Epigenetic Link between Prenatal Adverse Environments and Neurodevelopmental Disorders** *Genes* 2017 Mar 18;8(3)
12. Llairó, A. y Gomá, M. (2017) **Impact of brief parentality centred psychotherapy (PCP) in pregnant women at risk of anxiety and depression carried out in a public health centre in Barcelona** Ponencia presentada en el *17th International Congress of ESCAP 2017 Geneva*

13. Marti Glenn, PhD and Robin Cappon, PhD (2013) **Integrating New Paradigms from Epigenetics, Pre- and Perinatal Psychology, Attachment Theory and Neuroscience into Clinical Practice with Adult Clients**
14. Le HN, Rodríguez-Muñoz MF, Soto-Balbuena, Olivares ME, Izquierdo N, Marcos-Nájera R. (2019). **Preventing perinatal depression in Spain: a pilot evaluation of Mamás y Bebés. J Reprod Infant Psychol.** 2019 Nov 15:1-14. doi: 10.1080/02646838.2019.1687859. [Epub ahead of print]
15. Nanzer, N. y Palacio-Espasa, F. (2013) **Técnica de entrevista para las psicoterapias de la parentalidad en las depresiones pre-parto**
16. Nanzer, Knauer, Palacio Espasa y otros (2017) **Manual de psicoterapia centrada en la parentalidad** Ed Octaedro.
17. Nanzer, N., Sancho, A., Righetti-Veltima, M., Knauer, D., Manzano, J. y Palacio Espasa, F. (2012) **Effects of a brief psychonaltic intervention for perinatal depression** Arch Woment Mental Health 15 259-268.
18. Olhaberry, M.; Escobar, M.; Mena, C; Santelices, P; Morales-Reyes, I.; Graciela Rojas, G. y Martínez, V. (2015) **Intervención grupal para reducir la sintomatología depresiva y promover la sensibilidad materna en embarazadas chilenas**
19. Poggi Davis, E.; Glynn, L.; Waffarn, F. y Sandman, C.A. (2011) **Prenatal Maternal Stress Programs Infant Stress Regulation J Child Psychol Psychiatry.** 2011 February; 52(2): 119–129
20. Pitillas, C. y Berástegui, A. (2018) **Proyecto Primera Alianza. Fortalecer y fomentar los vínculos tempranos** Editorial Gedisa.
21. Prego, R., Alcamí, M. Mollejo, E. Coords. **Parentalidad, perinatalidad y salud mental en la primera infancia** AEN-Sepypna <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2018/05/AEN-Digital-3-Parentalidad.pdf>
22. Psouni, E., y cols. (2017) **Symptoms of depression in Swedish fathers in the postnatal period and development of a screening tool** *Scandinavian Journal of Psychology*, 2017; 58 (6)
23. Rodríguez-Muñoz, M. F., Izquierdo, N., Olivares, M. E., Picos, M. C., Rodríguez, M. I., Herráiz, M. A., Le, H. N. y Fonseca, J. (2018) **¿Es posible el uso de la Postpartum Depression Screening Scale Short Form en la depresión antenatal?** *Clínica y Salud*, 29, 147-150.
24. Rodríguez-Muñoz, M. F., Le HN2, de la Cruz IV3, Crespo MEO4, Méndez NI4 (2017) **Feasibility of screening and prevalence of prenatal depression in an obstetric setting in Spain.**
25. Santelices, M.P; Zapata, J.; Fischersworing, M.; Pérez, F.; Mata, C.; Barco, B.; Olhaberry, M.y Farkasy, Ch. (2016) **Intervenciones basadas en la mentalización para padres y educadores: una revisión sistemática** *Terapia Psicológica* Vol. 34, Nº 1, 71-80.
26. Winnicott **Obras completas**