



REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES

<https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>

ARTÍCULO ESPECIAL

Experiencia de acompañamiento biopsicosocial al recién nacido hospitalizado y su familia antes y durante la pandemia por COVID-19

Experience of biopsychosocial care of hospitalized newborns and their families before and during COVID-19 pandemic

Francisca Velozo-Ramírez, MSc^{a,b,c} ✉, Macarena Hernández-Fuentes, MSc^a, Verónica Valdivia-Berdechevic^a, Marcia Olhaberry-Huber, PhD^{b,c}, Mónica Morgues-Nudman, MD, MSc^a.

^a Programa Chile Crece Contigo, Unidad de Neonatología. Complejo Hospitalario San José. Santiago, Chile.

^b Escuela de Psicología. Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

^c Instituto Milenio para la Investigación en Depresión y Personalidad (MIDAP). Santiago, Chile.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 10 02 2024

Aceptado: 28 08 2024

Keywords:

Newborn; Neonatal Intensive Care Units; COVID-19; Biopsychosocial Care; Mental Health; Early Separation; Biopsychosocial Models.

Palabras clave:

Recién Nacido; Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales; COVID-19; Atención Biopsicosocial; Salud Mental; Separación Temprana; Modelo Biopsicosocial.

RESUMEN

La pandemia por COVID-19 generó nuevos desafíos en la atención neonatal. La necesidad de mantener la distancia física para prevenir su propagación se tradujo en una tendencia a nivel mundial a limitar la presencia de las madres y los padres dentro de las unidades de cuidado neonatal, lo que redujo los momentos de encuentro con su bebé. El presente artículo tiene por objetivo compartir la experiencia clínica de trabajo en una unidad de neonatología en torno a la atención biopsicosocial del recién nacido hospitalizado y su familia, así como exponer las adaptaciones realizadas a ésta durante los primeros meses de la pandemia. Se discute la necesidad de continuar generando políticas públicas y de elaborar protocolos centrados en la familia, que permitan proteger la relación bebé-cuidador/a y dar continuidad a una atención neonatal basada en la promoción del neurodesarrollo del recién nacido, especialmente en contextos sanitarios de alta complejidad.

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic generated new challenges in neonatal care. The need to maintain physical distance to prevent its spread resulted in a worldwide tendency to limit the presence of mothers and fathers in neonatal units, reducing the time spent with their baby. The aim of this article is to share the clinical experience in a neonatology with regards to the biopsychosocial care of hospitalized newborns and their families as well as present the adaptations made during the first months of the pandemic. The need to continue generating public policies and create family-centered protocols to protect the infant-caregiver relationship in order to provide continuity to neonatal care based on the promotion of neurodevelopment of the newborn, especially in highly complex health contexts, is discussed.

✉ Autor para correspondencia

Correo electrónico: fbvelozo@uc.cl

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2024.08.003>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2024 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



INTRODUCCIÓN

La hospitalización en la unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) puede constituir una experiencia estresante y potencialmente traumática para el recién nacido (RN) y su familia¹. Tras su ingreso a la UCIN, los bebés prematuros y médicamente vulnerables vivencian una separación temprana, y muchas veces prolongada, de sus padres. Sus primeras interacciones con el medio físico y social se llevan a cabo en un entorno altamente medicalizado, situación que puede dificultar el establecimiento de un adecuado vínculo de apego con sus cuidadores^{2,3}. Ambos padres tendrían mayor riesgo de presentar sintomatología ansiosa y depresiva en respuesta a esta experiencia, la que puede persistir en el tiempo^{4,5} e impactar la relación con su bebé⁶. En este escenario, la lactancia materna constituye un factor protector del vínculo entre madre y recién nacido hospitalizado⁷, además de cubrir las necesidades nutricionales del bebé y protegerlo de infecciones⁸. La literatura también da cuenta de una mayor probabilidad en los RN que fueron ingresados a la UCIN de presentar complicaciones en su desarrollo a mediano y largo plazo, las que se manifiestan en mayores problemas de conducta y de regulación en la primera infancia, así como en mayores dificultades cognitivas y emocionales en la etapa escolar y adulta^{9,10}. Estos antecedentes evidencian la importancia de una detección temprana de dichas dificultades y la necesidad de contar con una intervención que sea capaz de mitigar su impacto¹¹. Considerando lo descrito, se han ido desarrollando modelos de atención dentro de las UCIN que promueven la participación de la familia en el cuidado del RN desde un primer momento y que asignan a los padres un lugar importante en la toma de decisiones junto al equipo médico¹². Se observa que estas prácticas incrementan la estabilidad fisiológica del bebé, potencian su regulación emocional, favorecen el establecimiento de un vínculo de apego seguro¹³, promueven la duración de la lactancia materna¹⁴ y disminuyen el riesgo en las madres y los padres de presentar cuadros de ansiedad y depresión¹⁵.

En Chile, en el año 2011 el Ministerio de Salud desarrolló una guía con orientaciones técnicas para implementar el Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP) dentro de los Servicios de Neonatología y Pediatría de los hospitales públicos del país. Este programa forma parte del Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo, donde desde un enfoque multidisciplinario, promueve la realización de acciones concretas en la atención de salud, a nivel individual y familiar¹⁶.

A continuación, se describe el modelo de atención biopsicosocial implementado dentro de una Unidad de Neonatología de un hospital público en Santiago de Chile y los cambios realizados a éste durante la pandemia por COVID-19, con el objetivo de responder a las necesidades emergentes del RN y su familia en dicho contexto.

MODELO DE ATENCIÓN BIOPSIOSOCIAL EN LA UCIN

El equipo biopsicosocial de la unidad, previo a la pandemia, estaba conformado por matronas, psicólogas, técnicos en enfermería de nivel superior (TENS), una técnico en prevención y rehabilitación de adicciones (TPRA), una trabajadora social, una psiquiatra y una secretaria.

La atención biopsicosocial contemplaba la identificación de factores protectores y de riesgo presentes en las familias, pesquisados a través de una entrevista inicial realizada por las psicólogas, la trabajadora social, la psiquiatra o la TPRA del equipo. Ésta se efectuaba en aquellos casos ingresados a cuidados intensivos, en prematuros extremos, cuando existía diagnóstico de malformación congénita, ante la sospecha o presencia de antecedentes de consumo de alcohol y/o drogas en la madre durante la gestación, en casos de embarazo mal controlado, presencia de enfermedades de transmisión sexual, partos fuera del servicio, en población migrante, en familias con escasa red de apoyo, con antecedentes de violencia intrafamiliar, en casos de embarazo adolescente, en familias derivadas de la atención primaria de salud (APS) o por alguna inquietud del equipo médico de la unidad y en familias con bebés con más de 15 días hospitalizados dentro del servicio. A partir de dicha evaluación, se determinaba la necesidad de acompañamiento psicológico, psiquiátrico y/o social durante la hospitalización del bebé.

Específicamente, la intervención psicológica se llevaba a cabo en sala, junto al RN y sus padres. Las sesiones eran de frecuencia semanal o mayor, con una extensión aproximada de 50 minutos. La intervención se basa en el modelo desarrollado por la psiquiatra y psicoanalista Catherine Vanier, quien plantea que los procesos de reanimación dentro de la UCIN no deben limitarse a la dimensión física, sino que también deben contemplar la resucitación de los aspectos subjetivos del RN¹⁷. Para el logro de este objetivo, se acompañaba a los padres en el proceso de potenciar su capacidad para reconocer las necesidades socioemocionales de su hijo/a y para responder de forma adecuada a éstas, dado que pueden verse interferidas por la gravedad del bebé y el contexto de hospitalización. Con esta intervención, además se buscaba favorecer el establecimiento de un vínculo de apego seguro entre madre, padre y bebé¹. La atención psicológica era acompañada de un tratamiento farmacológico en caso de necesidad, a cargo de la psiquiatra del equipo. Cabe mencionar que ambos tipos de atención eran discutidos en una instancia de supervisión semanal, dirigida por una psiquiatra psicoanalista, especialista en el área perinatal.

Las psicólogas también tenían la responsabilidad de realizar grupos de reflexión con el equipo de salud, los que tenían como propósito acompañar al personal en el proceso de ser más consciente de sus reacciones emocionales, para así comprender mejor su relación

con los pacientes, mejorar la calidad de la atención, aumentar su satisfacción profesional y prevenir el *burnout*¹⁸. Las reuniones, de aproximadamente 50 minutos cada una, se realizaban de acuerdo a las necesidades observadas y manifestadas por el equipo de salud, siendo voluntaria su participación.

Ante la sospecha o presencia de antecedentes de consumo de alcohol y/o drogas en la madre durante el embarazo, la atención psicológica se realizaba en conjunto con la trabajadora social y la TPRA del equipo, con quienes se llevaba a cabo la evaluación de la familia, se elaboraba la medida de protección en caso de ser necesaria y se trabajaba en la motivación de los padres para adherir a un proceso de rehabilitación. La trabajadora social además estaba a cargo de realizar las visitas domiciliarias, de gestionar recursos materiales para aquellas familias con mayores necesidades y de coordinar el seguimiento de casos de mayor riesgo con APS.

Por su parte, las TENS del equipo debían promover el contacto piel con piel en la sala de partos, apoyar el cuidado diario de los RN del servicio e incentivar el establecimiento de un proceso de lactancia materna precoz, directa y/o a través de su extracción en el lactario. En esta labor, eran apoyadas por la fonoaudióloga y las kinesiólogas de la unidad. Una de las matronas del equipo estaba a cargo de implementar la clínica de lactancia, de coordinar su seguimiento con APS y de liderar el Comité de Lactancia Materna de la unidad, instancia conformada por distintos profesionales.

UCIN Y COVID-19

Con la llegada del COVID-19 y el establecimiento de la distancia física como principal medida para prevenir su propagación¹⁹, los servicios asistenciales debieron realizar cambios en sus protocolos de atención para evitar contagios y proteger la salud de sus pacientes y funcionarios. Dentro de las UCIN, esto implicó limitar la presencia de los padres, medida que interfirió en la continuidad de una atención neonatal basada en la promoción del neurodesarrollo del RN y cuidados centrados en la familia²⁰. Al respecto, un estudio multicéntrico en el que participaron distintas UCIN a nivel mundial, observó que el ingreso de las familias disminuyó de un 83 a un 53% y que la posibilidad de participar en los cuidados del bebé lo habría hecho de un 71 a un 32% durante los primeros meses de la pandemia²¹.

En Chile, si bien la autoridad sanitaria instruyó a los distintos servicios a resguardar el derecho a compañía de RN, niñas, niños y adolescentes hospitalizados durante el COVID-19²², para muchos esto no habría sido fácil de llevar a cabo dada su realidad epidemiológica y la escasez de recursos materiales y humanos, entre otras razones. A su vez, un grupo de especialistas en Obstetricia y Puericultura señala que numerosos servicios también habrían suspendido la

lactancia materna en aquellos casos de sospecha de contagio²³. Si bien se observa consenso en los distintos equipos profesionales en cuanto el valor dado a estas medidas durante los primeros meses debido al desconocimiento sobre un adecuado manejo clínico del COVID-19, impresiona cómo éstas tendieron a permanecer en el tiempo, a pesar de la baja en los contagios, los avances en el proceso de vacunación²⁴ y la mayor información disponible sobre la escasa presencia de contagio entre RN hospitalizados²⁵. Asimismo, es posible pensar que la ausencia, en ese entonces, de un marco legal que protegiera el derecho a compañía de este grupo, lo que posteriormente se materializó con la promulgación de la Ley Mila el año 2021²⁶, puede haber dificultado la generación e implementación de estrategias de no separación dentro de la UCIN durante el primer período del COVID-19.

Específicamente dentro la unidad descrita en este artículo, durante los primeros meses de la pandemia se suspendió el ingreso de las madres y los padres, principalmente debido a la escasez de recursos materiales para prevenir el contagio de COVID-19 en pacientes y funcionarios. La UCIN fue reabriendo sus puertas paulatinamente en la medida en que se contó con mayores recursos y se avanzó en el plan de vacunación. Se transitó desde un cierre total hacia una apertura parcial, con horarios limitados de ingreso, hasta retomar el horario habitual existente antes de la pandemia, a dos años de su inicio.

Hay estudios que muestran que la implementación de medidas restrictivas de ingreso a la UCIN habría incrementado la tasa de prevalencia de depresión post parto (DPP) en madres²⁷ y las dificultades en éstas para cuidar y establecer un vínculo afectivo con su hijo/a²⁸. Por su parte, Velozo et al. reportan un mayor riesgo de rezago en el desarrollo del lenguaje entre los 15 y 28 meses de edad en niños/as prematuros que fueron hospitalizados durante los primeros meses de la pandemia⁷. Es importante mencionar que la literatura también describe el efecto protector del acompañamiento realizado por los equipos de salud en este período²⁷.

EXPERIENCIA DE ACOMPAÑAMIENTO BIOPSIICOSOCIAL EN LA UCIN DURANTE EL COVID-19

Durante el primer período de la pandemia, se modificó el modelo de atención biopsicosocial descrito anteriormente, con el propósito de dar respuesta a las necesidades asociadas al contexto sanitario. Las modificaciones principalmente se relacionaban con la limitación del ingreso de los padres a la unidad.

A continuación, se describen las acciones realizadas.

1. **Evaluación inicial de factores protectores y de riesgo biopsicosocial:** las psicólogas, la trabajadora social y la TPRA en rehabilitación continúan a cargo de realizar el contacto

inicial, telefónico o presencial, con las madres y/o padres de los RN ingresados en la unidad. De acuerdo a lo expuesto en la literatura sobre los efectos adversos de la separación temprana entre madre, padre y bebé²⁹, se decide considerar ésta como un factor de riesgo transversal, evaluándose a todas las familias ingresadas al servicio durante el período de cierre total. Además de la entrevista, el equipo biopsicosocial debía informar a los padres sobre las medidas sanitarias implementadas, brindar un número de teléfono para conocer el estado de salud de su hijo/a y contener las emociones que emergen por la separación.

2. Incorporación de audios y realización de videollamadas:

para continuar favoreciendo el vínculo afectivo y potenciando el desarrollo socioemocional del bebé, las psicólogas implementaron una intervención que motivó a las familias a grabar mensajes de voz para su hijo/a, los que posteriormente fueron presentados a los RN. Se filmó a los bebés mientras los escuchaban, registro que luego fue enviado a sus padres, con el objetivo de generar un diálogo a distancia. Esta experiencia permitió la participación de hermanos/as y abuelos/as, quienes usualmente no tienen mayor contacto con el RN durante su estadía en la UCIN. Se decidió utilizar la voz de los padres como elemento de intervención, al ser un estímulo que el bebé está preparado para recibir desde la semana 28 de gestación, identificándolas y prefiriéndolas por sobre la voz de otros adultos, así como por su impacto positivo a mediano plazo en su desarrollo cognitivo y lenguaje³⁰. Posteriormente, se decidió integrar la imagen y la simultaneidad a la interacción, a través del envío frecuente de fotografías del RN y la realización de videollamadas durante su hospitalización, lo que incrementó la participación de las familias.

3. Atención en salud mental a distancia para madres y padres:

con el propósito de amortiguar el impacto emocional de la separación en los padres se instaló una nueva modalidad de atención no presencial, la que se llevó a cabo de manera telefónica o a través de videollamadas. Las sesiones fueron realizadas por las psicólogas, con una frecuencia semanal o mayor y una duración aproximada de 50 minutos. Esta instancia permitió contener ansiedades y temores, identificar y abordar la presencia de sintomatología anímica y reflexionar en torno a lo observado en los vídeos y videollamadas con su bebé. Tal y como se realizaba con anterioridad a la pandemia, se acompañó a los padres en el proceso de registrar e interpretar la conducta de su hijo/a, constituyendo esto una estrategia para promover el vínculo de apego. La atención psicológica continuó siendo a la par de un trabajo psiquiátrico, en caso de necesidad, pero esta vez de forma remota.

4. Apoyo en sala: durante el período de apertura parcial, el equipo biopsicosocial se encargó de organizar el ingreso de los padres a la unidad respetando los aforos, de capacitarlos en las medidas preventivas y de supervisar el lavado de manos y uso adecuado de elementos de protección personal (EPP). Adicionalmente, coordinaban con el laboratorio la toma de examen PCR preventivo a las familias. Durante los primeros meses, se suspendió el contacto piel con piel en la sala de parto. La TENS del equipo continuaron apoyando el cuidado del RN en sala. A medida que se contó con mayores recursos materiales y se avanzó en el proceso de vacunación, el equipo comenzó a acompañar a las madres COVID-19 positivas que se encontraban hospitalizadas.

5. Apoyo emocional para el equipo de salud: las psicólogas del equipo ofrecieron a los funcionarios de la unidad instancias de descompresión y contención emocional a nivel individual, las que se sumaron al espacio grupal, principalmente en formato virtual. Su frecuencia se programó según necesidad. Se derivó al extrasistema a aquellos funcionarios/as que requerían de mayor atención. A su vez, se les ofreció terapia de apoyo floral.

6. Apoyo social: junto a sus labores habituales, la trabajadora social asumió la función de evaluar la red de apoyo familiar de madres positivas y hospitalizadas por COVID-19, de manera de favorecer el alta de los RN que no necesitaban estar internados.

7. Fomento a la lactancia materna: durante la pandemia las matronas del equipo habilitaron un número de teléfono para recibir consultas espontáneas en lactancia, implementaron clínicas de lactancia por teleconsulta y elaboraron cápsulas educativas para las madres. Asimismo, se adquirieron coolers, extractores y recipientes de almacenaje para promover la extracción de leche materna en el domicilio. Se contrató a una matrona para la extracción de calostro en madres hospitalizadas en puerperio y una fonoaudióloga para complementar el apoyo y la educación de lactancia en sala previo al alta del bebé. En un primer momento, y al igual que en otros servicios, se suspendió la lactancia materna y su extracción en madres con COVID-19.

Dada la preocupación del equipo por el impacto a mediano plazo de las medidas restrictivas de ingreso de los padres a la unidad, se decidió estudiar su efecto en la salud mental materna, el desarrollo infantil y la calidad del vínculo, a través de un estudio de seguimiento. En éste no se observaron diferencias significativas en el bienestar emocional de las madres ni en la relación madre-bebé, al comparar las díadas ingresadas al ser-

vicio antes y durante la pandemia. Lo anterior permite suponer que las acciones realizadas para mitigar el impacto de la separación, habrían tenido un efecto protector, que se sostendría en el tiempo. Sin embargo, no habrían sido suficientes para promover un adecuado desarrollo infantil, presentando los bebés ingresados con medidas COVID-19 un mayor riesgo de rezago en el área del lenguaje⁷.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

La separación temprana entre el RN hospitalizado y sus padres puede comprometer la salud mental parental, el desarrollo infantil y el establecimiento de un vínculo de apego seguro. La atención biopsicosocial desde la UCIN se configura como un factor protector, más aún en contextos sanitarios de alta complejidad.

La experiencia compartida y la evidencia generada posteriormente, relevan la importancia de contar con equipos multidisciplinarios dentro de la UCIN, que sean capaces de generar acciones para responder a las necesidades socioemocionales del RN y su familia, considerando sus características particulares, así como el contexto en el que ocurre la hospitalización.

Previo a la pandemia, promover el desarrollo infantil constituía un componente central de la intervención biopsicosocial, principalmente a través del acompañamiento psicológico y vincular en sala. Si bien las acciones realizadas por el equipo durante el COVID-19 habrían permitido cuidar de la salud mental materna y proteger el vínculo entre madre y RN, un estudio de Velozo et al.⁷ mostró que no habrían sido suficientes para favorecer un adecuado desarrollo del lenguaje en los bebés a mediano plazo. Lo anterior reafirma que el desarrollo infantil es un proceso de maduración que depende de forma crítica de la interacción entre el RN y sus padres, desde un primer momento.

Si bien la legislación actual, a través de la Ley Mila, busca resguardar la presencia de los padres en sala, destacando la necesidad de incluirlos de forma activa en el cuidado de su hijo/a, se considera fundamental que su implementación sea acompañada de un constante proceso de capacitación para los equipos en el área perinatal y se base en propuestas de intervención concretas, fundamentadas en la evidencia, capaces de brindar orientación y seguridad al personal, así como de proyectarse en el tiempo. Se cree que esto a futuro permitirá aunar criterios en la atención biopsicosocial brindada por los distintos Servicios de Salud a nivel nacional y asegurar su calidad.

De igual modo, se considera crucial el compromiso de las autoridades para promover un cambio cultural en la manera en que

se conceptualiza y ejerce el cuidado de la salud, siendo en la práctica aún secundario el abordaje de los aspectos psicológicos y sociales del paciente hospitalizado. Esto es aún más evidente con respecto a las necesidades socioemocionales de los RN y niños/as pequeños/as, las que suelen quedar invisibilizadas. Al respecto, pensamos que la especificidad del acompañamiento psicológico y vincular descrito, consigue dar un lugar a las necesidades del bebé como sujeto, las que tienden a quedar fuera cuando la atención en salud mental está centrada solo en la madre.

En cuanto a las acciones realizadas por el equipo durante la pandemia, se destaca el valor del uso de medios digitales, como el envío de fotos, audios, la realización de videollamadas y la elaboración de cápsulas educativas, así como la entrega de los insumos necesarios para promover el proceso de extracción de leche materna en casa, siendo estrategias que pueden ser utilizadas de forma complementaria durante la hospitalización para promover el vínculo entre el RN y su familia. Se cree que la posibilidad de contar con imágenes del bebé, permitiría a los padres representarse a su hijo/a y sostenerlo/a en su mente, elementos que son fundamentales en el proceso de construcción de un vínculo seguro.

Asimismo, se considera importante el acompañamiento brindado por los equipos de salud, al tener su presencia y acciones un impacto directo en el desarrollo del bebé, en la función parental y en el vínculo de apego. Por tanto, cuidar de la salud mental de los profesionales de la unidad constituye una necesidad primaria para promover una atención en salud cada vez más humanizada.

Finalmente, esperamos que este artículo motive a otros equipos a compartir su experiencia, para establecer un diálogo a distancia, capaz de generar orientaciones que se nutran de la práctica clínica, se ajusten de mejor manera a la realidad del RN hospitalizado y sus padres, así como a la de los distintos servicios y profesionales. Se considera fundamental que la política pública que se desarrolle contenga dentro de su núcleo este saber, lo que creemos permitirá seguir avanzando en la instauración a nivel país de un modelo de atención neonatal basado en el neurodesarrollo del bebé y centrado en la familia.

Consideraciones éticas

Este artículo forma parte del estudio titulado "The effect of the separation of mother-preterm newborn infants hospitalized during the COVID-19 pandemic on maternal depression and stress levels, infant development, and bonding quality on Chilean dyads", cuya realización fue aprobada por el Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Norte.

Conflictos de interés

Las autoras declaran no tener conflicto de interés.

Agradecimientos

Agradecemos el apoyo y financiamiento de la Iniciativa Científica Milenio de la ANID /Instituto Milenio de Investigación en Depresión y Personalidad-MIDAP ICS13_005.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aftyka A, Rybojad B, Rosa W, Wróbel A, Karakuta-Juchnowicz H. Risk factors for the development of post-traumatic stress disorder and coping strategies in mothers and fathers following infant hospitalisation in the neonatal intensive care unit. *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):4436-4445. doi: 10.1111/jocn.13773.
2. Alonso L, González L, Pérez F, Fernández D. Apego en el postparto precoz: comparación entre madres de neonatos ingresados en el Servicio de Obstetricia y en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. [Attachment in early postpartum: comparison between mothers of infants admitted to the Obstetric Service and the Neonatal Intensive Care Unit]. *Enferm Glob*. 2017;16(45):295-308. doi: 10.6018/eglobal.16.1.236701.
3. Lakatos PP, Rodas NV, Matic T, Williams ME, Samora LL, Carson MC. Providing Continuity in Infant Mental Health Services for Medically Fragile Infants and Their Families. *J Clin Psychol Med Settings*. 2024;31(1):5-18. doi: 10.1007/s10880-023-09957-1
4. Cyr-Alves H, Macken L, Hyrkas K. Stress and Symptoms of Depression in Fathers of Infants Admitted to the NICU. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2018;47(2):146-157. doi: 10.1016/j.jogn.2017.12.006.
5. Leahy-Warren P, Coleman C, Bradley R, Mulcahy H. The experiences of mothers with preterm infants within the first-year post discharge from NICU: social support, attachment and level of depressive symptoms. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):260. doi: 10.1186/s12884-020-02956-2.
6. Forcada-Guex M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F, Muller-Nix C. Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early Hum Dev*. 2011;87(1):21-26. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2010.09.006.
7. Velozo Ramírez F, Olhaberry Huber M, Heusser Ferrés MI, Cubillos Montecino MS, González Bravo A, Morgues Nudman M. The effect of the separation of mother-preterm newborn infants hospitalized during the COVID-19 pandemic on maternal depression and stress levels, infant development, and bonding quality on Chilean dyads. *Infant Ment Health J*. 2024;45(4):382-396. doi: 10.1002/imhj.22118.
8. NHS. National Health Service. Breastfeeding your premature baby. United Kingdom; 2022. Disponible en: <https://www.nhs.uk/conditions/baby/breastfeeding-and-bottle-feeding/breastfeeding/premature-baby/>
9. Bhutta AT, Cleves MA, Casey PH, Cradock MM, Anand KJ. Cognitive and behavioral outcomes of school-aged children who were born preterm: a meta-analysis. *JAMA*. 2002;288(6):728-737. doi: 10.1001/jama.288.6.728.
10. Chiorean A, Savoy C, Beattie K, El Helou S, Silmi M, Van Lieshout RJ. Childhood and adolescent mental health of NICU graduates: an observational study. *Arch Dis Child*. 2020;105(7):684-689. doi: 10.1136/archdischild-2019-318284.
11. Slead M, Li E, Vainieri I, Midgley N. The Evidence Base for Psychoanalytic and Psychodynamic Interventions with Children Under 5 Years of Age and their Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*. 2023; 22(3): 179-214. doi: 10.1080/15289168.2023.2223739.
12. Altimier L, Phillips R. The neonatal integrative developmental care model: advanced clinical applications of the seven core measures for neuroprotective family-centred developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews - NAINR*. 2016; 16(4):230-244. doi: 10.1053/j.nainr.2016.09.030.
13. Flacking R, Lehtonen L, Thomson G, Axelín A, Ahlqvist S, Moran VH, et al.; Separation and Closeness Experiences in the Neonatal Environment (SCENE) group. Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatr*. 2012 Oct;101(10):1032-7. doi: 10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x
14. Lucchini-Raies C, Márquez-Doren F, Uribe-Torres C. Efectos del contacto piel con piel del recién nacido con su madre. [Skin to skin contact effects in newborns and their mothers]. *Index Enferm*. 2012;21(4):209-213. doi:10.4321/S1132-12962012000300007
15. Jones H, Santamaria N. Physiological benefits to parents from undertaking skin-to-skin contact with their neonate, in a neonatal intensive special care unit. *Scand J Caring Sci*. 2018;32(3):1012-1017. doi: 10.1111/scs.12543.
16. MINSAL. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones Técnicas para la Atención Psicosocial de los Niños y Niñas Hospitalizados en Servicios de Neonatología y Pediatría. Chile, 2011. Disponible en: https://www.crececontigo.gob.cl/wp-content/uploads/2015/11/Atencion_Psicosocial_RN.pdf
17. Vanier C. Premature birth: the baby, the doctor and the psychoanalyst. (The Centre for Freudian Analysis and Research Library (CFAR) (first ed.) United Kingdom: Routledge, 2015.
18. Arillo Crespo A, Zabalegui Ardaiz MJ, Ayarra Elia M, Fuertes Goñi C, Loayssa Lara JR, Pascual Pascual P. El grupo de reflexión como una herramienta para mejorar la satisfacción y desarrollar la capacidad introspectiva de los profesionales sanitarios. [The reflection group as a tool for improving satisfaction and developing the introspective ability of health professionals]. *Aten Primaria*. 2009;41(12):688-694. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2009.04.004.

19. OMS. Organización Mundial de la Salud. Enfermedad por coronavirus (COVID-19): orientaciones para el público - videos. 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/videos>
20. Montes MT, Herranz-Rubia N; NeNe Nursing Group. Neonatal nursing in the COVID-19 pandemic: can we improve the future? *J Neonatal Nurs.* 2020;26(5):247-251. doi: 10.1016/j.jnn.2020.07.005
21. Darcy-Mahoney A, White RD, Velasquez A, Barrett, TS, Clark RH, Ahmad KA. Impact of restrictions on parental presence in neonatal intensive care units related to coronavirus disease 2019. *J Perinatol.* 2020;40(Suppl 1):36-46. doi: 10.1038/s41372-020-0753-7
22. MINSAL. Ministerio de Salud de Chile. Protocolo para el derecho de compañía de niños, niñas y adolescentes hospitalizados en el contexto de pandemia por SARS-CoV2. Chile, 2020. Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/08/PROTOCOLO-PARA-EL-DERECHO-DE-COMPA%C3%91%C3%8DA-DE-NI%C3%91OS.pdf>
23. Cornejo-Rebolledo C, Escobar-Canales C, Ferrada-Lobos B, Lagos-Cisternas C, Baeza-Weinmann B. Separación madre-recién nacido hospitalizado en pandemia: un acontecimiento para reflexionar. *Mat Actual.* 2021; 1(2): 35-41. doi: 10.22370/rev.mat.2.2021.2862.
24. MINSAL. Ministerio de Salud de Chile. COVID-19 en Chile. Pandemia 2020-2022. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/2022.03.03_LIBRO-COVID-19-EN-CHILE-1-1.pdf
25. Ahmad KA, Darcy-Mahoney A, Kelleher AS, Ellsbury DL, Tolia VN, Clark RH. Longitudinal Survey of COVID-19 Burden and Related Policies in U.S. Neonatal Intensive Care Units. *Am J Perinatol.* 2021;38(1):93-98. doi: 10.1055/s-0040-1718944.
26. MINSAL. Ministerio de Salud de Chile. Norma técnica y administrativa Ley N° 21.372 para el acompañamiento de niñas, niños y adolescentes en acciones vinculadas a la atención en salud y a mujeres o personas gestantes durante el proceso de parto. Chile; 2022. Disponible en: <https://www.saludorient.cl/websaludorient/wp-content/uploads/2023/09/26052022-NT-Ley-21.372-Mila-Version-para-publicar-v2.pdf>
27. Kelleher J, Dempsey J, Takamatsu S, Paul JJ, Kent E, Dempsey AG. Adaptation of infant mental health services to preterm infants and their families receiving neonatal intensive care unit services during the COVID-19 pandemic. *Infant Ment Health J.* 2022;43(1):100-110. doi: 10.1002/imhj.21961.
28. Ashini A, Alsoufi A, Elhadi M. Parental perception of neonatal ICU visitation during the COVID-19 pandemic. *Int J Gynaecol Obstet.* 2021;153(3):554-555. doi: 10.1002/ijgo.13650.
29. Schore A. *Affect regulation and the repair of the Self.* New York: W. W. Norton, 1994.
30. Polin RA, Abman SH, Rowitch D, Benitz WE, Fox WW. *Fetal and Neonatal Physiology*, 5th ed. Philadelphia: Elsevier, 2017.