

SALUD MENTAL PERINATAL

**VI JORNADA DE SALUD MENTAL PERINATAL
BARCELONA, MAYO 2017**

**RESÚMENES DE PONENCIAS Y COMUNICACIONES
DE LA VI JORNADA DE SALUD MENTAL PERINATAL**

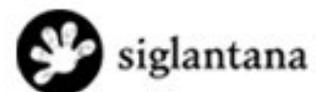
G. Lasheras^{1,7}, I. Echevarría², B. Farré-Sender^{3,7}, E. Gelabert^{4,7}, A. Roca^{5,7}, E. Serrano-Drozdowskyj^{6,7}

¹Psiquiatra. Hospital Universitario Dexeus (HUD). ²Psicóloga. Consulta Privada. Madrid.

³Psicólogo. HUD. ⁴Psicóloga. Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. UAB.

⁵Psiquiatra. Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona. ⁶Psiquiatra. Consulta del Dr. Carlos Chiclana. Madrid.

⁷Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2017;(1)1:81-100.



EL EMBARAZO CONDUCE A CAMBIOS DURADEROS EN LA ESTRUCTURA DEL CEREBRO HUMANO

E. Barba-Müller. Grup de Recerca en Neuroimatge (GREEN).

Unitat de Recerca en Neurociència Cognitiva, Departament de Psiquiatria i Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona

Palabras clave: Embarazo; Cambios cerebrales.

El embarazo ha sido ampliamente estudiado en mamíferos, tanto a nivel de cambios endocrinos como estructurales y del comportamiento. Diferentes estudios en animales han detectado que el embarazo induce a modificaciones cerebrales a nivel estructural, siendo algunas de estas modificaciones replicadas en hembras vírgenes, únicamente mediante un tratamiento hormonal de imitación del embarazo. Durante la gestación existe una elevada producción de progesterona y estrógenos, así como un estado de hipercortisolemia que podría inducir los cambios estructurales y funcionales en el cerebro humano, como sucede durante la pubertad. Sin embargo, hasta el momento actual no existían estudios concluyentes en relación a las modificaciones de la estructura cerebral asociadas a la gestación.

El trabajo presentado por la Dra. Barba-Müller durante la sesión marco es el primer estudio prospectivo que explora los cambios cerebrales estructurales inducidos por el embarazo.

MÉTODO

Se trata de un estudio prospectivo de neuroimagen en el que se evaluaron los sujetos en dos momentos: preembarazo (4 meses antes de la concepción) y postembarazo (a los 2 meses y medio posparto). En cada evaluación se realizaron una resonancia magnética estructural, una resonancia magnética funcional (mediante el paradigma del bebé) y una batería de test psicométricos. A las mujeres embarazadas se les repitieron las pruebas de neuroimagen a los dos años posparto.

El **grupo experimental** estaba formado por parejas que buscaban su primer embarazo (mediante tratamiento de reproducción asistida o de forma natural) y el grupo control estaba formado por parejas estables, sin hijos previos y sin embarazo durante el período del estudio. En el estudio se incluyeron hombres para valorar los efectos psicológicos y ambientales de tener un bebé.

Los **criterios de exclusión** fueron: embarazo previo que sobrepasase el primer trimestre, edad inferior a 24 años o superior a 50, patología neurológica o psiquiátrica, historia de abuso de sustancias y no concepción tras seis meses desde la primera evaluación.

La **muestra final** estuvo formada por 25 mujeres en el grupo experimental (16 embarazos por reproducción asistida y 9 embarazos espontáneos) y un grupo control de 20 mujeres no madres. La de hombres estaba formada por 19 experimentales y 17 controles.

Para el análisis estadístico se realizaron tres tipos de análisis independientes: 1) análisis de la covarianza para explorar diferencias morfológicas; 2) análisis multivariable de reconocimiento de patrones (PRoNTTo) el cual estima si la predicción fue acertada, y 3) un análisis de superficies corticales para diferenciar si los cambios suceden a nivel del grosor de la corteza o de la superficie del área.

RESULTADOS

No se hallaron diferencias significativas entre los cuatro grupos en las variables: edad, educación y tiempo transcurrido entre los dos momentos de medición.

El estudio demostró que *el embarazo se asocia a reducciones pronunciadas y duraderas de la sustancia gris cerebral*, específicamente en la línea media anterior y posterior, así como en áreas temporales y frontales bilateralmente. Dichos cambios fueron exclusivos para el grupo de mujeres que pasan por un embarazo, independientemente del tipo de gestación (espontánea o por reproducción asistida) y de manera consistente en toda la muestra. Estos cambios perduraron a los dos años posparto.

Además, se halló que estas reducciones de volumen de sustancia gris se encuentran en algunas de las regiones del cerebro que se activan ante la imagen del bebé propio en una tarea de resonancia magnética funcional posparto. Estas regiones estarían implicadas en los procesos sociales y muestran una notable similitud con la red de la teoría de la mente. Asimismo, los cambios de volumen de sustancia gris durante el embarazo predicen las medidas de apego madre-hijo posparto y hostilidad.

CONCLUSIONES

Ante estos resultados las autoras del estudio concluyeron que existe una alta probabilidad de que los cambios observados en sustancia gris estén asociados a los cambios hormo-



nales, ya que es conocido que las hormonas esteroides son un agente neurotrófico muy poderoso que afecta al sistema nervioso en su función e incluso puede llegar a modificar su estructura. Así pues, se podría tratar de una reorganización cognitiva más que una disminución de memoria, con fines protectores, como sería una mayor sensibilidad en detectar posibles amenazas de nuestro medio social, y el inferir con mayor facilidad las necesidades y el estado emocional del bebé.

FACTORES GENÉTICOS RELEVANTES EN LA SALUD MENTAL PERINATAL

E. Vilella

Universitat Rovira y Virgili

Palabras clave: Genética; Salud mental perinatal.

La genética nos puede ayudar en el abordaje de los problemas de salud mental y es de especial interés en el asesoramiento durante el período perinatal. ¿Qué es lo que conocemos de la genética de las enfermedades mentales? Se trata de enfermedades complejas, lo que significa que su aparición depende de un componente genético y ambiental. Aquellas en las que la influencia del componente genético es mayor serían en los trastornos mentales graves (TMG): esquizofrenia, el trastorno bipolar (TBP), la depresión mayor y los trastornos del espectro autista (TEA).

Las enfermedades mentales se caracterizan por: i) ser **poligénicas**, es decir, dependen de la influencia de varios genes; ii) ser **heterogénicas**, es decir, diferentes genes pueden producir el mismo fenotipo; iii) no siguen las leyes de Mendel, iv) tienen una **penetrancia variable**, es decir, ante un componente genético similar, la expresión de la gravedad de la enfermedad va a variar, y v) pueden deberse a la influencia de **fenómenos epigenéticos** o modificaciones que sufre el ADN a partir de la interacción con el ambiente.

El **grado de influencia de la genética** frente al ambiente es variable en función del trastorno; por ejemplo, en el TBP, la esquizofrenia o el trastorno por déficit de atención e hiperactividad el componente genético explica un 80% del riesgo de padecer estos trastornos, y en el TEA casi el 90%.

Sin embargo, en otros trastornos mentales como la anorexia nerviosa, la influencia del ambiente es más importante.

Estos porcentajes de vulnerabilidad hacen referencia a medias de estudios realizados a nivel mundial, pero no a la vulnerabilidad específica de cada individuo.

Cada persona hereda ciertas variantes genéticas que pueden aumentar la vulnerabilidad genética, pero que no son suficientes para que se desarrolle el trastorno; que aparezca o no el trastorno mental va a depender del sumatorio de factores tanto genéticos como ambientales.

Entre los **factores de riesgo ambientales** conocidos están el consumo de tóxico, el entorno estresante, el estilo vincular parental, el maltrato infantil (abuso o negligencia) y la falta de ocupación laboral/académica.

Los tipos de **variaciones genéticas implicadas** en la aparición de los TMG pueden ser los SNP (*Single Nucleotide Polymorphisms*) o variación de un nucleótido del ADN, siendo, la mayoría de estos cambios en el ADN, heredados. Otro tipo de variantes son los CNV (*Copy Number Variants*); en este caso lo que cambia es la cantidad de material genético, por aumento o por defecto, modificaciones que implican entre 1000 y 100.000 nucleótidos, lo que puede significar perder varios genes o que se duplique este material; pueden ser heredadas, pero es muy frecuente que aparezcan de novo, siendo este el caso de la esquizofrenia esporádica.

Los SNP contribuyen muy poco al riesgo, pero son muy frecuentes; en cambio los CNV son poco frecuentes pero la contribución al riesgo es mucho mayor. Si lo aplicáramos al caso de la esquizofrenia, aproximadamente el 70% de los pacientes presentarían una acumulación de muchos SNP's, el 30% de los pacientes se debería a unos pocos genes, un 2% debido a una CNV y un 1% a SNP que se dan con poca frecuencia en la población general.

Para poder calcular de forma aproximada el riesgo genético de los TMG se utilizan los valores basados en los estudios de agregación familiar de la esquizofrenia. Por ejemplo, el tener un hermano con esquizofrenia confiere un riesgo del 8-9% de padecer esquizofrenia; si se tiene un padre afectado, el riesgo asciende al 12-13%; si son ambos padres los afectados, el riesgo será más del 50%; con un gemelo dizigótico afectado, el riesgo es del 12%; si los afectados son un hermano y un padre, el riesgo estimado será del 15-20%, y si el afectado es un pariente de segundo grado, el riesgo será del 2-5%. En los estudios de agregación familiar lo más frecuente es encontrar un aumento de personas afectas de TMG, pero con



diferentes diagnósticos y no todos los familiares que tienen la mutación causante manifiestan la enfermedad.

Respecto a la **importancia de la genética en el período perinatal** se pueden distinguir tres períodos diferentes: *antes del embarazo* (planificación), durante el embarazo o después del embarazo. Es importante evaluar los antecedentes psiquiátricos personales y familiares en la madre y también el padre para el poder calcular el riesgo aproximado de transmisión a la descendencia.

En el embarazo, se deben examinar los antecedentes personales de depresión ya que constituye el factor de riesgo más importante para la depresión posparto. En la planificación familiar en personas con antecedentes familiares de trastorno mental, sería de interés que el genetista clínico valorase el riesgo aproximado de transmitir la enfermedad al hijo y facilitar la decisión informada respecto al cuidado del mismo. Se trata de una evaluación breve (1-3 horas) cuya información puede ser muy valiosa para la atención a estas familias. De hecho, el asesoramiento genético está ya aceptado en otras disciplinas médicas, como en oncología, porque permite orientar el tratamiento más adecuado.

La ponente nos plantea la siguiente pregunta: *¿Por qué la Salud Pública no contempla el diagnóstico genético de los TMG que afectan aproximadamente a un 4% de la población con un alto coste para la sociedad y en cambio sí que cubre el coste del diagnóstico genético de enfermedades como la dislipemia?*

USO DE LAS TICS PARA TRANSMITIR SUS ORÍGENES A LOS NIÑOS NACIDOS MEDIANTE DONACIÓN DE GAMETOS

G. Lasheras¹, M. Sánchez-Santacreu¹, B. Coroleu²

¹Servicio de Psiquiatría y Psicología. ²Servicio de Medicina de la Reproducción. Hospital Universitario Dexeus, Barcelona.

Palabras clave: TICs; Donación gametos; Desvelar secreto; Infancia.

Los tratamientos de reproducción mediante **donación de gametos**, vigentes en España desde 1978 para la donación de semen y 1988 para la de ovocitos, han permitido tener hijos

a muchas personas que hasta entonces no podían, conformándose nuevos modelos de familia. La mujer sin pareja precisará semen de donante y, en algunos casos, también donación de ovocito; será el modelo de familia monoparental. La mujer con pareja femenina seguirá el mismo esquema de necesidad de gametos, y la pareja heterosexual podrá necesitar uno u otro gameto, o ambos, en función de la causa de la infertilidad.

La donación de gametos en España ha sufrido un notable incremento en la última década; según los datos del registro de la Sociedad Española de Fertilidad, hemos pasado de 2500-3500 ciclos de donación de gametos en 2002, a 12.000-20.000 en 2014. La edad de la mujer es un factor decisivo a la hora de precisar donación de ovocitos, debido al envejecimiento del gameto femenino que reduce las probabilidades de embarazo.

El marco legal que rige la donación de gametos en España establece, desde 1988, que esta será **anónima**, y por lo tanto deberá garantizarse la confidencialidad de los datos que identifican al donante. No obstante, otros países de Europa como Inglaterra, Suecia y Dinamarca, reconocen el derecho de los niños nacidos a conocer sus orígenes biológicos y no preservan el anonimato de sus donantes.

En los últimos años se ha abierto un **amplio debate ético** sobre el derecho de la descendencia a saber sus orígenes biológicos y genéticos. En este sentido, el *Comité de Ética de la Sociedad Americana de Medicina de la Reproducción* aprobó este derecho y publicó en 2013 un artículo en este sentido, y 3 años más tarde también lo hizo el Comité de Bioética de Catalunya.

El argumento clave a favor de conocer los orígenes genéticos es la importancia que estos tienen en la **construcción de la identidad personal**, que "se va a basar en la narración que el propio sujeto hace de sus experiencias y de la historia que los otros le transmiten de su vida, algo que no admite vacíos ni cambios súbitos" (Comité de Bioética de Catalunya, 2016). Es sabido que el peso que cada individuo otorga a sus orígenes puede ser distinto, pero, en cualquier caso, el hecho de que las instituciones le prohíban conocer esta información impide que uno mismo pueda decidir la importancia que quiere otorgarle.

El otro argumento ético es el **derecho del individuo a conocer su propia información sanitaria**; este derecho colisionaría con la normativa legal respecto del anonimato en las donaciones de gametos. En este punto, se debe tener en



cuenta que el acceso a los orígenes genéticos podría ser muy importante en un futuro, en el que la medicina se basará en el genoma humano y el desarrollo de aplicaciones en base a la carga genética de cada individuo. De hecho, las pruebas genéticas personales, que han sido ya utilizadas por más de tres millones de personas, han dado lugar a la creación de bases de datos internacionales de genealogía genética que los emparejan con familiares. Esto significa que **el anonimato de las/os donantes ya no está garantizado**, lo que supone:

1. Para los donantes: que puedan ser rastreados si su ADN, o el de un familiar, se agrega a una base de datos.
2. De cara a la descendencia: que aquellos adultos concebidos por donantes, que no han sido informados de su estado, lo puedan descubrir por esta vía.
3. De cara a los padres que utilicen estas técnicas reproductivas: deberán ser informados de que el ADN de sus hijos identificará que no son los padres biológicos y, en consecuencia, alentados a revelar el uso de gametos donantes a sus hijos.

Aparte de los argumentos éticos rotundos, la evidencia científica en este campo documenta los **beneficios de desvelar el secreto a la descendencia** y mantener una comunicación abierta y honesta con los hijos/as:

- Facilita que el niño/a pueda preguntar abiertamente sobre el proceso.
- Impide una dinámica en la que el niño/a sienta la necesidad de proteger las necesidades emocionales de los padres evitando el tema.
- Permite un espacio abierto para que los padres y los niños consideren el impacto de la concepción mediante donante, evitando el aislamiento del niño.
- Los hijos no se ven perjudicados por conocer la verdad sobre cómo fueron concebidos (donación de gametos o embriones).
- La mayoría de los padres refieren una sensación de descanso y relajación tras dar este paso, y no se han arrepentido de la decisión tomada.

Se han descrito y estudiado dos formas de desvelar el secreto a la descendencia: la temprana, que se iniciaría en la etapa preescolar, y la tardía sobre los 8 años cuando pueda entender mejor. A la **forma temprana** se le han atribuido las siguientes ventajas:

- Se asocia con resultados más positivos en la respuesta de la descendencia.

- Permite a los padres afrontar su ansiedad respecto al tema en cuestión y limitar la ansiedad anticipatoria.
- Facilita que el niño/a crezca conociendo su realidad genética y no caer en falsas presunciones de parentesco genético con sus padres.
- Impide el descubrimiento accidental, que se asocia a experiencias negativas y sensación de engaño.

Se trataría, por lo tanto, de un **proceso de información progresiva** desde los 3 a los 8 años, en el que los padres explican a su hijo/a cómo se formó su familia aportando los datos necesarios a medida que el niño/a pueda ir entendiéndolos, fomentando el diálogo y respondiendo a las preguntas de curiosidad que irán surgiendo en el niño/a, a fin de conseguir una adaptación natural del hijo/a a la realidad de sus orígenes; el niño/a siente que fue muy deseado y estimado por sus padres desde el primer instante.

Los padres expresan en muchas ocasiones **dificultades** a la hora de transmitir a sus hijos/as, que se encuentran en una edad muy temprana, la información sobre sus orígenes; a pesar de que existen algunos cuentos editados para este fin, todavía son escasos y algunos de difícil acceso.

A partir de esta necesidad, surge un proyecto común entre los Servicios de Psiquiatría-Psicología y el de Medicina de la Reproducción del H. U. Dexeus a fin de diseñar una **aplicación informática** que sirva para ayudar a los padres a iniciar la transmisión de toda esta información a sus hijos nacidos mediante donación de gametos. El formato app en los niños aporta una serie de ventajas:

- Han demostrado ser herramientas facilitadoras del aprendizaje en la edad infantil.
- Proporcionan una mayor motivación para el aprendizaje en el niño/a.
- Despiertan la capacidad creativa, de investigar y experimentar.
- Adaptabilidad a las circunstancias de cada caso (niño/niña, tipo de familia).
- Permite la interacción del niño de forma directa con el relato a través de las animaciones de la pantalla.
- Fomenta la comunicación y apertura del diálogo con los padres.

La app se titula "**El secreto del Tarro Mágico**"; se ha editado en cinco idiomas (castellano, catalán, inglés, francés e italiano), y está disponible tanto para plataforma Android como Apple. Una de las partes más importantes de la app es la **guía para padres** porque la aplicación está pensada en



que se ejecute en familia y resulta esencial que los padres se encuentren previamente preparados y dispongan de toda la información necesaria, antes de disponerse a leer el cuento con sus hijos. Se ha estructurado la guía en tres apartados:

1. *¿Por qué explicárselo al niño?*
2. *Instrucciones para explicar el cuento*, que da una visión general de cómo funciona la aplicación, y especifica, página por página, de qué es lo que deben transmitir y cómo hacerlo.
3. *Prepárate para sus preguntas*: se ejemplifican las cuestiones más frecuentes que suelen plantear los niños en esta situación, a fin de saber dar el enfoque adecuado en sus respuestas.

La aplicación permite que el niño personalice la historia, pudiendo escoger el personaje protagonista y ponerle nombre, así como el tipo de familia (biparental madre-padre, biparental madre-madre, monoparental). A lo largo del relato, aparecen animaciones destinadas a atraer la atención y el interés del niño/a, facilitando el proceso de información que vehiculizan los padres en todo momento. Cuenta también con un área para colorear los principales personajes y escenas del cuento.

ENLACES DE DESCARGA

Android / iOS

VÍNCULO MATERNO-FETAL Y POSTNATAL: POSIBLES DIFERENCIAS EN MADRES TRAS EL TRATAMIENTO DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

P. Roncallo, A. Etxainz, F.B. Barret,
M. Sánchez de Miguel, F. Olabarrieta, E. Arranz

Grupo de investigación Haezi. Facultad de Psicología.
Universidad del País Vasco UPV/EHU.

Palabras clave: Vínculo materno-infantil; Factores de riesgo prenatal; Muestra clínica.

La literatura científica indica que la **constitución del vínculo afectivo madre-hijo** se inicia en la etapa prenatal, estando condicionado por factores cognitivos, emocionales

y apego infantil de la madre, su actitud hacia el embarazo junto a sus expectativas acerca de la maternidad (maternaje). Además, estas expectativas acerca de la maternidad son relacionadas con el contexto en el que se ha producido la concepción y las experiencias previas de maternidad. Así mismo, señala que el vínculo materno-fetal tiene como primeros hitos la primera ecografía y los primeros movimientos del feto, aumentando la vinculación a lo largo de los siguientes meses, especialmente en el tercer trimestre. En **reproducción asistida** (RA), la formación del vínculo materno-fetal es también gradual, existiendo una mayor preocupación durante el primer trimestre por la confirmación y continuación del embarazo, interfiriendo la ansiedad y la evitación de la relación con el feto en la generación del vínculo. Sin embargo, en el segundo y tercer trimestre no se han encontrado diferencias con respecto al embarazo normal.

Los autores de este estudio comparan el vínculo prenatal y postnatal en mujeres con tratamiento de reproducción asistida frente al embarazo espontáneo, planteando las siguientes **hipótesis**: i) la calidad del vínculo prenatal se relacionaría con una adaptación positiva al embarazo y buenas prácticas de salud prenatales; ii) el contexto en el que se desarrolla el embarazo (pérdidas perinatales anteriores, tratamientos de RA) generarían diferencias significativas tanto en el vínculo prenatal como en el postnatal temprano; iii) los factores relacionados con el parto (inducido, cesárea, acompañamiento, episiotomía, kristeller, etc.) y el postparto influirían en la calidad del vínculo postnatal durante el primer mes posparto, iv) el vínculo materno-fetal y factores psicosociales durante el embarazo predecirían el vínculo postnatal temprano y v) la calidad del vínculo temprano se relacionaría con el desarrollo psicosocial del bebé a los 8 meses de vida.

Para corroborar estas hipótesis, en el presente estudio se mide el vínculo materno-fetal (MAAS, Condon 1993), el maternaje (PSQ, Lederman 1996), los factores relacionados con el parto y el postparto (entrevista ad hoc) y el contexto familiar (Haezi-Etxadi Scale, Velasco et al., 2014; Arranz-Frejo et al., 2014), el vínculo postparto (Maternal Postnatal Attachment Scale, Condon y Corkindale 1998) y el desarrollo psicológico infantil (Escala de desarrollo infantil Bayley III, Bayley 2006).

El estudio se realizó con una **muestra** de 57 familias en las que la mujer estuviera embarazada del tercer trimestre, distribuidas de forma aleatoria, 34 en el grupo experimental, la cuales participaban en un taller de 8 horas, y 23 en el control,



incluyendo ambos grupos 16 participantes de RA (IA o FIV). Las familias procedían de una clínica privada de Navarra y del Servicio Navarro de Salud, no incluyéndose casos en los que existiera donación de gameto o de embrión.

Las **evaluaciones** realizadas fueron: en el tercer trimestre medición del vínculo materno-fetal, el maternaje y el contexto familiar; a los quince días tras el parto mediante una entrevista telefónica se valoraba la salud perinatal de la díada madre-bebé; al mes del parto se realizaba una visita domiciliaria para evaluar el vínculo temprano y a los 8 meses tras el nacimiento, se evaluaba el vínculo de las díadas madre-bebé y padre-bebé, el contexto familiar y el desarrollo psicológico del bebé.

Los **resultados** muestran únicamente diferencias significativas en el vínculo postnatal y en su calidad, al mes del nacimiento en aquellos embarazos provenientes de RA. Considerando los autores que las diferencias en la calidad del vínculo al mes tras el parto, entre las familias que realizaron RA y las de embarazo normal, podría deberse a las diferencias en la adaptación psicosocial al embarazo.

Proponen como **futuras líneas de investigación** el estudio de la influencia en la calidad del vínculo madre-bebé de los factores relacionados con el parto, la relación entre embarazos por RA y el contexto familiar (estrés de la pareja relacionado con la RA), así como la relación entre los embarazos por RA y las variables de desarrollo psicológico en el niño a los 8 meses de edad.

DEPRESIÓN Y PSICOSIS PUERPERAL: NECESITAMOS DISPOSITIVOS ESPECÍFICOS

LI. García-Esteve

Programa de Psiquiatría Perinatal, Hospital Clínic Barcelona.

Palabras clave: Depresión perinatal; Psicosis puerperal; Dispositivos.

La ponente expone las siguientes **cifras acerca de la salud mental perinatal:**

- Una de cada cinco madres presentará enfermedad mental perinatal. La depresión es la enfermedad con mayor prevalencia durante el embarazo, incluidas las afecciones clínicas.

- Una de cada 1000 madres psicosis puerperal, necesidad de tener recursos adaptados. No existe ninguna otra etapa de mayor riesgo para las psicosis que las semanas después del parto.
- El 50% de las mujeres con trastorno bipolar están en riesgo de presentar psicosis puerperal.
- El 20% de muertes en esta etapa es por suicidio materno.

Si hiciéramos un cálculo a partir de los datos de la literatura podríamos decir que en 2018 los problemas de salud mental en la población española afectarían a 85.000 mujeres, a 76.000 mujeres en el postparto y 800 mamás españolas presentarían psicosis puerperal.

En un 4% de los casos presentarán un **trastorno mental grave** o complejo que precisarán la atención por profesionales con formación en psiquiatría perinatal y disponer de dispositivos especializados. Esto incluye el trastorno por estrés postraumático (TEPT), la depresión grave y los trastornos adaptativos; incluso la patología aparentemente menor, como el trastorno adaptativo, provoca importantes alteraciones del **vínculo madre-bebé**. En la depresión postparto estas dificultades se producirían en un 34% de las díadas madre-bebé frente al 3% de la población general.

No solo es importante valorar la gravedad psicopatológica, sino también la complejidad psicosocial de cada caso.

En la Salud Mental Perinatal en España está casi todo por hacer. Necesitamos programas específicos de investigación y de formación, **dispositivos específicos** y creación de una red de servicios de salud mental perinatal, comunitarios y hospitalarios. Tendrían que ser multidisciplinares, desde el consejo genético hasta pediatría, los servicios sociales, enfermería... Estos dispositivos han de tener como objetivo mantener el bienestar de la díada en el contexto comunitario, coordinarse, consensuar los planes con los otros profesionales, teniendo en cuenta todos los puntos de vista con una figura de referencia que lo gestione, y apoyándose en los recursos sociales como los grupos de madres. Y desde la Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal es lo que estamos intentando impulsar.

En otros países como UK, Francia, Alemania o Bélgica, ya se han creado dispositivos específicos como los hospitales de día, unidades madre-bebé y equipos comunitarios multidisciplinares. En la India ya cuentan con unidades madre-bebé; lo han conseguido gracias a suplir la falta de personal con el apoyo de las abuelas o a las tías.

Las **unidades madre-bebé** evitan la separación de la madre del bebé, facilitan la continuación de la lactancia materna



y permite realizar intervenciones orientadas a favorecer un vínculo sano madre-bebé, en un entorno más hogareño.

A continuación, escuchamos de primera mano el relato de una mujer que sufrió un episodio de psicosis puerperal y de su pareja. El escuchar la vivencia de estas dos personas y la experiencia en los dispositivos de asistencia sanitaria actuales nos invitó a reflexionar acerca del impacto de esta patología en la persona y su familia, la necesidad de contar con recursos especializados y profesionales con formación específica para poder dar una atención de calidad y no generar yatrogenia en el contexto de la enfermedad mental perinatal.

CREAMOS RED EN SALUD MENTAL PERINATAL

C. Martínez- Bueno¹, Ll. Garcia-Esteve, A. Carrascón, R. Almirall, G. Parramón, A. Zaragoza, C. Vall, E. Sardá, E. Vela

¹Responsable Corporativa ASSIR Catalunya. Direcció Assistencial d'Atenció Primària i Comunitària. ICS.

Palabras clave: Salud mental perinatal; Red; Detección; ASSIR.

La Salud Mental Perinatal (SMP) está aún lejos de tener una presencia sólida en las estructuras asistenciales y formativas de Salud Mental; sin embargo, también ha habido progresos que muestran el esfuerzo de muchos/as profesionales en este ámbito por hacer visible una realidad que sufren las madres y sus hijos. Pero, ¿cómo están las cosas a día de hoy? La ponente expuso el estado de la SMP en las estructuras que prestan esta cobertura, desde la asistencial a la formativa.

Empezando por saber de dónde venimos, se hizo hincapié en la tarea de **sensibilizar** a las instituciones para **visibilizar** la situación, teniendo presente la diversidad en las características territoriales y organizativas de los territorios en Catalunya, donde coexisten diferentes servicios y organizaciones implicadas. Así mismo se subrayó la no existencia de una definición del modelo de detección y actuación, la presencia de unos sistemas compartidos de información muy mejora-

bles, y una baja percepción del problema y de las dificultades en la detección y atención.

Y, ¿hacia dónde vamos? La intención de mejora pasa por incorporar **estrategias de detección**, como las Preguntas Wholey en los tres trimestres, generar circuitos asistenciales donde haya una identificación y elaboración en cada territorio, lo que conlleva un trabajo conjunto entre los diferentes servicios implicados. La estrategia en los ASSIR (Asistencia a la Salud Sexual i Reproductiva) debe pasar por establecer objetivos específicos en su contrato de gestión, siendo imprescindible la formación para la detección y atención.

La **detección temprana** del malestar debe ser prioritaria, por lo que en el ASSIR se debe realizar un control partiendo de una propuesta de cribado que sea eficaz. La Dra. Martínez expuso cómo se opera en los ASSIR, con un esquema que resulta válido tanto por su eficacia como por su sencillez de aplicación: en la 1ª visita (6-10 semanas): Anamnesis. En la 2ª visita (12-14 semanas) y 3ª visita (29-30 semanas), aplicación del cuestionario *Wholey* (recomendado por la guía NICE, 2014). Durante el último mes, se pueden realizar *sencillos preguntas* que detecten cómo se encuentra la mujer gestante ("¿Se ha sentido frecuentemente baja de ánimo, deprimida o desesperanzada? "; "¿Ha sentido con frecuencia que ha perdido el interés y el placer por las cosas?"; "¿Se ha sentido nerviosa, ansiosa o desbordada? "; "¿Se ha sentido incapaz de controlar o parar sus preocupaciones?"). A partir de aquí, se deben establecer niveles de riesgo durante el embarazo que pueden ser Riesgo Medio/Alto/Muy Alto.

Igual que en el embarazo, se debe realizar la detección y evaluación durante el **posparto**. De nuevo la ponente expone el procedimiento que pasa por la administración del EPDS a las 6 semanas después del parto (si las puntuaciones son por debajo de 9, el cribado es negativo; si son superiores a 11, o ítem 10 positivo, se derivará para evaluación y diagnóstico en psicología de la ASSIR y médico de familia; si las puntuaciones están entre 9 y 11, se deberá repetir la EPDS en las dos semanas posteriores). Ante señales de riesgo, se deberán controlar variables tales como un control del puerperio domiciliario o en consulta (durante 15 días después del parto), una revisión de la historia clínica, con los datos del parto y la evolución del puerperio inmediato, una *valoración del vínculo* emocional de la madre con su bebé, una valoración de la *capacidad de autocuidado y cuidado del bebé*, una valoración del apoyo a la mujer por parte de la pareja y/o familia, y una valoración



del estado emocional de la puérpera, con especial atención a los síntomas depresivos.

El estado de la Red y Estructura para la asistencia de la SMP, también se reflejaron en esta ponencia. Y el primer titular es que se trata de una estructura compleja para abordar un problema complejo: el trabajo en red requiere formas diversas de coordinación, objetivos comunes para mejorar la atención en salud mental perinatal, revisar la atención que se está prestando, identificar necesidades y los recursos necesarios, una planificación y fundamentación de los propósitos y acciones, complementariedad de esfuerzos y capacidades, especialización de tareas, y establecimiento de circuitos y una coordinación entre servicios. Estas redes deben seguir unos principios para su establecimiento: generar sinergias, una buena cooperación, más oportunidades de mejora, motivación, diversidad y tener presente la importancia de los profesionales. Los servicios implicados deben ser todos aquellos que sean susceptibles de recibir mujeres en estado de riesgo (ASSIR, Trabajo Social, CSMA-CSMIJ, CAS, Hospital. Servicio de Salud Mental Perinatal).

Por último, y no por ello menos importante, un capítulo para la formación, estableciendo como principales objetivos el sensibilizar, aportar conocimiento, contribuir a la mejora de la atención y mejorar habilidades.

PROYECTO MAMÁS Y BEBÉS-ESPAÑA. UN ESTUDIO PILOTO PARA PREVENIR LA DEPRESIÓN POSPARTO

M.F. Rodríguez-Muñoz¹, L. HN. Le², C. Soto³,
M.E. Olivares⁴, N. Izquierdo⁵

¹Facultad de Psicología UNED. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. ²George Washington University. Department of Psychology. ³Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Central de Asturias. ⁴Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Palabras clave: Depresión perinatal; Prevención; Proyecto mamás y bebés; TICs.

La **depresión perinatal** es un importante problema de salud pública que apenas recibe atención; de hecho, la investigación todavía es limitada, y la mayoría de los estudios

se realizan en EE.UU., el Reino Unido y Australia. En España, la escasa investigación disponible indica que la prevalencia de depresión perinatal oscila entre el 10% y el 22%.

El Sistema Nacional de Salud cuenta con una atención sanitaria universal, y aproximadamente el 75% de las mujeres dan a luz en hospitales públicos independientemente de su situación socioeconómica. En este sentido, los hospitales públicos proporcionan un entorno ideal para integrar el cribado y las intervenciones para la depresión perinatal.

El **Curso Mamás y Bebés (CMB)** fue desarrollado en EE.UU. y cuenta ya con una amplia validación de su eficacia y eficiencia en poblaciones latinas de bajo recursos. La colaboración internacional entre diferentes instituciones (UNED, George Washington University, HCSC y HUCA) permitió la implantación del Curso en el HCSC y el HUCA con el objetivo de realizar una validación adaptando los contenidos del CMB al contexto español.

En ambos hospitales se realizó un cribado usando varias medidas validadas, entre las que se incluyó el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) durante el primer trimestre. Un total de 849 mujeres realizaron dicho cribado. Las mujeres con riesgo moderado de síntomas de depresión fueron invitadas a llevar a cabo el curso de 8 semanas del programa Madres y Bebés (CMB). En concreto, un total de 30 mujeres participaron en distintos grupos en los dos hospitales. **Los resultados** obtenidos, que incluyen un seguimiento a tres y seis meses después del parto, permiten afirmar que el Curso Mamás y Bebés es un programa eficaz para prevenir la depresión perinatal en el contexto español.

PROYECTO MAMÁFELIZ: AMBIVALENCIA AFECTIVA DURANTE EL EMBARAZO

J. Osma¹, L. Andreu², C. Suso², E. Crespo¹

¹Universidad de Zaragoza. ²Universitat Jaume I de Castelló.

Palabras clave: Ambivalencia afectiva; Embarazo; Proyecto Mamáfeliz; Depresión perinatal.

La ambivalencia afectiva es un fenómeno psicológico muy común que podríamos definir como un estado afectivo en el que se experimentan emociones positivas y negativas



sobre un mismo pensamiento, situación, objeto o persona (p.ej., hablar en público, aprender a conducir o la cena de Navidad en familia). En el período prenatal, consistiría en la aparición de sentimientos de alegría y tristeza o ilusión y miedo respecto a estar embarazada, ser madre o al futuro del bebé. Estos sentimientos contradictorios pueden ser interpretados por la mujer como la evidencia de que algo no hace bien, algo malo ocurrirá o que no será una buena madre. La literatura ha puesto de manifiesto hasta ahora la asociación de la ambivalencia afectiva con la **sintomatología depresiva** (Meltzer-Brody et al., 2013), el **distrés psicológico** (Bales et al., 2015) y su aparición más frecuente en **primerizas** (Speitzer, Santelli, Afbale-Munsuz y Kendall, 2004).

Conocemos las consecuencias que estos sentimientos pueden tener en el estado emocional durante el embarazo; sin embargo, son menos conocidas sus implicaciones en el ajuste general a esta etapa y en el funcionamiento social, a pesar de su relevancia desde un punto de vista de la salud mental perinatal. A través de la página web Mamáfeliz, realizamos un estudio sobre la relación entre la ambivalencia afectiva y los síntomas depresivos (EPDS), el **ajuste general** (Escala de Inadaptación e Índice de Calidad de Vida) y el **funcionamiento social** (MSPSS para el apoyo social percibido y Escala de Ajuste Marital) durante el período prenatal. Recogimos información de 266 mujeres embarazadas (16-24 semanas de gestación). La media de edad fue de 33 años (DT=4,2); un 93,2% tenían nacionalidad española, el 67,7% estaban casadas y el 63,2% tenían estudios superiores; el 65,1% eran primíparas. A través de la pregunta "¿Con qué frecuencia ha experimentado usted sentimientos de ambivalencia o sentimientos contradictorios sobre su embarazo (alegría-tristeza, ilusión-preocupación, etc.)?", encontramos que el 27,8% respondió "nunca", el 57,9% "en ocasiones" y el 14,3% "a menudo". Utilizando como criterio una puntuación de EPDS >11, hallamos un porcentaje significativamente mayor de mujeres que consideraríamos con sintomatología depresiva en el grupo que experimentaban ambivalencia a menudo (11,4%) en comparación con el grupo de mujeres que nunca experimentaba ambivalencia (3,8%; $\chi^2=13,93$, $p=.001$). En concreto, las mujeres con frecuente ambivalencia afectiva presentaban un **riesgo casi cinco veces mayor de presentar síntomas depresivos** en el período prenatal, en comparación con aquellas mujeres que nunca experimentan ambivalencia afectiva (OR= 4,73; IC 95%: 1,92, 11,64). Además de mayor severidad de síntomas depresivos, las mujeres que mostraron

mayor ambivalencia afectiva puntuaron también mayor nivel de **inadaptación y menor percepción de calidad de vida** ($p < .001$). Asimismo, presentaban un **peor ajuste marital** y percibían un **menor apoyo social** ($p < .01$). Mediante análisis multivariantes encontramos que la ambivalencia afectiva contribuía significativamente en la predicción de sintomatología depresiva ($R^2=0,30$, $F(24,07,4)$, $p < .001$), inadaptación ($R^2=0,27$, $F [17, 37, 5]$, $p < .001$), calidad de vida ($R^2=0,46$, $F(21,76, 7)$, $p < .001$), ajuste marital ($R^2=0,29$, $F [10,86, 7]$, $p < .001$) y apoyo social percibido ($R^2=0,48$, $F [28,93,5]$, $p < .001$). Este estudio pone de manifiesto que los sentimientos ambivalentes son frecuentes durante el embarazo (más de dos tercios de las participantes presentaban algún grado de ambivalencia) y que no solo aparece asociada a un peor estado de ánimo, sino que también se relaciona con un peor ajuste y funcionamiento social, por lo que debería recibir mayor atención tanto a nivel científico como clínico.

Creemos, por lo tanto, que para conseguir una prevención precoz de las alteraciones emocionales prenatales es necesario explorar, además de los síntomas ansiosos y depresivos a lo largo del embarazo, el grado de ambivalencia afectiva (entre otros factores de vulnerabilidad y riesgo). Consideramos imprescindible normalizar este fenómeno psicológico a través de su abordaje en los cursos de preparación para el parto, en los programas de screening y evaluación prenatal y en los programas de tratamiento psicológicos basados en la evidencia.

"PROYECTE GERMANS": ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO EN LA INTERVENCIÓN A LAS FAMILIAS CON BEBÉS HOSPITALIZADOS

E. Gargallo, M.E. Dip

Hospital Universitari Vall D'Hebron

Palabras clave: Proyecte Germans; Neonatología; Familias; Intervención.

Alrededor de un 10% de bebés que nacen requieren un **ingreso en una Unidad Neonatal**, ya sea por prematuridad, malformaciones congénitas y/o enfermedades neonata-



les. Según el Institut d'Estadística de Catalunya, la tasa de prematuridad en Cataluña durante el 1998 y el 2013 se ha situado alrededor del 7,3%, alcanzando el mayor pico en el año 2009 (7,9%).

La hospitalización de un recién nacido, independientemente del motivo de esta, supone un gran **estrés psíquico para las familias** afectadas. Además, puede dificultar o retrasar el inicio del vínculo parentofamiliar, lo que podría incidir de forma negativa en el desarrollo psicomotor y afectivo posterior. Algunos trabajos sugieren que la capacidad de los padres para adaptarse a la situación de su bebé prematuro y la calidad de la interacción temprana, son factores críticos para el desarrollo de los bebés, por lo que es fundamental el **establecimiento de una relación vincular sana desde la UCI neonatal** (UCIN). Las intervenciones tempranas centradas en la familia durante la hospitalización neonatal y en la transición al domicilio han demostrado disminuir el estrés y la depresión materna, mejorar la autoestima materna y mejorar las interacciones tempranas entre padres y bebés prematuros. Sin embargo, existen pocos estudios que detecten y evalúen el estrés de los padres con hijos recién nacidos hospitalizados y más hijos a su cargo.

El "**Proyecto Germans**" nace en el Servicio de Neonatología del Hospital Universitario Vall d'Hebron con el objetivo principal de disminuir el estrés de los padres de bebés hospitalizados con más hijos a su cargo. El período de estudio fue desde el 1 de abril de 2015 al 31 de diciembre de 2015, con un total de 82 familias y 101 hermanos participantes. El proyecto piloto fue aprobado por el Comité de Ética de la institución y consistió en la evaluación del estrés parental, la realización de talleres lúdicos con los hermanos/as de los bebés hospitalizados, posterior visita de los hermanos/as a la UCIN y entrevistas a los padres. El equipo de profesionales participante fue multidisciplinar (psicología, enfermería, neonatología) y su pretensión era generar recursos diferentes para la asistencia de este tipo de familias.

Los **talleres lúdicos** se basan en la simulación de una UCIN en la que los hermanos y las familias van a jugar a ser

profesionales de la medicina/enfermería y van a ofrecer cuidados a los bebés. Si el hermano/a lo desea, posteriormente podrá visitar la UCIN junto con su familia. La justificación de la creación de un espacio para los hermanos surge de la necesidad de incluir su presencia durante el período de hospitalización del bebé, para ofrecerles una información clara de lo que está ocurriendo, y dar respuestas a sus dudas de forma tranquilizadora y adecuada para su edad, utilizando el juego simbólico. Además de disminuir la angustia en los hermanos, también se pretende reducir el estrés de la madre, generando espacios de encuentro y juego con su hijo/a mayor.

Los **resultados** de la Escala de Estrés para Padres de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (Versión de Oronoz y Alonso, 2007) permitieron cuantificar, tanto el grado de estrés general como el relacionado con el *aspecto y ruido, la apariencia y conducta del bebé, la conducta y comunicación con el personal, la relación con el bebé y el papel de los padres*. Desde un punto de vista más cualitativo, las autoras obtuvieron los siguientes resultados:

- El juego simbólico sirvió como medio para elaborar una situación traumática, descendiendo así el estrés para la visita a la UCIN.
- La repetición del taller facilitó el encuentro entre padres-hijos, disminuyendo miedos y ansiedades de ambos.
- La participación de los abuelos, facilitó la comprensión de la situación y su ayuda a la familia.
- Algunos hermanos/as necesitaron más tiempo para la visita a la UCIN, por lo que el respeto al tiempo de cada niño es fundamental.
- Se debe prestar atención al posparto de riesgo y síntomas de estrés postraumático previos no resueltos, así como apoyo a la lactancia.

Las autoras de este proyecto destacaron la importancia de la formación de los profesionales sanitarios en psicología perinatal, y finalizaron su ponencia con la visualización de un vídeo sobre el Proyecto Germans: <https://youtu.be/fzy1i-T2onkk>



COMUNICACIONES LIBRES DE LA VI JORNADA DE SALUD MENTAL PERINATAL

EL ACOMPAÑAMIENTO GLOBAL. DIALÓGICO DESDE LAS SALAS HOSPITALARIAS PARA FORTALECER LA PRIMERA INFANCIA

A. Esparza¹, J. Miralbell^{1,2}, L. Avitia

¹Centro de investigación y formación Carrilet, Barcelona. ²Centro de Desarrollo y Atención Precoz Equip 40, Sant Vicenç dels Horts

Es en este preciso momento del nacimiento, donde se crea la primera relación entre padres y pediatras (American Medical Association, 2014). Ya lo menciona Brazelton (1975), la relación del clínico y los padres dotará de información que les apoye en el fortalecimiento de su parentalidad en el momento de conocer al niño/a, en el nacimiento biológico.

El acompañar ese primer momento representa un gran reto para los profesionales, el crear esa primera relación, el camino en un proceso diagnóstico y en el tratamiento, será un trabajo conjunto, entre profesionales y familia, basándose así en la experiencia del paciente y su familia.

Esta empatía de la que ya habla Kanhe (1967), "solo cómo él o ella se comporta; proporciona orientación", esto refiriéndose a los pediatras y personal clínico. Será en esta transferencia, que les brindará las herramientas de intervención ajustada a las condiciones específicas de su hijo o hija, que a su vez mediante el diálogo se determinen las estrategias de manera triangulada entre sistema de salud, sistema educativo y padres de familia, para responder a las necesidades específicas.

La presente investigación combina una **metodología** cuantitativa y observacional de carácter más cualitativo. En este estudio han participado 26 niño/as recién nacido en contexto de sanidad privada, de padres y madres nacidos en Durango, México. Para el acompañamiento al nacimiento de su hijo/a se aplica la escala NBO al día dos de nacidos dentro del ambiente hospitalario y se hace un seguimiento en el desarrollo con la escala ADBB a los 2, 4 y 6 meses, así como la aplicación de la escala de estrés parental.

Los **resultados preliminares** nos han permitido identificar que los niños que mostraban un bajo puntaje en el NBO con score entre un 25 y 35 (33% de los niños/as), y que recibió un

acompañamiento dialógico entre padres/madres, pediatras y especialistas en intervención temprana, obtuvieron puntajes descendientes en los resultados del test ADBB, en los meses 2,4 y 6, mostrando disminuciones de puntajes de: 14 y 18 (retraining severo) a puntajes 9 y 10 (retraining leve).

EVOLUCIÓN DE LA GESTACIÓN EN UNA MUJER AFECTA DE TLP

A. Murillo Monterroso, M. Murillo Molina,
S. Abajo Llamas, S. Martínez García, I. Albert

ASSIR ICS Reus

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es el trastorno de personalidad cuyo manejo y tratamiento es de los más complejos con los que se encuentra la salud mental. La característica esencial es la presencia de un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, el afecto, la autoimagen. De inicio frecuente en la etapa adulta, causa un malestar significativo y genera una desadaptación social, ocupacional y funcional general.

OBJETIVOS

Describir el curso y evolución de una paciente diagnosticada de TLP durante un proceso de gestación y parto.

MATERIAL Y METODOS

Análisis descriptivo del seguimiento del control gestacional y la HC de salud mental de una paciente con diagnóstico de TLP.

RESULTADOS

Mujer 32 años, pareja estable, buen ajuste personal y familiar, 1 hijo de 4 años. Consciencia del trastorno y buena adherencia al tratamiento. Inserción laboral parcial. Gestación deseada, al conocer gestación abandono del tratamiento farmacológico, seguimiento del tratamiento psicosocial de forma irregular.



A mitad de gestación aparece clínica depresiva grave, ideaciones suicidas, desadaptación al entorno familiar y social. Persiste negativa al tratamiento farmacológico.

CONCLUSIONES

La patología TLP repercute de forma directa en la evolución y vivencia de la gestación y el seguimiento de la misma. Condiciona la vivencia personal y determina la forma de parto. Es fundamental potenciar la adherencia al tratamiento psicoterapéutico por parte de los profesionales, conocimiento de los modelos de comprensión e intervención, actitudes positivas y respuestas empáticas. Flexibilidad.

LA IMPORTANCIA DE LA DESCODIFICACIÓN DURANTE LA GESTACIÓN

Y. Segura Espinell

Consorcio Hospitalario de Terrassa

OBJETIVOS

Acompañar a la mujer gestante durante el proceso de embarazo a que pueda expresar todos sus miedos y temores, así como trabajar con algunos bloqueos que se puedan presentar y que puedan dificultar y dar alguna sintomatología durante la misma gestación o en el momento del parto.

MATERIAL Y MÉTODO

Mediante una o varias sesiones, la mujer gestante trabaja todas aquellas emociones que ha vivido durante este o cualquier otro embarazo, incluso a lo largo de su vida contemporánea, que puedan tener repercusiones en el desarrollo y finalización del mismo. Se trabaja con protocolos de Programación Neuro Lingüística, liberando emocionalmente al bebé de todo lo que la madre pueda haber vivido (el bebé durante la gestación está implicado con las emociones de su madre) y así conseguir que este bebé nazca libre de cargas emocionales que no le pertenecen.

RESULTADOS

En mi experiencia, he podido comprobar la rapidez con la que se puede llegar a intervenir sobre una emoción congelada

de la mamá durante la gestación y mejorar o eliminar inmediatamente ese síntoma, así como poder ayudarla durante el proceso de parto, el cual podía estar estacionado debido a un conflicto no resuelto.

CONCLUSIONES

Reducción de las intervenciones en el parto, más fluidez en el mismo y mejor sintonía madre-hijo en el posparto, así como la mejora de toda la sintomatología que pueda surgir durante el embarazo.

SEÑALES DE ALARMA DE TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA

L. Busquets^{1,2}, J. Miralbell^{1,3}, AY. Esparza¹, M. Mestres¹

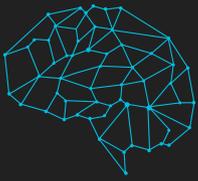
¹Centro de investigación y formación Carrilet. Barcelona.

²Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología. Universidad de Barcelona. ³Centro de Desarrollo y Atención Precoz Equip 40. Sant Vicenç dels Horts.

La relación entre la personalidad y la depresión es compleja; si bien existen numerosos trabajos que estudian esta asociación, tanto en población general como clínica, existe muy poca literatura que aporte información sobre el papel del temperamento y el carácter en la depresión posparto.

El **objetivo** de este trabajo fue evaluar las dimensiones de temperamento y carácter de Cloninger (1998) en mujeres con depresión posparto (DPP), así como analizar su relación con diferentes variables clínicas, como la intensidad de la sintomatología ansiosa y depresiva, comorbilidad, presencia de ideación suicida, tipo de episodio y edad de inicio del trastorno.

La **muestra** consistió en 92 mujeres que acudieron a una Unidad de Psiquiatría y Psicología Perinatal de un Hospital General para ser evaluadas y recibir tratamiento. En la visita inicial se realizó una entrevista semiestructurada para recoger información sociodemográfica, obstétrica y psicopatológica; se confirmó el diagnóstico clínico de DPP (SCID-I), se evaluó la intensidad del episodio depresivo (EPDS y HRDS), de la ansiedad (STAI E) y la presencia de ideación suicida (ítem 3 HRDS). El temperamento y carácter (TCI) se evaluaron después de



la remisión de la sintomatología depresiva, para minimizar el efecto del estado en la evaluación de la personalidad.

Los **resultados** muestran como todas las puntuaciones obtenidas en el perfil de Temperamento y Carácter de las mujeres con DPP se encuentran en el rango medio, excepto las puntuaciones elevadas en la escala Evitación del Daño ($T=62,18$, $SD=11,29$). Si bien las puntuaciones en la escala de carácter Autotranscendencia se encuentran dentro del rango medio, destacan las bajas puntuaciones en la subescala Espiritualidad ($T=37,51$, $SD=10,37$). La intensidad de la sintomatología depresiva y ansiosa autorreportada se asoció con mayor Evitación del Daño ($r=0,237$; $p < 0,05$ y $r=0,217$; $p < 0,05$), así como con la presencia de comorbilidad psiquiátrica ($65,8 \pm 13,2$ vs. $59,8 \pm 10$; $t=-2,36$; $p < 0,05$). Mayores puntuaciones en Evitación del Daño y menores en Autodirección se relacionaron con edades de inicio del trastorno más tempranas (ED: $r=-0,334$; $p < 0,001$ y AD: $r=0,249$, $p < 0,05$) y trastornos recidivantes (ED: $57,3 \pm 10,2$ vs. $67,8 \pm 9,9$; $t=-5,02$; $p < 0,001$ y AD: $50,3 \pm 9,6$ vs. $42,09 \pm 11,5$; $t=3,82$; $p < 0,001$). Puntuaciones bajas en Autotranscendencia se relacionaron con la presencia de ideación suicida (AT: $44,8 \pm 9,5$ vs. $39,7 \pm 9,6$; $t=-2,51$; $p < 0,05$).

Las **conclusiones** del trabajo apuntan a que determinados rasgos de temperamento y carácter se asocian a diferentes características clínicas de las mujeres con DPP. Los resultados obtenidos son parcialmente concordantes con la mayoría de trabajos realizados en depresión en otro momento del ciclo vital. Futuros estudios prospectivos, con mayor tamaño muestral y controlando algunos factores de confusión serán necesarios para elucidar la relación entre temperamento, carácter y variables clínicas en la depresión posparto.

SCREENING DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PADRES Y MADRES LOS PRIMEROS DÍAS EN LA UNIDAD NEONATAL

J. Cajiao Nieto¹, A. Torres², J. Arch¹, F. Botet¹

¹Instituto De Ginecología y Obstetricia, Hospital Clínic- Maternitat Barcelona. Universidad de Barcelona. ²Programa de Psiquiatría y Psicología Perinatal. Hospital Clínic Barcelona

Diferentes estudios señalan que el ingreso y la hospitalización de un recién nacido en una UCIN genera en los

padres un shock para el que no están preparados, elevando el riesgo de depresión, ansiedad y estrés postraumático, con repercusiones a corto y largo plazo en ejercicio del rol parental.

OBJETIVOS

1. Comparar el estado emocional (ansiedad y depresión) de los padres y las madres de recién nacidos ingresados en la Unidad de Cuidados Neonatales 2. Realizar una exploración del estado emocional del padre durante el ingreso del recién nacido en la Unidad de Cuidados Neonatales.

METODOLOGÍA

El estudio se llevó a cabo en la UCIN del Hospital Clínic-Maternidad entre enero de 2016 y abril de 2017. Participaron 46 padres y 46 madres que entre el segundo y quinto día de vida de sus recién nacidos completaron los cuestionarios: PSS-NICU para evaluar estrés, PASS y STAI para evaluar ansiedad y EPDS para evaluar depresión.

RESULTADOS

El 39% de los padres y el 54% de las madres de hijos ingresados en la UCIN presentaba sintomatología de ansiedad significativa; mientras que el 22% de los padres y el 36% de las madres presentaba sintomatología depresiva significativa. Estas diferencias no eran estadísticamente significativas. No obstante, si se evaluaba la intensidad de la sintomatología, no se observaban diferencias en la sintomatología ansiosa pero sí en la depresiva, presentando las madres unas mayores puntuaciones. En los padres se pudo observar que tener antecedentes en salud mental ($p = 0,014$), una elevada ansiedad-rasgo ($p < 0,001$) y el mayor estrés en la UCIN ($p = 0,006$) se asociaban a la ansiedad, mientras que la elevada ansiedad-rasgo ($p < 0,001$) y el mayor estrés en la UCIN ($p < 0,001$) se asociaban a la depresión. También en referencia a los padres, la calidad de la relación de pareja presentaba una tendencia a la significación en relación a la presencia de depresión ($p = 0,06$).

CONCLUSIONES

Los niveles de ansiedad y depresión en padres y madres durante los primeros días de ingreso de sus recién nacidos es semejante siendo el ingreso del recién nacido la causa principal.



EFFECTOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA DURANTE EL EMBARAZO EN EL NEURODESARROLLO DEL HIJO/A

C. Silvente, C. Hernández-Martínez

Universitat Rovira i Virgili, Departament de Psicologia,
Centre de Recerca en Avaluació i Mesura de la Conducta

OBJETIVOS

Realizar una revisión bibliográfica sobre estudios que hayan trabajado el efecto de la actividad física durante el embarazo sobre el neurodesarrollo de los hijos/as tanto en animales como en humanos.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión bibliográfica de las bases de datos Medline y PsycArticles mediante las palabras clave *physical activity, pregnancy, child, neurodevelopment*. Se han incluido estudios tanto en animales como humanos que evalúen el neurodesarrollo mediante pruebas psicométricas, neuropsicológicas y/o neurobiológicas (en el caso de animales).

RESULTADOS

Se han incluido un total de siete investigaciones. Los estudios en humanos muestran efectos positivos de la actividad física durante el embarazo en el neurodesarrollo, medido a través de la escala Bayley's, la escala WISC, o Brazelton, especialmente en el lenguaje, aunque otros obtienen resultados no significativos. En estudios en animales se apunta un incremento del BDNF hipocampal, relacionado con el aprendizaje y la capacidad espacial. Algunos estudios apuntan a que el estrés o la depresión materna podrían mediar o bloquear el efecto positivo de la actividad física.

CONCLUSIONES

Debido a la escasez de estudios sólidos, donde se tengan en cuenta otros factores de confusión, nos planteamos un proyecto de investigación observacional que recoja tanto la actividad física, como una evaluación del neurodesarrollo, evalúe la depresión materna, el estilo parental.

PERFIL DE LA EMBARAZADA CON TRASTORNOS AFECTIVOS EN ASSIR-ICS CATALUÑA 2012-15

M.C. Amador¹, M.A. Aliaga², O. Cunillera³,
J. Almeda³, S. Pérez²

¹ASSIR Delta, ²CAP Castelldefels, el Castell, ³Unitat de Suport a la Recerca Costa de Ponent, Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP Jordi Gol), Cornellà de Llobregat. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra (Cerdanyola del Vallès)

INTRODUCCIÓN

Los trastornos afectivos (TA) son causa de discapacidad en mujeres mayores de 15 años, con una prevalencia durante el embarazo del 3,1-17%, según los estudios. Puede afectar el curso del embarazo, al feto y al recién nacido, con un alto coste socioeconómico.

OBJETIVO

Conocer las características de las embarazadas que presentan diagnóstico activo de TA antes y durante el embarazo.

METODOLOGÍA

Estudio transversal de las mujeres embarazadas entre 15 y 47 años, atendidas en programas del ASSIR-ICS en Cataluña del 1-1-2012 al 31-10-2015, con resultado de hijo vivo, a partir de la explotación de datos informatizados del Sistema de Información para el Desarrollo de la Investigación en Atención Primaria. Se excluyó los embarazos con < 25 y > 44 semanas de gestación y con más de dos fetos.

Se recogió los diagnósticos de TA codificados según el ICD10 (F30-F39), características obstétricas, problemas de salud, uso de fármacos antes y durante el embarazo y características sociodemográficas de la madre. Se realizó análisis estadístico descriptivo bivariante.

RESULTADOS

De 119.036 embarazos incluidos, se obtuvo información analizable de 102.086 (86%).

Un total de 3571 embarazadas (3,5%) presentan diagnóstico activo de TA durante el embarazo. Los antecedentes previos al embarazo de TA, trastorno por ansiedad, por estrés y disociativo, obsesivo-compulsivo, esquizofrenia y de trastorno mental por drogas y/o alcohol se asociaron significativamente a TA durante el embarazo.



CONCLUSIÓN

La confirmación de distintas condiciones controlables asociadas a TA en la embarazada exige realizar una historia clínica completa para prevenirlos y optimizar su manejo.

DETECCIÓN DE LA DEPRESIÓN EN EL EMBARAZO. PAPEL DE LA MATRONA EN EL ASSIR

M. Gallego Barrero¹, I. Tura Amorós¹,
A. Soligó Illamola²

¹ASSIR Consorci Sanitari de Terrassa. ²Coordinadora ASSIR
Consorci Sanitari de Terrassa

La matrona es el profesional de referencia para las gestantes en el ASSIR, con la que establecen el primer contacto para el inicio del control de su gestación. La herramienta de cribaje de la depresión en la gestación utilizada en nuestros ASSIR es el EPDS. Se informa de este a la gestante y se le ofrece poderlo cumplimentar durante esta primera visita.

OBJETIVO

Conocer el perfil de las gestantes de nuestros ASSIR en cuanto a salud mental perinatal y el resultado de su derivación a la Unidad Funcional de Salud Mental Perinatal.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, descriptivo, longitudinal prospectivo de todas las gestantes que realizaron primera visita en los ASSIR del Consorci Sanitari de Terrassa durante el año 2016. Se estudiaron variables demográficas, antecedentes de patología psiquiátrica, resultado del EPDS, derivación a la UFSMP y resultado de esta derivación. Se utilizó el programa Excel para el tratamiento estadístico de los datos.

RESULTADOS

De las 1323 primeras visitas realizadas, el 79,2% cumplieron el EPDS. De los no contestados, el 70,6% lo fue por barrera idiomática. Se derivaron a la UFSMP un total de 118 gestantes, de las que el 20% no acudió o anuló la visita.

CONCLUSIONES

Es preciso el uso de EPDS validados en otros idiomas para poder ofrecer una atención adecuada a las mujeres inmigrantes que no tienen un nivel de comprensión de nuestro idioma adecuado. Revalorar resultados de EPDS entre 10 y 11 en 2-3 semanas para mejorar el cribaje y evitar el alto índice de visitas a la UFSMP a las que la gestante no acude o anula.

TRATAMIENTO DEL TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO CON CREENCIAS DELIRANTES DURANTE EL EMBARAZO. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Serrano-Drozdowskyj

Consulta Dr. Carlos Chiclana

INTRODUCCIÓN

El embarazo es un período en el que es frecuente que aparezcan o se exacerbe el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC)^{1,2}. En un 25% de los casos las pacientes con TOC no están seguras acerca de la irracionalidad de las creencias obsesivas, pudiendo alcanzar en algunos casos, el grado de delirante³. En el caso del TOC en el contexto del embarazo, la modalidad de tratamiento está condicionada por la seguridad para el feto y el miedo de la madre a hacerle daño.

OBJETIVOS

1. Revisión sistemática de la literatura científica acerca de las intervenciones eficaces en el TOC con creencias delirantes durante el embarazo (TOC-CD-E).
2. Discutir las dificultades en el abordaje clínico a propósito de un caso.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una búsqueda sistemática de la literatura científica (Web of Science, Pubmed, PsycInfo) acerca de las intervenciones eficaces en el TOC-CD-E. Análisis de las dificultades del abordaje clínico de una paciente con TOC-CD-E.



RESULTADOS

Se obtienen 250 artículos: 48 incluyen el abordaje del TOC durante el embarazo, dos artículos mencionan el tratamiento del TOC-CD-E.

Las dificultades en el abordaje clínico se relacionan con la irreductibilidad de las creencias delirantes y la negativa de la paciente a la toma de tratamiento farmacológico.

CONCLUSIONES

Existen intervenciones eficaces y seguras para el tratamiento del TOC durante el embarazo, sin embargo, se necesitan más estudios acerca del tratamiento del TOC con creencias delirantes en el embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Russell EJ, Fawcett JM, Mazmanian D. Risk of obsessive-compulsive disorder in pregnant and postpartum women: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2013 Apr;74(4):377-85.
2. Forray A, Focseneanu M, Pittman B, McDougle CJ, Epperson CN. Onset and exacerbation of obsessive-compulsive disorder in pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry*. 2010 Aug;71(8):1061-8.
3. Kishore V Ravi, Samar R, Reddy YC Janardhan, Chandrasekhar CR, Thenarasu K. Clinical characteristics and treatment response in poor and good insight obsessive-compulsive disorder. *Eur Psychiatry*. 2004;19:202-8.

EVALUACIÓN DE LAS PREOCUPACIONES DE PADRES PRIMERIZOS EN EL PERÍODO PERINATAL. ESTUDIO PILOTO

C. Salas, M. Martín, I. Bárcenas, C. Canorea, C. Chiclana, E. Serrano

Consulta Dr. Carlos Chiclana

OBJETIVOS

Estudio descriptivo de las preocupaciones en padres en los primeros meses tras el parto y dificultades encontradas en el proceso de paternidad.

A partir de los resultados encontrados se diseñará un programa de intervención para los padres con el fin de facilitar el proceso de la paternidad y el apoyo real a la madre, dentro del marco de un programa completo enfocado a la salud mental perinatal para padres, madres y bebés.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluirán de forma consecutiva todos los padres entre los 2 y los 8 meses tras el parto. La evaluación de los padres incluye: cuestionario autoaplicado acerca de las preocupaciones durante el periodo perinatal, síntomas de ansiedad (STAI-T y STAI-S) y síntomas depresivos (BDI-II). Se exploran los antecedentes personales médicos y psiquiátricos y se recogerán los datos sociodemográficos.

RESULTADOS

Se presentarán los resultados preliminares y el diseño de la intervención.

CONCLUSIONES

La evaluación de las preocupaciones y dificultades paternas permitirá diseñar un tipo de intervención que ofrecerá apoyo a los padres y mejorará la capacidad para la crianza y de soporte a la madre.

EMBARAZO NO PLANIFICADO EN MUJERES CON TRASTORNO BIPOLAR

J. Suárez-Jesús^{1,2}, E. Solé^{3,4}, A. Roca^{5,6}, A. Torres^{1,4,6}, E. Roda^{1,6}, C. Freitas^{1,7}, E. Vieta^{3,4}, Ll. Garcia-Esteve^{1,4,6}

¹Programa de Psiquiatría y Psicología Perinatal, Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica, Hospital Clínic. Barcelona. ²Departamento de Psiquiatría. Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. ³Unidad de Trastorno Bipolar. Hospital Clínic. Instituto de neurociencias. Universidad de Barcelona. CIBERSAM. Barcelona. ⁴Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi I Sunyer (IDIBAPS), Barcelona. ⁵Departamento de Psiquiatría. Consorcio Sanitario de Terrassa. Barcelona. ⁶Grupo de Investigación de Vulnerabilidad, Psicopatología y Género. Generalidad de Cataluña. ⁷Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Centro Hospitalario do Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal.

OBJETIVOS

Identificar la prevalencia del embarazo no planificado en mujeres diagnosticadas de un trastorno bipolar (TB) y describir los factores asociados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio prospectivo en el Programa de Psiquiatría y Psicología Perinatal de un hospital universitario de



Barcelona. La muestra total comprendía 50 embarazadas consecutivas con un diagnóstico de TB (criterios DSM-IV), observadas entre 2004 y 2016. Las variables clínicas y sociodemográficas fueron recogidas en la primera visita. Las mujeres recibieron seguimiento durante el embarazo, parto y posparto por una psiquiatra perinatal, que registró información relacionada con el tratamiento y el estado mental materno.

RESULTADOS

Un total de 50 mujeres fueron incluidas en este estudio. El 73,5% de las mujeres tenían TB tipo I. Su edad media fue de 35,2 años (SD 4,8, rango: 21-45), el 70% eran primíparas, el 95,8% estaban casadas o vivían con una pareja y el 66,7% no presentaban problemas financieros. El 57,1% de las participantes tenían un episodio índice depresivo y el 34% tenían antecedentes de síntomas psicóticos.

La prevalencia de mujeres que tuvieron un embarazo no planificado fue del 38% (N = 19).

La relación de pareja se asoció significativamente con el embarazo no deseado ($p = 0,008$) y la interrupción abrupta del tratamiento tras la confirmación del embarazo se asoció a la no planificación del embarazo ($p = 0,023$) en el 37,8% de las mujeres que recibían tratamiento psicofarmacológico en el momento de la concepción (N=45).

CONCLUSIONES

En nuestra muestra, el 38% de las mujeres con un TB tienen un embarazo no planificado, tasa similar a la de la población general.

El embarazo no planificado fue un factor de riesgo para la interrupción abrupta del tratamiento psicofarmacológico tras la confirmación del embarazo, en mujeres con TB.

La mala relación de pareja se asoció significativamente con el embarazo no deseado.

Los programas de atención y tratamiento de las mujeres con un TB en edad reproductiva deberían incluir la atención al deseo reproductivo y a la planificación de los embarazos.

BIBLIOGRAFÍA

- Speidel et al. (2008). The potential of long-acting reversible contraception to decrease unintended pregnancy. *Contraception* 78(3):197-200
- Shah et al. (2011). Intention to become pregnant and low birth weight and preterm birth: a systematic review. *Maternal and Child Health J* 15(2): 205-216

- Dickerson et al. (2004). Sexual and reproductive behaviours among persons with mental illness. *Psychiatr Serv* 55(11); 1299-1301
- García-Esteve et al. (2005). Maternidad no planificada y psicomorbilidad: un riesgo evitable. *Rev Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona* 32(3): 111-118
- Roca et al. (2013). Unplanned pregnancy and discontinuation of SSRIs in pregnant women with previously treated affective disorder. *J Affect Disorders* 150(3): 807-8013
- Heffner et al. (2012). Unplanned pregnancies in adolescents with bipolar disorder. *Am J Psychiatry* 169 (12)

EXPOSICIÓN PRENATAL A SUSTANCIAS DE ABUSO Y EFECTOS EN EL DESARROLLO INFANTIL. REVIEW & UPDATE

M. Mezzatesta^{1,2}, V. Ribes¹, R. Vidal³, N. Martínez-Luna³

¹Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil L'Hospitalet de Llobregat, Fundació Orienta. ²Espai Ariadna, recurso integral para el abordaje de la violencia de género y adicciones en mujeres y sus hijos e hijas, Fundació Salut y Comunitat. ³Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario Vall D'Hebrón.

OBJETIVOS

Revisión actualizada de la literatura sobre la asociación entre consumo materno de drogas y efectos en el desarrollo infantil, especialmente en expuestos/as a cannabis, alcohol y cocaína.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión sistemática de la literatura hasta abril de 2017, usando la base de datos PubMed.

Palabras clave: Prenatal exposure; Pregnancy; Cocaine; Cannabis; Alcohol.

RESULTADOS

Se revisan 320 artículos, excluyéndose 50 por tamaño muestral, errores de diseño y sesgos metodológicos. En cuanto a la exposición a alcohol, se incluyeron 143 artículos, cuyos resultados indicaron relación con anomalías faciales, deficiencia de crecimiento, neurofisiología cerebral anormal, disfunción ejecutiva, alteraciones visuoespaciales, problemas de aprendizaje y dificultades de autorregulación afectiva y conductual.

En cuanto a la exposición a cannabis, se incluyeron 51 artículos, cuyos resultados indicaron relación con trastornos



afectivos y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).

Se incluyen 76 artículos sobre exposición a cocaína, con algunos estudios informando hallazgos positivos (asociaciones negativas significativas con la atención sostenida y la autorregulación conductual) y otros reportando efectos pequeños/inexistentes.

CONCLUSIONES

En modelos animales se ha establecido fácilmente la relación entre la exposición intrauterina a sustancias de abuso y alteraciones del desarrollo. En humanos, existe menos evidencia. El alcohol fue la sustancia más comúnmente asociada con anomalías del desarrollo. El abuso de sustancias/poliabuso durante el embarazo se ha asociado con resultados adversos a largo plazo en el crecimiento, conducta, cognición, lenguaje y rendimiento infantil. Los ambientes maternos adversos, la falta de acceso al sistema de salud mental y adicciones, y la ausencia de seguimiento prenatal adecuado están relacionados con las consecuencias en el desarrollo en los/as expuestos/as, destacando la importancia de un enfoque multidisciplinario. Se requiere de más estudios adecuadamente diseñados en el tema.

EL ROL DE LOS ESTADOS EMOCIONALES MATERNOS Y DEL VÍNCULO MATERNO-FILIAL EN LA REGULACIÓN DE LOS NIVELES BASALES DE CORTISOL DEL BEBÉ

C. Hernández-Martínez, N. Voltas,
V. Arijá, C. Bedmar, C. Jardí, J. Canals

Universitat Rovira i Virgili, Departament de Psicologia, Centre de Recerca en Avaluació i Mesura de la Conducta, Tarragona. Universitat Rovira i Virgili, Departament Ciències Mèdiques Bàsiques, Institut d'Investigació Sanitària Pere Virgili, Reus.

OBJETIVO

Estudiar qué factores son relevantes en la función del eje hipotálamo-pituitario-adrenal del bebé de 12 meses de edad teniendo en cuenta variables de diversa índole tales como sociodemográficas (sexo del bebé, edad de la madre, nivel socioeconómico familiar), obstétricas (peso al nacer, edad gestacio-

nal, paridad y tipo de parto), psicológicas (ansiedad gestacional, síntomas psicopatológicos maternos durante el primer año de vida de bebé, vínculo materno-filial) y ambientales (tipo de lactancia y exposición al tabaco prenatal y postnatal).

MÉTODO

En total se disponen datos de 71 bebés de la cohorte DEFENSAS que han sido seguidos desde la semana 13 de gestación hasta los 12 meses de vida. El funcionamiento del eje HPA se ha evaluado a través de los niveles basales de cortisol del bebé a los 12 meses de edad.

RESULTADOS

Los análisis de regresión lineal muestran cómo los niveles de ansiedad durante la gestación, el tipo de parto, los niveles de depresión de la madre a los 6 meses de vida del bebé y el vínculo materno-filial son variables significativas en la predicción de los niveles basales de cortisol del bebé a los 12 meses de edad.

CONCLUSIONES

Independientemente de variables sociodemográficas, obstétricas y ambientales, los estados emocionales maternos a lo largo de la gestación y durante los primeros meses de vida del bebé, así como el vínculo prenatal son relevantes en el funcionamiento del eje hipotálamo-pituitario-adrenal del bebé. Estos resultados nos permiten sugerir que los estados emocionales maternos deben ser tenidos en cuenta tanto en las rutinas obstétricas como pediátricas para favorecer un desarrollo saludable del bebé.

INTERVENCIÓN PROFILÁCTICA EN UNA PSICOSIS PUERPERAL: PLAN DE PARTO Y POSPARTO

C. Freitas^{1,2}, A. Vega^{1,3}, J. Suárez-Jesús^{1,4},
A. Torres^{1,5,6}, A. Roca^{6,7}, Ll. Garcia-Esteve^{1,5,6}

¹Programa de Psiquiatría y Psicología Perinatal, Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica, Hospital Clínic, Barcelona. ²Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, Penafiel, Portugal. ³Unidad de Salud Mental, Hospital Regional Universitario de Málaga. ⁴Departamento de Psiquiatría, Hospital Universitario de Canarias, Tenerife. ⁵Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi I Sunyer (IDIBAPS), Barcelona. ⁶Grupo de Investigación sobre Vulnerabilidad, Psicopatología y Género, Generalitat de Catalunya. ⁷Departamento de Psiquiatría, Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona.



INTRODUCCIÓN

La psicosis puerperal es la forma más severa de enfermedad psiquiátrica posnatal. Las mujeres tienen alrededor de 22 veces más probabilidades de experimentar el inicio de un episodio maníaco o psicótico en el primer mes posparto que en cualquier otro momento de la vida^{1,2}. La identificación temprana y el tratamiento precoz de estos episodios son cruciales para un buen resultado: el diagnóstico tardío resulta en una mayor duración y gravedad de los episodios, más difíciles de tratar³ y ponen en riesgo la seguridad de la madre y del bebé^{4,5}.

OBJETIVOS

Revisión de la literatura disponible sobre la prevención de la psicosis puerperal con el fin de crear un plan de intervención en el parto y en el posparto para mujeres en riesgo de desarrollar una psicosis puerperal.

MÉTODOS

Se realizó una búsqueda en Pubmed utilizando los términos "puerperal psychosis prevention" y "puerperal psychosis profilaxis". Después, las autoras crearán un plan de intervención en el parto y posparto con información práctica e indicaciones médicas y generales que puedan prevenir o disminuir el impacto de la psicosis puerperal.

RESULTADOS

El plan incluye el riesgo de tener una psicosis puerperal, los signos de alarma y las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas a tener en cuenta durante el parto y en el postparto durante la hospitalización y tras el alta hospitalaria. El plan postparto incluye también las visitas no presenciales, las próximas visitas presenciales y las fechas para la exploración del vínculo y para evaluación Brazelton.

CONCLUSIÓN

Las autoras esperan que este plan incremente el éxito en la detección, prevención y tratamiento de la psicosis puerperal, teniendo siempre presente que un equipo bien conectado puede trabajar con una estructura sólida de intervención en la psicosis puerperal.

Los autores no tienen conflictos de intereses a revelar.

BIBLIOGRAFÍA

- Kendell RE, Chalmers JC, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987; 150:662-73.
- Munk-Olsen T, Laursen TM, Pedersen CB, Mors O, Mortensen PB. New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA* 2006; 296:2582-9.
- SIGN. Postnatal Depression and Puerperal Psychosis: A National Clinical Guideline. Edinburgh, UK: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2002.
- Jones I, Craddock N. Bipolar disorder and childbirth: the importance of recognising risk. *Br J Psychiatry* 2005; 186:453-4.
- Spinelli MG. Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and the promise of saved lives. *Am J Psychiatry* 2004; 161:1548-57.