

NOTÍCIAS

NEWS



NOTICIAS DE SALUD MENTAL PERINATAL

PERINATAL MENTAL HEALTH NEWS

Gracia Lasheras^{1,7}, Marta de-Gracia-de-Gregorio^{2,7}, Borja Farré-Sender^{3,7},
María Giralt^{4,7}, Cristina Sanz^{5,7}, Elena Serrano- Drozdowskyj^{6,7}

¹Psiquiatra. Hospital Universitario Dexeus (HUD). Barcelona. ²Psicóloga. Hospital del Mar – Parc de Salut Mar. Barcelona.
³Psicólogo. HUD. Barcelona. ⁴Psiquiatra. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁵Psicóloga. HUD. Barcelona.
⁶Psiquiatra. Consulta del Dr. Carlos Chiclana. Madrid. ⁷Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva.

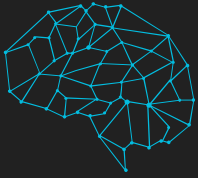
LEER



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2020;14:49-58

49



ESTRÉS POST-TRAUMÁTICO, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN TRAS EL ABORTO ESPONTÁNEO Y EMBARAZO ECTÓPICO: UN ESTUDIO DE COHORTE, MULTICENTRO Y PROSPECTIVO.

POST-TRAUMATIC STRESS, ANXIETY AND DEPRESSION FOLLOWING MISCARRIAGE AND ECTOPIC PREGNANCY: A MULTI-CENTER, PROSPECTIVE, COHORT STUDY.

Farren J, Jalnibrant M, Falconieri N, Mitchell-Jones N, Bobdiwala S, Al-Memar M, Tapp S, Van Calster B, Wynants L, Timmerman D, Bourne T.

American Journal of Obstetrics and Gynecology (2019)
<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2019.10.102>

Antecedentes: Estudios anteriores determinaron la relación entre el aborto espontáneo y la sintomatología ansiosa y depresiva en las mujeres, pero no especificaron la medida del nivel de estrés post-traumático experimentado y comparado con mujeres que habían sufrido una pérdida del embarazo a causa de un embarazo ectópico versus a aquellas que habían sufrido un aborto espontáneo. Además, la mayoría de estudios previos carecen de grandes cohortes de seguimiento, y los que son relevantes tienen más de diez años de antigüedad. Las evidencias demuestran que las mujeres que han sufrido una pérdida temprana del embarazo experimentarán secuelas psicológicas graves.

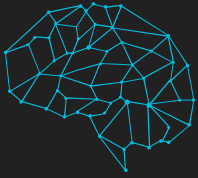
Objetivo: Investigar el nivel de estrés post-traumático, de ansiedad y de depresión en mujeres durante los nueve meses posteriores a haber sufrido la pérdida temprana del embarazo. Comparar la prevalencia de ansiedad y depresión después de un mes con un grupo de mujeres con embarazo viable y entre mujeres con embarazos ectópicos y abortos espontáneos.

Métodos: 737 mujeres que habían sufrido una pérdida temprana del embarazo (embarazo ectópico y aborto espontáneo) y 171 mujeres del grupo control participaron en este estudio prospectivo, reclutadas de las unidades de control del embarazo de tres hospitales de Londres (Queen Charlotte's and Chelsea, St. Mary's and Chelsea and Westminster), siguiendo criterios de inclusión y exclusión. Un grupo estaba formado por mujeres diagnosticadas de un embarazo inviable mientras que el grupo control lo formaron mujeres

con embarazos viables. A las mujeres con un embarazo que no llegaría a término se les envió una encuesta por correo electrónico al mes, a los tres meses y a los nueve meses después del diagnóstico. A las mujeres del grupo control se les envió una única encuesta tras determinar que su embarazo seguía un buen curso. Se pretendía recoger información acerca de datos sociodemográficos, síntomas, opiniones sobre la pérdida del embarazo y la atención médica recibida. Posteriormente se les pidió que cumplimentaran una serie de cuestionarios para evaluar el nivel de estrés post-traumático, ansiedad y depresión mediante la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y la Escala de Diagnóstico de Estrés Post-traumático (PDS). Utilizando regresión logística multivariable con corrección de sesgo de Firth se compararon los datos demográficos con las puntuaciones psicométricas obtenidas usando como covariables: edad materna (años), embarazo por FIV, hijos anteriores y antecedentes de pérdida temprana del embarazo. En el grupo de mujeres con embarazo no viable se utilizaron modelos lineales mixtos para investigar a lo largo del tiempo el nivel de ansiedad, depresión y estrés post-traumático, y relacionarlo así con otras covariables.

Resultados: Durante el primer mes, el 29% de las mujeres que perdieron de manera temprana el embarazo obtuvieron criterios concluyentes con estrés post-traumático; el 24% y 11% respectivamente refirieron un nivel de ansiedad y depresión de moderado a severo. En el grupo control un 13% cumplió criterios de ansiedad (aOR primer mes tras la pérdida vs control: 2.14; 95% CI, 1.14-4.36) y un 2% de depresión (aOR primer mes tras la pérdida vs control: 3.88; 95% CI, 1.27 a 19.2). A lo largo de los meses, las tres condiciones fueron disminuyendo con el paso del tiempo en las mujeres con pérdida temprana del embarazo: estrés post-traumático (aOR por mes, 0.80; 95% CI, 0.72 a 0.89), ansiedad moderada a severa (aOR por mes, 0.69; 95% CI, 0.50 a 0.94), y depresión moderada a severa (aOR por mes, 0.87; 95% CI, 0.53 a 1.44), pero a pesar de ello, se siguieron reportando altos niveles en las tres condiciones nueve meses después, disminuyendo de manera más lenta en mujeres con embarazo ectópico frente a aborto espontáneo.

Las limitaciones de este estudio estuvieron relacionadas con la alta tasa de abandono de participantes a lo largo del estudio y, por tanto, mayor probabilidad de producirse un sesgo de participación y selección a tener en cuenta a la hora de interpretar los resultados. La dificultad de estandarizar



el momento de evaluación del grupo control ha sido otra de las limitaciones que menciona el estudio, así como la dificultad para encontrar participantes con un embarazo ectópico, que obstaculizó la comparación con las mujeres que habían sufrido un aborto espontáneo. También cabe mencionar algunas dificultades relacionadas con los instrumentos de medida y los criterios diagnósticos para el Trastorno de Estrés Post-traumático.

Conclusión: Las mujeres experimentan altos niveles de estrés post-traumático, ansiedad y depresión tras la pérdida temprana del embarazo que disminuyen con el paso del tiempo, pero que siguen siendo clínicamente significativos nueve meses después de dicha pérdida.

EL TEMPERAMENTO INFANTIL TEMPRANO DA FORMA A LA NATURALEZA DEL VÍNCULO MADRE – HIJO EN EL PRIMER AÑO POSPARTO

EARLY INFANT TEMPERAMENT SHAPES THE NATURE OF MOTHER-INFANT BONDING IN THE FIRST POSTPARTUM YEAR

Lea Takács, Filip Smolík, Maria Kaźmierczak, Samuel P. Putnam
Infant Behavior and Development 58 (2020) 101428
<https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2020.101428>

Antecedentes: el vínculo materno – infantil es un concepto que se refiere a la conexión emocional de la madre hacia su bebé. Estos sentimientos y emociones maternos son los principales indicadores de la calidad del vínculo materno-infantil. El vínculo materno en el período posparto temprano predice la relación posterior de las madres con sus hijos, con alteraciones en el vínculo relacionadas a una crianza deficiente y el rechazo del niño. Las implicaciones de la conexión de la madre con su bebé durante el embarazo para el vínculo posterior son muy importantes, así como también es un período crucial el primer año posparto y, especialmente, la primera semana de vida del bebé.

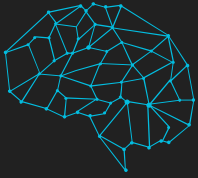
Objetivo: examinar las relaciones bidireccionales entre el vínculo materno y el temperamento infantil en los primeros nueve meses después del nacimiento.

Métodos: la muestra se basó en una cohorte de nacimiento reclutada entre 2013 y 2014 en cinco hospitales

maternales de la República Checa. Los datos utilizados en el estudio se recopilaron a través de cuestionarios administrados en tres momentos: 0 a 7 días (T1), 6 semanas (T2) y 9 meses después del parto (T3). Los cuestionarios administrados fueron: Mother-to-Infant Bonding Scale (MIBS), Infant Characteristics Questionnaire (ICQ), Postpartum Bonding Questionnaire (PBQ). Un total de 1.002 madres completaron los registros en T1. De esas mujeres, 595 completaron los cuestionarios en T2, y 310 completaron los cuestionarios en T3. Los criterios de exclusión para la muestra de madres fueron: embarazo múltiple, edad de la madre menor de 18 años o mayor de 45 años, puntuación del test de Apgar a los 10 minutos menor de 8 puntos, bebé nacido antes de la semana 37 de gestación y peso del recién nacido menor de 2.500 gramos.

Resultados: El temperamento infantil medido a las 6 semanas de vida (T2) predice el vínculo materno a los 9 meses posparto (T3). Es decir, en T3, la vinculación se relacionó más fuertemente al temperamento del bebé en T2, que el temperamento evaluado simultáneamente en T3. El vínculo materno predijo el temperamento infantil, pero esto sólo fue cierto para el vínculo informado en T1 y el temperamento infantil en T2, es decir, no para el vínculo evaluado en T2 y el temperamento infantil en T3. Por lo tanto, los hallazgos de este estudio sugieren que un vínculo materno deficiente, predice la percepción de un temperamento infantil difícil. Estos resultados indican que el vínculo materno en la primera semana posparto puede afectar inicialmente y sólo temporalmente el temperamento infantil percibido, mientras que el temperamento infantil varias semanas después del nacimiento afecta el vínculo materno a largo plazo.

Algunas limitaciones son: a diferencia de estudios anteriores que examinaron la asociación entre temperamento infantil y vínculo materno, el presente estudio no incluyó los padres, ya que el enfoque principal era la díada madre-hijo. Esta es una limitación, ya que el contexto y el funcionamiento familiar juegan un papel importante en la transición a la paternidad y la posterior formación de vínculos entre padres e hijos. Otra limitación es la tasa de abandono relativamente alta, algo común en los estudios longitudinales; los abandonos pueden debilitar la validez de los hallazgos. Un total de 1.002 mujeres habían iniciado el estudio y sólo 281 de ellas se incluyeron en los análisis después de aplicar los criterios de inclusión. Por otro lado, dada la demografía de la República Checa, la muestra fue étnicamente homogénea;



además, el 41% de las mujeres participantes tenía títulos universitarios, lo que puede limitar aún más la generalización de los resultados.

Conclusión: los hallazgos parecen apoyar la sugerencia de que las primeras semanas del posparto representan un período importante en el desarrollo del vínculo materno. Estos resultados tienen implicaciones prácticas, especialmente en referencia a las estrategias para mejorar el funcionamiento de las familias durante la transición a la paternidad. Mejorar el vínculo entre padres e hijos en el período posparto ha sido el foco de las intervenciones clínicas dirigidas a promover una crianza saludable y disminuir los posibles riesgos de desarrollo y las dificultades futuras en la relación entre padres e hijos. Como sugieren estos datos, programas como estos podrían beneficiarse de tener en cuenta tanto los aspectos objetivos como subjetivos (es decir, la percepción de los padres) del temperamento de los niños, cambiando así a una perspectiva más relacional y diádica. Además, las intervenciones dirigidas explícitamente a capacitar a las madres para calmar a sus bebés temperamentalmente irritables, han tenido éxito en mejorar la seguridad del apego y las relaciones entre padres e hijos.

EFFECTS OF PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF MENTAL HEALTH PROBLEMS IN PREGNANT WOMEN TO PROTECT THEIR OFFSPRING: RANDOMISED CONTROLLED TRIAL

EFFECTS OF PSYCHOLOGICAL TREATMENT OF MENTAL HEALTH PROBLEMS IN PREGNANT WOMEN TO PROTECT THEIR OFFSPRING: RANDOMISED CONTROLLED TRIAL

Huibert Burger, Tjitte Verbeek, Judith L. Aris-Meijer, Chantal Beijers, Ben W. Mol, Steven D. Hollon, Johan Ormel, Mariëlle G. van Pampus and Claudi L.H. Bockting

The British Journal of Psychiatry (2019). doi: 10.1192/bjp.2019.260

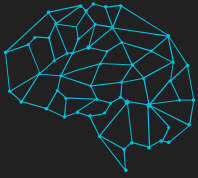
Antecedentes: los trastornos mentales perinatales son comunes en todo el mundo y se asocian con resultados neonatales desfavorables, como bajo peso al nacer y desventajas en varios dominios del desarrollo infantil, así como problemas

psicosociales en la adolescencia. Por lo tanto, mejorar la salud mental perinatal podría tener una enorme relevancia para la salud mental.

Objetivo: evaluar, entre las mujeres con depresión o ansiedad prenatal, la efectividad de la terapia cognitivo conductual (TCC) iniciada prenatalmente en la madre y el niño en comparación con la atención habitual.

Métodos: este estudio es un ensayo controlado aleatorio multicéntrico. Reclutaron a mujeres de diversos servicios de obstetricia y ginecología de hospitales en los Países Bajos. Todas las mujeres, durante la visita de control entre las 10 y 12 semanas de gestación, fueron evaluadas para este estudio. Se les proporcionó dos cuestionarios autoinforme: State-Trait Anxiety Inventory (STAI) y Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) para evaluar los síntomas de ansiedad y depresión, respectivamente. Las mujeres con ansiedad o depresión al menos moderada (definida como una puntuación de 42 o más en el STAI o 12 o más puntos en la EPDS) fueron elegidas. Los criterios de exclusión fueron si tenían alguna enfermedad física, embarazo múltiple, mostraban un alto riesgo de suicidio en la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), tenían antecedentes de trastorno bipolar o psicosis, habían abusado de sustancias, estaban recibiendo psicoterapia o no dominaban el idioma holandés. Finalmente, las mujeres embarazadas (n=282) que dieron positivo en la detección de síntomas de depresión y/o ansiedad, fueron asignadas al azar en TCC o bien tratamiento habitual. El resultado primario fueron los problemas de emociones y comportamentales del niño a la edad de 18 meses, evaluados mediante el Child Behavior Checklist (CBCL). Los resultados secundarios fueron los síntomas maternos durante y hasta 18 meses después del embarazo, los resultados neonatales, el vínculo madre-hijo y el desarrollo cognitivo y motor del niño a los 18 meses.

Resultados: en total 94 (67%) de mujeres en el grupo de TCC y 98 (69%) en el grupo de tratamiento habitual completaron el estudio. No encontraron ningún efecto beneficioso de la TCC iniciada prenatalmente para la ansiedad y la depresión en la madre o el niño en comparación con el tratamiento habitual. La puntuación media de CBCL total no fue significativamente más alta en el grupo TCC que en el grupo de tratamiento habitual. No se observaron efectos sobre los resultados secundarios, excepto la depresión y la ansiedad, que fueron mayores en el grupo de TCC que en el grupo de tratamiento habitual a mitad de embarazo.



Las limitaciones incluyen la muestra, en la que incluyeron 192 (74%) en lugar del tamaño de la muestra requerido (260), lo que puede haber causado algún sesgo de abandono y una potencia estadística reducida. Otra limitación es que incluyeron mujeres que no buscaban ayuda activamente y, por lo tanto, aunque aceptaron, es posible que no estuvieran preparadas para el tratamiento psicológico.

Conclusión: la TCC iniciada prenatalmente no mejoró los síntomas maternos o los resultados del niño entre las mujeres. Además, el estudio sugiere que la TCC durante el embarazo puede no tener efectos beneficiosos sobre la descendencia. Por tanto, este estudio no está en línea con las recomendaciones actuales para la detección y el tratamiento universales de la depresión o la ansiedad prenatales, y el trabajo futuro puede incluir la relevancia de la búsqueda de ayuda inicial.

LA SALUD MENTAL MATERNA EN LOS TIEMPOS DE LA PANDEMIA DE COVID-19

MATERNAL MENTAL HEALTH IN THE TIME OF THE COVID-19 PANDEMIC

Thapa SB, Mainali A, Schwank SE, Acharya G.

Acta Obstet Gynecol Scand. 2020 Jul;99(7):817-818.
<https://doi.org/10.1111/AOGS.13894>

Este artículo editorial plantea importantes aspectos y reflexiones acerca de los factores que pueden aumentar los problemas de salud mental materna en el contexto de la pandemia de Covid-19. La relevancia de conocer o anticipar los posibles factores de riesgo para esta población es que permitiría implementar medidas que minimicen las consecuencias para las mujeres en el periodo perinatal y su descendencia. A continuación, se detallan estos posibles factores de riesgo para la salud mental materna en el contexto de Covid-19.

Por un lado, estarían los efectos directos sobre el curso del embarazo y el postparto. Aunque los datos iniciales sugirieron que no existía un mayor riesgo de infección y morbilidad entre las mujeres embarazadas en comparación con la población en general, según se va recogiendo más información de los casos a nivel mundial, las evidencias indican que las mujeres embarazadas pueden estar en mayor riesgo de tener una enfermedad más grave, de partos prematuros y se han informado de casos de mortalidad materna y neonatal.

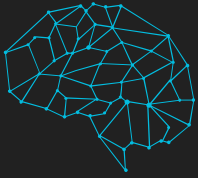
Esta información aumentaría el miedo y las preocupaciones sobre el bienestar del feto y del propio y del futuro bebé.

Por otro lado, estarían las conductas derivadas de las restricciones por la pandemia y el miedo al contagio. Muchos hospitales han limitado las visitas de sus parejas y familiares a las mujeres embarazadas admitidas para el parto. En este contexto algunas mujeres pueden optar por dar a luz en casa, y en el caso de ausencia de personal suficientemente cualificado esta situación podría conducir a un aumento de las complicaciones maternas y neonatales. Además, algunas mujeres infectadas pueden optar por no amamantar temporalmente para evitar el contacto directo con el recién nacido y reducir el riesgo de infección neonatal. Sin embargo, el cese temprano de la lactancia materna puede repercutir de forma negativa en la salud de las madres y los bebés.

Todo esto se vería agravado por las consecuencias no deseadas de las medidas preventivas como: la cuarentena, el distanciamiento físico, el aislamiento domiciliario, las consultas en remoto con profesionales de la salud. Estas medidas limitarían la capacidad para obtener el nivel esperado de apoyo y atención familiar y profesional durante el periodo prenatal, intraparto y posnatal.

Así mismo, las medidas estrictas de salud pública dirigidas a mitigar la propagación de la enfermedad, se sabe que tienen efectos psicológicos negativos que conducen al estrés, la ira y la confusión, a lo que se pueden sumar las incertidumbres financieras. Algunas personas pueden recurrir a métodos nocivos para hacer frente a la crisis, como el consumo de alcohol y el abuso de sustancias, lo que se suma a los problemas de salud mental existentes. Esto también puede conducir a un aumento en la violencia de pareja por motivos de género, una reducción en el comportamiento de búsqueda de ayuda preventiva y un aumento de las tasas de suicidio con resultados devastadores.

Todos estos factores subrayan la importancia de la vigilancia de las amenazas emergentes para las mujeres en el periodo perinatal y los bebés en tiempos de crisis. Por lo tanto, es importante desarrollar de manera proactiva estrategias apropiadas para aliviar el estrés mediante la detección, la identificación y el tratamiento de los trastornos de salud mental perinatal durante la pandemia. Las herramientas de detección basadas en Internet, las consultas/asesoramiento virtual en línea y el apoyo psicológico, y las intervenciones terapéuticas basadas en la web, pueden tener una función importante en el actual contexto.



ATENCIÓN REPRODUCTIVA TRANSFRONTERIZA: MALESTAR PSICOLÓGICO EN UNA MUESTRA DE MUJERES SOMETIDAS A TRATAMIENTO DE FERTILIZACIÓN IN VITRO CON Y SIN DONACIÓN DE OVOCITOS

*CROSS-BORDER REPRODUCTIVE CARE:
PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN A SAMPLE OF
WOMEN UNDERGOING IN VITRO FERTILIZATION
TREATMENT WITH AND WITHOUT OOCYTE
DONATION*

Gracia Lasheras, Gemma Mestre-Bach, Elisabet Clua,
Ignacio Rodríguez, Borja Farré-Sender

Int J Fertil Steril. 2020; 14(2): 130-136. doi: 10.22074/ijfs.2020.5997

La atención reproductiva transfronteriza (CBRC) hace referencia al movimiento de pacientes a países extranjeros para tratamientos de fertilidad. La evidencia –limitada– indica que este fenómeno está asociado con un riesgo de sufrir estrés, aunque actualmente hay pocos estudios disponibles sobre el posible impacto psicológico de CBRC en las pacientes que se someten a esta realidad.

El **objetivo** de este estudio fue comparar los niveles de ansiedad y depresión de un grupo de mujeres transfronterizas con un grupo local de pacientes españolas, ambos sometidos a un tratamiento de fecundación in vitro (FIV). También se exploraron los perfiles clínicos, sociodemográficos y de personalidad del grupo CBRC y de las mujeres locales. El estudio, de diseño transversal, se realizó a 161 mujeres con infertilidad (71 pacientes de CBRC y 90 locales) que estaban en tratamiento de FIV. Se utilizaron el Inventario de ansiedad de Spielberger, en su dimensión de estado (STAI-S), el Inventario de depresión de Beck-II (BDI-II) y el Cuestionario de personalidad de Zuckerman-Kuhlman (ZKPQ). También se registraron variables sociodemográficas, clínicas y reproductivas.

Los **resultados** muestran que las pacientes de CBRC, específicamente las receptoras de ovocitos, mostraron niveles más altos de ansiedad en comparación con las mujeres locales. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en las puntuaciones de depresión entre ambos grupos. En el análisis de la personalidad, los puntajes de la escala de Actividad del ZKPQ eran más altos en las mujeres receptoras

de ovocitos CBRC, lo que indica una mayor tendencia a la actividad general y niveles de energía más altos.

Las **conclusiones** que exponen los autores son que las mujeres receptoras de ovocitos CBRC pueden tener una mayor vulnerabilidad a la ansiedad que las mujeres locales antes del tratamiento de infertilidad, por lo que se deben considerar protocolos de detección y apoyo psicológico para esta población.

RECOMENDACIONES DE LA INVESTIGACIÓN SOBRE LOS EFECTOS DE LA DEPRESIÓN POSPARTO Y EL DOLOR EN EL CUIDADO Y DESARROLLO DEL BEBÉ

*RESEARCH RECOMMENDATIONS ON THE EFFECTS
OF POSTPARTUM DEPRESSION AND PAIN ON
INFANT CARE AND DEVELOPMENT*

Lara-Cinisomo S, Akinbode TD

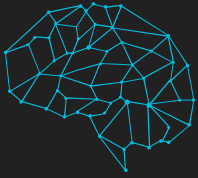
J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2020 Sep;49(5):416-422.
doi: 10.1016/j.jogn.2020.05.005.

La depresión posparto (DPP) es una de las complicaciones más comunes del parto, y otra es el dolor. Un creciente número de investigaciones demuestra que la gravedad y la duración del dolor posparto pueden aumentar el riesgo de que una mujer sufra depresión posparto. La depresión y el dolor posparto afectan negativamente al bienestar de la madre, y la depresión posparto se ha asociado con resultados adversos en los niños. Sin embargo, hay una escasez de información sobre los efectos de la depresión y el dolor posparto en el cuidado y el desarrollo de los niños.

Los objetivos de esta revisión fueron destacar la necesidad de abordar esta laguna en la literatura, ofrecer un modelo conceptual preliminar para avanzar en este campo, e iniciar nuevas líneas de investigación para informar sobre el cuidado y el desarrollo del bebé.

DPP

Las autoras destacan la alta incidencia del trastorno (19% al año en EEUU), la persistencia del mismo (hasta un año en el 30% de los casos) y las consecuencias negativas reportadas para la crianza, comprometiendo la conducta materna, la



interacción madre-bebé y la lactancia materna, sin olvidar los efectos negativos sobre la descendencia.

Dolor en el posparto

Presente a los dos meses del parto en el 48% de mujeres tras parto vaginal y el 79% tras cesárea. Incluye el dolor de la cesárea, perineal, vaginal, mamario, pélvico y de espalda.

Las investigaciones sugieren que la PPD y el dolor en el posparto comparten varios factores de riesgo, como la depresión prenatal, la ansiedad y el dolor perinatal persistente. Las autoras establecen un modelo conceptual preliminar, según el cual los factores de riesgo compartidos pueden incrementar el riesgo de DPP y dolor en el posparto que, a su vez, pueden comprometer la interacción madre-hijo, la lactancia, conduciendo finalmente a resultados adversos en la descendencia.

Implicaciones del dolor posparto en las mujeres y los niños

La persistencia del dolor puede tener efectos negativos. Se ha encontrado una asociación entre el dolor a las 8 semanas del posparto y un mayor riesgo de DPP; además puede limitar la actividad diaria de la mujer, comprometer la habilidad para responder ante las demandas del bebé y acortar la duración de la lactancia, lo que a su vez incrementa el riesgo del bebé a padecer infecciones a los 6 meses.

Sin embargo, los efectos a corto y largo plazo del dolor en el posparto sobre la descendencia, apenas están documentados. Las autoras hipotetizan, mediante su modelo conceptual preliminar, que, estas dos condiciones (DPP y dolor en el posparto), incrementan el riesgo de una interacción madre-bebé desfavorable.

Recomendaciones para investigación

La DPP y el dolor son estresores que pueden afectar negativamente a las habilidades de la mujer para adaptarse a las demandas de la maternidad. Se sugiere a los investigadores que consideren las siguientes ideas:

- Entender si la mujer responde al dolor posparto con catastrofización, especialmente en mujeres con DPP. Algunas investigaciones han reportado que la catastrofización se asociaba a una interacción madre-bebé más pobre y a la persistencia del dolor perinatal.
- Tener en cuenta que la DPP incrementa la sensibilidad al dolor posparto, que a su vez puede incrementar el riesgo de

una pobre interacción madre-bebé. Futuras investigaciones deberían incluir la evaluación de la sensibilidad al dolor para clarificar su asociación con la DPP y el dolor en el posparto.

- Evaluar si las experiencias negativas en el parto, la ansiedad y los trastornos del sueño aumentan el riesgo de que una mujer experimente DPP y dolor.
- Se recomienda el uso de métodos de investigación cualitativa para comprender mejor cómo experimentan las mujeres el dolor cuando están deprimidas y cómo estas percepciones pueden afectar a sus interacciones con sus hijos.
- Uso de métodos cuantitativos para probar el modelo conceptual expuesto, utilizando muestras a gran escala que permitan probar empíricamente las asociaciones propuestas.

En **conclusión**, existe una falta de integración de estas dos complicaciones en la literatura actual, lo que hace difícil determinar cómo estas dos experiencias únicas pero interrelacionadas afectan el cuidado y el desarrollo de los niños. Esta revisión mostró que sólo dos estudios han explorado cómo la DPP y el dolor pueden comprometer las interacciones madre-infante. Sin embargo, en ninguno de los estudios revisados los investigadores volvieron a examinar los efectos de la DPP y el dolor en el desarrollo del bebé. Se aborda esta laguna proporcionando un modelo conceptual preliminar para guiar las investigaciones futuras y ofreciendo recomendaciones para la investigación.

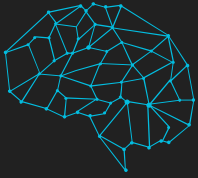
FACTORES DE RIESGO DE DEPRESIÓN POSPARTO EN MADRES DE RECIÉN NACIDOS INGRESADOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

RISK FACTORS FOR POSTPARTUM DEPRESSION IN MOTHERS OF NEWBORNS ADMITTED TO NEONATAL INTENSIVE CARE UNIT.

Gracia Lasheras, Borja Farré-Sender, Roser Porta & Gemma Mestre-Bach

Journal of Reproductive and Infant Psychology,
DOI: 10.1080/02646838.2020.1775793

Los estilos de afrontamiento y su medición resultan de utilidad para comprender mejor qué estilo de interacción con el medio tienen las personas. Las respuestas en las dimen-



siones cognitivas, comportamentales o emocionales ante un estresor marcarán, en gran medida, cómo se desenvuelve el sujeto ante los retos que le propone el medio. Sin duda alguna, es difícil encontrar mayor estresor para una madre que su hijo recién nacido esté ingresado en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN) y tema por su salud. Existe una falta de información sobre cómo los estilos de afrontamiento al estrés, en un contexto de ingreso de un recién nacido en la UCIN, puede contribuir a un inicio de la depresión posparto (DPP). El presente estudio tenía como objetivo examinar los factores de riesgo potenciales para la aparición de DPP en madres cuyos bebés ingresaron en la UCIN.

Mediante un diseño transversal, se evaluaron 401 madres, 125 de las cuales tenían a sus bebés ingresados en la UCIN. La puntuación sobre la gravedad de la enfermedad del recién nacido se obtuvo durante la admisión a la UCIN mediante el Índice de riesgo clínico para bebés (CRIB). Seis semanas después del parto, los participantes de ambos grupos completaron la Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS), el Cuestionario de vinculación posparto (PBQ) y el Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) de forma telemática.

Los **resultados** mostraron que no hay diferencias con respecto a DPP y vinculación en ninguno de los grupos. El análisis multivariante proporcionó un modelo final en el que la reestructuración cognitiva, la evitación de problemas, la gravedad de los problemas de salud neonatal durante las primeras 12 horas de vida y la resolución de problemas fueron los mejores predictores de depresión posparto, explicando el 43,7% de la varianza para este grupo. Parece concluyente que la obtención de información temprana y detallada sobre los estilos de afrontamiento en el entorno de la UCIN puede ser de utilidad para prevenir la posible aparición de DPP.

MUJERES SOMETIDAS A TRATAMIENTOS HORMONALES PARA LA INFERTILIDAD: REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE PSICOPATOLOGÍA Y NUEVOS DIAGNÓSTICOS DE TRASTORNOS PSICÓTICOS Y DEL ESTADO DE ÁNIMO

WOMEN UNDERGOING HORMONAL TREATMENTS FOR INFERTILITY: A SYSTEMATIC REVIEW ON PSYCHOPATHOLOGY AND NEWLY DIAGNOSED MOOD AND PSYCHOTIC DISORDERS

González-Rodríguez A, Cobo J, Soria V, Usall J, García-Rizo C, Bioque M, Monreal JA and Labad J

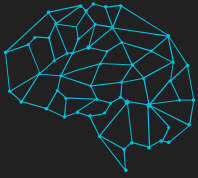
Front. Psychiatry 11:479. doi: 10.3389/fpsy.2020.00479

Antecedentes: Los tratamientos para la infertilidad a los que están sometidas las mujeres pueden tener consecuencias sobre su salud mental, que podrían explicarse parcialmente por factores psicológicos, así como por factores biológicos derivados de la naturaleza bioquímica de dichos tratamientos. Se cree que aquellos fármacos que inducen hipoestrogenismo pueden tener un efecto negativo sobre los síntomas depresivos o psicóticos. Hasta el momento la asociación entre los tratamientos de infertilidad y los trastornos mentales no se ha estudiado adecuadamente, siendo los resultados de estudios observacionales contradictorios y no concluyentes.

Objetivo: revisar la evidencia actual sobre los efectos psicopatológicos de los tratamientos hormonales utilizados en mujeres para la infertilidad y la aparición de trastornos psicóticos y del estado de ánimo.

Métodos: Se realizó una revisión sistemática mediante búsqueda en las bases de datos PubMed y Clinicaltrials.gov desde el inicio hasta septiembre de 2019. Se incluyeron sólo ensayos clínicos de tratamientos hormonales para la infertilidad en pacientes con trastornos del estado de ánimo o psicóticos, así como ensayos que evaluaban la aparición de nuevos síntomas. Se siguieron las pautas PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses).

Resultados: De 1.281 estudios obtenidos, se incluyeron nueve ensayos. Cuatro ensayos compararon agonistas de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH) y antagonistas de GnRH, y mostraron un mejor perfil afectivo (menos



síntomas depresivos) para los protocolos hormonales que incluían antagonistas de GnRH. Dos ensayos compararon protocolos que usaban agonistas / antagonistas de GnRH versus protocolos de ciclo natural (sin estimulación con gonadotropinas), con un mejor perfil afectivo en aquellos protocolos sin estimulación con gonadotropinas. Otros estudios compararon protocolos largos y cortos de agonistas de GnRH, dos agonistas de GnRH (buserelina y goserelina) y clomifeno versus placebo sin encontrar diferencias significativas en afectación del estado de ánimo entre las ramas de tratamiento. Ninguno de los estudios seleccionados estudió el riesgo de recaída en mujeres con un diagnóstico previo de trastorno depresivo o psicótico.

Al explorar los cambios pre-post en síntomas depresivos, los tamaños de efecto sugirieron un empeoramiento leve del

estado de ánimo para la mayoría de los protocolos (tamaños del efecto $\leq -0,4$), con el siguiente patrón (de peor a mejor): agonista de GnRH > antagonista de GnRH > sin estimulación con gonadotropinas.

Las limitaciones de este estudio incluyen el número insuficiente de artículos publicados sobre el tema a estudio y la exclusión de los ensayos de las pacientes con antecedentes psicopatológicos o tratamiento psiquiátricos, hecho que puede sesgar la evidencia.

Conclusión: La revisión sugiere que los protocolos sin estimulación con gonadotropinas muestran un mejor perfil de estado de ánimo en comparación con los que utilizan antagonistas de GnRH o agonistas de GnRH. A su vez, los autores destacan la necesidad de que los futuros estudios incluyan pacientes con trastornos del estado de ánimo y psicóticos.

OS RECORDAMOS EL V SIMPOSIO DE SALUD MENTAL PERINATAL

Este año alcanzamos ya la quinta edición del Simposio de Salud Mental Perinatal, actividad organizada de manera conjunta por la **MARES** y el **Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza (HCZ)**, contando con el soporte del Colegio de Médicos de Zaragoza. Un hito importante que consolida un evento que va camino de convertirse en un clásico del panorama científico de la Salud Mental Perinatal en nuestro ámbito, en lengua española y, gracias al **formato Webinar**, cruzando fronteras y permitiendo la navegación por sus tópicos de un amplio número de profesionales del ámbito iberoamericano.

Organizado con el entusiasmo y el conocimiento profundo del tema de un Comité científico en el que conviven miembros que representan la Junta de la MARES y el Comité local, nos proponen -como ya es habitual-, un programa de excelencia, contando con la coordinación de la **Dra. Isabel Irigoyen Recalde** y el apoyo de sus colegas del Clínico de Zaragoza, Drs. Valero Pérez Camo y Julio Arbej Sánchez.

Desde la *Pandemia del Coronavirus* -imposible obviarlo- y el *afrentamiento en el Nacimiento y la Lactancia*, tema que desarrollará la Dra. Hernandez Aguilar, Pediatra que labora desde hace tiempo por la humanización de estos momentos, Julio Arbej Sánchez, psicólogo del HCZ, que se ha especializado en el conocimiento de los modelos y el abordaje

V Simposio Salud Mental Perinatal

Miércoles 11 de Noviembre de 2020 (9:00 a 14:00)

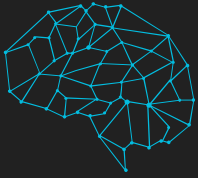
Realización en formato **WEBINAR**

Información e inscripción online en www.sociedadmarce.org

Organiza:
salud
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa
Sociedad Marce Española (MARECE)

Colabora:
Colegio de Médicos de Zaragoza

Solicita acreditación, lo que no garantiza que la misma sea concedida finalmente por la Comisión de Formación Continua de las Profesiones Sanitarias de Aragón
Dirigido a profesionales del ámbito sanitario.



psicoterápico de la temática Perinatal, nos introducirá en un clásico que no podemos permitirnos obviar: el *Trauma y la salud mental Perinatal*.

El Dr. Javier Labad es un estudioso de las raíces psico-neuroendocrinas de los trastornos mentales, cuyo prestigio rebasa fronteras; su doble condición de Psiquiatra y Endocrinólogo le ha permitido acercarse al tema con profundo conocimiento de causa. El estrés es una de las situaciones que ha confrontado, liderando un grupo de investigación muy potente e interesándose muy especialmente en el *Estrés prenatal y la programación fetal*. Nos ilustrará con datos novedosos y de indiscutible interés.

La aportación foránea es de fuerte calado: la Dra. Leticia Gutiérrez Galve, Psiquiatra Infantojuvenil en el prestigioso

University College de Londres, nos aproximará a un tema de impacto y que conoce a la perfección: la *Depresión paterna en el periodo postnatal y la psicopatología de los hijos*.

La Conferencia Final será un digno colofón a tanta excelencia: Patricia Trautman- Villalba, Dra. en Psicología que labora en Frankfurt y es pastpresidenta de la Sociedad Marcé Alemana, debatirá sobre una situación clínica y estructural de absoluta actualidad: la *Interacción madre- bebé* y su inclusión en la **terapia postparto**.

A no perderselo.

Dra. Gracia Lasheras

Presidenta de la Sociedad Española de Salud Mental Perinatal (MARES)