



NOTÍCIAS

NEWS

NOTICIAS DE SALUD MENTAL PERINATAL

PERINATAL MENTAL HEALTH NEWS

Gracia Lasheras^{1,8}, Marta de-Gracia-de-Gregorio^{2,8}, Borja Farré-Sender^{3,8}, María Giralt^{4,8},
Purificación Navarro^{5,8}, Cristina Sanz^{6,8}, Elena Serrano-Drozdowskyj^{7,8}

¹Psiquiatra. Hospital Universitario Dexeus (HUD). Barcelona. ²Psicóloga. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

³Psicólogo. HUD. Barcelona. ⁴Psiquiatra. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. ⁵Psicóloga. Servei de Psicologia. Regidoria de Polítiques de Gènere. Ajuntament de Terrassa, Barcelona. ⁶Psicóloga. HUD. Barcelona. ⁷Psiquiatra. Consulta del Dr. Carlos Chiclana. Madrid.

⁸Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva

LEER



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2020;12:70-79

70



TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL PARA LA ANSIEDAD PERINATAL: UN ENSAYO CONTROLADO ALEATORIO.

COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY FOR PERINATAL ANXIETY: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL.

Green SM, Donegan E, McCabe RE, Streiner DL, Agako A, Frey BN

Australian & New Zealand Journal of Psychiatry 1 –10. <https://doi.org/10.1177/0004867419898528>

Antecedentes: hasta una de cada cinco mujeres cumple con los criterios de diagnóstico para un trastorno de ansiedad durante el período perinatal (considerado desde el embarazo y hasta 1 año después del parto). Si bien los psicofármacos son efectivos, están asociados con riesgos para las madres y los bebés, con una creciente demanda de tratamientos no farmacológicos basados en la evidencia para la ansiedad perinatal.

Objetivo: evaluar la efectividad de un protocolo de terapia cognitiva-conductual grupal (TCCG) para la ansiedad perinatal.

Métodos: un total de 96 mujeres fueron asignadas aleatoriamente (1:1) para recibir TCCG o lista de espera en una clínica especializada en salud mental de las mujeres. Las participantes tenían entre 22 y 41 años, estaban embarazadas o hasta 6 meses después del parto y tenían un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad, con o sin depresión comórbida, según la Entrevista Clínica Estructurada para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (4a ed.; DSM-IV) (First et al., 1994) (todos los diagnósticos se compararon con los criterios de diagnóstico del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [5ª ed.; DSM-5; APA, 2013] y, en caso de discrepancias, se siguieron los criterios del DSM-5). Al inicio del estudio, se administraron: la entrevista de diagnóstico semiestructurada y las medidas de autoinforme. Todas las medidas, con la excepción de la entrevista de diagnóstico, se volvieron a administrar a las 6 semanas de la evaluación inicial y a los 3 meses posttratamiento (pero sólo en el grupo de participantes que realizaron TCCG). Los evaluadores fueron ciegos a la condición del tratamiento y al momento de evaluación. El tratamiento de TCCG fue diseñado para ser transdiagnóstico y se basó en el manual publicado de Green y cols. (2019); incluyó 6 sesiones grupales semanales (máximo seis participantes/

grupo; rango = 4-6) de 2 horas. El contenido de las sesiones se diseñó para abordar las dificultades particulares que experimentan las mujeres con ansiedad y depresión perinatal.

Resultados: en comparación con la lista de espera, las participantes en la TCCG informaron reducciones significativamente mayores en el resultado primario de la ansiedad (Inventario estado-rasgo de ansiedad cognitiva y somática, $\eta^2p = 0,19$; Escala de calificación de la ansiedad de Hamilton, $\eta^2p = 0,16$), así como en los resultados secundarios, incluida la preocupación (Inventario de preocupación de Pensilvania, $\eta^2p = 0,29$), el estrés percibido (Escala de estrés percibido, $\eta^2p = 0,33$) y los síntomas depresivos (Escala de depresión postnatal de Edimburgo, $\eta^2p = 0,27$; Escala de depresión de Montgomery-Åsberg, $\eta^2p = 0,11$). La situación materna (embarazo o posparto) y el uso de medicación, no estuvieron relacionados con los resultados del tratamiento. Todas las ganancias se mantuvieron, o continuaron mejorando, a los 3 meses de seguimiento.

Las limitaciones de este estudio incluyen un seguimiento relativamente corto (3 meses). Además, no se investigó el impacto potencial de la TCCG en los resultados del desarrollo y el bienestar infantil (por ejemplo, desarrollo cognitivo o emocional) a corto y largo plazo. Tampoco se comparó la TCCG con otras intervenciones activas.

Conclusión: la TCCG fue efectiva para mejorar la ansiedad y los síntomas relacionados entre las mujeres con trastornos de ansiedad en el período perinatal.

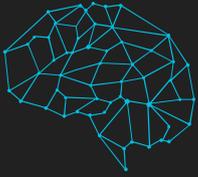
AVANCES EN EL MANEJO FARMACOLÓGICO DEL TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO EN EL POSPARTO

ADVANCES IN THE PHARMACOLOGICAL MANAGEMENT OF OBSESSIVE-COMPULSIVE DISORDER IN THE POSTPARTUM PERIOD

Vlasios Brakoulias, Kirupamani Viswasam, Alice Dwyer, Karen Hazell Raine & Vladan Starcevic

Expert Opinion on Pharmacotherapy. DOI: [10.1080/14656566.2019.1700229](https://doi.org/10.1080/14656566.2019.1700229)

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC), caracterizado por obsesiones (pensamientos, imágenes o impulsos intrusivos, recurrentes y angustiantes) y compulsiones (comportamien-



tos repetitivos o actos mentales que persiguen atenuar el malestar que generan las primeras), tiene unos datos de prevalencia que oscilan entre el 2 y el 11% en la etapa del posparto. El tratamiento de elección es la psicoterapia con técnicas de tipo cognitivo-conductual, mediante exposición y prevención de respuesta, así como los fármacos ISRS -o ambas combinadas-, en función de la gravedad del trastorno en el momento de la intervención. Sin embargo, en la etapa del posparto, la incompatibilidad de algunos fármacos o la resistencia de algunas mujeres a tomar medicación durante esta etapa, hace imprescindible ser lo más precisos posibles.

Mediante una búsqueda en los principales accesos a artículos científicos (PubMed, Medline, PsycINFO...) los autores plantean como objetivo estudiar el estado del conocimiento sobre la eficacia de los psicofármacos en esta etapa con esta categoría diagnóstica. Así, mencionan los principales tipos de obsesiones en este periodo y la respuesta de los fármacos encontrada. Más allá de las recomendaciones, al alcance de todos, recuerdan la precariedad de algunos estudios y la falta de información basada en muestras grandes y con un buen diseño. Interesante, sin embargo, para aquellos profesionales que quieran, de un rápido vistazo (pues se trata de un artículo corto de tres páginas), conocer el estado de la cuestión, a sabiendas de lo costoso que resulta siempre obtener datos claros en este periodo vital de la mujer.

CURSO DE LA SALUD MENTAL Y EL VÍNCULO MATERNO-INFANTIL EN MUJERES HOSPITALIZADAS CON RIESGO DE PARTO PREMATURO

COURSE OF MENTAL HEALTH AND MOTHER-INFANT BONDING IN HOSPITALIZED WOMEN WITH THREATENED PRETERM BIRTH

Cornelia Hanko, Antje Bittner, Juliane Junge Hofmeister, Sabine Mogwitz, Katharina Nitzsche, Kerstin Weidner

Las complicaciones en el embarazo asociadas a un riesgo de parto prematuro llevan consigo frecuentes ingresos hospitalarios, a veces prolongados; esta situación es claramente estresante. No en vano, se ha demostrado que esta realidad suele estar asociada a síntomas de ansiedad, síntomas depre-

sivos y un mayor nivel de estrés. Sin embargo, no está claro si el curso de la salud mental perinatal de estas mujeres difiere de otras mujeres sin complicaciones asociadas y si puede haber diferencias en el vínculo materno-infantil en posparto.

A nivel de metodología, este es un estudio longitudinal con mediciones en dos tiempos (24-36 semanas de gestación y 6 semanas después del parto), donde se evalúa el grado de depresión (mediante la EPDS), la ansiedad (STAI-T), el estrés (PSS) así como el estado del vínculo materno-infantil en el posparto (mediante el PBQ). Se administran estas pruebas a un primer grupo de mujeres con complicaciones en el embarazo (N = 75) así como a mujeres sin problemas aparentes (N = 70).

Según los resultados, El grupo de pacientes ingresadas mostró tasas significativamente más altas de depresión, ansiedad y estrés durante el tratamiento hospitalario en el embarazo, así como 6 semanas después del parto en comparación con el grupo control. Si bien la depresión y la ansiedad disminuyeron con el tiempo en ambos grupos, el estrés se mantuvo en el mismo nivel 6 semanas después del parto que en el embarazo, lo que indica que el estrés percibido se comporta de forma transversal más allá de la población que se estudie. Dicho de otra forma, el posparto es una etapa de alta exigencia para cualquier mujer. No encuentran, sin embargo, diferencias significativas en el vínculo madre-bebé entre los dos grupos en ninguna de las escalas del PBQ.

Las autoras terminan recomendando prestar atención a la carga psicológica de todas las pacientes obstétricas como una rutina más para detectar posibles incidencias de salud en esta etapa que de per se es estresante para cualquier madre.

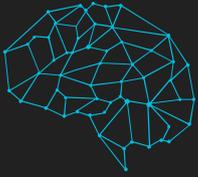
FACTORES PRENATALES Y PERINATALES Y RIESGOS DE TRASTORNOS ALIMENTARIOS

PRENATAL AND PERINATAL FACTORS AND RISK OF EATING DISORDERS

Janne Tidselbak Larsen, Cynthia M. Bulik, Laura M. Thornton, Susanne Vinkel Koch, Liselotte Petersen

Psychological Medicine, Diciembre 2019. <https://doi.org/10.1017/S0033291719003945>

Cada vez hay más evidencia científica acerca de la influencia del período prenatal y perinatal en el desarrollo de



una gran variedad de trastornos psiquiátricos en un futuro. Entre las enfermedades psiquiátricas más graves, se encuentran los trastornos de la conducta alimentario (TCA). Muchas alteraciones psicopatológicas parecen estar influenciadas por factores pre y perinatales, mientras que la evidencia en TCA es contradictoria.

Por ello, el objetivo de este estudio es determinar si las complicaciones durante el embarazo y el parto, así como las condiciones perinatales, se asocian con un mayor riesgo posterior a que aparezca un trastorno alimentario en la descendencia, y si estas asociaciones son exclusivas de los TCA.

Para hacer este estudio utilizaron diversas variables pre y perinatales: complicaciones en el embarazo (hemorragia, trastornos en la placenta, trastornos en el líquido amniótico, infecciones en el tracto genitourinarios, diabetes, hipertensión y tabaquismo), características del nacimiento (edad de la madre y del padre, peso al nacer, nacimiento múltiple o no, método de nacimiento (vaginal, cesárea, fórceps, etc.) puntuación de Apgar, edad gestacional), condiciones perinatales (infecciones, trastornos digestivos, endocrinos o metabólicos) y malformaciones congénitas (en la boca, en el sistema digestivo o en otros órganos).

La población de estudio comprendió a 1.167.043 individuos de origen danés, de los cuales el 48,67% eran mujeres. Los grupos de diagnóstico (anorexia (AN), bulimia (BN) o TCA no especificada (EDNOS)) no fueron mutuamente excluyentes.

En cuanto a los resultados de la AN, se obtuvo un riesgo significativo para la infección de tracto genitourinario, mientras que se observó una disminución significativa del riesgo de AN para el tabaquismo. El riesgo de AN aumentó con el incremento de la edad materna y paterna al nacer el bebé, mientras que había un riesgo significativamente menor para edades parentales por debajo de 25 años. Para los pesos al nacer, sólo se observó que los pesos superiores a 4.500 gramos se asociaron con una disminución del riesgo de AN. El parto múltiple correlacionó con un riesgo de AN, así como mayor probabilidad de nacimientos múltiples (gemelos, trillizos y cuádruples), en comparación con los nacimientos únicos. Se observó un riesgo significativamente mayor de AN para la cesárea en comparación con el parto vaginal no asistido y para las

malformaciones congénitas bucales o aparato digestivo. La edad gestacional se asoció inversamente con el riesgo de AN, con un mayor riesgo para los bebés nacidos antes de término; y una disminución del riesgo para los nacidos después de la semana 40.

En cuanto a los resultados de BN, se observó un mayor riesgo con el aumento de la edad de los padres, con asociaciones significativas para las edades maternas de 30 y 34 años, y edades paternas entre 30 y 39 años. El peso al nacer por encima de 4.500 gramos, también se asoció con un riesgo significativamente mayor de BN, así como nacer grande para la edad gestacional, en comparación con el promedio de nacimientos para la edad gestacional.

Por último, en cuanto a los resultados de la población con diagnóstico de EDNOS, se observó un riesgo significativamente mayor cuando había hemorragia durante embarazo. La edad paterna inferior a 20 años se asoció con una disminución del riesgo de EDNOS. También se observaron patrones similares a los de AN para la cesárea y las edades gestacionales prematuras, y un mayor riesgo de EDNOS al haber un peso menor de 1.500 gramos al nacer, cuando nacían pequeños para la edad gestacional, cuando había presencia de infecciones, trastornos digestivos, endocrinos o metabólicos, así como malformaciones congénitas de la boca o del sistema digestivo.

De estos resultados destaca la prematuridad como factor de riesgo, que también coincide con hallazgos de anteriores revisiones, lo que sugiere que la prematuridad supone una vulnerabilidad general que puede reducir el umbral para la expresión de predisposiciones genéticas. Otra consecuencia del parto prematuro es la maduración deteriorada del tracto gastrointestinal y de la microbiota intestinal, que puede afectar la salud más adelante en la vida. Además, los niños prematuros tienen un mayor riesgo de dificultades de alimentación en la infancia, lo que podría contribuir a un mayor riesgo de TCA en la vida.

Como conclusión, los resultados de este estudio indican que ciertos factores pre y perinatales pueden influir en el riesgo posterior de TCA. Los mayores riesgos de TCA fueron similares a los observados para otras enfermedades psiquiátricas, como la prematuridad y la infección del tracto genitourinario materno, lo que sugiere una influencia universal en el desarrollo neurológico y la salud mental posterior.



APEGO PRENATAL EN EL EMBARAZO DESPUÉS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

PRENATAL ATTACHMENT IN PREGNANCY FOLLOWING ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGY: A LITERATURE REVIEW

Fahimeh Ranjbar, J. Catja Warmelink, Maryam Gharacheh

Journal of Reproductive and Infant Psychology, Diciembre 2019. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1705261>

El apego prenatal se define como una relación única que se desarrolla entre los padres y el bebé en el útero, y se ha demostrado que es importante debido a su posible vínculo con el comportamiento de los padres tanto en el embarazo como después del parto. El apego prenatal promueve buenas prácticas de salud en el embarazo, facilita el ajuste al papel de los padres y actúa como un factor protector contra la depresión perinatal. La intensidad del apego aumenta a medida que avanza el embarazo. A pesar de que el embarazo después de haber realizado un tratamiento de fertilidad se considera normal y de bajo riesgo, dicho embarazo es vivenciado como muy estresante, por lo que, el apego prenatal puede ser experimentado de manera diferente por los padres que conciben a través de tratamientos de fertilidad. Aunque podría esperarse que el apego prenatal se vea influenciado por los tratamientos de reproducción asistida (TRA), hay resultados contradictorios en la evidencia científica.

Por ello, el objetivo de este estudio es resumir la literatura sobre el apego prenatal en embarazos tras haber realizado TRA.

El método utilizado fue revisar estudios con diseños transversales y longitudinales, publicados entre 1990 y 2019, realizando una búsqueda en MEDLINE / Pubmed, Embase, Web of Science y Scopus. Se encontraron un total de 17 artículos que cumplían los criterios de inclusión, los cuales fueron aceptados para su revisión un total de 15 artículos.

Los resultados muestran que el apego prenatal de las mujeres que concibieron mediante TRA comienza en el embarazo temprano y aumenta con el transcurso de la gestación. Respecto a los padres, se apegaron a sus hijos tras nacer en la misma medida que otros padres.

Por lo tanto, como conclusión, los estudios revisados muestran que las parejas que conciben mediante TRA experimentaron un nivel similar de apego prenatal en comparación con las parejas que concibieron naturalmente. También observaron que el apego prenatal aumentó con la progresión del embarazo en mujeres tratadas mediante TRA. Por tanto, no se puede concluir que el apego prenatal esté en riesgo en parejas que concibieron mediante TRA.

EL VÍNCULO DE APEGO MADRE-BEBÉ ANTES Y DESPUÉS DEL NACIMIENTO: EL PAPEL DE LA PERCEPCIÓN MATERNA DEL PARTO COMO TRAUMÁTICO

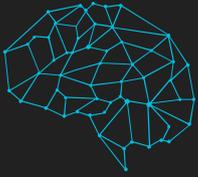
THE MOTHER-CHILD ATTACHMENT BOND BEFORE AND AFTER BIRTH: THE ROLE OF MATERNAL PERCEPTION OF TRAUMATIC CHILDBIRTH

Smorti M, Ponti L, Ghinassi S, Rapisardi G

Early Human Development 2020 Jan 20:1-42. doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.104956

Los estudios más recientes indican que el desarrollo del apego entre madre y bebé se produce antes del nacimiento, durante el embarazo, cuando la madre empieza a hacerse una representación mental de su hijo, denominado vínculo prenatal. El desarrollo de un vínculo prenatal materno positivo mejora la habilidad de la madre para hacer frente a los cuidados del bebé una vez nacido, hace más estimulantes sus interacciones con él y se emplea como predictor de una buena salud psicológica en la madre. Se ha demostrado que la calidad de este tipo de vínculo influye en la historia de vida e identidad de la mujer, así como en otros aspectos relacionados con la maternidad como la lactancia y la habilidad de cuidado del bebé.

Existen diversas variables que influyen en la calidad del desarrollo del vínculo de apego madre-bebé antes y después del nacimiento como, por ejemplo, la depresión o la experiencia del parto, siendo éste percibido como un evento estresante y traumático para un tercio de las mujeres. El



objetivo de este estudio fue analizar el papel mediador de la percepción de la experiencia del parto en la relación entre el vínculo prenatal y postnatal.

Se realizó un estudio predictivo mediante análisis mediacional a 105 mujeres atendidas en la maternidad del hospital público de Florencia, con edades comprendidas entre los 26 y 44 años, sin psicopatología y con un embarazo sin riesgo, durante dos momentos temporales diferentes: semana 31-32 de gestación (evaluación del vínculo prenatal) y en el tercer mes tras el nacimiento (evaluación del vínculo postnatal y de los síntomas de estrés postparto). Para evaluar las diferencias entre el vínculo prenatal, postnatal y la percepción del parto como un evento traumático, se realizaron tres análisis t-test entre madres primíparas y múltiparas.

Los resultados mostraron que no existían diferencias significativas entre las mujeres primíparas y múltiparas en relación al vínculo prenatal ($t(103) = -0.222$; $p = .83$), vínculo postnatal ($t(103) = -0.428$; $p = .63$) y la percepción del parto como evento traumático ($t(103) = 0.487$; $p = .63$). Un alto vínculo prenatal se asoció de manera positiva y significativa con un alto vínculo postnatal y ambos correlacionaron de forma negativa con la percepción del parto como experiencia traumática, relacionándose éste con el nivel de vínculo desarrollado ($\beta = 0.09$, $p < .05$; IC 95% = 0.153-0.493).

Se concluyó que la calidad del vínculo prenatal de la madre con su bebé se relacionaba con la calidad del vínculo desarrollado tras el nacimiento y promovía niveles más bajos de sintomatología de estrés post traumático tras el parto. Este estudio suscita la importancia de atender al estado emocional de la madre durante la etapa perinatal, en el embarazo y después del nacimiento, especialmente por los profesionales que atienden a las mujeres en esta etapa como las enfermeras. Los autores sugieren la necesidad de identificar otras variables que pudieran afectar a la calidad del vínculo madre-bebé y a la percepción del parto de manera traumática, haciendo referencia a la calidad de la relación de pareja, el soporte social percibido por la madre durante el embarazo o a su capacidad de mentalización. Proponen, además, la participación de madres con depresión durante la gestación o con embarazos de alto riesgo en futuras investigaciones, utilizando medidas diferentes a los autoinformes para confirmar los resultados obtenidos.

COMPARACIÓN CUALITATIVA DE LA EXPERIENCIA DE LAS UNIDADES MADRE-BEBÉ ESPECIALIZADAS FRENTE A LAS UNIDADES PSIQUIÁTRICAS GENERALES

A QUALITATIVE COMPARISON OF EXPERIENCES OF SPECIALIST MOTHER AND BABY UNITS VERSUS GENERAL PSYCHIATRIC WARDS

Griffiths J, Taylor B, Morant N, Bick D, Howard LM, Seneviratne G, Johnson S

BMC Psychiatry 2019 19:401. doi.org/10.1186/s12888-019-2389-8

Las unidades madre-bebé están especializadas en la atención a la salud mental de mujeres que han sido recientemente madres, y les permiten ser admitidas con sus bebés para recibir tratamiento psiquiátrico. Se estima que, durante el periodo perinatal, al menos una de cada cinco mujeres sufrirá problemas de salud mental. Estas unidades suelen atender madres con trastornos psicóticos, manía, depresión, trastorno obsesivo-compulsivo o ansiedad, pero a día de hoy aún son escasas en la mayoría de países y, las que se encuentran en funcionamiento, no permiten cubrir la totalidad de atención mental perinatal de las regiones donde se ubican. Estudios previos indican que las mujeres con psicosis postparto preferían la atención de las unidades especializadas madre-bebé frente a las de una unidad psiquiátrica general dado que estas últimas no les permitían ser coadmitidas con el bebé. El objetivo de este estudio fue comparar de manera cualitativa las experiencias de las unidades madre-bebé y las unidades psiquiátricas convencionales desde la perspectiva de las mujeres atendidas y de los profesionales de ambos servicios.

Este estudio cualitativo forma parte de un programa de investigación para valorar la efectividad de los servicios de atención mental para madres llevado a cabo en Inglaterra. Participaron 15 mujeres que habían recibido tratamiento en una unidad madre bebé y/o en una unidad de salud mental general, con edades comprendidas entre los 19 y 39 años, así como 11 profesionales de las unidades especializadas y 6 de unidades convencionales. Los datos fueron recogidos a través de entrevistas semiestructuradas y analizados de manera temática en función del grado experiencia perinatal, la inclusión familiar, el ambiente y las relaciones terapéuticas y el acceso a las unidades.



Los resultados indicaron que las mujeres, claramente preferían ser co-admitidas con sus bebés en las unidades especializadas por brindar éstas atención perinatal, soporte familiar, así como un mejor equipamiento y ambiente terapéutico para las necesidades de las madres. Tanto los profesionales como las mujeres admitidas en las unidades psiquiátricas generales refirieron que la separación de sus hijos no ayudaba en la recuperación, y no permitían dar el soporte necesario a estas madres en la etapa perinatal por falta de formación e instalaciones apropiadas. En contrapartida, las unidades madre-bebé especializadas son de difícil acceso en Inglaterra a pesar de que se prevé su ampliación en un futuro y dificultan el regreso a casa, una vez dado el alta, por la falta de equipos de atención y seguimiento perinatal.

Se concluyó que, eran preferibles las unidades especializadas de atención perinatal frente a las unidades generales, tanto por parte de las usuarias como de los profesionales. El estudio pone de manifiesto la necesidad de investigar en un futuro y de manera cuantitativa, las diferencias entre ambas unidades y explorar cómo funcionan a nivel internacional, así como evaluar otras alternativas de atención perinatal. Para mejorar la experiencia de la asistencia psiquiátrica de las unidades generales, sería recomendable aumentar la colaboración entre los equipos especializados en la etapa perinatal y aquellos que no lo son.

LA EPIGENÉTICA DEL ESTRÉS PERINATAL

THE EPIGENETICS OF PERINATAL STRESS

Moshe Szyf, PhD

Dialogues Clin Neurosci. 2019;21(4):369-378. doi: 10.31887/DCNS.2019.21.4/mszyf

La adversidad en fases tempranas de la vida se asocia a efectos a largo plazo sobre la salud física y mental, creyéndose que los mecanismos epigenéticos podrían estar mediando esta relación. El objetivo de este trabajo es describir el estado actual de la cuestión.

Durante el desarrollo temprano (prenatal y postnatal), los mecanismos epigenéticos determinan la expresión génica

específica para cada tipo celular, de forma que genes idénticos se pueden expresar de varias maneras en diferentes células y órganos del cuerpo.

Uno de los principales mecanismos epigenéticos es la metilación del ADN, una modificación enzimática covalente del ADN, un cambio estable y heredable en sucesivas divisiones celulares; también es sabido que existe una correlación negativa entre el estado de metilación de zonas promotoras de un gen y su transcripción, silenciando la expresión génica.

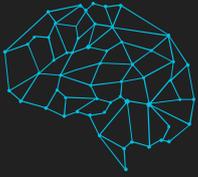
La evidencia reciente sugiere que los procesos epigenéticos incorporan, en el genoma, el impacto de las experiencias tempranas y median entre ambiente y fenotipos conductuales posteriores. Por ejemplo, diferencias en cuidados maternos se relacionan con cambios epigenéticos en el promotor del receptor de glucocorticoides (NR3C1) y con su expresión en el hipocampo de la descendencia.

Mientras la evidencia respalda esta hipótesis en estudios en animales, los estudios en humanos han sido menos concluyentes. La inaccesibilidad del cerebro humano y la cuestionada utilidad del análisis de la metilación del ADN en los tejidos periféricos, son una importante limitación para los estudios epigenéticos en humanos. Algunos trabajos han demostrado cambios epigenéticos placentarios o en sangre en situaciones de adversidad socioeconómica, estrés materno o abuso infantil, pero dichos hallazgos no siempre se han replicado.

Además, los cambios epigenéticos en respuesta al estrés temprano y conducta materna, no sólo implican sistemas neuroendocrinos cerebrales, sino también cambios en la placenta, convirtiéndola en una fuente única de biomarcadores precoces de riesgo psiquiátrico. Además, la respuesta fisiológica al estrés es de alcance sistémico, y el sistema inmune y el cerebro actúan de forma coordinada; así mismo el estrés temprano se relaciona con trastornos cardiovasculares y metabólicos.

Por otra parte, los glucocorticoides que se liberan en respuesta al estrés, cuentan con receptores nucleares que se distribuyen por todo el cuerpo y son moduladores epigenéticos, por lo tanto, estas hormonas podrían "traducir" el estrés prenatal en cambios de metilación de ADN a nivel sistémico.

El autor concluye señalando el interés que tiene el hecho de que los mecanismos epigenéticos estén mediando los efectos a largo plazo de las adversidades ambientales,



dadas las posibles implicaciones en la detección precoz y prevención en trastornos mentales.

Por otra parte, a diferencia de los cambios genéticos, las "huellas epigenéticas" son potencialmente reversibles, de manera que el descubrimiento de las causas epigenéticas subyacentes a un determinado fenotipo conductual, podría suponer una nueva diana terapéutica.

CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN MATERNA POSPARTO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LOS RESULTADOS MATERNOS E INFANTILES

CONSEQUENCES OF MATERNAL POSTPARTUM DE- PRESSION: A SYSTEMATIC REVIEW OF MATERNAL AND INFANT OUTCOMES

Slomian J, Honvo G, Emonts P, Reginster JY
and Bruyère O

Women's Health 2019, Vol 15: 1 –55. doi: 10.1177/1745506519844044

La depresión postparto (DPP) ocurre generalmente entre 4 y 6 semanas después del parto y su prevalencia varía de 1.9% a 82.1% en países desarrollados. Sus síntomas son similares a los del Trastorno Depresivo Mayor e incluyen tristeza, pérdida de interés o placer en actividades, trastornos del sueño, trastornos del apetito, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la concentración, irritabilidad, ansiedad y pensamientos suicidas. Así mismo, la DPP no tratada puede generar consecuencias negativas tanto para los bebés como para las madres.

El objetivo de este estudio fue evaluar las consecuencias maternas de la DPP no tratada y sus efectos en los niños entre 0 y 3 años.

Se realizó una revisión sistemática de los estudios publicados entre el 1 de enero de 2005 y el 15 agosto de 2016 utilizando las siguientes bases de datos: MEDLINE via Ovid, PsycINFO y el registro Cochrane. Las palabras clave utilizadas fueron "postpartum depression" OR "postnatal depression" OR "puerperal depression." Entre otros, se excluyeron aquellos estudios que incluían madres en tratamiento para la DPP.

En cuanto a las consecuencias maternas de la DPP, los estudios demostraban que se asociaba a una peor salud materna física y psicológica (síntomas depresivos y de ansiedad hasta 1 y 3.5 años postparto, respectivamente), una peor calidad de vida, mayor estrés percibido, más acontecimientos vitales negativos, más dificultades en las relaciones sociales o de pareja y más consultas a medicina general, pediatría y salud mental. La DPP también se relacionó con algunos indicadores o conductas de riesgo, como recaer en el consumo de tabaco durante el postparto y una mayor prevalencia de ideación suicida.

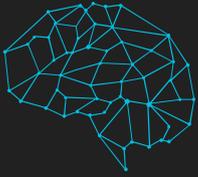
Por lo que se refiere a las consecuencias en los niños de 0 a 3 años, la DPP materna influía poco en el peso y la longitud de los bebés en países de altos ingresos, excepto durante el período transitorio al inicio de la vida del recién nacido. Sin embargo, en poblaciones de bajos ingresos, la DPP materna parecía relacionarse con un menor aumento de peso y retraso en el crecimiento. Además, muchos estudios mostraron asociaciones negativas entre los síntomas depresivos postparto maternos y el desarrollo cognitivo infantil, el desarrollo del lenguaje, problemas de conducta y alteraciones emocionales (temperamento difícil, trastornos del ánimo, menor regulación emocional, puntuaciones más elevadas de miedo o peor desarrollo comunicativo y simbólico). Por otro lado, hijos de madres con DPP también demostraron mayores índices de problemas generales de salud infantil (diarreas, cólicos, fiebre, mortalidad) y peor calidad del sueño.

Con respecto a la interacción madre-bebé, la DPP materna se asociaba a una atención materna deficiente, que resultaba en un peor vínculo madre-bebé y mayor riesgo de apego inseguro.

A su vez, las dificultades en el vínculo de madre a hijo podrían reducir la calidad de las prácticas parentales e incrementar las tasas de comportamiento abusivo.

También muchos estudios identificaron un efecto negativo de los síntomas depresivos maternos en la lactancia materna y / o sus parámetros (por ejemplo, discontinuación de la lactancia, menores niveles de oxitocina, prácticas de alimentación menos saludables...).

Los autores concluyen que la DPP crea un ambiente inadecuado para el desarrollo personal de las madres o el desarrollo óptimo de un niño, y señalan la importancia de detectar y tratar la depresión durante el período posnatal lo antes posible para evitar consecuencias perjudiciales.



PATRÓN DE SÍNTOMAS DE EPISODIOS MANÍACOS EN POSPARTO Y NO POSPARTO EN EL TRASTORNO BIPOLAR I: UN ESTUDIO INTRA SUJETOS

SYMPTOM PROFILE OF POSTPARTUM AND NON-POSTPARTUM MANIC EPISODES IN BIPOLAR I DISORDER: A WITHIN-SUBJECTS STUDY

Gordon-Smith K, Perry A, Di Florio A, Forty L, Fraser C, Casanova Dias M, Warne N, MacDonald T, Craddock N, Jones L, Jones I.

Psychiatry Res. 2020 Feb. 284:112748. doi: 10.1016/j.psychres.2020.112748. Epub 2020 Jan 2

La relación de la manía acontecida en el posparto, con los episodios de manía que ocurren fuera del período perinatal, entre las mujeres con trastorno bipolar, sigue siendo un tema controvertido. Estudios anteriores han comparado las presentaciones clínicas de estos episodios utilizando una metodología de comparación diseño entre sujetos, lo que significa que las diferencias pueden, en parte, reflejar diferencias entre grupos.

Para poder contrastar este efecto, el presente estudio ha comparado de forma intrasujeto el perfil de síntomas de episodios maníacos en el posparto y en el no posparto, en 50 mujeres con trastorno bipolar I. Para cada mujer se recopiló información detallada sobre los síntomas de un episodio de manía en el posparto y un episodio maníaco en el no posparto. Además, se comparó la ocurrencia de sintomatología maníaca, psicótica y depresiva en estos episodios.

En cuanto a resultados, destacamos los más significativos a continuación. Los episodios maníacos en el posparto tuvieron una incidencia significativamente mayor de perplejidad y auto reproche excesivo; los síntomas maníacos clásicos, específicamente la presión del habla y el aumento de la sociabilidad, fueron significativamente menos frecuentes en los episodios maníacos en el posparto; en general, hubo significativamente menor número de sintomatología maníaca y más sintomatología depresiva en los episodios del posparto que en los episodios en el no posparto.

En conclusión, los autores destacan que esta presentación mixta de los episodios maníacos en el posparto parece sugerir que el proceso de parto podría actuar como

un desencadenante patoplástico en mujeres con trastorno bipolar. Estas diferencias en los perfiles sintomatológicos en mujeres que experimentan episodios maníacos en el posparto y no posparto, sugieren la necesidad de más estudios de investigación con vista a desarrollar nuevas pautas de tratamiento.

DEPRESIÓN PRE Y POSNATAL: ¿LAS MATRONAS POLACAS ESTÁN REALMENTE PREPARADAS?

ANTENATAL AND POSTNATAL DEPRESSION –ARE POLISH MIDWIVES REALLY READY FOR THEM?

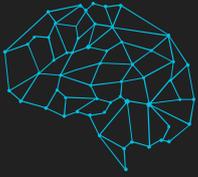
Chrzan-Detko´s M, Walczak-Kozłowska T

Midwifery. 2020 Jan 22;83:102646. doi: 10.1016/j.midw.2020.102646.

De acuerdo con este estudio, antes de enero de 2019 no existían, en Polonia, soluciones establecidas para el cribado, evaluación y tratamiento de pacientes con depresión perinatal. A partir de 2019, un nuevo protocolo de atención perinatal ha impuesto la obligación de controlar el estado mental de las mujeres durante el embarazo y el posparto en los servicios de atención médica (principalmente parteras/matronas). Por este motivo, el presente estudio tuvo como objetivo evaluar el conocimiento de las matronas acerca de los trastornos de salud mental pre y posnatales en los primeros seis meses de implementación del nuevo protocolo de atención perinatal en Polonia.

Para ello, las matronas polacas completaron una encuesta que consistía en la Prueba de conocimiento de depresión prenatal y posparto (Jones, Creedy & Gamble, 2001) y otras preguntas relacionadas con un hipotético estudio de caso (mujer con depresión, "Mary", Buist and col., 2006), así como sus conocimientos y habilidades percibidas para evaluar la condición de salud mental de las mujeres. En cuanto a la muestra de estudio, estaba constituida por 111 matronas polacas con experiencia profesional y características socio-demográficas variadas.

Según los resultados obtenidos, las matronas calificaron sus conocimientos y habilidades para evaluar el estado mental de las pacientes como los más bajos. Una evaluación



objetiva posterior reveló su conocimiento insuficiente sobre la depresión pre y postnatal y las formas de tratamiento de estos trastornos.

Las autoras de este estudio concluyen que las matronas polacas no están suficientemente preparadas para las nuevas tareas resultantes del protocolo polaco de atención perinatal, específicamente para la evaluación de la salud mental de la mujer. En este sentido, destacan la necesidad de más formación especializada en salud mental con vista a garantizar la competencia y el conocimiento de las matronas en la evaluación y el tratamiento de mujeres en el periodo perinatal.

ANTIPSIQUICÓTICOS DURANTE EL EMBARAZO: PROS Y CONTRAS

ANTIPSYCHOTICS DURING PREGNANCY: PROS AND CONS

Seeman MV.

OJGOR: December-2019: Page No: 58-64.
doi:<https://doi.org/10.36811/ojgor.2019.110010>

Existe un consenso global entre los médicos que, en general, es mejor evitar todos los psicofármacos durante el embarazo. Sin embargo, estos psicofármacos son fundamentales para la salud y el bienestar de una mujer y para la seguridad del feto.

El objetivo de este artículo es revisar los pros y los contras de que las mujeres embarazadas con esquizofrenia reciban tratamiento con antipsicóticos.

Con este propósito, se realiza una revisión sistemática de la literatura científica de la base de datos de PubMed de artículos en inglés de los últimos cinco años empleando los siguientes términos de búsqueda: "embarazo" y "antipsicóticos". Se seleccionaron cuarenta y cuatro artículos.

Respecto a los resultados, la literatura revisada sugiere que la decisión depende de la respuesta previa de la mujer, la gravedad de su enfermedad, el momento de la gestación y las particularidades del medicamento que esté tomando, incluidos dosis y patrón de efectos secundarios. Se deben discutir los riesgos asociados a la recaída por la reducción o retirada de la medicación, frente al riesgo de exposición del feto al antipsicótico. En muchos de los casos será necesario mantener el tratamiento antipsicótico, dado que los riesgos asociados a la recaída durante el embarazo y el postparto son muy graves. Además, se deben tener en cuenta otros factores que afectan al pronóstico como la situación de pobreza, el nivel de apoyo familiar, la calidad de las relaciones domésticas, el tabaquismo, el abuso de otras sustancias y el peso corporal.

Con los datos revisados, la autora concluye que, mientras la mujer esté bien informada y sea competente para tomar decisiones, se deben sopesar cuidadosamente los beneficios y los riesgos del tratamiento con antipsicóticos durante el embarazo. Reciba o no tratamiento con antipsicótico, siempre se precisará un seguimiento clínico estrecho durante el embarazo y el postparto de los casos de mujeres con esquizofrenia y psicosis relacionadas.