



NOTÍCIAS

NEWS



NOTICIAS DE SALUD MENTAL PERINATAL

PERINATAL MENTAL HEALTH NEWS

G. Lasheras^{1,7}, B. Farré-Sender^{2,7}, E. Gelabert^{3,7}, P. Navarro^{4,7}, A. Roca^{5,7}, E. Serrano-Drozdowskyj^{6,7}

¹Psiquiatra. Hospital Universitario Dexeus (HUD). ²Psicólogo. HUD. ³Psicóloga. Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. UAB.
⁴Psicóloga. Servei de Psicologia. Regidoria de Polítiques de Gènere. Ajuntament de Terrassa, Barcelona. ⁵Psiquiatra. Consorci Sanitari de Terrassa.
Barcelona. ⁶Psiquiatra. Consulta del Dr. Carlos Chiclana. Madrid. ⁷Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva.

LEER



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2019;8:60-69

60



EMPLEO DE LA INYECCIÓN DE BREXANOLONA EN LA DEPRESIÓN POSTPARTO: DOS ENSAYOS CLÍNICOS MULTICÉNTRICOS ALEATORIZADOS, DOBLE CIEGO, CONTROLADOS CON PLACEBO, EN FASE 3

BREXANOLONE INJECTION IN POST-PARTUM DEPRESSION: TWO MULTICENTRE, DOUBLE-BLIND, RANDOMISED, PLACEBO-CONTROLLED, PHASE 3 TRIALS

Meltzer-Brody S, Colquhoun H, Riesenbergr R, Epperson CN, Deligiannidis KM, Rubinow DR, Li H, Sankoh AJ, Clemson C, Schacterle A, Jonas J, Kaness S.

Lancet 2018 Sep 22;392(10152):1058-1070. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31551-4. Epub 2018 Aug 31.

La depresión posparto es un trastorno grave que se asocia con una importante morbilidad y consecuencias a corto y a largo plazo, no sólo para la madre sino para la descendencia, y se necesitan con urgencia mejores opciones de tratamiento farmacológico a los actuales. Una de las opciones de tratamiento farmacológico que se están evaluando en la actualidad es la inyección de brexanolona (anteriormente, la inyección de SAGE-547), un modulador alostérico positivo de los receptores de ácido γ -aminobutírico tipo A (GABA-A).

El objetivo del estudio que se exponen a continuación es evaluar la eficacia de la inyección de brexanolona para tratar la depresión posparto moderada o grave. Con este propósito se realizaron dos ensayos clínicos doble-ciego, aleatorizados, controlados con placebo, fase 3, en 30 centros de investigación clínica y unidades de psiquiatría especializadas ambulatorias en los EE.UU.

Los criterios de inclusión para el estudio serían los siguientes: mujeres entre 18 y 45 años de edad, en el periodo de 6 meses o menos después del parto, cumplir con los criterios diagnósticos de depresión posparto (DSM-V) y una puntuación compatible con depresión según la Escala de Hamilton para la depresión de 17 ítems (HAM-D17i) (puntuaciones ≥ 26 para el estudio 1; 20-25 para el estudio 2). Se excluyeron aquellas mujeres con insuficiencia renal que requiriese diálisis, con anemia, alergia conocida a la alopregnanolona o a la progesterona, o antecedentes de esquizofrenia, trastorno bipolar o trastorno esquizoafectivo.

Las pacientes fueron asignadas aleatoriamente (1:1:1) en el estudio 1 para recibir una infusión intravenosa de brexanolona 90 $\mu\text{g}/\text{kg}$ por hora (BRX90), brexanolona 60 $\mu\text{g}/\text{kg}$ por hora (BRX60) o placebo equivalente, durante las 60 horas, o (1:1) BRX90 o placebo correspondiente en el estudio 2. La infusión intravenosa de brexanolona hasta las dosis terapéuticas indicadas se realiza de forma escalonada durante las 60 horas que las pacientes permanecen ingresadas, así como la retirada. Ninguna de las pacientes estaba en tratamiento con antidepresivos cuando se inicia el tratamiento brexanolona ni dando lactancia.

Se consideró como criterio principal de eficacia el cambio en la puntuación total de HAM-D17i a las 60 horas de la primera inyección de brexanolona en comparación con la evaluación inicial. Se hizo el seguimiento de las pacientes hasta el día 30 desde la primera inyección. Los ensayos se completaron y se registraron en ClinicalTrials.gov, números NCT02942004 (estudio 1) y NCT02942017 (estudio 2). Se incluyeron 375 mujeres simultáneamente en ambos estudios, de las cuales 138 fueron aleatoriamente asignados para recibir en el estudio 1 BRX90 (n = 45), BRX60 (n = 47) o placebo (n = 46), y 108 fueron asignados al azar para recibir BRX90 (n = 54) o placebo (n = 54) en estudio 2.

Respecto a los resultados, en el estudio 1, la reducción media (de los mínimos cuadrados=MC) de la puntuación total de HAM-D17i a las 60 horas respecto a la puntuación inicial fue de 19,5 puntos (SE=1,2) en el grupo BRX60 y de 17,7 puntos (SE=1,2) en el grupo BRX90 comparado con 14,0 puntos en el grupo placebo (diferencia -5,5 [IC95%=-8,8 a -2,2], p=0,0013 para el Grupo BRX60; -3,7 [IC95%=-6,9 a -0,5], p=0,0252 para el grupo BRX90). En el estudio 2, la reducción media (de los MC) de la puntuación total de HAM-D17i a las 60 horas, respecto a la puntuación de base fue de 14,6 puntos (SE=0,8) en el grupo BRX90 en comparación con 12,1 puntos (SE=0,8) para el grupo placebo (diferencia -2,5 [IC95%=-4,5 a -0,5], p=0,0160). De las pacientes que mejoraron a las 60 horas del inicio del tratamiento, el 94% no presentaron recaída a los 30 días de seguimiento.

Respecto a los efectos adversos, un 30% de los participantes presentó dolor de cabeza, somnolencia, mareo y/o sedación. La intensidad de estos síntomas fue leve o moderada y no precisó la interrupción del tratamiento. En el estudio 1, una paciente del grupo BRX60 presentó dos eventos adversos graves (ideación suicida e intento de sobredosis intencional durante el seguimiento) y en el estudio 2, una



paciente del grupo BRX90 tuvo dos eventos adversos graves (estado alterado de conciencia y síncope), que se consideraron relacionados con el tratamiento.

En conclusión, la administración de la inyección de brexanolona como tratamiento principal para la depresión postparto produce una reducción clínicamente significativa de los síntomas de la depresión postparto tras 60 horas de administración en comparación con el placebo, con un rápido inicio de acción (menos de tres días) y una respuesta duradera (30 días del estudio).

Se desconoce si esta mejoría se mantiene más allá de los 30 días de seguimiento y si puede ser eficaz y seguro para aquellos casos de depresión más grave (no se han incluido en el estudio). Entre las limitaciones para la administración de este tratamiento, estarían la necesidad de ingresos durante 60 horas y la ausencia de datos de seguridad respecto a la lactancia.

EFFECTOS SOBRE EL EMBARAZO DEL USO DE VENLAFAXINA MATERNA; UN ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO DE COHORTES COMPARATIVO

PREGNANCY OUTCOMES FOLLOWING MATERNAL VENLAFAXINE USE; A PROSPECTIVE OBSERVATIONAL COMPARATIVE COHORT STUDY

Richardson JL, Martin F, Dunstan H, Greenall A, Stephens S, Yates LM, Thomas SHL

Reprod Toxicol. 2019 Jan 11;84:108-113. doi: 10.1016/j.reprotox.2019.01.003.

La venlafaxina es un inhibidor de la recaptación de serotonina y noradrenalina utilizado para tratar los episodios depresivos mayores y los trastornos de ansiedad.

El objetivo principal del presente estudio fue investigar el riesgo de aborto espontáneo cuando se toma venlafaxina durante el embarazo; además, se midieron otras variables como el aumento del riesgo de malformaciones congénitas mayores, de alteración del crecimiento fetal y de parto pretérmino.

Con este fin, se realizó un estudio observacional prospectivo de cohortes a partir de los datos obtenidos por el Servicio de Información de Teratología del Reino Unido (UKTIS) entre 1995 y 2018. La muestra del estudio incluyó 281 embarazos expuestos a venlafaxina, pareados con embarazos no ex-

puestos a antidepresivos (n=1405) y expuestos a inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) (n=843).

Los resultados del estudio muestran que no se encontraron diferencias significativas en el riesgo de aborto espontáneo en los embarazos expuestos a venlafaxina comparado con aquellos embarazos no expuestos al antidepresivo (Hazard Ratio=1,28; IC95%=0,850-1,94) ni expuestos a ISRS (HR=1,03, IC95%=0,681-1,57). Asimismo, la tasa global de malformaciones congénitas mayores, no fue significativamente diferente entre el grupo expuesto a venlafaxina (1,42%) respecto al de los grupos de comparación de no expuesto a antidepresivos (1,36%) y expuestos a ISRS (1,67%). Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en los parámetros crecimiento fetal y prematuridad.

En conclusión, los resultados de este estudio no aportan evidencias concluyentes acerca de que la toma de venlafaxina durante la gestación aumente el riesgo de aborto espontáneo ni otros eventos adversos durante el embarazo o sobre el feto como las malformaciones congénitas mayores, prematuridad o la alteración del crecimiento fetal.

Los resultados del estudio, conviene interpretarlos con precaución dado el pequeño tamaño muestral, el corto periodo de seguimiento y la recogida de los datos mediante registro, aspectos que pueden limitar la detección de eventos adversos poco frecuentes o no comunicados, así como la falta de control de posibles factores de confusión. Por lo tanto, es necesario que se realicen más estudios acerca de la seguridad de la toma de venlafaxina durante el embarazo.

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS PARA LAS NAUSEAS Y VÓMITOS EN EL EMBARAZO: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

PSYCHOLOGICAL INTERVENTIONS FOR NAUSEA AND VOMITING OF PREGNANCY: A SYSTEMATIC REVIEW

Emami-Sahebi A, Elyasi F, Yazdani-Charati J, Shahhosseini Z

Taiwan J Obstet Gynecol. 57 (2018) 644-649. doi: 10.1016/j.tjog.2018.08.005

Varios estudios han investigado el papel que los factores psicológicos juegan en la etiología de las náuseas y los vómitos durante el embarazo.



Este estudio tiene como objetivo revisar las intervenciones psicológicas que se han implementado para tratar esta problemática.

Para ello, se realizó una búsqueda bibliográfica. Primero se utilizó el vocabulario de la base de datos del 'Medical Subject Headings' como base para identificar las palabras claves, las cuales se emplearon posteriormente para realizar la búsqueda de artículos relevantes en las bases bibliográficas del Pubmed, Web of Science, Google Scholar, PsycINFO, Scopus, la Scientific Information Database, Iran Medex, Magiran e IranDoc.

Según los resultados, se obtuvo un total de 174.270 artículos publicados en el periodo comprendido entre los años 1985 y 2017 como potencialmente relevantes para la revisión. Después de eliminar los artículos repetidos o no relacionados con el tema de la búsqueda, se evaluaron seis ensayos clínicos utilizando el sistema de puntuación de calidad de Oxford o la Escala Jadad. Las intervenciones psicológicas para tratar las náuseas y vómitos en el embarazo incluyeron cuatro categorías: la terapia conductual, la terapia cognitiva basada en mindfulness, la hipnosis y la relajación muscular progresiva. Basándose en la Escala Jadad, todos los estudios revisados obtuvieron una evaluación de calidad metodológica deficiente (raramente incluían comparaciones con un grupo control, no tenían criterios específicos de inclusión o exclusión, y estaban compuestos por muestras pequeñas), obstaculizando la generalización de los resultados a la población diana; asimismo, estos estudios tampoco tenían en cuenta los efectos secundarios, el costo-efectividad, los gastos adicionales en salud, la comorbilidad con otros trastornos y las terapias de acompañamiento.

Los autores concluyen que se necesitan estudios adicionales para obtener pruebas sólidas sobre la efectividad de las intervenciones psicológicas para el tratamiento de las mujeres que sufren de náuseas y vómitos durante el embarazo.

¿ES LA DEPRESIÓN MÁS FRECUENTE TRÁS EL PARTO? UN ESTUDIO POBLACIONAL

IS DEPRESSION MORE LIKELY FOLLOWING CHILDBIRTH? A POPULATION-BASED STUDY

Silverman ME, Reichenberg A, Lichtenstein P, Sandin S

Arch Womens Ment Health. 2018. doi: 10.1007/s00737-018-0891-5.

La depresión postparto (DPP) está caracterizada como un episodio depresivo supeditado a la maternidad.

El objetivo de los autores es examinar si el riesgo de depresión tras el parto es mayor que en un tiempo generado al azar no relacionado con el parto.

Utilizando el Registro Médico de Nacimientos Sueco y el Registro Nacional de Pacientes Sueco, los investigadores identificaron una cohorte con todas las mujeres nacidas en Suecia que tuvieron un parto vivo único, entre los años 1997 y 2008, y sus antecedentes de depresión. Para cada mujer solo se incluyó la información relativa al primer parto. Los antecedentes de depresión se definieron como el diagnóstico clínico de depresión -según la ICD-9 e ICD-10- previo a la fecha de parto. Los autores comparan dos grupos de mujeres con antecedentes de depresión. El primer grupo estuvo deprimido en el periodo postparto (definido este como 12 meses tras el parto). El segundo grupo o "grupo control" estuvo deprimido en un periodo no relacionado con el postparto. Primero se calculó el riesgo relativo (RR) de aparición de un episodio de DPP en el grupo de mujeres con antecedentes de depresión en comparación con las mujeres que no los tenían. Posteriormente, se repitieron los cálculos en el grupo de mujeres con depresión no postparto o "grupo control" según una fecha arbitraria generada aleatoriamente por ordenador "fecha de parto artificial" no relacionada con la verdadera fecha de parto. La fecha de parto artificial se estimó a partir de la fecha promedio de parto esperada para todas las mujeres de la misma edad. Para los análisis de cada grupo, las mujeres fueron seguidas durante un año completo. Se ajustaron las regresiones de Poisson y se calcularon los RR y los intervalos de confianza del 95% a doble cara (IC).

Según los resultados, entre un total de 707.701 partos, hubo 4.397 casos con DPP y 4.687 casos controles con depresión. El RR de DPP fue 21,0 (IC: 19,7-22,4. El RR de depresión en el grupo control fue de 26,2 (IC: 24,7-27,0).



Los autores concluyen que el riesgo de DPP no es mayor después del parto que tras una fecha al azar no relacionada con el parto, sugiriendo que el periodo postparto no necesariamente representa un tiempo de vulnerabilidad aumentada para la depresión clínicamente significativa, y que la observación bien establecida de la depresión relacionada con el parto no equivale necesariamente a la causalidad, sino que más bien se debería al efecto generado por la selección de muestras de mujeres postparto reclutadas en contextos clínicos.

Este artículo ha recibido diferentes críticas desde la comunidad científica especializada. Una de estas críticas es que los autores del estudio podrían no haber controlado adecuadamente ciertos factores de confusión como la planificación del embarazo o la prevalencia de los factores de riesgo asociados a la depresión en la población de mujeres escandinavas en edad reproductiva, ya que, los estudios previos en esta población, han hallado que la mayoría de mujeres escandinavas planifican su embarazo, lo cual puede implicar que eligen quedarse embarazadas en un periodo vital de bienestar emocional. Así mismo, el grupo de las mujeres no postparto puede estar sesgado hacia la depresión, puesto que obtiene puntuaciones más elevadas en una escala de acontecimientos vitales, cuenta con antecedentes de peor salud mental y peores relaciones de pareja, comparadas con el grupo de las mujeres postparto. La distribución desigual de estos factores de riesgo entre las mujeres postparto y no postparto podría contribuir a la selección de mujeres con bajo riesgo de depresión en la maternidad y, por tanto, a los resultados de este estudio.

CALIDAD DEL SUEÑO PRENATAL Y PSICOPATOLOGÍA A LO LARGO DEL PERÍODO PERINATAL: ESTUDIO LONGITUDINAL DE MUJERES DE ALTO RIESGO

*PRENATAL SLEEP QUALITY AND MENTAL HEALTH
SYMPTOMS ACROSS THE PERINATAL PERIOD: A
LONGITUDINAL STUDY OF HIGH-RISK WOMEN*

Paulson JL and Miller-Graff L.

Journal of Psychosomatic Resarch. 116 (2019) 31-36

Las mujeres expuestas a trauma tienen más riesgo de síntomas de depresión y de estrés postraumático en el pe-

ríodo perinatal, pero se desconoce el rol de las alteraciones del sueño en el desarrollo de estos síntomas, especialmente en poblaciones de mayor riesgo.

El objetivo del estudio es examinar la trayectoria de los síntomas de estrés postraumático y depresivos a lo largo del período perinatal, y los efectos de los antecedentes traumáticos (infancia y maltrato de pareja) y del sueño prenatal en la evolución de estos síntomas.

Con este propósito, se lleva a cabo un estudio longitudinal con una muestra de 101 gestantes con bajos ingresos, de las cuáles 83 fueron entrevistadas al menos en dos ocasiones (embarazo, 6 semanas posparto y/o 4 meses posparto). Los instrumentos utilizados fueron el Adverse Childhood Experiences (ACE) para la evaluación de la exposición a situaciones traumáticas en la infancia, la Intimate Partner Violence (IPV) para evaluar la exposición a violencia doméstica en el último año, la Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) para los síntomas de depresión, la Posttraumatic Stress Symptoms (PSS) para la evaluación de síntomas postraumáticos y la Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) para la calidad del sueño. Los síntomas postraumáticos y depresivos fueron evaluados en todas las entrevistas.

Según los resultados, las mujeres reportaron aproximadamente 3 experiencias traumáticas en la infancia (mediana = 2.3; DE = 2.83) y casi la mitad habían sufrido algún tipo de violencia de pareja en el año previo (psicológica, física y/o sexual); un 56.25% de mujeres referían mala calidad del sueño. De las diferentes variables estudiadas, solo los antecedentes de violencia de pareja (VP) en el año previo se asociaron significativamente, tanto a los síntomas postraumáticos como a los síntomas depresivos prenatales; ni los antecedentes de adversidad en la infancia ni la calidad del sueño se asociaron con los síntomas prenatales. Las autoras del estudio resaltan la ausencia de relación entre trauma en la infancia y los síntomas postraumáticos, en contraposición a varios estudios que asocian la presencia de trauma en la infancia con peores resultados en la salud mental materna. Sin embargo, sí que existía correlación entre la puntuación de ACE y la presencia de VP, datos consistentes con la revictimización descrita en la literatura y que indican el posible efecto indirecto del trauma infantil en la salud mental perinatal vía VP.

Al estudiar el efecto de estas variables en la evolución los síntomas postraumáticos y depresivos, sí se encontró



asociación entre peor calidad del sueño prenatal y peor evolución de los síntomas postraumáticos a lo largo del seguimiento posterior.

En conclusión, estos resultados, sugieren que la Violencia de Pareja en el año previo está asociada a la presencia de sintomatología postraumática y depresiva en el embarazo, y la mala calidad de sueño prenatal con la persistencia de síntomas postraumáticos postnatales. Es necesaria la instauración de screening de violencia de pareja durante la gestación para identificar a mujeres de riesgo, sobretodo en poblaciones más vulnerables.

TRAYECTORIAS DE LOS SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ANSIOSOS MATERNOS DESDE EL EMBARAZO HASTA 5 AÑOS POSPARTO Y SUS PREDICTORES PRENATALES

*TRAJECTORIES OF MATERNAL DEPRESSIVE AND
ANXIETY SYMPTOMS FROM PREGNANCY TO
FIVE YEARS POSTPARTUM AND THEIR PRENATAL
PREDICTORS*

A Ahmed, A Bowen, C Xin Feng and N Muhajarine

BMC Pregnancy and Childbirth (2019) 19:26. doi.org/
10.1186/s12884-019-2177-y

Los síntomas de ansiedad y depresión maternos pueden tener distintas trayectorias a lo largo del embarazo y el posparto, y éstas pueden estar asociadas a determinados factores que pueden variar entre diferentes grupos de mujeres.

El objetivo de este estudio es identificar los diferentes subgrupos de mujeres que presentan determinadas trayectorias en los síntomas de ansiedad y depresión desde el embarazo hasta los cinco años posparto, así como determinar posibles factores predictores prenatales.

Con este propósito, se realizó un estudio longitudinal en una muestra de 615 mujeres entrevistadas en dos ocasiones durante el embarazo (segundo y tercer trimestre), en el posparto precoz (2-6 semanas) y a los 36 y 60 meses posparto. Los síntomas depresivos se evaluaron mediante

la puntuación total de la Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) y la ansiedad mediante los tres ítems de la EPDS sobre ansiedad (ítems 3-5). La selección de predictores prenatales se basó en aquellos descritos en la literatura: sociodemográficos, soporte social y estrés percibido. Se realizó el análisis mediante modelado de trayectorias basado en grupos en el que se captura la diversidad de síntomas teniendo en cuenta el inicio, el curso, el tiempo y la severidad.

Según los resultados, se definieron cuatro trayectorias para la depresión y tres trayectorias para la ansiedad. Más de la mitad de mujeres presentaron niveles moderados y estables de síntomas depresivos a lo largo del seguimiento (subgrupo moderado – estable, 54%), seguidas del 35% de mujeres en las que el EPDS era bajo a lo largo de todo el seguimiento (subgrupo bajo – estable). El 5.2% tenían síntomas moderados que incrementaron en el postparto (subgrupo moderado – incremento) y un 5.9% tuvieron altas puntuaciones en el embarazo que se reducían a partir del posparto (subgrupo alto – descenso). Los subgrupos de ansiedad fueron similares: 13% muy bajo - estable, 58.1% bajo - estable y 29% moderada - estable.

Este estudio también identifica factores de riesgo asociados con las diferentes trayectorias de depresión y/o ansiedad, encontrando que niveles elevados de estrés y los antecedentes de depresión predicen la presencia de síntomas moderados-altos de depresión o ansiedad, y que la severidad de los síntomas se relaciona con el incremento de estos factores, sugiriendo una relación dosis-dependiente.

En conclusión, según este estudio, en una parte significativa de mujeres, especialmente en las que presentan altos niveles de estrés y/o antecedentes de depresión, los síntomas de ansiedad o depresión durante el embarazo pueden cronificarse. Esta heterogeneidad en la evolución de los síntomas nos indica la necesidad de realizar evaluaciones en distintos períodos para mejorar la detección. Se debe tener en cuenta varias limitaciones del estudio al interpretar los resultados: 1. las características de la muestra, ya que se trataba de una población de bajo riesgo, 2. la muestra de determinados subgrupos de depresión es muy pequeña y las medianas de EPDS del subgrupo de depresión moderada estable eran bajas (por debajo de 10), y 3. al final del seguimiento se había perdido la mitad de la muestra.



ESTRUCTURA FACTORIAL DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN POSNATAL DE EDIMBURGO

FACTOR STRUCTURE OF THE SPANISH VERSION OF THE EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE

Gutierrez-Zotes A, Gallardo-Pujo D, Labad J, Martín-Santos R, García-Esteve L, Gelabert E, Jover M, Guillamat R, Mayoral F, Gornemann I, Canellas F, Gratacós M, Guitart M, Roca M, Costas J, Ivorra JL, Navinés R, de Diego Y, Vilella E, Sanjuan J

Actas Esp Psiquiatr 2018;46(5):174-82

La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) es considerada el gold standard para el cribado de la depresión posparto. El objetivo de este estudio fue analizar la estructura factorial de la versión española de la EPDS.

La muestra estuvo compuesta por un total de 1204 mujeres que completaron la EPDS 32 semanas después del parto y, para evitar pruebas múltiples, se dividió la muestra en dos mitades de 602 participantes. Se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) con rotación obliqua con la primera sub-muestra y, posteriormente, con la segunda de las muestras se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) mediante la estimación Weighted Least Squares Means and Variance (WLSMV). Se exploraron diferentes soluciones entre dos y cuatro factores y se compararon los factores en dos grupos de participantes, con y sin depresión (evaluados con la Entrevista Diagnóstica para Estudios Genéticos (DIGS) para el DSM-IV).

Los resultados del AFE mostraron un modelo de tres factores compuesto por ansiedad, depresión y anhedonia, y los resultados del AFC confirmaron el modelo de tres ($\chi^2=99,203$, $p<0,001$; RMSEA=0,06, 90% CI=0,04-0,07; CFI=0,87 y TLI=0,082). El coeficiente alpha de Cronbach para la escala total fue 0,86, y las tres subescalas obtuvieron coeficientes entre 0,72 y 0,84. Las mujeres con depresión a las 32 semanas del parto presentaron mayores puntuaciones en ansiedad, depresión y anhedonia ($p<0,001$).

Los autores concluyen, a partir de este primer estudio de análisis confirmatorio en una amplia muestra de mujeres sin tratamiento psiquiátrico durante el embarazo, que la versión española de la EPDS está formada por tres factores: ansiedad, depresión y anhedonia. Los tres factores diferencian las mujeres con depresión de aquellas sin depresión posparto. Los

buenos resultados en los coeficientes de fiabilidad son garantía que la EPDS puede ser utilizada en nuestro entorno para evaluar los diferentes componentes de la depresión posparto.

RASGOS DE PERSONALIDAD PATOLÓGICOS Y MORBILIDAD PSIQUIÁTRICA EN EL EMBARAZO: UN ESTUDIO POBLACIONAL

DISORDERED PERSONALITY TRAITS AND PSYCHIATRIC MORBIDITY IN PREGNANCY: A POPULATION-BASED STUDY

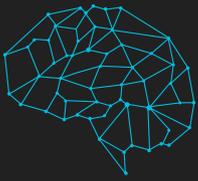
Crowley G, Molyneaux E, Nath S, Trevillion K, Moran P, Howard LM

Arch Womens Ment Health. 2019 Jan 5. doi: 10.1007/s00737-018-0937-8.

La personalidad materna, y en concreto los trastornos de la personalidad, han sido poco estudiados durante el período perinatal. Este trabajo tiene como objetivo estudiar las características y los trastornos mentales en las mujeres embarazadas con rasgos de personalidad patológicos.

Se realizó un estudio transversal con una muestra estratificada de 545 mujeres que asistían a las visitas prenatales en un centro de atención a la maternidad en el sur de Londres. Se recogieron datos sociodemográficos, obstétricos, relacionados con la salud de la madre y del bebé a través de una entrevista, y los rasgos de personalidad patológicos se evaluaron mediante la Escala Estandarizada de Personalidad-Abreviada (SAPAS); también se administró la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS) y la entrevista clínica estructurada DSM-IV (SCID) para confirmar la presencia de trastornos mentales.

Los resultados mostraron una prevalencia ponderada de rasgos de personalidad patológicos (SAPAS ≥ 3) del 16,2% (IC 95%= 12,6–20,5). Las mujeres con rasgos de personalidad patológicos, con mayor frecuencia, eran más jóvenes, vivían en alojamientos "inseguros" y referían problemas de salud mental y antecedentes de conductas autolesivas o suicidas. La prevalencia ponderada de trastornos del Eje I fue del 23,6% (IC 95%= 19,3–28,5) y cada punto adicional en la SAPAS se asoció con un incremento del 82% en la odds de cumplir criterios para un trastorno mental del Eje I (aOR=



1,82 (1,42–2,33); $p < 0,001$). Los trastornos más frecuentes en las mujeres con rasgos de personalidad patológicos fueron los trastornos de ansiedad (14,7%; 95% IC= 11,2–19,0) y los depresivos (17,6%; IC 95%= 10,9–27,1%). La prevalencia ponderada de ideación autolítica actual fue del 2,3% (95% IC= 1,2–4,3), siendo significativamente mayor en las mujeres con rasgos de personalidad patológicos (9,0%; 95% IC 4,4–17,7 vs 1,0%, 95% IC= 0,3–3,2%) y, por cada punto adicional en la SAPAS, se dobló las odds para experimentar pensamientos autolesivos (aOR= 2,12 (1,33–3,40); $p = 0,002$).

En conclusión, las mujeres embarazadas con rasgos de personalidad patológicos son una población especialmente vulnerable a presentar problemas de salud mental, ideación autolítica y problemas psicosociales. Por ello, y a pesar que se requiere de más investigación sobre su embarazo y crianza, probablemente precisen de un apoyo personalizado para reducir los futuros riesgos para su salud y la de sus bebés.

EL CORTISOL CIRCADIANO MATERNO MEDIA EL VÍNCULO ENTRE LA ANGUSTIA PRENATAL Y LA LACTANCIA MATERNA

*MATERNAL CIRCADIAN CORTISOL MEDIATES THE LINK
BETWEEN PRENATAL DISTRESS AND BREASTFEEDING*

M.H. Bublitz, G. Bourjeily, C. Bilodeau & L.R. Stroud

Stress, 2019. DOI: 10.1080/10253890.2018.1501023

La lactancia materna está asociada con resultados positivos en la salud materna e infantil y la recomendación más habitual suele ser la lactancia natural durante un periodo que comprende los primeros 6 meses después del parto, aunque estas pautas no se cumplen en la mayoría de casos. La angustia durante el embarazo se ha asociado con menores tasas de inicio y duración de la lactancia materna en el posparto, sin embargo, no se conocen los mecanismos asociados entre la angustia materna durante el embarazo y su incidencia en la lactancia materna.

Este estudio examina el cortisol circadiano materno como un mecanismo que vincula la angustia en el embarazo con la lactancia materna. Se realizó un análisis de datos de 197 mujeres embarazadas primíparas que formaron parte de un estudio más amplio sobre los efectos del estado de ánimo materno en el desarrollo fetal e infantil.

Alrededor del 34% de las mujeres reportaron lactancia materna exclusiva, el 18% de ellas lactancia artificial y el 48% alimentación mixta. Se administraron cuestionarios para medir el estrés percibido, mediante la Perceived stress scale, la ansiedad (mediante una escala tipo Likert que mide diferentes manifestaciones de la ansiedad) y la depresión perinatal (Quick Inventory for Depressive Symptomatology (QIDS)), así como el estado socioeconómico mediante el Hollingshead Four Factor Scale durante el embarazo. Estas medidas son muy antiguas y, a excepción del test sobre el estado socioeconómico, no refieren haber sido revisadas con posterioridad. Se obtuvieron muestras de cortisol salival materno tres veces al día durante 3 días a las 24, 30 y 36 semanas de gestación.

Según los resultados obtenidos, las mujeres que reportaron un estado socioeconómico más bajo tenían menos probabilidades de hacer lactancia materna, y las respuestas más bajas al despertar del cortisol materno mediaron en esta asociación. Concretamente, las mujeres que informaron sufrir un nivel más bajo socioeconómico mostraron un nivel de cortisol más bajo al despertar, así como un cortisol nocturno ligeramente más alto, lo que representa un aplastamiento del ritmo circadiano durante el embarazo entre las mujeres embarazadas con estas condiciones. Sin embargo, las dificultades económicas no representaban un riesgo en la elección de la lactancia a largo plazo.

Esta área de investigación puede identificar focos en el periodo prenatal que podrían servir como objetivos para las intervenciones para aumentar las tasas de lactancia materna.

EL EFECTO DE LA PSICOEDUCACIÓN SOBRE LA ANSIEDAD EN EL EMBARAZO DESPUÉS DE UNA MUERTE FETAL: UN ESTUDIO CUASI-EXPERIMENTAL

*THE EFFECT OF PSYCHOEDUCATION ON ANXIETY IN
SUBSEQUENT PREGNANCY FOLLOWING STILLBIRTH: A
QUASI-EXPERIMENTAL STUDY*

Mehrnegar Azogh, Mansour Shakiba, Ali Navidian

Journal of Family and Reproductive Health. 2018;12(1):42-50

Este estudio semiexperimental tuvo como objetivo determinar el efecto de la psicoeducación en la ansiedad de las mujeres en el embarazo tras haber sufrido una muerte fetal;



se llevó a cabo en 100 mujeres con embarazos posteriores a una muerte fetal y que visitaron centros de salud en el sureste de Irán en 2017. Las mujeres se seleccionaron utilizando el método de muestreo de conveniencia y se dividieron al azar en los grupos de intervención y control; el grupo de intervención asistió a cuatro sesiones de psicoeducación (mediante una especialista en counselling) durante cuatro semanas según un contenido determinado y, por otro lado, el grupo de control recibió la educación de atención de rutina. Después de ocho semanas, los datos se recopilaron utilizando el Cuestionario de ansiedad relacionada con el embarazo (PRAQ). Para analizar los datos, se ejecutaron la prueba t para muestras independientes, la prueba t para muestras relacionadas y la prueba Chi cuadrado, mediante el SPSS.

En los resultados no se observaron diferencias significativas entre los grupos de estudio en términos de características demográficas ($p > 0.05$). La puntuación media de ansiedad no fue significativamente diferente en los grupos de intervención y control antes de las sesiones de psicoeducación ($p = 0,83$), pero sí fue significativamente más baja en el grupo de intervención después de la intervención de psicoeducación, en comparación con el grupo control (50.64 ± 20.05 vs 63.54 ± 22.90 ; $p = 0.0001$).

En conclusión, la intervención de psicoeducación podría disminuir la ansiedad en mujeres con embarazos posteriores después de la muerte fetal, por lo que, los autores recomiendan incorporar los componentes de la psicoeducación relacionados con las necesidades especiales de este grupo de mujeres como parte de la atención prenatal de rutina y educar a los proveedores de atención médica para que utilicen estas intervenciones.

VERSIÓN ESPAÑOLA UNIFICADA DE LAS ESCALAS DE APEGO POSTNATAL MATERNO Y PATERNO: VALIDACIÓN Y ANÁLISIS CONCEPTUAL

*A SINGLE SPANISH VERSION OF MATERNAL AND
PATERNAL POSTNATAL ATTACHMENT SCALES:
VALIDATION AND CONCEPTUAL ANALYSIS*

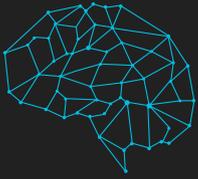
Anna Riera-Martín, Antonio Oliver-Roig, Ana
Martínez-Pampliega, Susana Cormenzana-
Redondo, Violeta Clement-Carbonell and Miguel
Richart-Martínez

PeerJ 6:e5980 DOI 10.7717/peerj.5980

El vínculo materno-infantil posnatal constituye un proceso crucial para el desarrollo del bienestar del bebé. Existe evidencia de que las dificultades en este proceso pueden generar consecuencias negativas para la salud mental, tanto en los padres como a los bebés. Sin embargo, la conceptualización del vínculo materno-infantil aún presenta algunas inconsistencias, tanto lingüísticas (aunque parece haber un consenso en denominarlo bonding) como epistemológicas (referentes a la direccionalidad de la relación, el tiempo que dura este estado, o qué conceptos deben tenerse presentes en esta conceptualización), así como una insuficiente provisión de instrumentos que analicen el estado de este constructo en la figura paterna.

Este estudio tenía un doble objetivo: adaptar al español la escala de vínculo materno-infantil Maternal Postnatal Attachment Scale (MPAS) (Condon & Corkindale, 1998) y la escala de vínculo paterno-infantil Paternal Postnatal Attachment Scale (PPAS) (Condon, Corkindale & Boyce, 2008) para evaluar su validez y confiabilidad, y analizar la dimensionalidad del constructo de ambos cuestionarios desde una perspectiva de género. Durante los años 2016-2017, una muestra de 571 madres y 376 padres, con hijos de entre 6 y 11 meses de edad, respondió a la versión en español, traducida con el método de traducción-retrotraducción, del MPAS y PPAS, respectivamente. Se analizó la consistencia interna mediante el alfa de Cronbach, la confiabilidad compuesta y la validez concurrente (con respecto a la depresión posparto y el ajuste diádico). Además, se estudió la validez del contenido del instrumento, utilizando la metodología Delphi. Así mismo, se examinó la invariancia para el análisis diferencial en ambas muestras (madres y padres).

No se pudieron confirmar los modelos previos, ni el original ni las versiones portuguesa e italianas. Se procedió al análisis de un cuestionario unificado, en el que se obtuvo una versión corta de 15 ítems, común para ambos géneros. Los resultados de la metodología Delphi mostraron un acuerdo del 100%, destacando la ausencia de diferencias en la adecuación de los ítems en función del género de los padres; el análisis factorial confirmatorio, esta vez sí mostró un buen ajuste de los tres factores originales propuestos por los autores. Los coeficientes alfa de Cronbach globales en la muestra total fueron adecuados (madres, 0,70; padres, 0,78); y el alfa de Cronbach de cada dimensión en el caso de las madres fue 0,50 (Calidad del vínculo), 0,55 (Ausencia de hostilidad) y 0,60 (Placer en interacción); en el caso de los



padres, fue respectivamente 0.54, 0.64 y 0.72. Los índices de confiabilidad compuesta de cada dimensión fueron: calidad del vínculo, 0,74 en madres y 0,80 en padres; ausencia de hostilidad, 0,93 en las madres y 0,94 en los padres; placer en la interacción, 0,83 en las madres y 0,90 en los padres. Con respecto al análisis de invarianza grupal, los resultados revelaron evidencia empírica de invarianza métrica y de configuración. La validez concurrente mostró correlaciones negativas moderadas para la depresión posparto (madres, r

= -0.41, $p < 0.001$; padres, $r = -0.38$, $p < 0.001$), y correlaciones positivas para el ajuste diádico (madres, $r = 0.39$, $p < 0.001$; padres, $r = 0,44$, $p < 0,001$).

Los autores destacan la importancia de haber generado una nueva versión del instrumento, con buenas propiedades psicométricas, adecuada para usar tanto con madres como con padres. Esta escala ayuda a evaluar el vínculo materno y paterno en el posparto, lo que permite estudiarlo desde el sistema familiar, un paso más para avanzar en la salud mental perinatal.