



NOTICIAS DE SALUD MENTAL PERINATAL

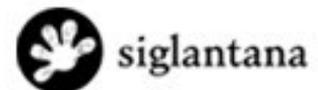
PERINATAL MENTAL HEALTH NEWS

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.

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

⁷Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva



ISSN 2565-0564

Psicosom. psiquiatr. 2017;(1)3:54-63.



PROGRAMAS DE APOYO PARA PADRES Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PADRES Y MADRES DE LA UCIN

PARENT SUPPORT PROGRAMS AND COPING MECHANISMS IN NICU PARENTS

E. Huenink, S. Porterfield

Adv Neonatal Care. 2017 Apr;17(2): E10-E18.

Más de 3 millones de niños nacen en los Estados Unidos cada año. Un 11% son prematuros y el 77% de ellos van a ingresar en Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN). Los padres y madres de estos niños tienen un mayor riesgo de depresión y de malestar emocional o distrés. Sus dificultades de afrontamiento y su malestar se han relacionado, según la literatura, con consecuencias negativas en los hijos/as (ej. alteraciones conductuales, peor desarrollo cognitivo o dificultades en el vínculo materno-infantil). Si bien las UCIN se centran en la salud y cuidado del niño/a, la atención y el cuidado de los padres y madres deberían considerarse.

El primer objetivo de este trabajo fue identificar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los padres y madres de los niños/as ingresados en la UCIN, así como identificar sus preferencias en los programas de apoyo recibidos. El segundo objetivo fue determinar si las diferencias sociodemográficas o la duración de la hospitalización, se asociaban a las estrategias de afrontamiento utilizadas y/o el tipo de programas preferidos.

Para ello se diseñó un estudio transversal correlacional. Los datos se recogieron en una muestra de padres y madres (n=107) de una UCIN (nivel IV) de un hospital pediátrico de los Estados Unidos. Para evaluar las estrategias de afrontamiento se aplicó a los padres y madres la escala COPE reducida de 28 ítems (COPE-28; Carver, 1989), que incluye 14 estrategias de afrontamiento diferentes. Además, se añadieron 6 preguntas para puntuar la preferencia de diferentes tipos de programas de apoyo y 6 preguntas sobre datos sociodemográficos.

Los resultados obtenidos indican que las estrategias de afrontamiento más utilizadas (media >4) por los padres y madres de la UCIN fueron la aceptación, el apoyo emocional e instrumental, la reinterpretación positiva, la religión y la planificación. Los tipos de programas preferidos fueron las clases de apoyo sobre el desarrollo infantil y hablar con otros padres y madres de la UCIN. Se hallaron algunas diferencias entre el tipo de estrategias utilizadas y algunas variables sociodemográficas: Ser caucásico/a incrementaba la probabilidad

de utilizar el afrontamiento activo, la planificación, el apoyo emocional e instrumental, la aceptación y el desahogo. Los padres y madres jóvenes con más frecuencia utilizaban el desahogo y la negación como estrategia, y aquellos cuyos hijos/as estaban menos tiempo ingresados utilizaban con más frecuencia la autodistracción y preferían grupos de apoyo para hablar con otros padres y madres.

Según los autores, sus resultados indican que los padres y madres de las UCIN utilizan diferentes tipos de estrategias de afrontamiento. Algunos estudios previos han relacionado estrategias de afrontamiento con ansiedad, depresión o estrés postraumático por lo que parecería adecuada la promoción del uso de estrategias protectoras que podrían disminuir la probabilidad de distrés emocional en los padres y madres de las UCIN. Los programas de apoyo consistentes en aprender los cuidados de los niños prematuros, podrían reforzar algunas estrategias como el afrontamiento activo y la planificación. Hablar con otros padres y madres de la UCIN ayudaría a obtener apoyo de otras personas, lo cual se ha relacionado con la disminución del distrés emocional. En cualquier caso, se concluye que para el desarrollo de los programas de apoyo a los padres y madres de las UCIN deben considerarse las preferencias en el tipo de apoyo recibido, las estrategias de afrontamiento utilizadas y los factores sociodemográficos.

SÍNTOMAS DEPRESIVOS PATERNOS DURANTE EL EMBARAZO Y DESPUÉS DEL PARTO EN LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO GROWING UP (NUEVA ZELANDA)

PATERNAL DEPRESSION SYMPTOMS DURING PREGNANCY AND AFTER CHILDBIRTH AMONG PARTICIPANTS IN THE GROWING UP IN NEW ZEALAND STUDY

**L. Underwood, K.E. Waldie, E. Peterson, S. D'Souza,
M. Verbiest, F. McDaid, S. Morton**

JAMA Psychiatry. 2017 Apr 1;74(4):1-10.

La depresión perinatal es una condición frecuente y se ha asociado a consecuencias adversas tanto en las mujeres



que la sufren como en su descendencia. La investigación se ha centrado principalmente en la depresión materna y existe poca evidencia sobre los síntomas depresivos en los hombres durante el período perinatal.

El objetivo de este trabajo fue estudiar los síntomas depresivos durante el embarazo y el posparto de los padres y sus factores asociados, así como explorar la relación entre la depresión paterna y materna.

Para ello se analizaron datos de un estudio de cohortes realizado en Nueva Zelanda (Growing Up Study) en mujeres embarazadas con fechas de parto entre el 25 de abril de 2009 y el 25 de marzo de 2010. La muestra analizada en este trabajo estuvo compuesta por 3523 hombres que completaron entrevistas durante el embarazo de su pareja y 9 meses después del nacimiento de su hijo. Los síntomas depresivos se midieron usando la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) y el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9), con puntos de corte para determinar la presencia de síntomas depresivos elevados de EPDS>12 y PHQ-9>9 respectivamente.

Los resultados obtenidos mostraron como el 2,3% de los padres obtuvieron puntuaciones EPDS>12 durante el tercer trimestre del embarazo de sus parejas y el 4,3% PHQ-9>9 a los 9 meses posparto. Los síntomas de depresión paterna prenatal se asociaron con el estrés percibido (odds ratio [OR]: 1,38; IC95%: 1,30-1,47) y una salud de regular a mala durante el embarazo de su pareja (OR: 2,06; IC95%: 1,18-3,61). Los síntomas de depresión paterna posnatal se asociaron con antecedentes de depresión (OR: 2,84; IC95%: 1,69-4,78), estrés percibido en el embarazo (OR:1,12; IC95%: 1,08-1,17), no tener relación con la madre (OR: 6,36; IC95%: 2,28-17,78), desempleo (OR:1,86, IC 95%, 1,11- 3,10) y una salud de regular a mala (OR: 3,29; IC95%: 2,10-5,16) a los 9 meses posparto.

Según los autores, las tasas reportadas por los padres fueron inferiores a las de las madres, así como equivalentes a las reportadas por otros estudios en los que se han utilizado las mismas medidas. La tasa de síntomas depresivos en el posparto fue más elevada que las del embarazo, si bien estos resultados deben tomarse con cautela ya que se utilizaron diferentes medidas de evaluación.

En conclusión, los futuros padres tienen riesgo de presentar síntomas depresivos en el embarazo, especialmente si perciben un alto estrés o una salud deficitaria. Los síntomas depresivos posparto se asocian a facto-

res adversos en el ámbito social y relacional. Identificar padres de riesgo, y aplicarles intervenciones específicas antenatales o posnatales podría ser beneficioso para ellos y sus familias.

NEUROBIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN Y ANSIEDAD POSTPARTO

THE NEUROBIOLOGY OF POSTPARTUM ANXIETY AND DEPRESSION

J.L. Pawluski, J.S. Lonstein, A.S. Fleming

Trends Neurosci. 2017 Feb;40(2):106-120.

Entre el 10-20% de las mujeres en el posparto experimentan ansiedad o trastornos depresivos, que pueden tener efectos perjudiciales para la madre, el niño y la unidad familiar.

En este artículo se resumen los hallazgos más relevantes, acerca de la neurobiología de la ansiedad (APP) y la depresión en el postparto (DPP), en base a los estudios de neuroimagen y de modelos animales realizados hasta la fecha. Se plantean además interesantes áreas de investigación para el futuro.

Los resultados de los diferentes estudios revisados parecen apuntar a que existen similitudes y diferencias en el patrón de correlatos cerebrales de APP y DPP en comparación con los mismos trastornos en otra época de la vida de las mujeres (depresión mayor y trastorno de ansiedad generalizada).

Las mujeres con DPP muestran una conectividad significativamente más débil entre la amígdala (AMG), la corteza cingulada anterior (CCA), la corteza prefrontal lateral dorsal (CPFDL) y el hipocampo, en comparación con las mujeres no deprimidas durante el postparto.

Las áreas del cerebro mencionadas son clave para el buen funcionamiento de las redes neuronales asociadas con la regulación del estrés, la recompensa, la motivación, el procesamiento sensorial y el funcionamiento ejecutivo y, por lo tanto, influyen en las conductas de maternaje y en la respuesta emocional a las señales del bebé.

Sabemos que los déficits en la función ejecutiva tienen un claro impacto en la calidad del comportamiento materno exhibido durante el primer año posparto. Las madres deprimidas tienden a ser más intrusivas con el bebé y se



irritan con más facilidad (aunque otras madres deprimidas son distantes y retraídas), y responden con menos sensibilidad, con menor capacidad de contención y de manera más negativa a sus bebés en comparación con madres no deprimidas. Las díadas madre-hijo "deprimidas" exhiben una reducción en la atención mutua, de las comunicaciones vocales y visuales, de las interacciones conmovedoras y de las sonrisas en comparación con las díadas "no deprimidas".

En la depresión (DPP) y la ansiedad en el postparto, los estudios de neuroimagen indican un cambio en la activación en respuesta a las señales relacionadas con el bebé o no relacionadas (por ejemplo, la activación de la amígdala aumenta en respuesta a las señales emocionales del bebé, pero disminuye en respuesta a señales emocionales no relacionadas con el bebé) en comparación con las mujeres que no presentan este tipo de trastornos. A su vez, los modelos animales de depresión postparto (depresión-like) muestran alteraciones en la neuroplasticidad del cerebro materno y alteraciones en el sistema serotoninérgico y el eje hipofiso-hipotálamo-adrenal. Los hallazgos más recientes indican modificaciones en la plasticidad sináptica, la densidad sináptica y la densidad de las proteínas sinápticas, en las áreas prefrontales, el núcleo accumbens, la amígdala y el hipocampo; todas estas áreas se corresponden con las que presenta una actividad alterada en los estudios de RMNf en madres con DPP en comparación con madres sanas.

En la revisión, concluyen que existen pocos estudios acerca de la neurobiología de DPP y APP, subrayan que las diferencias en el patrón de correlatos neurales con respecto a trastornos ansiosos o depresivos en otros periodos de la vida de la mujer podrían indicar una etiología diferente y sugieren que se debería considerar el uso de tratamientos diferentes. Asimismo, sería importante tener en cuenta las particularidades fisiológicas de este periodo, como los cambios neurohormonales, en la fisiopatología de la DPP y APP de cara al diseño de nuevos tratamientos.

Se necesitarían más estudios que permitan comprender mejor la compleja interacción entre la salud mental materna, la relación madre-hijo y los mecanismos neurobiológicos que los median. Estos estudios servirían de base para el desarrollo de tratamientos más efectivos y seguros y, por lo tanto, para mejorar la salud y el bienestar de la madre, el bebé y de la unidad familiar.

ASOCIACIÓN DEL EMPLEO DE ANTIDEPRESIVOS DURANTE LA GESTACIÓN CON LA DISCAPACIDAD INTELECTUAL EN LA DESCENDENCIA

ASSOCIATION OF ANTIDEPRESSANT MEDICATION USE DURING PREGNANCY WITH INTELLECTUAL DISABILITY IN OFFSPRING

A. Viktorin, R. Uher, A. Kolevzon, A. Reichenberg, S.Z. Levine, S. Sandin

JAMA Psychiatry. 2017 Oct 1;74(10):1031-1038.

Diversos estudios han asociado el uso de antidepresivos durante el embarazo con efectos adversos en la descendencia. El presente estudio tiene como objetivo examinar la asociación entre el uso de antidepresivos durante el embarazo y la presencia de discapacidad intelectual en la descendencia, e investigar la posible influencia de la enfermedad mental parental en dicha asociación.

Se trata de estudio poblacional de 179.007 niños nacidos entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2007, con información completa de los padres procedentes de los registros nacionales suecos, que fueron seguidos desde el nacimiento hasta el 2014.

Se calcularon los riesgos relativos (RR) con un intervalo de confianza del 95% (IC95%) de presentar DI en niños expuestos durante el embarazo a cualquier antidepresivo o específicamente a los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), todos los demás antidepresivos no ISRS u otros medicamentos psicotrópicos no antidepresivos. Los análisis se ajustaron para los posibles factores de confusión. Además de los análisis de la población, se empleó una submuestra para comparar a las madres que usaron antidepresivos durante el embarazo con madres que tenían al menos un diagnóstico de depresión o ansiedad antes del parto pero que no tomaron antidepresivos durante el embarazo.

Los resultados del estudio muestran que de los 179.007 niños incluidos en el estudio (edad media [desviación estándar] al final del seguimiento, 7,9 [0,6] años, 92.133 [51,5%] varones y 86.874 [48,5%] mujeres), la DI fue diagnosticada en 37 niños (0.9%) expuestos a antidepresivos y en 819 niños (0.5%) no expuestos a antidepresivos. Tras ajustarlo para los posibles factores de confusión, el RR de DI después de la



exposición a antidepresivos se estimó en 1,33 (IC95%, 0,90-1,98) para la muestra de población completa y de 1,64 (IC95%, 0,95-2,83) en la submuestra de mujeres con depresión sin tratamiento farmacológico. Los resultados de los análisis de los subgrupos de exposición a antidepresivos ISRS, antidepresivos no ISRS y psicotrópicos no antidepresivos, y en la submuestra clínicamente relevante, no se desviaron de los resultados de la muestra completa.

En conclusión, este estudio de cohortes poblacional ha sido el primero en evaluar directamente el RR de la DI en la descendencia de madres tratadas con antidepresivos durante el embarazo. Se encontró un mayor RR de DI entre los niños nacidos de madres tratadas con antidepresivos durante el embarazo en comparación con las no tratadas con antidepresivos durante el embarazo antes del ajuste por los factores de confusión. Sin embargo, con el ajuste incremental de los factores de confusión maternos y paternos, esta asociación se atenuó gradualmente llegando a un RR estadísticamente no significativo. Por lo tanto, la asociación entre la DI de la descendencia y la exposición a los antidepresivos durante el embarazo puede explicarse, en gran medida, por la confusión de las covariables incluidas y ajustadas en los análisis, como, por ejemplo, la edad de los padres y el trastorno psiquiátrico de la madre.

SÍNDROME DE DISCONTINUACIÓN NEONATAL EN NEONATOS EXPUESTOS A ANTIDEPRESIVOS SEROTONINÉRGICOS

NEONATAL DISCONTINUATION SYNDROME IN SEROTONERGIC ANTIDEPRESSANT-EXPOSED NEONATES

A. Yang, J.D. Ciolino, E. Pinheiro,
L.J. Rasmussen-Torvik, D.K.Y. Sit, K.L. Wisner

J Clin Psychiatry. 2017 May;78(5):605-611.

El Síndrome de discontinuación neonatal (SDN) o de pobre adaptación neonatal ha sido asociado a la exposición prenatal a antidepresivos. Los signos del SDN incluyen principalmente tres sistemas: sistema nervioso central, neuromuscular, y gastrointestinal.

En este estudio evalúan si los bebés expuestos in útero a los Inhibidores de la Recaptación de Serotonina (IRS) o a

un trastorno del estado de ánimo (trastorno depresivo mayor o trastorno bipolar, según criterios DSM-IV-TR) tenían más signos de SDN que los bebés de un grupo no expuesto, evaluados a las 2-4 semanas del nacimiento.

Método: Se trata de una muestra de dos estudios observacionales formada por 214 mujeres. Se clasificaron en 3 grupos según la exposición durante el embarazo: (1) COMPARACIÓN (N = 79): mujeres que no tomaron psicofármacos durante el embarazo ni tuvieron trastorno del estado de ánimo; (2) IRS (N = 41): mujeres expuestas a ISRS en monoterapia durante el embarazo por un trastorno del estado de ánimo; y (3) TRASTORNO DEL ÁNIMO (N = 43,9%): mujeres con Trastorno depresivo mayor o Trastorno bipolar que no tomaron psicofármacos durante la gestación. La mayoría de mujeres del grupo ISRS tomaron tratamiento a lo largo de todo el embarazo; los tratamientos fueron sertralina (n = 20), fluoxetina (n = 10), escitalopram (n = 4), venlafaxina (n = 3), citalopram (n = 2), fluvoxamina (n = 1) y paroxetina (n = 1). Se evaluó la presencia de signos de discontinuación con la Escala de Finnegan por evaluadores ciegos a la exposición materna, entre las 2-4 primeras semanas de nacimiento. Se consideró presencia de signos las puntuaciones ≥ 2 en la Escala de Finnegan (se decidió dicotomizar la variable ya que dos tercios de la muestra presentaban puntuaciones entre 0 y 1).

Resultados: Las tasas de signos de SDN en los tres grupos fueron similares, 30,4% el grupo comparación, 34,1% en grupo expuesto a antidepresivos y 35,1% en grupo de trastorno del ánimo ($p = 0,797$). En el grupo de expuestos a ISRS, las tasas de signos de discontinuación fueron del 20% para la fluoxetina respecto al 38,7% para los bebés expuestos a antidepresivos de vida media más corta, sin embargo, la diferencia no fue significativa ($p = 0,278$).

Las mujeres del grupo ISRS tuvieron una mayor tasa de nacimientos prematuros (24,4%) en comparación con los otros 2 grupos (7,4% y 8,9% en los grupos trastorno del ánimo y comparación, respectivamente, $p = 0,012$). Al comprar la presencia de signos de síndrome de discontinuación entre los recién nacidos pretérminos y los recién nacidos a término se observó que los bebés prematuros tenían más signos que los nacidos a término (54% vs 31%, $p = 0,020$), existiendo una relación significativa entre los signos de Finnegan y el nacimiento prematuro. Este efecto fue uniforme en los tres grupos. Cuando se ajustó el análisis de regresión logística multivariante por factores de confusión (prematuridad,



edad materna y raza), la asociación de los signos de SDN a la exposición (antidepresivos o trastorno del ánimo) no fue significativa.

Conclusiones: Los autores del estudio concluyeron que la presencia de signos de discontinuación neonatal a las 2-4 semanas del nacimiento está más asociada con la prematuridad que con la exposición intrauterina a antidepresivos o al trastorno del estado de ánimo no tratado. Esto se podría deber a que algunos signos relacionados con la exposición a antidepresivos se resolvieran antes de las dos semanas, mientras que posteriormente persistieran los asociados a la prematuridad.

¿EL ESTRÉS PRENATAL ALTERA EL DESARROLLO DEL "CONECTOMA"?

DOES PRENATAL STRESS ALTER THE DEVELOPING CONNECTOME?

D. Scheinost, R. Sinha, S.N. Cross, S.H. Kwon, G. Sze, R.T. Constable, L.R. Ment

Pediatr Res 2017 Jan;81(1-2):214-226.

El neurodesarrollo humano requiere la organización de elementos neuronales en complejas redes estructurales y funcionales llamadas conectoma". Mientras que el desarrollo del conectoma depende de muchos factores, algunos autores sugieren que la exposición prenatal al estrés materno (EPEM) podría jugar un papel fundamental. Los síntomas relacionados con el estrés son comunes en las mujeres durante el embarazo, y son factores de riesgo para trastornos neurocomportamentales como el trastorno del espectro autista, el trastorno de hiperactividad con déficit de atención, las adicciones, e incluso para la depresión mayor y la esquizofrenia. Las investigaciones experimentales en modelos animales, asocian la EPEM no solo a un impacto en las funciones endocrinas maternas y la "reprogramación" del eje HHA fetal, sino también cambios en la corticogénesis que contribuyen a efectos duraderos sobre el cerebro y el comportamiento. Esta reciente revisión se centra en evaluar el impacto del estrés materno en el desarrollo cerebral fetal mediante técnicas de neuroimagen estructural y funcional.

En los últimos años, varios investigadores han centrado la atención en el impacto de la exposición al estrés prenatal sobre el sistema límbico y regiones conectadas con éste. Los principales estudios de RMN sobre el impacto de EPEM en el desarrollo cerebral se pueden clasificar según el momento en que es evaluada la descendencia:

ESTUDIOS EN LACTANTES

A partir de un estudio de cohorte prospectivo de una muestra de embarazadas asiáticas, se realizaron cinco estudios en que evaluaron el efecto de la ansiedad y/o la depresión en el neurodesarrollo de los bebés desde el nacimiento hasta los 6 meses de vida.

Los hallazgos principales de estos estudios fueron:

- Puntuaciones elevadas en depresión a las 26 semanas de gestación se asociaron a alteraciones a nivel microestructural de la amígdala derecha, una región relacionada con la reactividad al estrés y la vulnerabilidad de los trastornos del estado de ánimo.
- La ansiedad materna prenatal no influyó en el volumen bilateral del hipocampo al nacer, pero los hijos de mujeres con mayor ansiedad durante el embarazo mostraron un crecimiento más lento de los hipocampos entre el nacimiento y la edad de 6 meses.
- Niveles elevados de ansiedad a las 26 semanas de gestación se asociaron a alteraciones microestructurales del córtex prefrontal y de regiones importantes para el procesamiento sensorial (corteza occipital media derecha), y la función socio-emocional (giro angular derecho, fascículo uncinado, cíngulo posterior y parahipocampo) a los 5-17 días de vida.

ESTUDIOS DURANTE LA INFANCIA

Un estudio prospectivo, realizado en 35 díadas madre-hijo, evaluó el efecto de la depresión y la ansiedad en el neurodesarrollo de los niños/as entre los 6 y 10 años de edad.

Los principales hallazgos del estudio fueron:

- La ansiedad a las 19 semanas de gestación correlacionaba con reducciones de materia gris en córtex prefrontal, corteza premotora, lóbulo temporal medial, corteza temporal lateral, giro post-central y a nivel del cerebelo. Sin embargo, la ansiedad materna a las 25 y 31 semanas de gestación no se asoció a estas reducciones de sustancia gris, sugiriendo la importancia de la exposición precoz al estrés materno.



- Elevadas puntuaciones de depresión a las 25 semanas de gestación se asociaban con cambios morfológicos cerebrales (disminución del grosor de la corteza) en los niños/as.
- La depresión prenatal materna correlacionó significativamente con las conductas externalizantes de los niños/as, asociación mediada por los cambios estructurales.

ESTUDIOS DURANTE LA EDAD ADULTA

Un estudio retrospectivo valoró la relación entre la EPEM y volúmenes corticales en una muestra de 35 mujeres sanas de 14-40 años. Se realizó una entrevista semiestructurada para evaluar los eventos estresantes durante la gestación a sus madres. Puntuaciones elevadas de EPEM se asociaron a la reducción de volumen de sustancia gris en el lóbulo temporal medial izquierdo y en ambas amígdalas.

Los autores concluyen que la exposición prenatal al estrés materno se asocia a alteraciones del conectoma de los bebés expuestos en áreas relacionadas con la regulación de la conducta y de las emociones. Se debe tener en cuenta que la asociación entre la EPEM y las alteraciones del conectoma, pueden estar moderadas por el sexo fetal y por el momento de exposición, siendo necesarios más estudios para incluir y evaluar estos factores. Asimismo, los mecanismos por los cuales el estrés materno puede alterar el conectoma deben ser explorados.

SÍNTOMAS DEPRESIVOS PERINATALES Y CONCURRENTES, Y PROBLEMAS DE CONDUCTA INFANTIL: UN ESTUDIO DE COMPARACIÓN ENTRE HERMANOS

MATERNAL PERINATAL AND CONCURRENT DEPRESSIVE SYMPTOMS AND CHILD BEHAVIOR PROBLEMS: A SIBLING COMPARISON STUDY

L.C. Gjerde, E. Moen Eilertsen, T. Reichborn-Kjennerud, T.A. McAdams, H. Daae Zachrisson, I.M. Zambrana, E. Røysamb, K.S. Kendler, E. Ystrom

Journal of Child Psychology and Psychiatry 58:7 (2017), pp 779–786.

Estudios previos han encontrado asociaciones significativas entre la depresión prenatal y posparto materna y los

problemas de comportamiento infantil (PCI). Sin embargo, la depresión materna sufre variaciones desde el embarazo hasta bien avanzado el postparto. El presente estudio investiga si las asociaciones entre los PCI -que lo miden mediante el concepto de internalización, caracterizado por estados de ánimo negativos e inhibición del comportamiento, y por externalización, refiriéndose a un estado de desinhibición del comportamiento-, y la depresión materna, se mantienen en un diseño longitudinal prospectivo ajustado por confusión familiar. Los objetivos del estudio fueron tres: investigar las asociaciones entre los síntomas de depresión mayor prenatal, posparto o concurrente, y los problemas de internalización y externalización, respectivamente; aclarar si las asociaciones pueden ser debido a un factor de confusión familiar; e investigar si las asociaciones dependen de la edad del niño.

La muestra incluyó a 11.599 familias, incluyendo 17.830 hermanos del estudio de cohortes madre e hijo en población noruega. Las madres fueron evaluadas en las semanas de gestación 17 y 30, así como a los 6 meses, 1.5, 3 y 5 años después del parto. La depresión de los padres se midió en la semana 17 de gestación. En los últimos tres puntos temporales, se evaluaron al mismo tiempo los problemas de internalización y externalización de la descendencia. Se realizaron análisis multinivel para tratar el concepto internalizar y externalizar por separado, utilizando la depresión parental como predictores. Los análisis se repitieron utilizando un diseño de comparación entre hermanos para ajustar la confusión familiar.

En los resultados, respecto al primero de los objetivos, todos los puntos temporales en los que se midieron los síntomas depresivos, se asociaron significativa y positivamente con los problemas de internalización y externalización del niño. Sin embargo, después de la comparación entre hermanos, solo la depresión materna se asoció significativamente con la internalización [estimación = 2,82 (1,91-3,73, IC 95%)] y problemas de externalización [estimación = 2,40 (1,56-3,23, IC 95%)]. El efecto de la depresión materna concurrente sobre los problemas de internalización aumentó con la edad del niño. Los autores concluyen que los hallazgos encontrados no respaldan la noción de que la depresión materna perinatal es particularmente perjudicial para el desarrollo psicológico de los niños, ya que los efectos más fuertes los encontraron en la depresión materna durante los años preescolares.



ASOCIACIÓN DEL AUMENTO DE PESO GESTACIONAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL MATERNA EN EL EMBARAZO TEMPRANO CON RIESGO DE PSICOSIS NO AFECTIVA EN LA DESCENDENCIA

ASSOCIATION OF GESTATIONAL WEIGHT GAIN AND MATERNAL BODY MASS INDEX IN EARLY PREGNANCY WITH RISK FOR NONAFFECTIVE PSYCHOSIS IN OFFSPRING

E. Mackay, MSc, C. Dalman, MD, PhD, H. Karlsson, PhD, R.M. Gardner, PhD

JAMA Psychiatry. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.4257.

La exposición prenatal a la mala alimentación está asociada con un riesgo dos veces mayor de psicosis no afectivas. Sin embargo, se tiene menos información acerca de si los estados de nutrición materna durante el embarazo modifican (o no) el riesgo para la descendencia de sufrir episodios de psicosis no afectivas en poblaciones bien alimentadas.

El objetivo de este estudio fue determinar si el aumento de peso gestacional (APG) durante el embarazo y el índice de masa corporal (IMC) materno al inicio del embarazo se puede asociar con el riesgo de sufrir psicosis no afectivas en la descendencia.

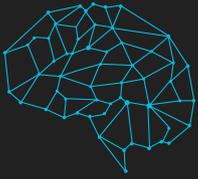
Este estudio de cohortes utilizó datos de registros suecos de salud para realizar el seguimiento de 526 042 individuos nacidos entre enero de 1982 y diciembre de 1989, hasta el 31 de diciembre de 2011. Se excluyeron a aquellos que, antes de los 13 años, habían emigrado o fallecido. Para el análisis estadístico se realizaron modelos de regresión de riesgos proporcionales de Cox ajustados para el estado socioeconómico. Los posibles factores de riesgo fueron controlados para examinar el riesgo real de desarrollar episodios de psicosis no afectivas. Así mismo, se usaron diseños de estudios basados en la familia para probar una mayor causalidad. Se midió el aumento de peso gestacional durante el embarazo, índice de masa corporal materna en la primera visita prenatal (antes de las 12 semanas) y el índice de masa corporal paterna en el momento del reclutamiento en el ejército sueco (a los 18 años de edad). Los 526.042 individuos en la cohorte (48.52% mujeres y 51.47% hombres, con una media de edad de 26 años), incluyó 2910 personas (0.55% de la muestra total) con psicosis no afectivas al final de seguimiento.

Según los resultados, entre las personas con psicosis no afectiva, 184 (6,32%) tenían madres con un APG extremadamente inadecuado (<8 kg para las madres con un IMC basal normal), en comparación con 23.627 (4,52%) de las personas no afectadas. El APG extremadamente inadecuado se asoció con un mayor riesgo de psicosis no afectivas entre la descendencia con los modelos ajustados (HR, 1,32, IC 95%, 1,13-1,54) y con el análisis de emparejamiento con los hermanos (CRI, 1,61, IC 95%, 1,02-2,56). También la delgadez materna al principio del embarazo se asoció, aunque de forma débil, con el riesgo de sufrir psicosis no afectiva en la descendencia (HR para IMC 17.0 y <18.5, 1.21, IC 95%, 1.01-1.45), al igual que la delgadez grave paterna (HR para IMC <16.0, 2,53; IC del 95%, 1,26 a 5,07) en modelos ajustados mutuamente. En el análisis de emparejamiento de hermanos, no se observó asociación entre el bajo peso materno (HR, 1.46, IC 95%, 0.90-2.35), sobrepeso (HR, 1.11, IC 95%, 0.73-1.68) u obesidad (HR, 0.56; 95 % CI, 0.23-1.38) y el riesgo de psicosis no afectiva en la descendencia.

En la discusión, sin embargo, los autores explican que los resultados de estudios de comparación de familias indican que las asociaciones entre el IMC materno y el riesgo de psicosis no efectiva en la descendencia están al menos parcialmente confundidos por factores genéticos u otros factores familiares compartidos. El único estudio hasta la fecha que considera una correlación potencial entre los determinantes genéticos del IMC y el riesgo de esquizofrenia informó una asociación inversa. También incluyen la evidencia sobre el hecho de que las psicosis no afectivas tienen una alta carga genética y los antipsicóticos tradicionales pueden llevar a un aumento de peso pronunciado, por lo que la causalidad estaría en entredicho.

ASOCIACIÓN ENTRE LA DURACIÓN DE LACTANCIA MATERNA Y DESARROLLO COGNITIVO, RASGOS AUTISTAS Y SÍNTOMAS DE TDAH: ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN ESPAÑA

ASSOCIATION BETWEEN BREASTFEEDING DURATION AND COGNITIVE DEVELOPMENT, AUTISTIC TRAITS AND ADHD SYMPTOMS: A MULTICENTER STUDY IN SPAIN



O. Boucher, J. Julvez, M. Guxens, E. Arranz, J. Ibarluzea, M. Sánchez de Miguel, A. Fernández-Somoano, A. Tardon, M. Rebagliato, R. Garcia-Esteban, G. o'Connor, F. Ballester, J. Sunyer

Pediatric Research 2017. doi:10.1038/pr.2016.238

Varios estudios han hallado que cuanto más prolongada es la lactancia materna mejor es el rendimiento intelectual en los hijos. Por el contrario, pocos estudios han investigado los posibles efectos protectores de la lactancia materna en problemas conductuales tales como los síntomas del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y menos aún en los rasgos de los trastornos del espectro autista.

Este estudio tiene como objetivo examinar la asociación entre la duración de la lactancia materna y el desarrollo cognitivo, la atención, los síntomas TDAH y los rasgos autistas.

Se utilizaron los datos del Proyecto Infancia y Medio Ambiente (INMA), estudio multicéntrico prospectivo de cohortes de nacimiento realizado en España. Las cohortes incluidas en este estudio procedían de las áreas geográficas de Asturias, Guipuzcua, Sabadell y Valencia, recogidas entre los años 2003 y 2008. Los criterios de inclusión fueron las mujeres mayores de 16 años, intención de parir en el hospital de referencia, capacidad para comunicarse en castellano u otras lenguas oficiales de la región, embarazo único, con parto no instrumentalizado. Las mujeres fueron reclutadas durante la visita prenatal en el primer trimestre del embarazo y fueron seguidas durante el embarazo y los hijos desde el parto hasta los 4 años de edad.

Se evaluó la duración y el tipo de alimentación de los hijos a través de cuestionarios cumplimentados por las madres en tres ocasiones: cuando los hijos tenían 6 meses de edad (subcohorte de Sabadell y Asturias), a los 14 meses y a los 4 años en todas las cohortes. Se consideraron tres tipos de dieta con leche materna en los hijos: 1) lactancia materna combinada o no con otras dietas; 2) lactancia materna predominante, permitiendo suplementos líquidos distintos a la leche (zumos de frutas, rehidratación con soluciones salinas, gotas, jarabes); 3) lactancia materna exclusiva. Los hijos fueron evaluados mediante las McCarthy Scales of Children's Abilities (MSCA), Conners Kiddie Continuous Performance Tests (K-CPT), una lista de síntomas del TDAH según criterios DSM, y el Childhood Autism Spectrum Test (CAST).

Los análisis se ajustaron por diferentes variables confusoras (nivel educativo de los padres, clase social, edad materna, ciudad

dónde se parió, paridad, madre fumadora) recogidas durante el primer y tercer trimestre del embarazo y cuando la descendencia tenía 14 meses y 4 años de edad; y también por el IQ verbal materno (mediante escala de similitudes del WAIS-III) y la psicopatología materna (SCL-90-R) evaluada cuando la descendencia tenía 4 años. Se utilizaron modelos de regresión logística.

Respecto a los resultados principales, la muestra final estuvo compuesta por 1.346 hijos nacidos a término (≥ 37 semanas) y con una edad media de 4.9 años. Tras ajustar por todas las covariables, la mayor duración de la dieta con lactancia materna, tanto combinada, predominante o exclusiva, estuvo independientemente asociada con mejor desarrollo cognitivo (MSCA) y con menos rasgos autistas (CAST) en los hijos. Además la mayor duración de la lactancia materna combinada y exclusiva se asociaron con menor tiempo de reacción en las pruebas de K-CPT. Ninguna de las asociaciones entre la duración de la lactancia materna y los síntomas de TDAH permanecieron significativas en los modelos ajustados finales.

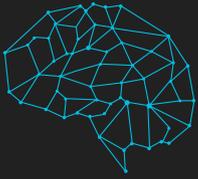
En conclusión, este estudio proporciona evidencia adicional de que la lactancia materna tiene una asociación positiva con el funcionamiento cognitivo, que aparte de factores socio-ambientales, también sugiere un rol protector de los rasgos autistas. Los resultados están de acuerdo con la recomendación de prolongar la lactancia materna para promover el desarrollo del bebé.

ESTIMACIÓN DE LA PREVALENCIA MUNDIAL, NACIONAL Y REGIONAL DE USO DE ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO Y SÍNDROME DE ALCOHOLISMO FETAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METANÁLISIS

ESTIMATION OF NATIONAL, REGIONAL, AND GLOBAL PREVALENCE OF ALCOHOL USE DURING PREGNANCY AND FETAL ALCOHOL SYNDROME: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

S. Popova, S. Lange, Ch. Probst, G. Gmel, J. Rehm

Lancet Glob Health 2017. [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30021-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30021-9).



El uso de alcohol durante el embarazo es una causa directa del síndrome de alcoholismo fetal (FAS). Los objetivos de este estudio fueron estimar en la población general la prevalencia de uso de alcohol durante el embarazo y la prevalencia de FAS; asimismo, y mediante la unión de estos dos indicadores, estimar el número de embarazadas que consumen alcohol durante el embarazo por cada caso de FAS.

Los autores inician el estudio realizando dos búsquedas sistemáticas e independientes de la literatura. Para ello, utilizaron diferentes bases de datos electrónicas con el objetivo de identificar estudios cuantitativos originales realizados en la población general sobre la prevalencia de uso de OH en el embarazo, y publicados en revistas *peer-reviewed* desde el 1 de enero de 1984 hasta el 30 de junio de 2014; y también sobre la prevalencia de FAS publicados desde el 1 de noviembre de 1973 hasta el 30 de junio de 2015. Cada estudio sobre la prevalencia de uso de OH durante el embarazo fue valorado de manera crítica utilizando un cuestionario para estudios observacionales; así mismo, cada estudio sobre la prevalencia del FAS fue valorado críticamente utilizando un método diseñado específicamente para las revisiones sistemáticas que abordan cuestiones de prevalencia. Se descartaron aquellos estudios que utilizaron muestras de población no extrapolables a la población general de cada país respectivo, informaron de una estimación agrupada combinando varios estudios o fueron publicados en iteración. Posteriormente, realizaron un metanálisis de efectos aleatorizados para cada país específico con objeto de estimar la prevalencia agrupada de estos indicadores. Para los países con uno o ningún estudio empírico, se utilizó un modelo de regresión de respuesta fraccional para predecir la prevalencia de uso de OH durante el embarazo; y para la prevalencia de FAS se utilizó el cociente del número promedio de mujeres que consumieron OH durante el embarazo

por cada caso de FAS. Para obtener el intervalo de confianza de la prevalencia puntual de FAS de cada país, se utilizaron simulaciones de Monte Carlo. Se estimaron las prevalencias promedio de uso de OH durante el embarazo y de FAS, mundial y por regiones de la OMS, ponderando por el número de nacidos vivos de cada país.

Respecto a los resultados, de los 23.470 estudios identificados sobre prevalencia de uso de OH durante el embarazo, se seleccionaron 328 para realizar la revisión sistemática y el metanálisis. Estos incluyeron a 50 países que representaron a seis regiones de la OMS (África, Mediterráneo Oriental, Europa, América, Sudeste Asiático, Pacífico Oeste). La estrategia de búsqueda para la prevalencia de FAS obtuvo 11.110 estudios, de los cuales 62 fueron utilizados para el análisis.

En la población general, los cinco países con mayor prevalencia de uso de OH durante el embarazo fueron Rusia, Reino Unido, Dinamarca, Belgrado e Irlanda, todos ellos pertenecientes a Europa. Los cinco países con menor prevalencia de uso de OH fueron Omán, Emiratos Árabes, Arabia Saudí, Qatar y Kuwait. Los cinco países con mayor prevalencia de FAS por cada 10.000 habitantes fueron Belgrado, Italia, Irlanda, Croacia, y Sudáfrica y los cinco países con menor prevalencia de FAS fueron Oman, emiratos Árabes, Arabia Saudí, Qatar y Kuwait. La prevalencia mundial de uso de OH durante el embarazo fue de 9,8% (IC 95%: 8,9-11,1) y la prevalencia de FAS fue 14,6 por cada 10.000 habitantes (IC 95%: 9,4-23,3). También se estimó que una de cada 67 mujeres que consumieron OH durante el embarazo tendría un hijo con FAS, lo cual supone que a nivel mundial cada año nacen 119.000 niños con FAS.

En conclusión, el uso de OH durante el embarazo es frecuente en muchos países y, por tanto, el FAS es un defecto de nacimiento relacionado con el alcohol relativamente prevalente.