

III Jornada de Salud Mental Perinatal Barcelona, mayo 2014

RESÚMENES DE PONENCIAS DE LA III JORNADA DE SALUD MENTAL PERINATAL

Gracia Lasheras^{1,3}, Borja Farré-Sender^{2,3}, Liliana Ferraz⁴, Gemma Mestre^{2,5},
Ingrid Rovira⁶

¹Psiquiatra. H. Universitario Quirón Dexeus (HUQD).

²Psicólogo. HUQD.

³Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva (SSMPR).

⁴Psicóloga. Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. UAB.

⁵Psicóloga. Consejo de Redacción.

⁶Psicóloga. H. Clínic de Barcelona, sede Maternitat.

1. Madres, Alimentación y Trastornos del Comportamiento Alimentario

Mothers, Food and Eating Disorders

J. Toro

Hospital Clínic, Universitat de Barcelona.

Palabras clave: Comportamiento alimentario, prenatal. Embarazo. Puerperio. Anorexia Nerviosa. Bulimia. Madre. Hijo/a. Salud.

Keywords: Eating Disorder. Prenatal. Pregnancy. Postpartum. Anorexia. Bulimia. Mother. Son / Daughter. Health.

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) son **multicausales**. Las influencias culturales sobre el modelo estético, por ejemplo, son una de las causas más claras; sin embargo, en la última década se ha evidenciado el importante papel de los *factores genéticos* que explican entre un 60-65 % de su génesis. Prueba de ello son algunos datos de prevalencia de Anorexia Nerviosa (AN) y Bulimia Nerviosa (BN) en familiares de primer grado de pacientes con TCA, que es de 7 a 12 veces superior a la de familiares de controles (Lilenfeld *et al.*, 1998; Klump *et al.*, 2000).

En psicopatología, tanto el ambiente común como el individual no solo es social o interpersonal; también puede ser físico-químico como la polución atmosférica, los traumatismos cráneo-encefálicos, las intoxicaciones (alimentos, fármacos, alcohol, drogas) y la Perinatalidad: embarazo, parto y lactancia.

Las mujeres con un TCA experimentan cambios corporales por primera vez desde la adolescencia y muchas albergan sentimientos negativos sobre el aumento de peso y los cambios corporales. Durante el embarazo, el miedo a perder el control sobre el aumento de peso es, en estas mujeres, el sentimiento ansiógeno más prevalente, a la vez del temor a que su hijo pueda resultar afectado físicamente por una pobre nutrición. Sin duda, el común denominador es siempre la ansiedad; de hecho, en el seguimiento de los hijos de madres con historia de TCA (AN y BN) los datos son reveladores: se observa que los hijos presentan **menor peso al nacer y menor circunferencia craneal** y, a pesar de que a los 3 meses de edad el IMC se normaliza, la circunferencia craneal se mantiene menor. A los 5 años presentan mayores **dificultades en habilidades verbales** que correlacionan con anomalías en la circunferencia craneal (Koubaa *et al.*, 2013). Así mismo, los bebés de las madres con TCA presentan

una **tasa de crecimiento** (peso/talla) significativamente inferior desde el nacimiento hasta los 12 meses que los hijos de madres sin TCA (Perrin *et al.*, 2014). Las posibles explicaciones se debaten en que las madres presentan más dificultades para amamantar, manifiestan una mayor consciencia de la exposición corporal propia de amamantar y suelen acabar antes la sesión reduciendo el número de grasas que afloran en sesiones más largas; además, tienden, con mayor frecuencia, a considerar que sus hijos tienen el temperamento difícil. Otras consecuencias -en los hijos de madres AN, BN, AN+BN- desde el nacimiento hasta los 10 años son, por ejemplo, **menor talla** que controles, menor IMC a los 2 años que termina estabilizándose a los 10 (Easter *et al.*, 2014).

Las madres también presentan un mayor número de **complicaciones** durante la perinatalidad, como anemia, crecimiento fetal lento, contracciones prematuras, más incidencia de reanimación neonatal, Apgar muy bajo, hipertensión materna, larga duración de primera y segunda fases del parto, y bebés de mayor tamaño (Linna *et al.*, 2014). Asimismo, existen factores perinatales de riesgo: en el caso de la AN, anemia materna ($p = .03$), Diabetes mellitus ($p = .04$), preeclampsia ($p = .02$), infarto placentario ($p = .001$), problemas cardíacos neonatales ($p = .007$) e hiporreactividad ($p = .03$); en el caso de la BN destacan el Infarto placentario ($p = .05$), las dificultades alimentarias tempranas ($p = .02$) y el bajo peso ($p = .009$) para la edad gestacional (Favaro *et al.* 2006). **Otros problemas** presentes en madres con TCA son, en el caso de las hijas de mujeres AN, mayor número de Trastornos Emocionales (OR:1.7), de Trastornos de la Conducta (OR:2.2) e Hiperactividad (OR: 1.8); y en los hijos varones mayores tasas de Trastornos Emocionales (OR: 2.0). Las hijas de mujeres con BN muestran más incidencia de Hiperactividad (OR: 1.7), y los hijos más Trastornos Emocionales (OR: 2.2) y de la Conducta (OR: 2.4) (Micali *et al.*, 2013). El estudio prospectivo de Pearson *et al* (2013) correlaciona la depresión perinatal y las consecuencias en los hijos en edad adolescente (alrededor de los 18 años), y concluye que la **depresión prenatal** es un factor de riesgo independiente, de manera que, cuantos más síntomas depresivos maternos prenatales sufra la gestante tanto más riesgo de depresión sufrirán los hijos adolescentes. Así mismo, la depresión postparto solo es de riesgo en madres con niveles educativos bajos. Por su parte, la **depresión en los padres** en la etapa prenatal no se asocia a riesgo de depresión en hijos; sin embargo la postnatal, sí.

Bibliografía

- Easter A, Howe LD, Tilling K, Schmidt U, Treasure J, Micali N. (2014) Growth trajectories in the children of mothers with eating disorders: a longitudinal study. *British Medicine Journal*. 27; 4 (3): 44-53.
- Favaro A, Tenconi E, Santonastaso P. (2006) Perinatal factors and the risk of developing anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*; 63 (1): 82-8.
- Klump KL, Bulik CM, Pollice C, Halmi KA, Fichter MM, Berrettini WH, Devlin B, Strober M, Kaplan A, Woodside DB, Treasure J, Shabbout M, Lilienfeld LR, Plotnicov KH, Kaye WH. (2000) Temperament and character in women with anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 188 (9): 559-67.
- Koubaa S, Hällström T, Hagenäs L, Hirschberg AL. (2013) Retarded head growth and neurocognitive development in infants of mothers with a history of eating disorders: longitudinal cohort study. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*. 120 (11): 1413-22.
- Lilienfeld LR, Kaye WH, Greeno CG, Merikangas KR, Plotnicov K, Pollice C, Rao R, Strober M, Bulik CM, Nagy L. (1998) A controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*. 55 (7): 603-10.
- Linna MS, Raevuori A, Haukka J, Suvisaari JM, Suokas JT, Gissler M. (2014) Pregnancy, obstetric, and perinatal health outcomes in eating disorders. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*.
- Micali N, Hagberg KW, Petersen I, Treasure JL. (2013) The incidence of eating disorders in the UK in 2000-2009: findings from the General Practice Research Database. *British of Medicine Journal* 28; 3(5).

-
- Pearson RM, Evans J, Kounali D, Lewis G, Heron J, Ramchandani PG, O'Connor TG, Stein A. (2013) Maternal depression during pregnancy and the postnatal period: risks and possible mechanisms for offspring depression at age 18 years. *Journal of the American Medical Association*. Dec; 70 (12): 1312-9.
 - Perrin EM, Von Holle A, Zerwas S, Skinner AC, Reba-Harrelson L, Hamer RM, Stoltenberg C, Torgersen L, Reichborn-Kjennerud T, Bulik CM. (2014) Weight-for-length trajectories in the first year of life in children of mothers with eating disorders in a large norwegian cohort. *International Journal of Eating Disorders*.

2. Exposición prenatal a sustancias de abuso

Prenatal exposure to abuse drugs

O. García-Algar

Servicio de Pediatría, Hospital del Mar, Barcelona

Palabras clave: Exposición prenatal. Sustancias de abuso. Biomarcadores. Matrices alternativas. Embarazo. Recién nacido.

Key words: Prenatal exposure. Abuse drugs. Biomarkers. Alternatives matrixes. Pregnancy. Newborn.

En España, el 2,5 % de mujeres en edad fértil afirman haber consumido cocaína durante los últimos 12 meses; sin embargo, más allá de las encuestas telefónicas, solo se han realizado unos pocos estudios acerca de la prevalencia del consumo de drogas durante el embarazo, mediante determinación de biomarcadores de exposición en matrices biológicas, dos de ellos en Barcelona, en el marco del denominado Proyecto Meconio. El estudio incluye a 1209 parejas de madre-recién nacido y su objetivo principal es estimar la prevalencia del consumo de las sustancias de uso recreacional (opiáceos, cocaína, cannabis y anfetaminas) en mujeres embarazadas y los efectos de la exposición crónica en el recién nacido. El análisis de meconio ha revelado que el **10,9 % de los fetos están expuestos a alguna de estas drogas de abuso** y ha puesto de manifiesto la infradeclaración existente en los cuestionarios y la poca expresividad clínica de la exposición prenatal.

Por otro lado, la exposición que ocurre durante la vida prenatal puede extenderse, y existen padres consumidores de sustancias de abuso que exponen a sus hijos a ellas durante los primeros años de vida. Además del riesgo de intoxicación aguda, pueden estar expuestos a estas sustancias de forma crónica. Las vías de exposición son diversas y dependen de la forma de consumo: por inhalación de humo, ingestión accidental o contaminación del mobiliario del entorno. El seguimiento clínico de todos estos niños es imperativo, con el objetivo de minimizar los efectos a largo plazo, como la predisposición al consumo de sustancias de abuso en la adolescencia y la vida adulta, posteriormente.

Los efectos deletéreos relacionados con la **exposición pasiva** a sustancias de abuso son múltiples y dependen de la intensidad de la exposición, del período de la vida (prenatal o postnatal), de la sustancia implicada y del tipo de intoxicación (aguda o crónica).

Los recién nacidos y los niños en edad preescolar son candidatos, por su tamaño y su baja masa corporal, a tener mayores efectos deletéreos después de su exposición a sustancias de abuso, a pesar de que pocos trabajos hayan demostrado este hecho. La exposición activa (por ejemplo, por ingesta de restos de la sustancia) o pasiva (por ejemplo, por inhalación pasiva del humo derivado del consumo fumado de la misma) está vinculada a un posible riesgo de envenenamiento. Se conoce que la **intoxicación aguda grave en niños** puede producirse a concentraciones más bajas que en adultos (en los que suelen dar lugar a los efectos fisiológicos deseados tras su consumo activo) debido al metabolismo

inmaduro de estos niños. Además, es frecuente que los casos de intoxicaciones agudas se produzcan en niños que presentan una exposición crónica a más de una sustancia de forma simultánea.

La herramienta más utilizada para la detección de la exposición prenatal y postnatal de sustancias de abuso sigue siendo el cuestionario basado en la anamnesis, pero tiene una eficacia muy dudosa y la **infradeclaración** en nuestro entorno es la norma. La valoración exacta de la exposición a drogas de abuso mediante la determinación objetiva de principios activos y metabolitos, que servirían como marcadores del consumo de dichas drogas, podría proporcionar la base para el tratamiento y el seguimiento apropiados de los recién nacidos y niños que presentan síntomas de abstinencia de drogas. Además, podría obtenerse información respecto a la prevalencia real del consumo de drogas ilegales durante el embarazo y la exposición en la vida postnatal.

El *pelo materno* parece ser más sensible que el meconio en detectar la exposición prenatal a drogas durante el tercer trimestre, por lo que podría convertirse en una buena herramienta de cribado. Del mismo modo, su utilización durante el primer trimestre podría ayudar a prevenir la exposición prenatal, sin duda, la mejor intervención posible para minimizar las consecuencias del consumo materno sobre el niño. Posteriormente, *el pelo del niño* (combinado con el pelo de los padres y de sus hermanos y otros convivientes en el mismo entorno doméstico) es la **matriz biológica de elección** para estudiar la exposición pasiva a drogas de abuso, alcohol y tabaco.

Estas matrices no convencionales cuentan con las ventajas de que su recogida no es invasiva y no requiere un ambiente hospitalario, además de proporcionar información retrospectiva en el tiempo, por ejemplo, de un mes por cada centímetro de pelo desde el cuero cabelludo. De esta forma, dan información sobre la exposición crónica.

Los datos de elevada prevalencia de exposición pasiva a sustancias de abuso del feto durante el embarazo, y del niño en la época postnatal, justifican la existencia de riesgos clínicos derivados de intoxicaciones agudas (que suelen presentarse con dosis menores que en los adultos) y de la exposición crónica simultánea a varias sustancias. La principal estrategia de prevención pasa por la educación y el consejo dirigido a los padres, consumidores o no, respecto a los efectos deletéreos de la exposición pasiva a estas sustancias de abuso en la época prenatal y en la infancia. La determinación de biomarcadores de las sustancias de abuso en diversas matrices, alternativas o clásicas, es fundamental para el diagnóstico de la exposición: pelo materno y meconio del recién nacido en la exposición prenatal; y orina y pelo del niño, y pelo de los adultos de su entorno en la exposición postnatal. De esta forma, la detección de una exposición insospechada a sustancias de abuso tiene dos escenarios:

1. El cribado neonatal universal (que tiene limitaciones coyunturales económicas y analíticas) o solo a recién nacidos con factores epidemiológicos y sociosanitarios de riesgo (en orina y meconio) y el estudio en embarazadas (en pelo y orina maternos).

2. El estudio en urgencias ante casos de sospecha por la clínica, por el entorno o en caso de una intoxicación aguda para descartar exposición crónica (en orina y pelo del niño, y en pelo de los adultos y niños que comparten el mismo entorno doméstico).

3. Consecuencias de la exposición perinatal a cannabis: mecanismos neurobiológicos subyacentes.

Consequences of perinatal exposure to cannabis: Underlying neurobiological mechanisms.

MP Viveros

Departamento de Fisiología (Fisiología Animal II). Facultad de Biología . Universidad Complutense de Madrid.

Palabras clave: Sistema endocannabinoide, tetrahidrocannabinol (THC), neurodesarrollo, perío-

dos críticos, efectos persistentes de larga duración, estudios epidemiológicos, estudios en animales de laboratorio, función cognitiva, alteraciones psiquiátricas.

Key words: Endocannabinoid system, tetrahidrocannabinol (THC), neurodevelopment, critical periods, long term persistent effects, epidemiological studies, animal studies, cognitive function, psychiatric disorders.

El cannabis sigue siendo una de las drogas de abuso más consumidas, especialmente entre la población juvenil, incluidas jóvenes embarazadas. El principal compuesto psicoactivo del cannabis es el Delta-9-tetrahidrocannabinol (THC), que ejerce sus efectos al activar receptores cannabinoides. El receptor CB1 cannabinoide es uno de los receptores más abundantes en el cerebro. Los receptores cannabinoides se encuentran no solo en sistema nervioso, sino también en otros sistemas y, por tanto, los efectos perjudiciales del cannabis se refieren no solo al sistema nervioso y al comportamiento, sino también a otras funciones. Sin embargo, en esta charla se revisó fundamentalmente el impacto de la droga sobre el cerebro y las consecuencias a nivel cognitivo y emocional. Para entender estos efectos, es fundamental tener en cuenta que el sistema endocannabinoide (SEC) (que incluye los receptores cannabinoides, ligandos endógenos de esos receptores y la maquinaria enzimática para su síntesis y degradación) es un **sistema neuromodulador y regulador** que juega un papel muy importante en diversos aspectos de la psicofisiología del individuo, incluidos regulación de la ansiedad y respuesta al estrés, balance energético y sistemas de recompensa del cerebro. En lo que se refiere al tema de esta conferencia, es fundamental resaltar el papel que el SEC parece jugar en el propio desarrollo del cerebro y sus implicaciones en la **plasticidad sináptica**. Dos períodos críticos para el neurodesarrollo son los períodos perinatal y adolescente; durante estas etapas, el cerebro muestra una plasticidad única y es especialmente vulnerable a la acción del cannabis (y otras drogas). Más aún, el propio SEC está en pleno desarrollo durante estas etapas, por lo que el consumo de cannabis puede hacer que la repetida activación del receptor CB1 por el THC interfiera con el desarrollo del SEC y altere sus funciones reguladoras. Tras una descripción de los efectos deletéreos del cannabis, tanto en agudo como en crónico (efectos persistentes, de larga duración), sobre el cerebro y el comportamiento (mayor riesgo de enfermedades psiquiátricas, notablemente, aunque no solo, esquizofrenia), se explicó la importancia de la capacidad del THC de atravesar la barrera placentaria y de ser secretado en la leche materna, como introducción a los efectos del cannabis consumido por madres embarazadas y/o lactantes sobre el desarrollo del cerebro del feto. Se presentaron datos procedentes de estudios epidemiológicos en humanos, así como de estudios en animales de experimentación que indican que **la exposición prenatal/perinatal a cannabis afecta al desarrollo del cerebro** y puede tener efectos a largo plazo sobre función cognitiva y otros aspectos del comportamiento, notablemente aspectos emocionales y afectación del sistema de recompensa del cerebro, que es activado tanto por el propio cannabis como por otras drogas de abuso. Se analizaron los paralelismos en cuanto a efectos descritos en humanos y animales, y las ventajas de los estudios en animales de experimentación a la hora de indagar en los mecanismos neurobiológicos que subyacen a las consecuencias del consumo del cannabis, incluida la posibilidad de modificar la respuesta a otras drogas de abuso y facilitar su consumo. También se mencionaron posibles **factores genéticos de vulnerabilidad**, así como el hecho preocupante de que en los últimos años se encuentra un aumento de la cantidad de THC en las preparaciones de cannabis/marihuana e incluso se consumen agonistas sintéticos de tipo cannabinoide (spice) altamente potentes y peligrosos. Tanto en la charla como en la discusión posterior, la ponente hizo hincapié en que la evidencia científica, incluidos datos experimentales recientes que apuntan a efectos trans-generacionales del cannabis, indica con rotundidad que no solo las mujeres embarazadas o lactantes deben evitar por supuesto consumir cannabis, sino que la droga no debe consumirse en ninguna etapa de la vida, sobre todo en aquellas en las que el cerebro es más vulnerable como los períodos críticos del neurodesarrollo a los que se hace alusión más arriba.

Web recomendada: National Institute on Drug Abuse (NIDA) <http://www.drugabuse.gov/>

4. Los retos de la prevención del consumo de alcohol y drogas durante el embarazo Challenges for alcohol and drugs prevention during pregnancy

L. Segura¹, C. Bruguera¹, J. Colom¹

¹Subdirección General de Drogodependencias. Agencia de Salud Pública de Catalunya. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya.

Palabras clave: Drogas, embarazo, prevención.

Key words: Drugs, pregnancy, prevention.

El consumo de alcohol y otras drogas es una de las causas más importantes de morbi-mortalidad en los países desarrollados. En un estudio reciente realizado en nuestro contexto, se encontró **exposición a las drogas en el 28,8 % de niños** de entre 2 y 10 años (Pichini S *et al*, 2014). La no planificación de muchos embarazos aumenta la prevalencia de fetos expuestos a alcohol y otras drogas y, dicha exposición, aumenta de manera significativa el riesgo de efectos adversos en la gestación y en el desarrollo del bebé como el síndrome alcohólico fetal, riesgo de aborto, bajo peso, prematuridad, etc. (Barr HM *et al*, 2001).

El daño al feto fruto del consumo de sustancias no es reversible, pero el embarazo suele aumentar la motivación para reducir o eliminar conductas poco saludables y significa controles regulares, por lo tanto supone una buena oportunidad para prevenir, detectar e intervenir en el consumo de sustancias.

En Cataluña, la Subdirección General de Drogodependencias y el Programa de Salud Materno-infantil de la Agencia de Salud Pública están trabajando, con el apoyo de un grupo de expertos, en el desarrollo del **programa Embarazo sin alcohol ni drogas**, con el objetivo de reducir el consumo de alcohol y otras drogas durante la planificación del embarazo, la gestación y el puerperio.

Dicho programa, para que se pueda implementar de forma efectiva, debe dar respuesta a una serie de retos más allá de los propios del embarazo. Así, es necesario promover estudios diversos en nuestro contexto, tanto en relación a la prevalencia de consumos como a la efectividad de las diferentes acciones. El programa ha de aumentar la conciencia poblacional sobre los riesgos asociados al consumo de sustancias en general, pero en particular sobre los asociados al embarazo garantizando que cualquier mujer, planifique o no su embarazo, conozca los riesgos a tiempo. El programa ha de dotar de herramientas a los profesionales para poder detectar los consumos, muchas veces negados, y ayudar a promover la motivación hacia el cambio. Debe clarificar los tratamientos farmacológicos que se pueden administrar a mujeres embarazadas que tienen que dejar de consumir, y establecer mecanismos de coordinación entre los servicios de seguimiento del embarazo y de atención a las drogodependencias, para poder gestionar adecuadamente los casos más complejos. Todo ello, además, buscando el equilibrio ético y necesario entre los derechos de las mujeres y los de los niños.

A pesar de los retos a los que nos enfrentamos, creemos que es posible implementar un programa que coordine la actuación, por parte de diferentes profesionales de la salud y que integre acciones preventivas y de tratamiento, para mejorar la salud de madres e hijos y además generar un cambio cultural.

Bibliografía

1. Pichini, S. et al (2014) Assessment of Unsuspected Exposure to Drugs of Abuse in Children from a Mediterranean City by Hair Testing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 11: 2288-2298.
2. Barr HM, Streissguth AP (2001). Identifying maternal self-reported alcohol use associated with fetal alcohol spectrum disorders. *Alcoholism Clin Exp Res*. 25:283-7.

5. Detección sistemática de la Depresión Posparto (DPP): estado de la cuestión

Screening for postpartum depression: state of the art

G. Lasheras¹, B. Farré-Sender¹

¹Unitat de Salut Mental Perinatal i Reproductiva. S. Psiquiatria, Psicologia y Medicina Psicosomática. Hospital Universitario Quirón Dexeus

Palabras clave: Depresión posparto, detección sistemática.

Key words: Postpartum depression, screening.

La detección sistemática de la DPP es un fenómeno que está en estos momentos en debate. Por una parte, su necesidad está basada en la alta prevalencia de los trastornos depresivos en el puerperio (10 % en muestras españolas), sin olvidar el alto riesgo de descompensación depresiva en mujeres con T. Depresivo recurrente y T. Bipolar; sin embargo, **su detección es insuficiente** según datos revelados por estudios nacionales e internacionales. Por otra parte, cada vez están más documentadas **las consecuencias de la DPP no tratada**, tanto en la mujer (riesgo de suicidio, alteración de la calidad de vida, la relación de pareja, etc.) como en la descendencia (problemas cognitivos, conductuales, emocionales y TDAH) y en el **vínculo** que ha de generarse entre ambos, que puede verse menoscabado hasta en el 29 % de los casos.

Los estudios, que han investigado cómo responde la mujer a este tipo de evaluación (mayoritariamente mediante la utilización de la Escala de Edimburgo -EPDS-), reflejan una alta tolerabilidad de las pacientes (80-90 % de los casos) tanto en mujeres no deprimidas como en las deprimidas.

Los planteamientos actuales, específicamente los de la Sociedad Marcé Internacional de Salud Mental Perinatal (Austin MP *et al*, 2014), son los siguientes:

1. Periodo a evaluar. No circunscribirse al posparto, sino ampliar a toda la etapa perinatal (embarazo y 1 año posparto) con el objetivo de la detección e intervención tempranas a fin de preservar el bienestar materno-infantil.

2. Patología a evaluar. No solo la DPP, sino la "Morbilidad psicosocial" (Figura 1).

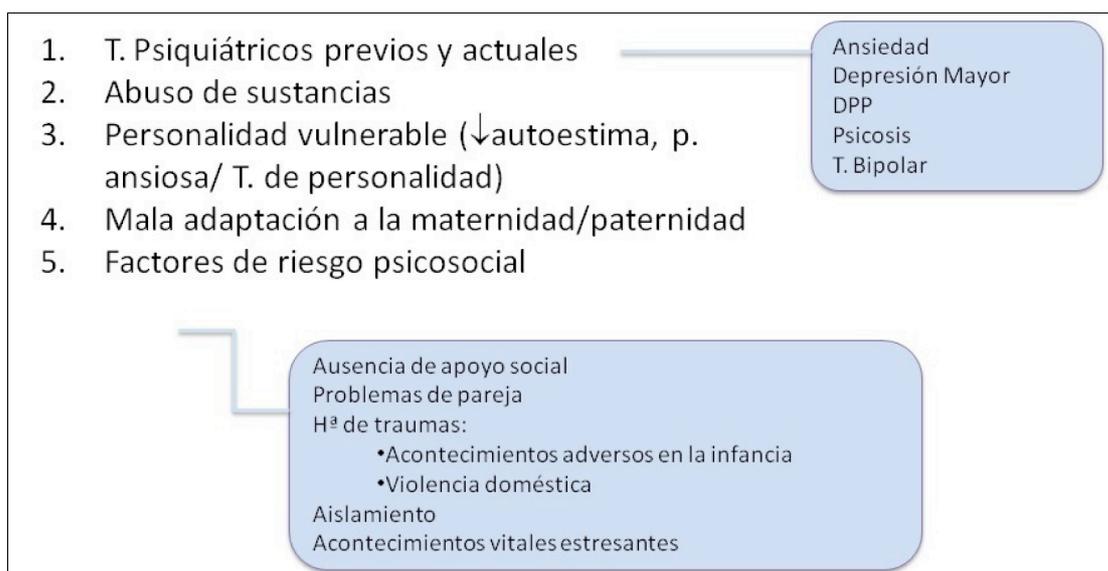


Figura 1. Morbilidad psicosocial: concepto

3. Metodología de la evaluación: Programa de evaluación psicosocial vehiculado a través de una entrevista clínica y/o un instrumento estructurado, que incluiría la detección de la DPP. Se disponen en estos momentos de tres *Guías de la Práctica Clínica* (GPC): La GPC Británica y Galesa (NICE, 2007), la GPC Escocesa (SIGN, 2012) y la GPC Australiana (NHRMC, 2011); esta última es la única que contempla la evaluación de la interacción madre-hijo.

Así mismo, existen 5 *instrumentos estructurados* y validados para la evaluación de morbilidad psicosocial en la etapa perinatal, aunque ninguno ha sido validado para población española (Figura 2).

1. ALPHA: Antenatal Psychosocial Health Assessment
2. ANRQ: Antenatal Risk Questionnaire
3. ARPA: Antenatal Routine Psychosocial Assessment
4. CAN-M: Camberwell Assessment of Need—Mothers
5. CAME: Contextual Assessment of Maternity Experience

Figura 2. Instrumentos estructurados para la evaluación de morbilidad psicosocial en la etapa perinatal

La evaluación deberá llevarse a cabo desde Atención Primaria de Salud, de forma integrada con Salud mental, que desarrollará planes de formación y supervisión continuada (Figura 3).

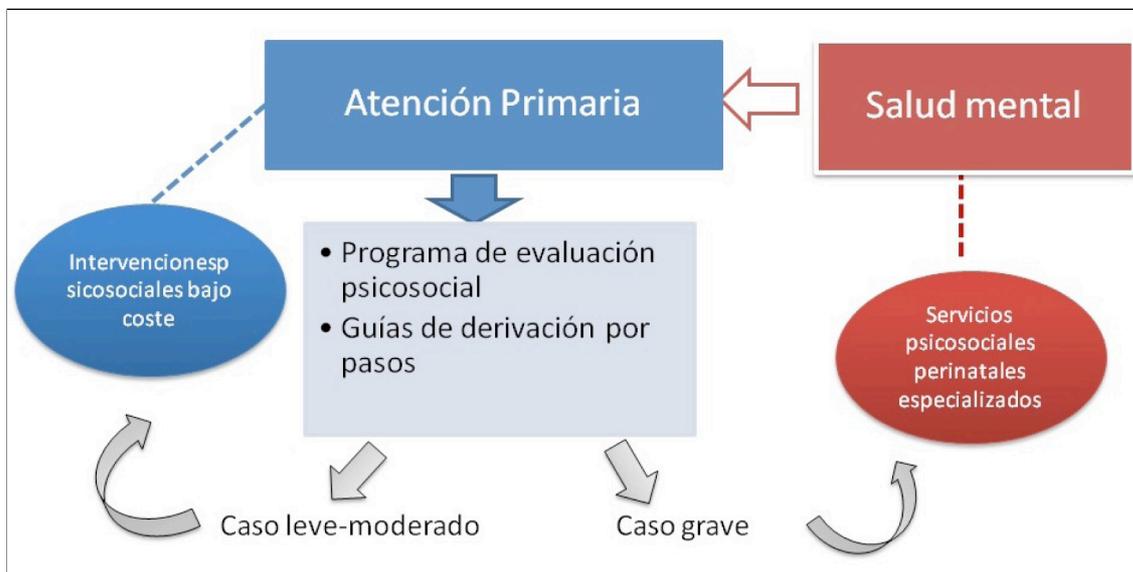


Figura 3. Modelo de Atención "Integrada"

Este modelo de atención integrada ha comenzado a implementarse en Australia, especialmente en las unidades de maternidad y atención a la primera infancia, aunque los resultados todavía no han sido evaluados.

Actualmente, el *debate* se centra en:

1. Cuestionar una detección universal exclusiva de la DPP ante el riesgo de sobrediagnosticar la DPP y la falta de rentabilidad frente a las ventajas de la evaluación psicosocial, que permitiría sensibilizar y educar a las mujeres en la etapa perinatal sobre la importancia de la salud mental, la interacción madre-hijo y temas psicosociales que impactan más ampliamente en la familia (violencia de pareja, búsqueda de ayuda...)

2. Encontrar la metodología más adecuada para la evaluación, puesto que los cinco instrumentos diseñados hasta el momento presentan problemas de validez.

3. Definir cómo evaluar en los países poco desarrollados, mediante instrumentos de evaluación de la depresión adaptados, a fin de identificar factores de riesgo psicosocial y reducir la estigmatización y el abuso de mujeres con enfermedad mental en la etapa perinatal.

4. Determinar las intervenciones de "baja intensidad" (internet, online, apoyo social, autoayuda), que podrían ser útiles en trastornos leves del estado de ánimo.

Bibliografía

1. Austin MP, Marcé Society Position Statement Advisory Committee (2014). [Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women](#). Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. Jan;28(1):179-87.

2 National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (2007). Antenatal and postnatal mental health: The NICE guidelines on clinical management and service guidance CG45. London; National Institute for Health and Clinical Excellence. Disponible en URL <http://publications.nice.org.uk/antenatal-and-postnatal-mental-health-cg45>.

3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of perinatal mood disorders (SIGN Publication n° 127) (2012). Edinburgh. Disponible en URL <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign127.pdf>.

4. Australian Guidelines for Perinatal Depression & associated Disorders (NHRMC) (2011). University of New South Wales, Australia. Disponible en URL <https://www.bspg.com.au/dam/bsg/product?client=BEYONDBLUE&prodid=BL/0891&type=file>.

6. Detección y atención a los estados depresivos en el posparto desde los Servicios de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva

Detection and attention to postpartum depressive states in sexual and reproductive health care services

C. Martínez-Bueno¹, A. Zaragoza, C. Vall, E. Sardá, A. Carrascón, R. Almirall, A. Garrido, E. Vela, M. Burballa

¹Responsable Atención a la Salud Sexual y Reproductiva de Barcelona Ciudad (Àmbit de Atenció Primària de Barcelona ciutat) Institut Català de la Salut. Professora Escola de Enfermeria. Departament de Salut Mental, Salut Pública y Materno-Infantil de la Universitat de Barcelona. Presidenta de la Federació de Associacions de Matrones de Espanya (FAME)

Palabras clave: Depresión posparto, Test de Edimburgo, estado emocional, videoconferencia.

Key words: Postpartum depression, Edimburg Scale, emocional states, videoconferencing.

Los servicios de atención a la salud sexual y reproductiva de Barcelona (ASSIR) se caracterizan, al igual que en el resto de Cataluña, por una cartera de servicios amplia que incluye actividades de promoción, prevención y atención en los diferentes aspectos que tienen que ver con la salud sexual y reproductiva, entre ellos la atención durante el embarazo y posparto. Es precisamente durante la atención al posparto que la detección de la alteración del estado emocional y la depresión posparto adquieren una importancia fundamental.

La matrona es la profesional referente durante la atención al posparto normal por este motivo; el **cribaje sistemático de la depresión posparto**, a través de la Escala de Depresión posnatal de Edimburgo, es un elemento clave en la atención durante este período. La identificación de problemas en el estado emocional implica la intervención de otros profesionales del equipo ASSIR, como psicólogas u obstetra-ginecólogos/as.

El Instituto Catalán de la Salud, dentro del Estándar de Calidad, tiene como indicador la valoración del estado emocional a través de la **Escala de Edimburgo**, entendiéndose que la depresión posparto es un problema de salud pública y que tiene una prevalencia superior a otros problemas de salud, como pueden ser la diabetes gestacional o los estados hipertensivos. En Barcelona ciudad, en el 2013, la valoración del estado emocional en el posparto se realizó en el 74 % de las puerperas, el 89,6 % de las cuales obtuvieron un valor en la Escala de Edimburgo <9, un 3,6 % obtuvieron valores entre 9 y 10, y un 6,6 % obtuvo valores iguales o superiores a 11, siendo este un valor inferior al descrito por la bibliografía. El tiempo transcurrido entre el parto y la valoración del estado emocional fue de 30,7 días. Un 46,6 % de las puerperas con test igual o superior a 11 fueron derivadas a la psicóloga.

Actualmente, un proyecto de **atención por videoconferencia**, que permite a las mujeres contactar en el postparto con la matrona, nos puede ayudar también a identificar situaciones de alteración del estado emocional y mejorar de esta manera la prevención y la atención en salud mental en el posparto.

7. Mamáfeliz: una herramienta online para la prevención de la depresión perinatal*

Mamáfeliz (Happymum): An online tool for preventing perinatal depression

J. Osma López

Universidad de Zaragoza.

Palabras clave: Depresión perinatal, *screening*, evaluación online.

Key words: Perinatal depression, screening, online assessment.

*Proyecto Subvencionado por la Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana, la Fundación Universitaria Antonio Gargallo, Obra Social IberCaja, Gobierno de Aragón y Fondo Social Europeo.

La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (2010) plantea la necesidad de prevenir la depresión en la mujer, haciendo especial hincapié en la promoción del bienestar psicológico y emocional de las gestantes, y en la **prevención e identificación precoz de psicopatología en el posparto**. Esta labor implica, por una parte, conocer los factores de riesgo asociados a la depresión perinatal (DPe), por otra, los instrumentos de *screening* para su detección precoz, algo que en muchos lugares todavía es una asignatura pendiente.

Distintos estudios han aportado evidencias de la asociación entre distintos factores de riesgo psicosociales y DPe, entre ellos: historia previa de depresión, síntomas depresivos y ansiosos durante el embarazo, alto neuroticismo, baja autoestima, eventos vitales estresantes, problemas en la relación de pareja o bajo apoyo social, entre otros (O´Hara y McCabe, 2013). Según Jones (2005), el reto está en

la evaluación de todos estos factores de riesgo en una misma muestra de estudio, por lo que consideramos que una buena estrategia para tal fin es la utilización de la telepsicología.

Desde que la telepsicología comenzara su andadura, conectando a profesionales de la salud con sus pacientes (Brown, 1998), hemos presenciado un incremento exponencial de sus aplicaciones y beneficios. Actualmente, contamos con un gran número de estudios controlados en prevención y tratamiento de trastornos mentales y en promoción de conductas de salud a través de Internet (para una revisión, véase Andersson, 2009; Carlbring y Andersson, 2006; Ritterband *et al.*, 2003). Respecto a la **evaluación y tratamiento online de depresión y ansiedad**, destacamos *Beating the Blues* (Proudfoot *et al.*, 2003), *MoodGYM* (Andersson *et al.*, 2005) y *BluePages* (Hampton, 2006). En el caso específico de la prevención de la DPe a través de programas de intervención psicológica online, podemos mencionar *Netmums* (O'Mahen *et al.*, 2013), *MomMoodBooster* (Danaher *et al.*, 2012), *MamaMia* (Haga *et al.*, 2013) y *Mothers & Babies internet course* (Barrera *et al.*, 2014); en este último caso, estamos a la espera de resultados de eficacia de la intervención.

El objetivo del **proyecto Mamáfeliz (MMF)** es la prevención de la DPe a través de la evaluación y seguimiento del estado emocional de las mujeres embarazadas y en el posparto, y de la derivación precoz de mujeres con síntomas depresivos o ansiosos elevados. Con este fin, hemos desarrollado una aplicación web (www.mamafeliz.es) y una app para *smartphones* (app Mamáfeliz gratuita en Google Store). Centrándonos en la aplicación web, la evaluación incluye la mayoría de factores de riesgo vinculados a la DPe distribuidos en variables sociodemográficas, obstétricas, psicológicas y psicopatológicas. La muestra del estudio se obtiene a través de convenios de colaboración con Centros de Salud y Hospitales, fundamentalmente de las Comunidades Valenciana y Aragonesa. Las matronas colaboradoras ofrecen a sus usuarias embarazadas los códigos de acceso a la aplicación y, desde su casa, pueden registrarse y rellenar las evaluaciones en los momentos establecidos (entre la semana 16-24, entre la semana 30-36 y a las 2, 4 y 12 semanas tras el parto). Al finalizar las evaluaciones las usuarias responden a una encuesta sobre usabilidad, utilidad y satisfacción con la aplicación MMF. Los resultados en este sentido son muy satisfactorios, con puntuaciones superiores a 4 (escala likert de 1 "nada" a 5 "mucho").

En una primera muestra de 151 mujeres evaluadas antes del parto, aparecen **factores de riesgo** relacionados con: tratamientos psicológicos previos (25,8 %), baja renta familiar (15,2 %), consumo de tabaco (12,6 %) y sentimientos de ambivalencia hacia el bebé (10,6 %). Las variables que diferencian de manera significativa ($p < .005$) a las mujeres con síntomas depresivos (EPDS ≥ 11) de las que no los tienen, tanto en el embarazo como en el posparto, son fundamentalmente el apoyo social (MSPSS) y el afecto negativo (PANAS). Este resultado preliminar informa de la importancia del apoyo social en la mujer, además de plantear la posible relación entre los síntomas depresivos y las dificultades en la regulación emocional (alto afecto negativo). Finalmente, de las 151 mujeres evaluadas, 7 cumplieron criterios de episodio depresivo mayor según la aplicación MMF, confirmándose posteriormente con una entrevista clínica telefónica. Consideramos que una aplicación online como MMF, accesible y de fácil uso, puede ser un medio de evaluación, diagnóstico y seguimiento eficaz para garantizar la prevención de la DPe.

Bibliografía

1. Andersson, G., Bergstrom, J., Hollandare, F., Carlbring, P., Kald, V. y Ekselius, L. (2005). Internet-based self-help for depression: randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 187, 456-462.
2. Andersson, G. (2009). Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 175-180.
3. Barrera, A., Kelman, A. R. y Muñoz, R. F. (2014). Keywords to recruit Spanish- and English-speaking participants: evidence from an online postpartum depression randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research*, 16 (1): e6. doi: 10.2196/jmir.2999.
4. Brown, F. W. (1998). Rural telepsychiatry. *Psychiatric Services*, 49, 963-964.

5. Carlbring, P. y Andersson, G. (2006). Internet and psychological treatment. How well can they be combined? *Computers in Human Behavior*, 22, 545-553.
6. Danaher, B. G., Milgrom, J., Seeley, J.R, Stuart, S., Schembri, C., Tyler, M.S., Lewinsohn, P. (2012). Web-Based Intervention for Postpartum Depression: Formative Research and Design of the MomMoodBooster Program. *JMIR Research Protocols*, 1(2): e18. doi: 10.2196/resprot.2329.
7. ENSSR (2010). Estrategia Nacional en Salud Sexual y Reproductiva. Ministerio de Sanidad y Política Social. Madrid: Gobierno de España.
8. Haga, S. M., Drozd, F., Brendryen, H. y Slinning, K. (2013). Mamma Mia: A Feasibility Study of a Web-Based Intervention to Reduce the Risk of Postpartum Depression and Enhance Subjective Well-Being. *JMIR Research Protocols*, 2 (2): e29. doi: 10.2196/resprot.2659
9. Hampton, T. (2006). Researchers provide psychiatric care from afar. *The Journal of the American Medical Association*, 295(1), 21-23.
10. Jones, I. (2010). DSM-5: The Perinatal Onset Specifier for Mood Disorders. En: American Psychological Association, DSM-5, 2010. Disponible en: <http://www.dsm5.org/Documents/Mood%20Disorders%20Work%20Group/Ian%20Jones%20memo-post-partum.pdf>.
11. O'Hara, M.W. y McCabe, J.E. (2013). Postpartum Depression: Current Status and Future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9: 379-407. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612.
12. O'Mahen, H. A., Woodford, J., McGinley, J., Warren, F. C., Richards, D. A., Lynch, T. R. y Taylor, R. S. (2013). Internet-based behavioral activation-Treatment for postnatal depression (Netmums): A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 150, 814-822.
13. Proudfoot, J., Goldberg, D., Mann, A., Everitt, B., Marks, I y Gray, J. (2003). Computerized, interactive, multimedia cognitive-behavioural program for anxiety and depression in general practice. *Psychological Medicine*, 33, 217-227
14. Ritterband, L. M., Gonder-Frederick, L. A., Cox, D. J., Clifton, A. D., West, R. W. y Borowitz, S. M. (2003). Internet interventions: in review, in use and into the future. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 527-534.

8. Atención al parto y posparto hospitalario en mujeres con un trastorno mental

Care in hospital delivery and postpartum in women with a mental disorder

A. Arranz, M. Sanz, T. Collado, A. Camacho, Ll. García Esteve, E. Gratacós.

Hospital Clínic, Universitat de Barcelona.

Palabras clave: Atención, ayuda, parto, puerperio, trastorno mental, comadrona.

Key words: Care, help, delivery, postpartum, mental disorder, midwife.

Actualmente la salud mental es un objetivo prioritario en el ámbito europeo, ya que según la evidencia, una de cada cuatro europeas padecerá algún trastorno mental a lo largo de su vida. Por otro lado el embarazo es una etapa de cambios fisiológicos, culturales, emocionales y sociales. La actitud que se tome hacia estos cambios, y la capacidad individual para afrontarlos, puede motivar que este momento sea un factor de riesgo para el debut o empeoramiento de un trastorno mental; de hecho, se sabe que el 20 % de las mujeres embarazadas sufre alguna sintomatología emocional o trastorno psiquiátrico.

La prevalencia de los trastornos mentales durante la gestación oscila en la depresión leve y moderada entre el 10-16 %, en la depresión posparto en un 13 %, los trastornos alimentarios como la anorexia y la bulimia en un 3-5 %, el trastorno de ansiedad incluyendo fobia social, el trastorno obsesivo-compulsivo, estrés postraumático y ataques de pánico en un 14 %, y los trastornos mentales severos, -que incluyen esquizofrenia y trastorno bipolar- en un 0,5 % (American Congress of Obstetricians and Gynecologists, 2008). Sabemos que existe un infradiagnóstico de cada una de estas patologías y

que son muchas la mujeres que llegan a los paritorios con alguna alteración desconocida por el colectivo médico o por la propia paciente. Casi el 50 % de las pacientes no piden ayuda a los familiares ni amigos y no manifiestan sus problemas emocionales, en especial la depresión (Brown S *et al*, 2000).

En nuestro hospital existe una unidad de psiquiatría perinatal que realiza seguimientos personalizados en consultas externas y, junto a un especialista de medicina materno-fetal, planifica el seguimiento y el tratamiento adecuado durante el embarazo, parto, posparto y lactancia, para cada una de las pacientes. En el año 2014 se inicia un grupo de trabajo conjunto, donde la figura de la comadrona cobra un papel importante para el seguimiento y preparación de todas las mujeres con algún tipo de trastorno psiquiátrico que deseen llevar a término su embarazo.

Método

Para poder ofrecer el plan de *tratamiento personalizado* y dar una asistencia adaptada, es necesario tener en cuenta las peculiaridades de cada patología mental y solo con el conocimiento podremos adaptar nuestros cuidados a las necesidades, tanto desde consultas externas como de sala de partos y hospitalización; es por ello, que el Servicio de Psiquiatría Perinatal y Medicina Materno-fetal se unen para ofrecer formación a todo el personal que trabaja en el bloque obstétrico.

La introducción de la figura de la comadrona como profesional de referencia en consultas externas contribuye a la mejora de la educación sanitaria ofrecida. Si es preciso, esta debe procurarse de forma individualizada o en grupos reducidos, mediante una estrategia que defina un circuito en el que la paciente pueda preguntar sus dudas, ganar seguridad y cuando lo necesite reciba información sobre el proceso de parto o cesárea.

Si es posible, la *comadrona* de referencia acompañará a la paciente en el momento del parto o cesárea, con la función de dar apoyo o realizar técnicas de relajación en el momento de la cesárea, el parto respetado mediante una actitud empática y de escucha activa, con una atención especial a los signos no hablados y a los síntomas de ansiedad. Todos estos elementos deben ser prioritarios en estas mujeres.

Después del parto, el objetivo será estabilizar a la madre y al recién nacido y promover el *vínculo materno-filial*. Si es posible, se debe fomentar el contacto piel con piel, aumentando la vigilancia neonatal en los recién nacidos expuestos a psicofármacos durante el embarazo y parto. Se ha demostrado que las madres que han recibido tratamiento antidepresivo tienen bebés con más riesgo de sufrir distres respiratorio, temblores, alteraciones en la adaptación neonatal y mayor riesgo a ser ingresados en la unidad de cuidados intensivos neonatales (Grigoriadis S *et al*, 2013).

En la *atención al parto* en esta población, es importante que todos los especialistas (medicina materno-fetal, psiquiatría y anestesia) hayan dejado por escrito las pautas e indicaciones necesarias para la administración de la medicación, curas y atenciones necesarias, incluyendo la ansiedad y el dolor.

La comadrona de referencia debe formar equipo y coordinar las actuaciones con la enfermera de hospitalización, así como acoger a la nueva familia y presentarles al/la profesional de referencia, personalizando al máximo la habitación. En caso de ingreso del neonato, es importante mejorar y promover conductas de facilitación del contacto y la cercanía entre la mamá y el bebé, resolver los impedimentos protocolarios, administrativos, físicos y arquitectónicos, y ayudar a la madre a decidir el mejor momento para tener cerca a su hijo.

Discusión

En el momento actual existen dos situaciones que pueden parecer paradójicas: por un lado, muchas personas con enfermedad mental grave no reciben tratamiento, a pesar de que existen tratamientos eficaces y, por el otro, se produce una *psiquiatrización* de la vida cotidiana, cada vez son más las personas que no son capaces de afrontar eficazmente las situaciones de cambio de la vida cotidiana y recurren a tratamientos farmacológicos no justificados.

Los embarazos en las mujeres con patología mental cada vez son más frecuentes y muchas embarazadas no están diagnosticadas en el momento del parto. Los hospitales deben contar con circuitos especiales para estas mujeres y deben poder adaptar los cuidados según las necesidades de la paciente y su patología mental. La actuación sanitaria, mediante protocolos rígidos y no adaptables a la idiosincrasia de la paciente, puede estar provocando alteraciones en la adquisición del rol materno con repercusión directa en el cuidado y la crianza de los hijos. Todas estas medidas propuestas van dirigidas a **mejorar la calidad asistencial**, así como la **calidad percibida** por la usuaria durante todo el proceso de la maternidad.

Bibliografía

1. American Congress of Obstetricians and Gynecologists. (2008) Practicebulletin clinical management guidelines for obstetrician-gynecologist. Vol. 92.
2. Brown S, Lumley J. (2000) Physical health problems after childbirth and maternal depression at six to seven months postpartum. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 107, 1194-2001.
3. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Eady A, Tomlinson G, Dennis CL, Koren G, Steiner M, Mousmanis P, Cheung A, Ross LE. (2013) The effect of prenatal antidepressant exposure on neonatal adaptation: a systematic review and meta-analysis *Journal of Clinical Psychiatry*. 74 (4): 309-20.

9. Preservación de conductas naturales en cautividad: la conducta materna en los grandes simios. Vínculo y crianza en gorilas.

Preservation of natural behaviours in captivity: Maternal behaviour in great apes. Mother attachment and parenting in gorillas.

MT Abelló Poveda

Vicepresidenta del TAG de Grandes Simios (EAZA). Vicecoordinadora del EEP de Gorilas (EAZA). Conservadora de primates del Parc Zoològic de Barcelona.

Palabras clave: Conducta materna, gorila, crianza sin la madre.

Key words: Maternal behaviour, gorilla, hand-rearing.

En base a los problemas detectados en la reproducción y desarrollo de los grandes simios, y específicamente en los gorilas de las poblaciones que se mantienen *ex situ* dentro del proyecto de conservación Europeo (EEP, EAZA), se investigó qué factores podían mejorar su éxito reproductivo y su desarrollo. Los sujetos del estudio son miembros de una megapoblación que ha vivido a lo largo de varias décadas (y en algunos casos aún vive) en cautividad y, por tanto, en unas condiciones que difieren en algunos aspectos de las propias de la especie en su medio natural, tanto en lo concerniente a su hábitat, condiciones sociales y condiciones demográficas.

Uno de los problemas específicos detectados en las poblaciones de grandes simios provenía del considerable número de individuos criados por humanos, que existía en la población histórica y del momento, y que presentaba **deficiencias en la conducta materna, en las relaciones sociales y en la reproducción** (en su término más amplio, no el mero hecho del apareamiento). Es por ello que se revisaron aspectos del proceso de socialización y de las conductas sociales, haciendo una especial incidencia en los factores que influían en la conducta materna de hembras adultas, que en fases iniciales de su desarrollo no tuvieron la oportunidad de socializarse en la forma adecuada a la especie. Se identificaron unos factores principales que favorecían un perfil maternal adecuado en las hembras de gorila cautivas, y por extensión en otras especies de grandes simios, poniendo de manifiesto que **cir-**

cunstancias de la crianza por humanos afectaba al desarrollo social de los gorilas. Para conseguir mejorar los resultados reproductivos era necesario reducir el número de individuos que necesitan ser criados por humanos e incrementar los resultados reproductivos de hembras capaces de cuidar correctamente de sus crías. A este respecto, era necesario discernir cuáles eran aquellos factores que podían incidir en el desarrollo de una adecuada conducta materna.

Los **resultados** obtenidos, al analizar la población de gorilas de la EEP, mostraron que los dos factores que tienen una mayor influencia en el adecuado desarrollo de la conducta materna en gorilas son: a) que las crías sean criadas por su respectiva madre y b) que se dé la posibilidad de observar conductas maternas en congéneres. El estudio demostró estadísticamente la importancia que tiene la posibilidad de poder observar ciertas conductas en el entorno social, para que el individuo sea capaz de reproducirlas correctamente. La aplicación de estos conocimientos está mejorando sensiblemente los resultados reproductivos de la población de gorilas europeos.

10. El cuidado del vínculo entre madres e hijos prematuros, a partir de la aplicación de técnicas cognitivas.

The care of the bond between mothers and premature babies, from the application of cognitive techniques.

M. Serret Serret¹, I. Rubio de Abajo

¹Escola Universitària d'Infermeria de Sant Pau, Barcelona.

Palabras clave: Vínculo, prematuros, técnicas cognitivas.

Key words: Bonding, premature, cognitive techniques.

El nacimiento prematuro interrumpe un proceso de vinculación afectiva entre padres e hijo iniciado desde la concepción, e implica el ingreso del mismo en una UCI neonatal. La aplicación de los "Cuidados centrados en el desarrollo y la familia" permite un acercamiento entre ellos que posibilita una buena vinculación. Sin embargo, el sufrimiento y los sentimientos de culpa que suelen acompañar, sobre todo a las madres, dificultan esta relación. La enfermera experta lidera el cuidado de estos sentimientos de una manera intuitiva, basada en su experiencia profesional, cuya fundamentación teórica nos aportan las técnicas cognitivas. La teoría cognitiva considera que la respuesta emocional del individuo ante cualquier suceso viene determinada por el significado consciente que le atribuye. La entrevista motivacional y la reestructuración cognitiva son técnicas psicológicas que permiten identificar, analizar y modificar las interpretaciones y pensamientos erróneos que las personas experimentan en determinadas situaciones.

Objetivo: Mostrar cómo la aplicación de estas técnicas puede ser útil en el cuidado de estas madres y ayudarles a crear un vínculo fuerte y seguro con sus hijos.

Metodología: Se escoge la madre de un prematuro, en la que la enfermera detecta gran cantidad de pensamientos negativos que interfieren notablemente en el proceso de vinculación hacia él. A partir de una relación empática con ella, la enfermera decide realizar una entrevista motivacional y una reestructuración cognitiva.

Conclusiones: Ambas técnicas cognitivas son muy útiles para ayudar a las madres de niños prematuros a cambiar sus sentimientos y actitud hacia su hijo, y así fomentar un vínculo fuerte.

11. Psicopatología en niños de 5 años expuestos intraútero a Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS).

Psychopathology in five-year-old children exposed to selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) in the uterus.

A. Torres¹, M.L. Imaz¹, A. Roca², P. Navarro³, S. Díez¹, S. Socias¹, J. Farré¹, I. Rovira¹, S. Subirà⁴, R. Martín-Santos^{5,6,7}, Ll. García-Esteve^{1,6,7}.

¹Programa de Psiquiatria Perinatal i Gènere. Servei de Psiquiatria. Institut Clínic de Neurociències (ICN), Hospital Clínic, Barcelona. ²Servei de Psiquiatria. Consorci Sanitari de Terrassa, Barcelona. ³Servei de Psicologia. Regidoria de Polítiques de Gènere, Terrassa. ⁴Departament de Psicologia Clínica i de la Salut, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra. ⁵Servei de Psiquiatria i Psicologia Clínica. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic, Barcelona. ⁶Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). ⁷Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBERSAM).

Palabras clave: ISRS, psicopatología, embarazo.

Key words: SSRI, psychopathology, pregnancy.

El uso de ISRS durante el embarazo se ha ido incrementando en los últimos años, situándose en la última década alrededor del 3 % (Bakker *et al.*, 2008). La serotonina actúa en etapas tempranas como neurotransmisor y modulador del neurodesarrollo. Estudios animales muestran que la inhibición temprana del 5-HTT provoca alteraciones sutiles en el neurodesarrollo y una conducta emocional adulta alterada (Ansorge *et al.*, 2004). Existen pocos estudios que evalúen el efecto a largo plazo de la exposición prenatal a ISRS sobre los síntomas exteriorizados e interiorizados. En general, estos estudios no hallan relación entre la exposición prenatal a ISRS y el desarrollo posterior de problemas interiorizados o exteriorizados (Morison *et al.*, 2001; Nulman *et al.*, 2002; Reebye *et al.*, 2002; Misri *et al.*, 2006; Oberlander *et al.*, 2007; Nulman *et al.*, 2012), con la excepción de un estudio que halló que tanto la depresión prenatal como la exposición a ISRS se asociaron a los síntomas interiorizados (Oberlander *et al.*, 2010). La mayoría de estudios, en cambio, sí que hallan un efecto de la enfermedad materna sobre dichos síntomas (Oberlander *et al.*, 2007; Oberlander *et al.*, 2010; Nulman *et al.* 2012).

En esta ponencia, presentada en la III Jornada de Salud Mental Perinatal, se expusieron datos referentes a un estudio sobre la evaluación del funcionamiento cognitivo conductual a los 5 años de edad de niños expuestos intraútero a ISRS, financiado por el Instituto de Salud Carlos III (EC08/00170). El objetivo del estudio fue evaluar el efecto de la exposición intraútero a ISRS sobre los problemas emocionales y de conducta a los 5 años de edad. Para ello, se diseñó un estudio de dos cohortes apareadas por edad gestacional y sexo del recién nacido. Una cohorte estuvo compuesta de 60 díadas madre-hijo expuesta a antidepresivos ISRS durante la gestación, que acudieron al Programa de Psiquiatria Perinatal BCN-Clinic durante los años 2004-2006, diagnosticadas de un trastorno depresivo o por ansiedad (DSM-IV) y que fueron tratadas con ISRS durante la gestación. La segunda cohorte estuvo compuesta de 60 díadas madre-hijo sana y no expuesta a antidepresivos durante la gestación. Se realizó la evaluación en edades comprendidas entre los 60 y 80 meses, mediante la escala Early Childhood Inventory (ECI-4), que cuenta con dos versiones: padres y maestros.

Se evaluó el nivel intelectual de la madre y se recogió el nivel socioeconómico y variables clínicas y obstétricas. También se evaluó la sintomatología depresiva actual con el *Edimburg Postnatal Depression Scale* (EPDS), y la psicopatología materna actual con el *Symptom Checklist 90-R* (SCL-90-R). Se realizaron análisis factoriales exploratorios con las escalas del ECI-4 en su versión tanto para padres como para maestros, hallando en ambos casos una solución de dos factores que podrían denominarse sínto-

mas exteriorizados y síntomas interiorizados. Los resultados de los modelos multivariantes hallaron que los síntomas exteriorizados, referidos por los padres, se asociaron al nivel de psicopatología actual materna; mientras que los síntomas interiorizados, referidos por los maestros, se asociaron a la duración de la sintomatología depresiva y ansiosa tras el parto. El tratamiento no se asoció a los síntomas exteriorizados ni interiorizados; no obstante, no puede descartarse un efecto de las altas dosis sobre los síntomas interiorizados referidos por los maestros.

Bibliografía

1. Ansorge MS, Zhou M, Lira A, Hen R, Gingrich JA. (2004). Early-life blockade of the 5-HT transporter alters emotional behavior in adult mice. *Science*. Oct 29; 306(5697): 879-81.
2. Bakker MK, Kölling P, van den Berg PB, de Walle HE, de Jong van den Berg LT. (2008). Increase in use of selective serotonin reuptake inhibitors in pregnancy during the last decade, a population-based cohort study from the Netherlands. *Br J Clin Pharmacol*. Apr; 65(4): 600-6.
3. Misri S, Reebye P, Kendrick K, Carter D, Ryan D, Grunau RE, Oberlander TF. (2006). Internalizing behaviors in 4-year-old children exposed in utero to psychotropic medications. *Am J Psychiatry*. 2006 Jun; 163(6): 1026-32.
4. Morison S.J., Grunau R.E., et al. (2001). Infant social behavior and development in the first year of life following prolonged prenatal psychotropic medication exposure. *Pediatr Res* 49 (4 Pt2 Suppl), 28.
5. Nulman I, Rovet J, Stewart DE, Wolpin J, Pace-Asciak P, Shuhaiber S, Koren G. (2002). Child development following exposure to tricyclic antidepressants or fluoxetine throughout fetal life: a prospective, controlled study. *Am J Psychiatry*. Nov; 159(11): 1889-95.
6. Nulman I, Koren G, Rovet J, Barrera M, Pulver A, Streiner D, Feldman B. (2012) Neurodevelopment of children following prenatal exposure to venlafaxine, selective serotonin reuptake inhibitors, or untreated maternal depression. *Am J Psychiatry*. Nov 1; 169(11): 1165-74. doi: 10.1176/appi.ajp.2012.11111721.
7. Oberlander TF, Reebye P, Misri S, Papsdorf M, Kim J, Grunau RE. (2007). Externalizing and attentional behaviors in children of depressed mothers treated with a selective serotonin reuptake inhibitor antidepressant during pregnancy. *Arch Pediatr Adolesc Med*. Jan; 161(1): 22-9.
8. Oberlander TF, Papsdorf M, Brain UM, Misri S, Ross C, Grunau RE. (2010). Prenatal effects of selective serotonin reuptake inhibitor antidepressants, serotonin transporter promoter genotype (SLC6A4), and maternal mood on child behavior at 3 years of age. *Arch Pediatr Adolesc Med*. May; 164(5): 444-51. doi: 10.1001/archpediatrics.2010.51.
9. Reebye, P., Morison, S.J., et al. (2002). Affect expression in prenatally psychotropic exposed and nonexposed mother-infant dyads. *Inf Mental Health J* 23 (4), 403-416.