

CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

DE ENLACE • REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA

Editor: *J.M^a. Farré Martí.* Hospital Universitario Quirón-Dexeus (H.U.Q.D.) Universitat Autònoma. (U.A.B.) Barcelona.

Dirección Científica: *J.J. García Campayo.* Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

Editores Asociados: *E. Baillès (SCRITC).* U. Pompeu Fabra (UPF). Barcelona.
R. Campos. Hospital Clínico Universitario (H.C.U.) Facultad de Medicina (F.M). Zaragoza.
Ll. García-Esteve (MARES), H. Clinic. U. de Barcelona (HC.UB.). Barcelona.

Editor Honorario: *M. Álvarez Romero.* Presidente de la SEMP. Sevilla.

Editora Científica: *N. Mallorquí.* Barcelona. H.U.Q.D. Barcelona.

Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva:

COORDINACIÓN: *G. Lasheras.* H.U.Q.D. Barcelona.

B. Farré Sender. H.U.Q.D. Barcelona.

LL. García Esteve. H.C.U.B. Barcelona.

M.L. Imaz. H.C.U.B. Barcelona.

I. Olza H.U. Puerta de Hierro (H.U.P.H.). Madrid.

S. Subirá. Facultat de Psicologia (FP) U.A.B. Barcelona.

A. Torres. H.C.U.B. Barcelona.

M^a Paz Viveros. F. de Biología. U. Complutense (UCM). Madrid.

Sección de Psicopatología Infanto-Juvenil:

ASESOR: *J. Toro.* F.M.U.B. Barcelona.

COORDINADORES: *M. Agulló.* Dp. Ensenyament Generalitat de Catalunya (DEGC) y *A. Orobitg (H.U.Q.D.) (Colab).* Barcelona.

J.A. Alda. H.S. Joan de Deu. Barcelona.

J. Deus. FP. UAB. Barcelona.

N. Fort. Corporació Sanitària Parc Taulí (CSPT). Sabadell.

I. Palanca. H.U.P.H. Madrid.

M. Pamias. CSPT. Sabadell.

J. Puntí. CSPT. Sabadell.

M. Sánchez-Santacreu. H.U.Q.D. (Colab.) Barcelona

Consejo Editorial:

COORDINACIÓN: *A. Lobo.* H.C.U.F.M. U. Zaragoza.

J.J. de la Gándara. H.U. Burgos. Burgos.

E. Echeburúa. U. del País Vasco. S. Sebastián.

E. García-Camba. H. de la Princesa. (U.A.M.). Madrid.

F. Labrador. U. Complutense de Madrid

B. Sandín. UNED. Madrid

P.A. Soler Insa. H. Mutua de Terrassa. U.B. Terrassa.

M. Valdés. F.M. U.B. Barcelona.

M.A. Vallejo-Pareja. F.P. UNED. Madrid.

CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

DE ENLACE • REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA

Consejo Asesor:

E. Álvarez. Barcelona
A. Bados. Barcelona.
R. Bayés. Barcelona.
A. Bulbena. Barcelona.
G. Cardoso. Lisboa.
D. Clark. Londres.
A. Colodrón. Madrid
S. Dexeus. Barcelona.
F. Fernández. Barcelona.
S. Fortes. Río de Janeiro.
LL. García-Sevilla. Barcelona.
F. Huysse. Amsterdam.
F. López. Salamanca.
K. Lyketsos. Baltimore.
E. Maideu. Girona.
I. Marks. Londres.
J.C. Mingote. Madrid.

J.J. Mira. Alicante.
A.L. Montejo. Salamanca.
A. Moriñigo. Sevilla.
J. Obiols. Barcelona.
F. Ortuño. Pamplona.
D.J. Palao. Sabadell.
T. Palomo. Madrid.
J.M. Peri. Barcelona.
M. Planes. Girona.
R.M. Raich. Barcelona.
M. Rigatelli. Modena.
M. Roca. Palma de Mallorca.
C. Saldaña. Barcelona.
P.M. Salkovskis. Londres.
L. Salvador-Carulla. Sidney.
R. Sender. Barcelona.
J. Soler. Barcelona.
D. Souery. Bruxelles.
F. Tremeau. New York.
R. Torrubia. Barcelona.
J. Vallejo-Ruiloba. Barcelona.

Consejo de Redacción:

COORDINADORES

M. Agulló. DEGC. Barcelona y *J. Monreal.* CSPT. Sabadell.
S. Alario. Valencia.
E. Aubá. Pamplona.
J. Arbesu. (SEMERGEN). Madrid.
C. Chiclana. (SAMP). Madrid.
C. Giménez Muniesa. Barcelona.

B. Gómez Vicente. Castellón de la Plana.
K. Gunnard. Barcelona.
L. Hinojosa. Barcelona.
S. Jiménez-Murcia. Barcelona.
F. Martínez Pintor. Barcelona.
G. Mestre. Barcelona
L. Ros. Sabadell.
S. Ruiz-Doblado. Sevilla.
D. Vega. Igualada.

Documentalistas: *M. Catalán.* Sabadell.
E. Salas. Barcelona.

Redacción en Portugal: *S. Morais.* Viseu.

Redacción en Chile: *M. Valdebenito.* S. de Chile.

Redacción en Colombia: *A. Sánchez Castiblanco.* Bogotá.

Secretaría de Redacción: *R. Sáez.* Barcelona
N. Sardà. Barcelona.

El Dueto: *E. Tomás.* Barcelona.

CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA

DE ENLACE • REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA

CUADERNOS ESTÁ INCLUIDO EN LAS BASES DE DATOS BIBLIOGRÁFICOS INTERNACIONALES

PSICODOC E ISOC

(BASE DE DATOS DEL CSIC)

EXCERPTA MÉDICA – INRECS – LATINDEX – MIAR – CARHUS
SUMARIS – CBUC – ULRICH'S – ERIH – SciELO – DIALNET

CUADERNOS ES LA REVISTA OFICIAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA
PSICOSOMÁTICA (**SEMP**), DE LA SOCIEDAD MARCÉ ESPAÑOLA DE SALUD
MENTAL PERINATAL (**MARES**) y DE LA *SOCIETAT CATALANA DE RECERCA I
TERÀPIA DEL COMPORTAMENT*/SOCIEDAD CATALANA DE INVESTIGACIÓN Y
TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO (**SCRITC**)



Sociedad
Marcé
Española
(MARES)

EDITA **m** editorial
édica

COORDINA: MARISA PRIETO

ISSN Electrónico: 1695-4238

scritc
Societat Catalana de
Recerca i Teràpia del
Comportament

Edición Electrónica: www.editorialmedica.com • E-mail: contacto@editorialmedica.com
twitter: @psicosomatica_c

Año 27 🌀 **Nº 109** 🌀 **Enero - Febrero - Marzo 2014**

Redacción: I.U. Dexeus C/. Sabino Arana, 5-19- 3ª Planta. Consultas Externas Psiquiatría - 08028 Barcelona

Fotocomposición, Fotomecánica y Maquetación: Grupo Fotocomposición. Madrid.

Depósito Legal: M-31719-1986. Solicitado control O.J.D.

LA REVISTA CUADERNOS no se identifica ni se hace responsable de las opiniones de los autores de los trabajos. Autorizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo S.V.R. nº 542

ADMINISTRACIÓN REVISTA CUADERNOS - C/. Gamonal, 5 - 5ª Planta - Nº 9 - 28031 Madrid - ESPAÑA

NÚMERO
MONOGRÁFICO

Salud Mental Perinatal

Coordinación: M^a Gracia Lasheras

Editorial

Género y Vínculo. *J.M. Farré* 7

Artículos Originales

Trabajo, Estrés Laboral y Psicopatología Perinatal. Work, Job Stress and Perinatal Psychopathology. *Anna Torres, Purificación Navarro, Carlos Ascaso, M^a Luisa Imaz, Lluïsa García-Esteve* 9

Beneficios de la detección del riesgo de depresión postparto sobre el parto prematuro en un estudio aleatorizado y multicentros. Benefits from screening risk of postpartum depression on preterm childbirth in a randomized, multicenter study. *María Asumpta Ortiz Collado, Vicens Cararach, Lluïsa García-Esteve* 16

Detección *in situ* de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. Resultados preliminares. Screening of postpartum depression (PD) and mother-infant bonding (MIB) disorders at the Hospital Universitario Quirón Dexeus. Preliminary results. *Gracia Lasheras, Borja Farré-Sender, Bernat Serra* 22

Un modelo animal de separación materna para el estudio de los efectos de “programación” neurometabólica del estrés neonatal. An animal model of maternal deprivation for the study of neurometabolic “programming” effects of neonatal stress. *María Paz Viveros, Álvaro Llorente Berzal, Virginia Mela, Ricardo Llorente, Eva María Marco, Meritxell López Gallardo* 32

La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología. The mental health of the infant in the NICU: a child psychiatry liaison program in neonatology. *Ibone Olza Fernández, Inmaculada Palanca Maresca, Isabel González-Villalobos Rincón, Ana María Malalana Martínez, Ana Contreras Sales* 45

Un nuevo enfoque en la atención al recién nacido enfermo. El rol de los padres. A new approach to the care of the sick newborn. The role of the parents. *Roser Porta Ribera, Eva Capdevila Cogul* 53

Resúmenes de Ponencias de la II Jornada de Salud Mental Perinatal 58

Cartas al Editor 74

Líneas de Investigación. *M. Agulló y M. Catalán* 75

Noticias de Psicósomática. *L. Hinojosa Marqués y G. Mestre* 82

Noticias de Salud Mental Perinatal. *G. Mestre* 90

Noticias de Psicósomática Infanto-Juvenil. *Anais Orobítg y Rubén Brígido* 92

Comentario de Libros. *Rubén Brígido y Míriam Sánchez* 93

Crónicas de Cuadernos 95

Preagenda Perinatal 96

Premio Atlas 100

Agenda 102

Por favor, rellene este cupón con la forma de pago más cómoda para Ud.

CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE

Nombre.....

Apellidos.....

Calle y N°.....

Ciudad.....C.P.....Prov.....

Profesión.....Teléfono.....

Correo Electrónico.....

Forma de pago Domiciliación bancaria. Es más cómoda y reduce incidencias
 (rellenar boletín adjunto)

PAYPAL (on line)

Firma

Otros países Talón adjunto
 Cheque bancario

Precio suscripción de un año (cuatro números)

Instituciones: 75€

España y Países Europeos: 45€

Extranjero: 48\$ USA

Socios SEMP, SEMERGEN y MARES (Con documento acreditativo): 30€

Estudiantes (Con documento acreditativo): 20€

Domiciliación: autorización de pago

Nombre.....

Domicilio.....

Población.....

Titular de la cuenta.....

Ruego acepten con cargo a mi cuenta corriente los recibos que presenten al cobro por la REVISTA CUADERNOS DE MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE en pago de mis cuotas de suscripción a dicha publicación mientras no reciban orden en contrario por mi parte.

Firma Banco o Caja de Ahorros.....
Domicilio.....
Cuenta.....
Sucursal.....C.P.....
N° de cuenta (10 dígitos).....

(Rogamos escriban con letra de imprenta o a máquina)

Enviar suscripción a:

EDITORIAL MÉDICA

C/ Gamonal, 5, 5ª planta, nº 9

28031 Madrid – Correo Electrónico: editorialmedica@editorialmedica.com


Género y vínculo

Hace dos años y tres, meses y coincidiendo con el nº 100, se estructuraba la Sección de Salud Mental y Reproductiva, coordinada por M^a Gracia Lasheras y que actualmente cuenta con un grupo de trabajo –aparte de la propia M^a Gracia Lasheras y Borja Farré Sender, del staff de la Sección y de Gemma Mestre del Consejo de Redacción– que se amplía con Liliana Ferraz e Ingrid Rovira, que dimensionarán la Sección de forma semejante a la labor interna de la Psicósomática Infanto-Juvenil.

Si se revisa la aportación de la Sección hasta el nº 108, contamos con una serie de artículos y, así mismo, referencias en “Noticias de Psicósomática”. Ahora eclosionan brillantemente en un número monográfico que coordina la propia Dra. Lasheras, que no tiene antecedentes en lengua española y que conforma el núcleo central de este 109. El material proviene de la II Jornada de Trabajo de Salud Mental Perinatal, celebrada en Barcelona en mayo de 2013; los artículos originales revisan en profundidad dos de los grandes hitos en los que se mueve la Salud Mental Perinatal: la depresión postparto y la atención al neonato, con un artículo “puente” extraordinario sobre un modelo animal de separación materna y estrés neonatal, debido a la fábrica investigadora que lidera con entusiasmo y conocimiento la profesora M^a Paz Viveros desde la Universidad Complutense de Madrid. Completan el número los resúmenes del resto de Ponencias en una excelente “revisitación” del grupo de trabajo que, respetando las ideas y conclusiones originales, ha sabido darle cuerpo a temas como los estudios de imágenes en los cambios cerebrales y hormonales en el embarazo, los trastornos afectivos, los efectos de los psicofármacos, el vínculo con la patología psíquica en el embarazo, los abusos en la infancia y un largo etcétera, que nos permite un recorrido excepcional por un mundo en el que se mueven investigadores y clínicos de estos ámbitos cuyos estudios crecen exponencialmente y muestran datos sobre esta área de salud, un ejemplo de interacción multidisciplinar.

Felicitémonos, pues, por este hito –uno más que enriquece a Cuadernos y que pronto les va a dar algunas sorpresas más– que es el fruto de unas Jornadas que han tomado carta de naturaleza –ya vamos por la III como se anuncia en este número– y que está logrando consolidar un modelo en atención específica a las gestantes y púerperas, en el estudio y tratamiento de la organización del vínculo entre la interacción madre-hijo y en los trabajos en Reproducción Asistida y Salud Mental. Una de las principales metas de la Jornada y de la Sociedad que la enmarca es una gestión adecuada de los recursos asistenciales para esta población, y la contribución de programas docentes que incluyan la Salud Mental Perinatal entre sus objetivos. La Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal, de la que nos enorgullecemos de ser revista oficial, organiza estas Jornadas; un grupo que dirige con pasión quien está más autorizada para hacerlo, la Dra. Luisa García Esteve, que navega por estos mares difíciles desde su pionero programa en el Hospital de la Maternidad (Hospital Universitari Clínic de Barcelona), rodeada de un equipo excepcional tanto profesional como humanamente.

Estamos seguros de que con gente así, será posible que se cumpla lo que en su momento escribía en Cuadernos la Dra. Ibone Olza, verdadera alma mater en la creación de esta Sociedad, en la cual consideraba que con este trabajo proteico, pero bien coordinado



entre Sección, Sociedad e integración de diversas Instituciones, que cada vez son más, avanzaremos en la dirección adecuada como lo es la de contribuir a la mejora de la salud mental y emocional de embarazadas, puérperas, lactantes y sus familias. Cuadernos los acompañará porque siempre ha estado al lado de quienes gestionan proyectos novedosos y que además transportan con entusiasmo, equilibrio, coraje, convicción y conocimiento; son aquella gente que, como nosotros, piensan que los días más hermosos aún no los hemos vivido.

J.M. Farré
Editor

Trabajo, Estrés Laboral y Psicopatología Perinatal

Work, Job Stress and Perinatal Psychopathology

Anna Torres¹, Purificación Navarro¹, Carlos Ascaso², M^a Luisa Imaz¹,
Lluïsa García-Esteve¹

Resumen

En este artículo se realiza un resumen de la ponencia sobre “Trabajo, estrés laboral y psicopatología perinatal” presentada en la segunda Jornada de Trabajo sobre Salud Mental Perinatal, organizada por la Sociedad Marcé Española, y que tuvo lugar el día 10 de mayo de 2013 en el Institut Dexeus. La ponencia giró en torno a la descripción de un estudio longitudinal de seguimiento al año de una cohorte de madres trabajadoras (N=285) en el posparto, que tenía como objetivo estudiar su adaptación e incorporación laboral al año. Los resultados muestran que el 64 % de las madres trabajadoras se habían incorporado al trabajo al año del parto. Las madres que se reincorporaron al trabajo (n=183) no presentaron diferencias en sintomatología depresiva, de distrés psicológico o de calidad de vida, en comparación con las madres que no se reincorporaron (n=102). En las madres que se reincorporaron al trabajo, el nivel de estrés laboral y doméstico influyó sobre el nivel de distrés psicológico y en la calidad de vida. En las madres que no se reincorporaron, el nivel de estrés doméstico influyó sobre la sintomatología depresiva, el nivel de distrés psicológico y en la calidad de vida.

Palabras clave: Psicopatología perinatal. Estrés laboral. Reincorporación al trabajo tras la baja maternal.

Summary

In this article we summarize the presentation on “Work, job stress and perinatal psychopathology” presented at the Second Working Conference on Perinatal Mental Health organized by the Spanish Marce Society, and that took place on May 10, 2013 in the Institut Dexeus. The presentation focused on the description of a longitudinal one year follow-up study of a cohort of

¹Programa de Psiquiatría Perinatal. Servicio de Psiquiatría y Psicología Clínica. Instituto Clínico de Neurociencias. Hospital Clinic Barcelona. Barcelona, España.

²Departamento de Salud Pública. Universitat de Barcelona. Barcelona, España.

Correspondencia: Dra. Anna Torres Giménez
Psicóloga Clínica
Institut Cínic Neurociències. Hospital Clinic Barcelona
C/ Villarroel, 170
08036 Barcelona
E-mail: atorresg@clinic.ub.es

working mothers (N = 285) in the postpartum. The study aimed to describe the adaptation and returning to work one year after childbirth. The results show that 64 % of working mothers had returned to work one year after childbirth. Mothers who returned to work (n =183) showed no differences in depressive symptoms, psychological distress and quality of life compared with mothers who did not return (n =102). In mothers who returned to work, the job and domestic stress influenced the levels of psychological distress and quality of life. In mothers who did not returned to work, domestic stress influenced the levels of depressive symptoms, psychological distress and quality of life.

Key words: Perinatal psychopathology. Job stress. Returning to work after maternity leave.

Cuando se estudia el estrés en madres trabajadoras se hace necesario tener en cuenta determinados factores específicos que aparecen detallados en la figura 1. El estrés laboral, según el modelo de Karasek y Theorell (1990), se entiende como fruto de la combinación de dos dimensiones: las demandas y el nivel de control. De acuerdo con este modelo, los trabajos más estresantes son aquellos que combinan una alta demanda de sobrecarga psicológica y poco control sobre la misma o poca libertad de decisión. Un trabajo con alta demanda es el que exige que se trabaje duro y rápido, para conseguir realizar una cantidad excesiva de trabajo en un tiempo breve. Un trabajo con poca libertad de decisión es el que impide a la trabajadora tener el control sobre el mismo, no conlleva el aprendizaje de nuevas habilidades, sino que supone trabajar de forma repetitiva y monó-

tona. Este modelo puede aplicarse también al ámbito doméstico. El nivel de estrés en las mujeres trabajadoras también debe considerar factores específicos de género, como la doble jornada laboral, o el fenómeno *techo de cristal*, que hace referencia a la imposibilidad por parte de las mujeres de poder avanzar en la carrera laboral. En el caso concreto de las mujeres embarazadas, el embarazo en sí mismo parece ser un factor que influye negativamente sobre el trabajo. Un 25 % de las mujeres embarazadas que visitamos en el Programa de Psiquiatría Perinatal refiere que el embarazo influye negativamente en su situación laboral (Figura 2).

En cuanto a lo que se refiere al ámbito doméstico, la presencia de hijos en casa también influye de forma diferencial según el género del trabajador. Un ejemplo de esto sería que el número de hi-

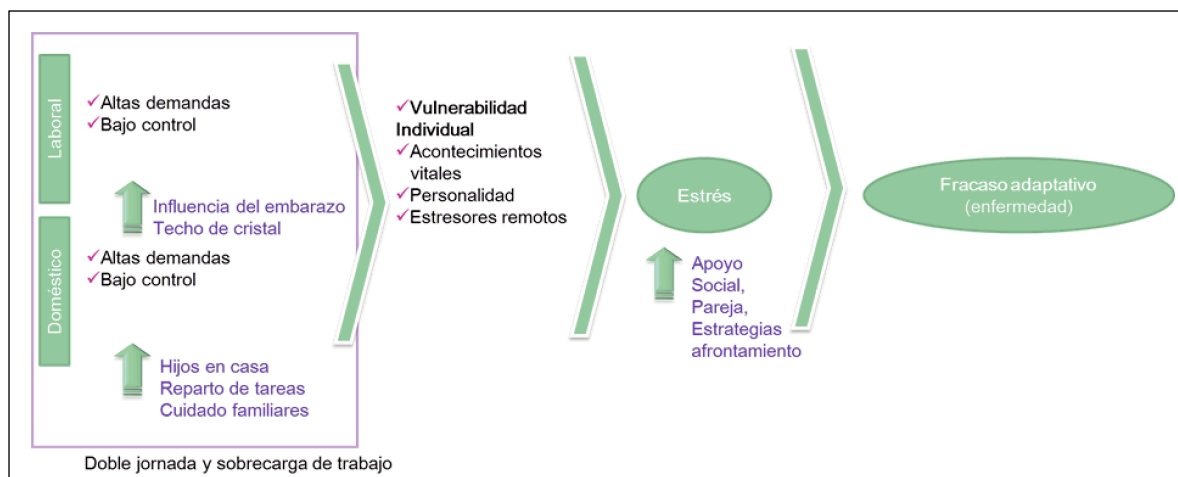


Figura 1
Estrés en madres trabajadoras

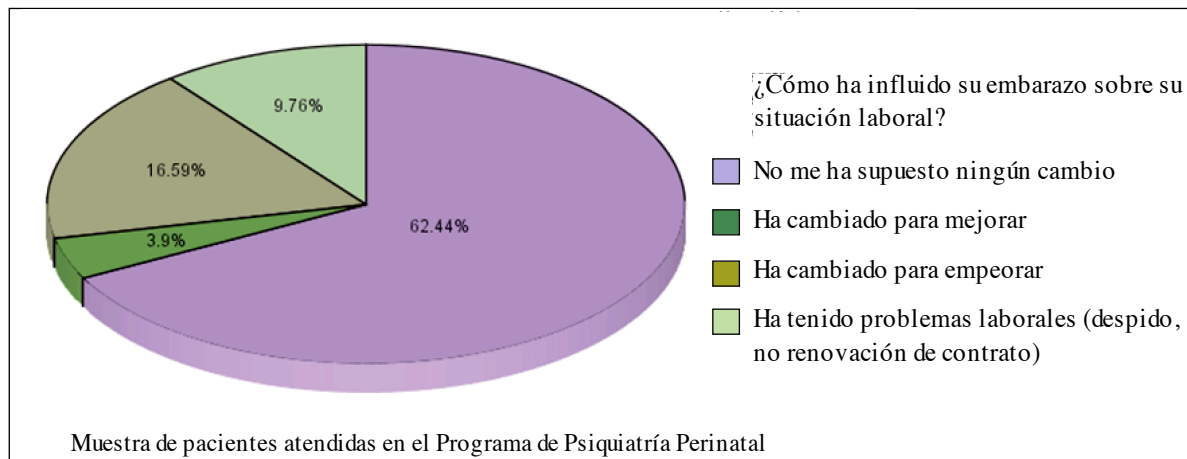


Figura 2

Influencia del embarazo sobre la situación laboral en una muestra de mujeres atendidas en el Programa de Psiquiatría Perinatal Barcelona-Clinic

jos influye en la tasa de empleo en las madres, pero no en los padres (Figura 3). También el reparto de las tareas domésticas es muy desigual entre hombres y mujeres, tendiendo estas a llevar un mayor peso de las tareas del hogar y cuidado de los hijos (Figura 4). Esta conjunción de factores, el estrés laboral y el doméstico y la crianza de los

hijos, se asocia en las mujeres a un peor estado de salud (Floderus, Hagman, Aronsson, Marklund & Wikman, 2009, Luecken *et al.*, 1997, Nordenmark, 2004).

El nivel de estrés en las mujeres embarazadas trabajadoras podría tener un efecto a corto o largo plazo en el futuro hijo. El estrés laboral prenatal

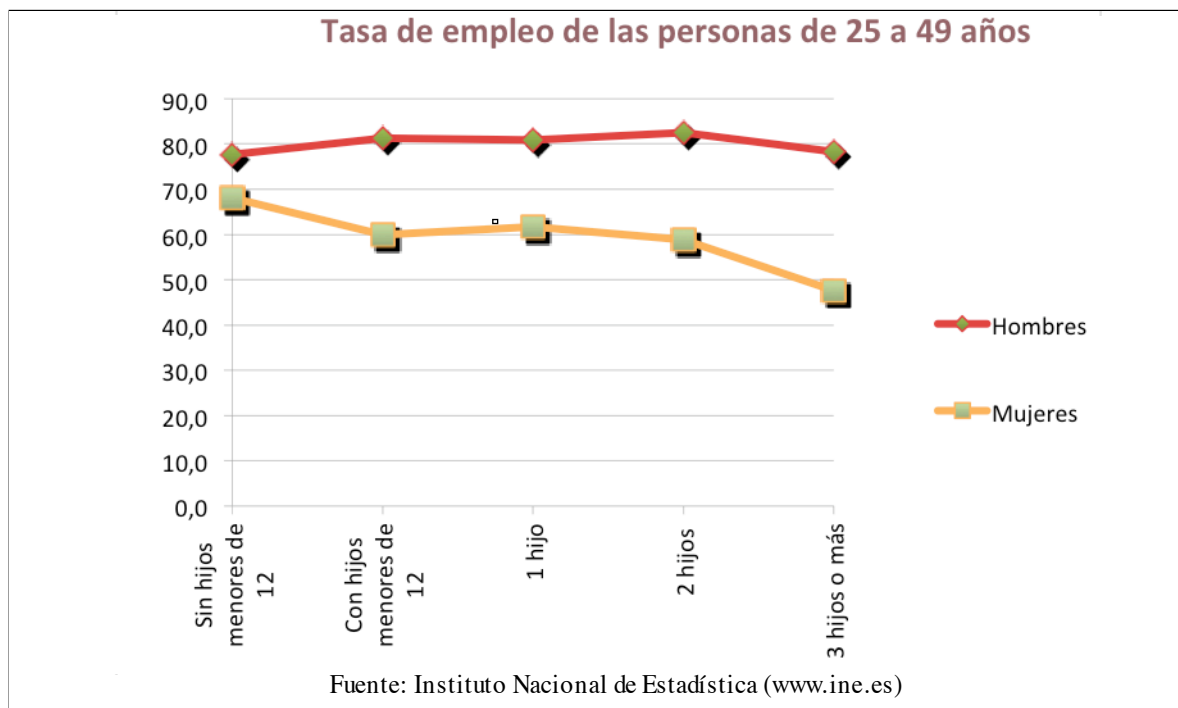


Figura 3

Tasa de empleo en España de las personas de 25 a 49 años

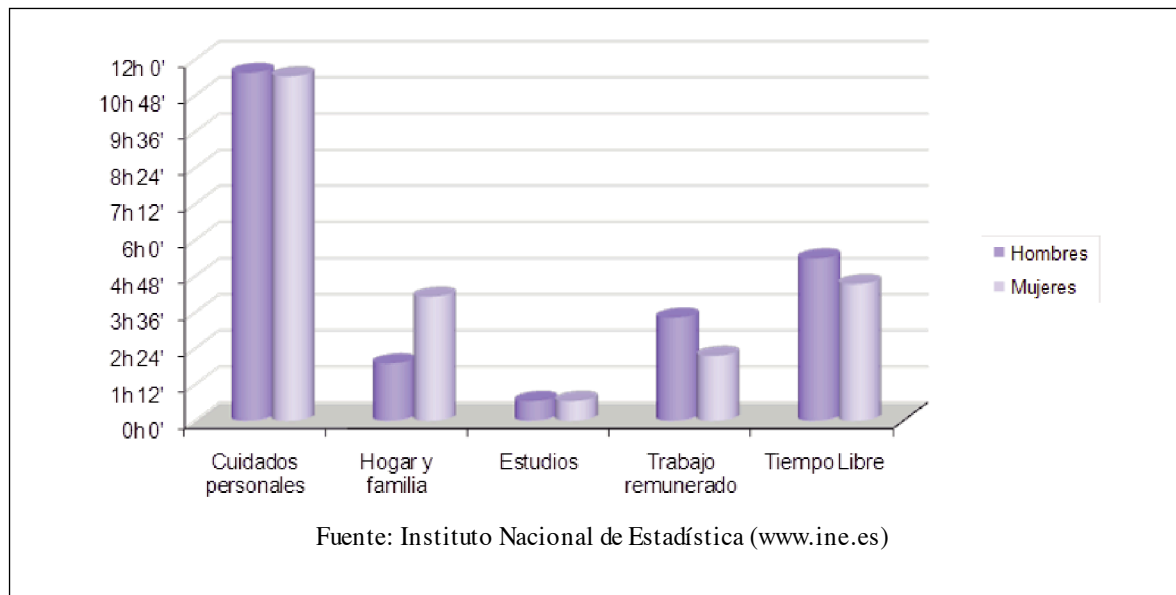


Figura 4
Tiempo dedicado a diferentes tareas según género

se asocia a prematuridad y menor peso al nacer del recién nacido (Oths, Dunn & Palmer, 2001), y a más problemas externalizantes y menor desarrollo psicomotor a la edad de dos años (Chuang, Liao, Hsieh, Jeng, Su & Chen, 2011).

En este artículo se presentan los resultados de un estudio que tenía como objetivo el estudio de la reincorporación laboral de una muestra de mujeres trabajadoras en el embarazo, así como su nivel de adaptación.

MÉTODO

Se trata de un estudio prospectivo de seguimiento al año de una cohorte de madres trabajadoras en el embarazo. La población de estudio estuvo formada por las mujeres primíparas o multíparas, que fueron atendidas en la visita del puerperio (a las seis semanas del parto) en un hospital público de Barcelona, durante 12 meses consecutivos, que accedieron a colaborar voluntariamente y dieron su consentimiento informado.

Los instrumentos de evaluación fueron la Escala de Edimburgo para la Depresión Posparto “Edinburgh Postnatal Depression Scale” (EPDS; Cox, Holden & Sagovsky, 1987; García-Esteve, Ascaso, Ojuel & Navarro, 2003); el cuestionario

de Salud General de Goldberg en su versión de 12 ítems (GHQ-12; Goldberg, 1978); el cuestionario de calidad de vida Health Survey SF-12 (Ware & Sherbourne, 1992); un cuestionario sociodemográfico y de riesgo psicosocial en el puerperio; el cuestionario de ansiedad estado/rasgo STAI-R/E (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970); el cuestionario de hostilidad de Buss-Perry/ Buss-Perry aggression questionnaire (BPAQ; Bush & Perry, 1992); el Test de Ajuste Marital (MAT; Locke & Wallace, 1959); la Escala de Estrés laboral y doméstico, modificación de la UNCASH STRAIN Scale (Karasek, 1985) realizada por Luecken *et al.* (1997); un cuestionario sobre el reparto conyugal de las tareas domésticas y del cuidado de los hijos/as; y la escala autoaplicada para la evaluación del estrés-apoyo social (California, 1981), adaptada en versión española por Conde y Franch (1984).

En una primera fase, todas las mujeres, independientemente de su situación laboral en el embarazo, completaron un cuaderno compuesto por el cuestionario de riesgo psicosocial y los instrumentos de evaluación autoadministrados (el EPDS, el GHQ-12 y el SF-12). En una segunda fase, se seleccionó aproximadamente al 35 % de la muestra inicial, estratificando por valores de EPDS y la situación laboral en el embarazo. Las mujeres se-

leccionadas completaron el cuestionario de ajuste marital (MAT), la escala de Buss-Perry y los cuestionarios de ansiedad STAI-R/E. Todas las madres trabajadoras (n=329), que participaron en la segunda fase del estudio, fueron seleccionadas para el seguimiento al año del parto. La recogida de información se realizó mediante una entrevista telefónica que recogía la información asociada a los instrumentos GHQ-12, EPDS, SF-12, escala de estrés apoyo, escala de estrés laboral y doméstico (STRAIN), reparto conyugal de tareas domésticas y cuidado del bebé, situación laboral y momento de la reincorporación laboral.

RESULTADOS

Al año del parto se pudo contactar con un total de 285 madres trabajadoras (tasa de respuesta: 86,6 %). Un total de 183 madres trabajadoras se habían incorporado al trabajo al año posparto (64 %), mientras que 102 no se habían incorporado (36 %). Las madres que se reincorporaron, en comparación con las que no se reincorporaron, tenían un mayor nivel de estudios ($p < .01$), lugares de trabajo de mayor cualificación ($p < .05$) y una mayor frecuencia de contratos fijos ($p < .001$). No hubo diferencias entre las madres que se incorporaron al trabajo y las madres que no se incorporaron en las puntuaciones en EPDS, GHQ y SF12 escala física y mental (Figuras 5 y 6).

Se evaluó la asociación entre estrés laboral y doméstico, y las diferentes medidas de adaptación al año (síntomatología depresiva –EPDS–, estrés psicológico –GHQ–, calidad de vida –SF12 escala mental–) mediante modelos de *path análisis* empleando el programa EQS vs.6. Los modelos se hicieron por separado, en madres que se habían incorporado al trabajo al año, y en madres que no se habían incorporado al trabajo al año. Todos los modelos mostraron medidas adecuadas de ajuste, con valores de índice comparativo de ajuste (CFI) mayores de .90, y valores de raíz media del error cuadrado de aproximación (RMSEA) inferiores a .08.

En madres que se incorporaron al trabajo al año, ni el estrés doméstico ni el estrés laboral se asociaron a la sintomatología depresiva –EPDS–. El estrés laboral y el nivel de apoyo social explican el 24 % de la varianza del estrés psicológico –GHQ–. En cuanto al modelo sobre la calidad de

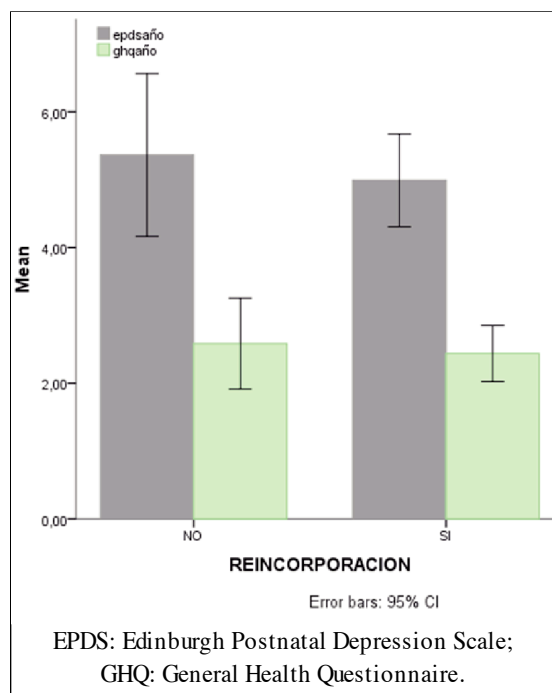


Figura 5

Diferencias en puntuaciones en EPDS y GHQ entre las madres que se reincorporaron y las que no se reincorporaron al trabajo al año del parto

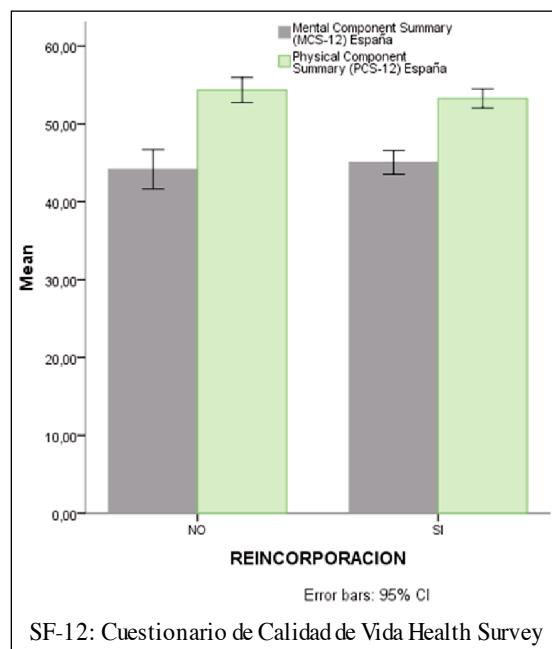


Figura 6

Diferencias en puntuaciones en SF-12 entre las madres que se reincorporaron y las que no se reincorporaron al trabajo al año del parto

vida psicológica –SF12 escala mental–, el número de hijos explica el 11 % del estrés doméstico de las madres trabajadoras. Asimismo, el estrés laboral y doméstico, el apoyo social, el ajuste de pareja y el reparto de tareas explican el 28 % de la varianza de la calidad de vida psicológica (Figura 7).

En madres que no se incorporaron al trabajo al año, los antecedentes psiquiátricos personales explican el 11,2 % de la varianza del estrés doméstico; y ambos factores –antecedentes psiquiátricos

vida en comparación con las madres que no se reincorporaron. No obstante, se observa un perfil educativo y socioeconómico más alto. En las madres que se reincorporaron al trabajo, el nivel de estrés laboral y doméstico influyó sobre el nivel de distrés psicológico y en la calidad de vida. En las madres que no se reincorporaron, el nivel de estrés doméstico influyó sobre la sintomatología depresiva, el nivel de distrés psicológico y en la calidad de vida.

La asociación entre el empleo y el bienestar psi-

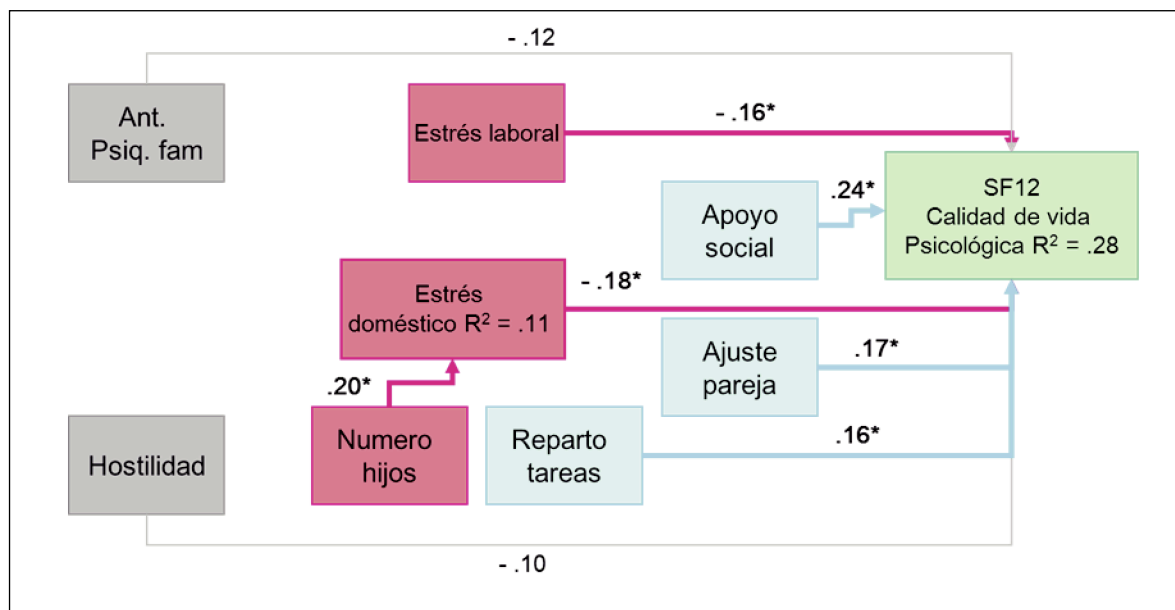


Figura 7

Path analysis de las variables asociadas a la Calidad de Vida Psicológica en la muestra de madres que se reincorporaron al trabajo al año del parto (N=183)

y estrés doméstico– explican el 38 % de la varianza de la sintomatología depresiva –EPDS– y el 37 % de la varianza del distrés psicológico –GHQ–. El estrés doméstico y el nivel de hostilidad explican el 29 % de la varianza de la calidad de vida psicológica –SF12– escala mental.

CONCLUSIÓN

Los resultados muestran que las madres que se reincorporaron al trabajo al año posparto no presentaron diferencias en cuanto a la sintomatología depresiva, de distrés psicológico y de calidad de

cológico en las madres trabajadoras está mediada por varios factores, tales como el estrés laboral, el nivel de conflicto entre la maternidad y el trabajo, la compaginación de roles, el apoyo social y el reparto de tareas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Buss, A.H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63: 452-459.
2. Chuang, C.H., Liao, H.F., Hsieh, W.S., Jeng, S.F., Su, Y.N., & Chen, P.C. (2011). Maternal

- psychosocial factors around delivery on development of 2-year-old children: A prospective cohort study. *Journal of Pediatrics and Child Health*, 47: 34-9.
3. **Conde, V. & J. L. Franch.** (1984). Escala auto-aplicada para la evaluación del estrés-apoyo social. Departamento de Salud Mental de California, 1981. En V. Conde y J.L. Franch (eds.): Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos. Valladolid: Departamento de Psicología Médica y de Psiquiatría del Hospital Clínico de la Facultad de Medicina.
 4. **Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R.** (1987). Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150: 782-6.
 5. **Floderus, B., Hagman, M., Aronsson, G., Marklund, S., & Wikman, A.** (2009). Work status, work hours and health in women with and without children. *Occupational and Environmental Medicine*, 66: 704-10.
 6. **García-Esteve, Ll., Ascaso, C., Ojuel, J., & Navarro, P.** (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders*, 75: 71-75.
 7. **Goldberg, D.P.** (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. London: Oxford University Press.
 8. **Karasek, R.** (1985). *Job Content Questionnaire*. Department of Industrial and Systems Engineering. California: University of Los Angeles.
 9. **Karasek, R. A., & Theorell, T.** (1990). *Healthy work: stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
 10. **Locke, H.J., & Wallace, K.M.** (1959). Short marital adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21: 251-255.
 11. **Luecken, L.J., Suárez, E.C., Kuhn, C.M., Barefoot, J.C., Blumenthal, J.A., Siegler, I.C., & Williams, R.B.** (1997). Stress in employed women: impact of marital status and children at home on neurohormone output and home strain. *Psychosomatic Medicine*, 59: 352-9.
 12. **Nordenmark, M.** (2004). Balancing work and family demands. Do increasing demands increase strain? A longitudinal study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32: 450-5.
 13. **Oths, K.S., Dunn, L.L., & Palmer, N.S.** (2001). A prospective study of psychosocial job strain and birth outcomes. *Epidemiology*, 12: 744-6.
 14. **Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E.** (1970). *STAI manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
 15. **Ware, J.E. Jr., & Sherbourne, C.D.** (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30: 473-83.

Beneficios de la detección del riesgo de depresión postparto sobre el parto prematuro en un estudio aleatorizado y multicentros

Benefits from screening risk of postpartum depression on preterm childbirth in a randomized, multicenter study

Maria Assumpta Ortiz Collado¹, Vicens Cararach², Lluïsa García Esteve³

Resumen

Este estudio presenta los efectos de un programa prenatal de orientación psicosomática, incluyendo el modelo humanista y cognitivo combinados sobre una muestra de participantes de bajo nivel socioeconómico.

Objetivo: Evaluar los efectos de un programa prenatal con orientación psicosomática y utilización de dos modelos teóricos combinados en relación al impacto sobre las variables: síntomas depresivos, parto prematuro y síntomas físicos postparto.

Método: Ensayo clínico aleatorizado con un grupo control (GC) y un grupo experimental (GE). El estudio se aplicó en tres ciudades: Barcelona, Figueres y Beziers. Las participantes fueron seleccionadas a partir de una entrevista validada para detección precoz del riesgo de depresión postparto, incluyendo aspectos somáticos del embarazo. El grupo experimental recibió 10 sesiones de dos horas, 20 min de duración con una llamada telefónica entre sesiones. El grupo control recibió 10 sesiones de dos horas, sin llamada intermedia.

Resultados: Se analizaron 184 casos, todos con riesgo medio o alto de depresión postparto (92 en el GE y 92 en el GC). La diferencia entre el porcentaje a riesgo de DP entre el GC y el GE en la evaluación postnatal fue de 11,2 % (45,5 % y 34,3 %) sin alcanzar la significación estadística. El porcentaje de parto prematuro fue cuatro veces mayor en el GC = 22,4 % (13)

¹Profesor e investigador, institut et Haute école de la santé La Source, haute école spécialisée de Suisse occidentale, 30 avenue Vinet, 1004 Lausanne, Suisse.

²Director clínico, instituto de ginecología y obstetricia neonatal IGON, Hospital Maternitat – Corporació i sanitària Clinic, Sabino Arana 1, 08028 Barcelona, España.

³Directora clínica, Unitat de psiquiatria i psicologia de la dona, Institut CLINIC, Hospital Maternitat – Corporació i sanitària Clinic, Sabino Arana 1, 08028 Barcelona, España.

Correspondencia: María Assumpta Ortiz Collado, M Sc, PhD biomedical Science, Haute école de la santé La Source, haute école spécialisée de Suisse occidentale, 30 avenue Vinet, 1004 Lausanne, Suisse.
E-mail: m.ortizcollado@ecolelasource.ch

comparado al GE = 4,4 % (3) y la diferencia significativa de $p=0,003$. Hubo menos síntomas inespecíficos y menos insomnio postparto en las mujeres del GE ($p=0,002$).

Palabras clave: Detección precoz. Depresión postparto. Parto prematuro. Estudio aleatorizado.

Summary

This study presents the effect of a prenatal program including psychosomatic orientation, cognitive and humanistic model combined on a sample of participants from low socioeconomic status.

Objective: To evaluate the effects of a prenatal program with psychosomatic orientation and use two combined theoretical models regarding the impact program on the postpartum variables: depressive symptoms, premature delivery and women physical symptoms.

Method: Randomized clinical trial with one control group (CG) and one experimental group (EG). The study was implemented in three cities: Barcelona, Figueres and Beziers. Participants were selected from a screening interview validated for postpartum depression risk in pregnancy including somatic aspects. The experimental group received 10 sessions of two hours, 20m in length with a telephone call between sessions. The control group received 10 sessions of two hours without intermediate call.

Results: We analysed 184 cases, all with medium or high risk of postpartum depression (92 in the GE and 92 in the CG). The difference between the percentage of PPD at risk between GE and GC in postnatal assessment was 11.2 % (45.5 % and 34.3 %) without reaching statistical significance. The rate of preterm delivery was four times higher in GC = 22.4 % (13) compared to GE = 4.4 % (3) with significant difference ($p = 0.003$). There was less insomnia and less nonspecific symptoms in women at postpartum evaluation times ($p = 0.002$).

Key words: Early detection. Postpartum depression. Premature childbirth. Randomized study.

INTRODUCCIÓN

El presente estudio aborda la detección precoz del riesgo de depresión postparto como un paso previo y complementario a las intervenciones preventivas de la unidad madre-bebé, en presencia de variables psicosociales de riesgo (acontecimientos de estrés, escaso apoyo social, relación de pareja conflictiva, desempleo).

La prevalencia de la DP se sitúa en 13 % (O'Hara and Swain, 1996) y justifica bien su prevención, sobre todo en mujeres de baja condición socioeconómica, por la mayor tasa de prevalencia observada en esta población (Ortiz, 2009).

Entre las variables de riesgo asociadas a la DP destacan: la personalidad vulnerable con antecedentes de depresión, la presencia de acontecimientos desencadenantes de estrés, falta de apoyo social, relaciones de pareja conflictivas, violencia

familiar, embarazo no deseado y precariedad socioeconómica. La prevención de la DP ha sido bien estudiada y las evaluaciones efectuadas hasta la fecha resaltan que, para la prevención de la DP, el uso de tratamientos farmacológicos es menos eficaz que la aplicación de tratamientos no farmacológicos (Ortiz *et al*, 2013). Hasta la fecha no se han publicado estudios que apliquen un enfoque psicossomático para prevenir el riesgo de la DP.

La relación entre la depresión del postparto y el parto prematuro (nacimiento anterior a la semana 37) ha sido abordada por pocos autores, aunque quienes la estudiaron observaron una asociación significativa (Field *et al*, 2006; Ortiz *et al*, 2012). El parto prematuro tiene causas orgánicas clínicamente conocidas y también puede ocurrir como consecuencia de interacción de factores psicosociales, en este segundo caso, los mismos factores que se asocian a la DP.

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Evaluar los efectos de un programa prenatal con orientación psicossomática en relación al impacto sobre las variables: síntomas depresivos, parto prematuro y síntomas físicos postparto.

METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Se expone a continuación un ensayo clínico randomizado que se aplica durante el embarazo y se evalúa en dos tiempos: T₁ prenatal y T₂ postparto (cuatro semanas posteriores al parto). La distribución aleatoria de los grupos a estudio (un grupo control y un grupo experimental) se aplicó mediante el programa informático SPSS.15, a partir del riesgo de DP detectado en la entrevista inicial de selección, y se llevó a cabo por un estadista ajeno al estudio y a los centros implicados. El muestreo simple para el estudio se recogió en tres hospitales: Hospital Maternitat de Barcelona (España), Hospital General de Figueres (España) y Hospital general de Beziers (Francia).

Los participantes fueron reclutados en el hospital respectivo el día de su cita para una segunda ecografía. La programación informatizada de las ecografías permitió invitar al estudio a los posibles candidatos, aplicando el sistema de muestreo 1-0-1 y vigilando los criterios de inclusión y exclusión. Se ofreció información del estudio en curso, se solicitó el consentimiento formalizado y se procedió a la entrevista de detección del riesgo de DP, que se utilizó para seleccionar **solo** los casos a riesgo medio y alto de DP. Después de la entrevista de selección, todos los participantes recibieron los cuatro cuestionarios utilizados en el estudio para completar *in situ*.

Una vez efectuada la asignación, los participantes recibieron una llamada telefónica para dar a conocer el grupo (C o E) y verificar la continuidad en el estudio. Los participantes del grupo E recibieron la intervención experimental con el método Tourné de enfoque psicossomático que se describe a continuación. El grupo control recibió la preparación maternal habitual en el centro correspondiente. Todos los participantes tuvieron libertad para abandonar el estudio independientemente del grupo asignado.

Criterios de inclusión: a) madres primíparas o

multíparas (con un máximo de tres hijos, porque es conocido que resulta difícil asistir a sesiones prenatales con varios hijos), b) pertenencia a una clase social media-baja, baja, precariedad (evaluadas con tipo de empleo, desempleo, subsidio, tipo de contrato laboral y categoría laboral), c) tener pareja (siendo la monoparentalidad un riesgo en sí, podría constituir un sesgo al requerir diversos tipos de apoyo y recursos sociales), d) riesgo de DP identificado en la entrevista de selección.

Criterios de exclusión: a) toxicomanía actual, b) patología aguda, c) tratamiento psiquiátrico actual, d) clase social alta, e) no comprensión de la lengua.

Instrumentos utilizados

Todos los instrumentos del presente estudio están validados y traducidos a las dos lenguas utilizadas en las poblaciones objeto de estudio, francés y español. Se presentan en la tabla 1 con sus correspondientes propiedades.

PROGRAMA EXPERIMENTAL

Se utilizó el método Tourné (2002) que considera todo el proceso de nacimiento. El método se inspira en un modelo teórico humanista de no directividad, aunque utiliza al mismo tiempo la teoría cognitiva y del vínculo para trabajar la construcción de un modelo de nacimiento consciente adaptado a las necesidades individuales, en ese tipo de abordaje las creencias juegan un papel importante. El método de Tourné prepara a la pareja al nacimiento del bebé poniendo el acento sobre todo en el proceso y no únicamente en el parto, que es importante, pero su duración es limitada comparada a todo el proceso de nacimiento que aparece en embarazo y que no siempre termina con el parto (Tourné, 2002). En definitiva, la base teórica del método Tourné responde a: a) una orientación psicossomática que trabaja la unión cuerpo-mente en cada sesión; b) una base teórica humanista donde los participantes han de encontrar sus propias respuestas; c) se apoya en la teoría cognitiva cuestionando ideas y creencias en torno al embarazo y el parto; y finalmente, d) incluye la teoría del vínculo, haciendo hincapié en la existencia del bebé en útero desde la primera

Tabla 1
Variables evaluadas e instrumentos utilizados

Variab les	Evaluation Instruments	Quality of instruments	Time application instruments
Antenatal risk of PPD	Interview (Riguetti-Veltema <i>et al</i> , 2006)	Sensitivity = 84,5 % Specificity= 73 %	Antenatal
Symptoms of depression	EPDS <i>Edinburgh Postnatal Depression Scale</i> (Cox <i>et al</i> , 1987)	Sensitivity = 86 %, Specificity = 78 %	Antenatal and postnatal
Relationship with partner	DASS <i>Dyadic Adjustment Scale</i> (Spanier, 1976)	Fidelity: <i>Cronbach Alpha</i> = 0,96	Antenatal and postnatal
Social support	FSSQ <i>Functional Social Support Questionnaire</i> (Broadhead, 1988)	Fidelity: <i>Cronbach Alpha</i> = 0,90	Antenatal and postnatal
Stress	Stress events (Holmes & Rahe, 1967)		Antenatal and Postnatal
Birth outcomes	Hospital Clinical Data and questionnaire		Postnatal

sesión y vinculando tanto a parejas como al grupo en sí mismo. La tabla 2 presenta la aplicación de métodos utilizados en las sesiones.

LOS RESULTADOS

En total se reclutaron 529 parejas de futuras madres y padres. De ellos se incluyeron n=220 a riesgo. De la distribución aleatoria quedaron n= 184

participantes por diversas razones (aborto espontáneo, violencia familiar, traslado a otra ciudad, aparición de patología adscrita a una atención especializada). Entre las participantes hubo 66,7 % nulíparas y 33,3 % multíparas (24,4 % con un embarazo previo; 7,4 % con dos emb. previos; 1,5 % con tres o más emb. previos). En cuanto al nivel socioeconómico de las participantes: 11,60 % eran de clase media; 27,85 % de clase media-baja; 35,45 % de

Tabla 2

SESIONES DEL PROGRAMA EXPERIMENTAL									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Percepción del bebé en útero, pensamientos hacia el bebé (vinculación al bebé)									
Consciencia de las sensaciones y diferenciación de las contracciones (ejercicios prácticos)									
Respiración controlada									
Relacionar tensiones, sensaciones y problemas o preocupaciones actuales									
Trabajar las creencias									
Actividades de apoyo en grupo y en pareja									

Demographic and obstetric data comparing control and intervention participants (N=184)

Variables	Control \bar{x} (SD)	Intervention \bar{x} (SD)	Globally
Age, years	28.5 (6.2)	29 (5.2)	29.3 (5.53)
Previous pregnancies	2.05 (1.2)	2.01 (1.2)	2.03 (1.3)
	%	%	%
First pregnancy	62.00	65.20	63.60
Multiparous	38.00	34.80	36.40
Origin			
• Spanish	59.08	54.30	57.10
• Another European Country	3.30	3.30	3.30
• Non European Country	37.00	42.40	39.07

clase obrera; y 25,10 % vivían bajo el umbral de pobreza. La media de edad de las mujeres participantes fue de 29,3 años. En la muestra hubo 50 % de participantes españolas y 50 % extranjeras, la mayoría (45 %) de otro continente.

Resultados de la variable síntomas depresivos de riesgo

Hubo 39,35 % de casos a riesgo de DP (EPDS \geq 12). La diferencia entre el porcentaje a riesgo entre el GC y el GE en la evaluación postnatal fue de 11,2 % (45,5 % y 34,3 %). La diferencia entre grupos en relación a la media del cuestionario EPDS fue de 1,76 [11,10 (6,05) en el GC y 9,34 (5,17) en el GE] sin obtener la significancia estadística ($p=0,08$).

Resultados de la variable parto prematuro

Hubo 13 partos prematuros en el GC (22,4 %) y tres partos prematuros (4,4 %) en el GE ($p=0,003$). La media de la variable semanas de gestación se diferencia en una semana entre las participantes de los dos grupos ($p=0,02$). El peso del bebé fue significativamente distinto entre grupos, con 3019,01 kg (668,83) en el GC y 3301,87 (506,65) en el GE ($p=0,017$).

BIBLIOGRAFÍA

1. Ascaso Terren, C., García Esteve, Ll., Navarro, P., Aguado, J., Ojuel, J., & Jesús Tarragona, M. (2003). Postpartum depression prevalence in a Spanish sample: comparison of estimations with structured clinical interview for DSM-IV against the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS). *Medicina Clínica*, 120 (9): 326-329.
2. Austin, M.P., Frilingos, M., Lumley, J., Hadzi-Pavlovic, D., Roncolato, W., Acland S., Saint, K., Segal, N., & Parker, G. (2008). Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: A randomised controlled trial. *Journal of affective disorders*, 105 (1-3): 35-44.
3. Beck, C.T., & Indman, P. (2005). The many faces of postpartum depression. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 34 (5): 569-576.
4. Boury, J.M., Larkin, K.T., & Krummel, D.A. (2004). Factors related to postpartum depressive symptoms in low-income women. *Women & Health*, 39 (3): 19-20.
5. Cabero Roura, L. (2004). Parto prematuro. Buenos Aires, Argentine-Madrid, Espagne: Panamericana.
6. Chee Cornelia, Yl., Chong, Y.S., Ng, T.P., Lee Dominic T.S., Tan, L.K., & Fones, Calvin, S.L. (2008). The association between maternal depression and frequent non-routine visits to the infant's doctor - A cohort study. *Journal of affective disorders*, 107 (1-3): 247-253.
7. Cox J.L., Holden J.M., Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150: 782-786.

-
8. **Diego, M.A., Field, T., & Hernández-Reif, M.** (2005). Prepartum, postpartum and chronic depression effects on neonatal behaviour. *Infant Behavior and Development*, 28: 155-164.
 9. **Field, T., Diego, M., & Hernández-Reif, M.** (2006). Prenatal depression effects on the foetus and new born: a review. *Infant Behavior and Development*, 29 (3): 445-455.
 10. **Field, T., Diego, M., Hernández-Reif, M., Deeds, O., & Figueiredo, B.** (2009). Pregnancy massage reduces prematurity, low birth weight and postpartum depression. *Infant Behavior and Development*, 32: 454-60.
 11. **Harvey, S.T., & Pun, P.K.** (2007). Analysis of positive Edinburgh depression scale referrals to a consultation liaison psychiatry service in a two-year period. *International journal of mental health nursing*, 16: 161-167.
 12. **Holmes, T.H., & Rahe, R.H.** (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*, 11: 213-218.
 13. **Le, H.N., Stuart, E.A., Perry, D.F.** (2011). Randomized controlled trial of a preventive intervention for perinatal depression in high-risk latinas. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79: 135-41.
 14. **Ludemir, A.B., Lewis, G., Valongueiro, S.A., De Araujo, T.V., & Araya, R.** (2010). Violence against women by their intimate partner during pregnancy and postnatal depression: a prospective cohort study. *The Lancet*, 376 (9744): 903-10.
 15. **Marcus, S.M.** (2009). Depression during pregnancy: rates, risks and consequences-mother risk update. *The Canadian journal of clinical pharmacology*, 16:15-22.
 16. **O'Hara, M.W., & Swain, A.** (1996). Rates and risk of postpartum depression a meta-analyses. *International revue of psychiatry*, 8: 37-54.
 17. **Ortiz-Collado, M.A.** (2009). Effets d'un programme prénatal de groupe adressé aux couples parentaux pour prévenir la dépression postnatale des femmes de classes moyenne et défavorisée habitant en Catalogne Nord et en France Sud [Doctoral thesis]. Montreal, Canada: Montreal University, Faculty of Medicine and Biomedical Sciences.
 18. **Ortiz-Collado, M.A., Cararach, V., & Tourné.** (2012). C-E. Prevención del riesgo de depresión postnatal y prematuridad con un enfoque psicossomático: estudio aleatorizado multicéntrico. *Medicina Clínica*, 139 (9): 385-392.
 19. **Rauff, E.L.** (2011). Downs D.S. Mediating effects of body image satisfaction on exercise behavior, depressive symptoms, and gestational weight gain in pregnancy. *Annals of behavioral medicine*, 42(3): 381-390.
 20. **Riguetti-Veltéma, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J.** (2006). Construction et validation multicentrique d'un questionnaire prépartum de dépistage de la dépression postpartum. *La Psychiatrie de l'enfant*, 49, (2): 513-541.
 21. **Rubertsson, C., Wickberg, B., Gustavsson, P., & Rådestad, I.** (2005). Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence and psychosocial risk factors in a national Swedish sample. *Archives of women's mental health*, 8 (2): 97.
 22. **Tough, S.C., Siever, J.E., & Johnston, D.W.** (2007). Retaining women in a prenatal care randomized controlled trial in Canada: implications for program planning. *BMC public health*, 7: 148-52.
 23. **Tourné, C-E.** (2002). *Obstétrique psychosomatique et fonctionnelle*. Montpellier, France: Sauramps Medical.
 24. **Vieten, C., & Astin, J.** (2008). Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: results of a pilot study. *Archives of women's mental health*, 11: 67-74.

Detección *in situ* de la depresión postparto (DPP) y alteración del vínculo materno-filial en el Hospital Universitario Quirón Dexeus. Resultados preliminares

Screening of postpartum depression (PD) and mother-infant bonding (MIB) disorders at the Hospital Universitario Quirón Dexeus. Preliminary results

Gracia Lasheras¹, Borja Farré-Sender¹, Bernat Serra²

Resumen

Tras la implementación de un sistema de detección sistemática de la DPP en nuestro Hospital, nos planteamos determinar la incidencia de DPP y alteraciones del vínculo madre-hijo en la cuarentena, en todas las mujeres con seguimiento puerperal en el H.U. Quirón Dexeus y analizar la influencia de diversas variables reproductivas, obstétricas y psicopatológicas sobre dicha patología.

Material y Método: Se estudió una muestra de 271 mujeres en la cuarentena de forma sistemática, mediante la EPDS y el PBQ.

Resultados: La incidencia de DPP fue del 9,2 % y del 5 % para las alteraciones del vínculo. La presencia de DPP se asoció significativamente a: antecedentes de ansiedad/depresión a lo largo de la vida ($p=0.03$) y en el embarazo ($p=0.000$), estrés perinatal (0.001), mayor edad ($p=0.032$) y vínculo alterado (0.000). Las alteraciones del vínculo fueron superiores en primíparas ($p=0.013$).

Conclusiones: Las cifras de DPP mediante la detección sistemática “in situ” en nuestro Centro fueron similares a otros estudios, evidenciándose un elevado correlato con las alteracio-

¹Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital Universitario Quirón Dexeus (HUQD).

²Departamento de Obstetricia y Ginecología, HUQD.

Correspondencia: Dra. Gracia Lasheras

Servicio de Psiquiatría y Psicología, Hospital Universitario Quirón Dexeus

C/ Sabino Arana 5-19, 3.5

08028 Barcelona, España.

E-mail: gracia.lasheras@quiron.es

nes del vínculo materno-filial. Es importante la detección sistemática para evitar consecuencias, no solo en la madre, sino también sobre el vínculo materno-filial.

Palabras clave: Detección. Depresión posparto. Vínculo materno-filial. EPDS. PBQ.

Summary

Introduction: After implementing an universal screening of PD in our hospital, we want to determine the incidence of PD and MIB disorders in quarantine, in all women with postpartum followed in the H.U. Quirón Dexeus, and analyze the influence of various reproductive, obstetric and psychopathological variables in this pathology.

Material and Methods: A sample of 271 women in their quarantine obstetric control was studied systematically with the EPDS and PBQ.

Results: The incidence of PD was 9.2 % and 5 % for MIB disorders. PD was significantly associated with: history of anxiety / depression throughout life ($p=0.03$) and during pregnancy ($p = 0.000$), perinatal stress (0.001), age ($p=0.032$) and MIB disorders (0.000). The number of MIB disorders was higher in primiparous ($p=0.013$).

Conclusions: PD rates by screening “in situ” in our hospital were similar to the ones in other studies, showing a high correlation with alterations of the mother-infant bond. Universal screening is important to avoid consequences, not only for the mother but also in terms of the mother-child bond.

Key words: Screening. Postpartum depression. Mother-infant bonding. EPDS. PBQ.

INTRODUCCIÓN

La depresión materna a lo largo del año posterior al parto es una complicación frecuente (21,9 %) (Gaynes BN *et al*, 2005), sin embargo, su diagnóstico y tratamiento son notablemente inferiores (10-14 %) incluso respecto a la población general (26 %) (Bennett IM *et al*, 2010; Vesga-López O *et al*, 2008). Los datos aportados por estudios nacionales e internacionales (Ascaso C *et al.*, 2003; Gavin N *et al*, 2005; O’Hara MW, 2009) revelan que la **detección de la DPP es insuficiente**.

Por otra parte, está ampliamente documentado que el no realizar un tratamiento específico de la depresión, durante esta etapa de la vida, se asocia a **consecuencias relevantes** para la madre, el hijo y la familia. Para la madre puede suponer el inicio de un trastorno depresivo recurrente y afectar gravemente su calidad de vida, sin olvidar que el suicidio constituye el 20 % de la mortalidad materna en el posparto, siendo la 2ª causa de mortalidad más frecuente en este período (Lindahl V *et al*, 2005). En la descendencia, la experiencia de la depresión materna se ha asociado al desarrollo de

problemas cognitivos, comportamentales, interpersonales y emocionales durante su vida (Avan E *et al*, 2010; Beck CT, 1995; Feldman R *et al*, 2009; Murray L *et al*, 2010) y trastorno de déficit de atención e hiperactividad en la infancia temprana (Sagiv SK *et al*, 2012; Sciberras E *et al*, 2011). Así mismo, la depresión en el puerperio puede menoscabar la relación de la madre con su bebé, afectando a su cuidado y al vínculo que se genera entre ambos, así como producir una angustiante falta de sentimiento maternal, irritabilidad, hostilidad e incluso impulsos agresivos y rechazo, lo que se ha documentado en el 29 % de los casos (Klier CM *et al*. 2000).

Para conseguir una intervención eficaz es prioritario optimizar la capacidad de detección de estos trastornos, por lo que se empieza a recomendar su **cribado sistemático** (Committee Opinion 2010; Bright Futures; NICE; Postpartum Support International, 2012) aplicado a diversos ámbitos asistenciales: atención primaria, ginecología, pediatría, etcétera. (Mishina H y Takayama JL, 2009). Algunos autores discrepan sobre esta recomendación en base a cuestiones de coste-eficacia (Paul-

den M *et al*, 2009) y de la necesidad de asociar una evaluación diagnóstica e intervención terapéutica (Gilbody S *et al*, 2008). La Sociedad Marcé Internacional, dedicada al estudio de la salud mental perinatal, recomienda la utilización de *programas de evaluación psicosocial universal* que combinen una valoración del contexto psicosocial, factores de riesgo y detección de una posible depresión actual, así como integrar dicha evaluación con otro tipo de seguimiento y/o atención (Austin M.-P, 2014).

En base a todo ello hemos implementado, desde enero de 2013, un método de *detección sistemática de la DPP en el HUQD* aplicado en el momento de la cuarentena, mediante un proyecto colaborativo del Departamento de Obstetricia y Ginecología y el Servicio de Psiquiatría, con una finalidad clínica de tratamiento precoz, solicitándole a la paciente ser avisada (vía telefónica/email) en caso de encontrarse un resultado alterado y derivándola adecuadamente. A partir de este protocolo, desarrollaremos la presente investigación.

El objetivo principal de nuestro estudio es, dada la importancia de detectar los estados depresivos debido a las citadas consecuencias, obtener información sobre el sistema *in situ* de detección precoz de la DPP y las alteraciones del vínculo madre-hijo aplicados en la cuarentena; así como estudiar la influencia de diversas variables reproductivas, obstétricas y psicopatológicas que puedan estar relacionadas con su aparición, según apuntan algunas investigaciones (Gelabert E *et al*, 2011; Gulamani SS *et al*, 2013; McMahon CA *et al*, 2011).

OBJETIVOS

1. Determinar la incidencia de DPP y alteraciones del vínculo madre-hijo a los 30-40 días del parto, en todas las mujeres con seguimiento obstétrico y puerperal en el HUQD, mediante el protocolo *in situ* de evaluación en la cuarentena.

2. Estudiar la relación entre DPP y alteraciones del vínculo materno-filial.

3. Analizar, de forma retrospectiva, la influencia de las siguientes variables sobre la presencia de DPP y las alteraciones del vínculo materno-filial:

- a. Edad
- b. Antecedentes de ansiedad/depresión a lo largo de la vida.
- c. Antecedentes de ansiedad/depresión durante el embarazo.
- d. Estrés durante el embarazo/posparto.
- e. Tipo de concepción (natural/asistida).
- f. Paridad.
- g. Tipo de parto (vaginal/cesárea).
- h. Tipo de lactancia (materna/artificial/mixta).
- i. Maternidad en solitario (monoparental).
- j. Éxito perinatal.

MATERIAL Y MÉTODO

Muestra

A todas las pacientes que acuden a la visita posparto de la cuarentena en el Servicio de Obstetricia del HUQD, de enero a abril de 2013, se les ofreció la realización del protocolo clínico de detección sistemática de la DPP y alteraciones del vínculo, recientemente instaurado. Previamente a su realización, la investigación fue aprobada por el Comité de Ética del hospital. Fueron reclutadas un total de 271 mujeres, siendo la edad media de 34,86 años (DS=4,26). La media de días posparto en el que se realizó la evaluación fue 43, siendo el rango de 40 a 47.

Material

1. Cuestionario de recogida de datos que solicita la siguiente información:

- Por parte de Enfermería:
 - o Número de identificación (NID).
 - o Tipo de concepción (Natural/Reproducción Asistida).
 - o Tipo de parto (Vaginal/Cesárea).
- Por parte de la paciente:
 - o Fecha del parto.
 - o Edad.
 - o Número de hijos.
 - o Tipo de lactancia (materna/artificial/mixta).
 - o Antecedentes de ansiedad y/o depresión a lo largo de la vida.

- o Presencia de ansiedad y/o depresión durante este embarazo.
- o Existencia de estrés durante el embarazo y/o el posparto.
- o Si la maternidad ha sido en solitario (sin pareja).

2. Escalas autoadministradas:

a. El *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS), instrumento que ha demostrado mejores propiedades para la detección de la DPP (Cox J *et al*, 1987), validado en nuestro medio (García-Esteve L *et al*, 2003) y ampliamente utilizado, tanto en protocolos de cribado (Dolbier CL *et al*, 2012; Yawn BP *et al*, 2012) como en investigación (Berner A *et al*, 2012; Fisher J *et al*, 2012). Consta de 10 ítems. Se aplicó el punto de corte de ≥ 11 , según lo recomendado en el estudio de validación del instrumento en población general española (García-Esteve L *et al*, 2003).

b. El Parental Bonding Questionnaire (PBQ) (Klier CM *et al*. 2000). Evalúa las alteraciones del vínculo madre-bebé en el posparto. Consta de

25 ítems y 4 sub-escalas: 1. Factor General de vínculo alterado (12 ítems); 2. Rechazo y odio patológico (7 ítems); 3. Ansiedad centrada en el cuidado del bebé (4 ítems); 4. Riesgo de Abuso (2 ítems). Aplicamos los puntos de corte establecidos en el estudio original.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo con las variables de tipo cualitativo. En la comparación entre grupos se utilizó el ANOVA cuando las variables cumplían los supuestos paramétricos. El estudio estadístico de diferencia de medias se efectuó por tests no paramétricos (Chi Cuadrado de Pearson). Se ha empleado la t de Student para muestras independientes y se ha considerado una $p < 0,05$ como límite de significación estadística. El paquete estadístico utilizado fue el SPSS v. 16.

RESULTADOS

Las variables descriptivas de nuestra muestra se recogen en la Tabla I.

Tabla I
Variables descriptivas de la muestra

	N(%)	M(DE)
Total	271 (100)	
Edad		34,86 (4,26)
• <39 (23-38)	227	33,56 (3,2)
• ≥ 39 (39-50)	44	41,55 (2,27)
Nº Hijos		
• 1	152(56)	
• >1	119(44)	
Día posparto		43 (40-47)
Tipo de concepción		
• Natural	228 (84,1)	
• Reproducción Asistida	39 (14,4)	
Tipo de parto		
• Vaginal	191 (70,5)	
• Cesárea	78 (28,8)	
Tipo de lactancia		
• Materna	153 (56,5)	
• Mixta	51 (18,8)	
• Artificial	66 (24,4)	
Ansiedad/Depresión		
• Previa	81 (30)	
• En el embarazo	34 (12,5)	
Estrés embarazo/Posparto	60 (22,1)	
Maternidad en solitario	3 (1,1)	

El 9,2 % (n=25) de las mujeres evaluadas en la cuarentena puntuaron por encima del punto de corte (≥ 11 para la DPP en la EPDS; el 4,4 % (n=12) tenían alteraciones del vínculo materno-filial, y el 0,7 % (n=2) ansiedad centrada en el cuidado del bebé.

La sospecha de depresión posparto se asoció de forma altamente significativa a alteración del vínculo materno-filial (Tabla II).

El grupo de mujeres de edad mayor o igual a 39 años mostraron significativamente más tasa de depresión (EPDS), pero no más alteraciones del vínculo (PBQ) (Tabla III).

Los tres tipos de antecedentes psicopatológicos (ansiedad/depresión a lo largo de la vida, ansiedad/depresión en el embarazo, estrés en el embarazo/posparto) se asociaron de forma significativa

a mayor depresión posparto (EPDS) y más alteraciones del vínculo materno-filial (PBQ) (Tabla IV).

En cuanto al análisis correlativo de variables reproductivas, solo se obtuvieron diferencias significativas en la variable paridad: el grupo de primíparas presentó más alteraciones del vínculo (PBQ), sin diferencias en las tasas de depresión (EPDS). No hubo diferencias en ambas mediciones según el tipo de concepción ni el tipo de parto (Tabla V).

El tipo de lactancia no se correlacionó con las tasas de depresión (EPDS) ni con las alteraciones del vínculo (PBQ) (Tabla VI).

Otro tipo de variables, como la maternidad en solitario y el éxito perinatal, no pudieron ser analizadas por falta de casos.

Tabla II
Correlación entre DPP y alteración del vínculo materno-filial

	Sospecha DPP N=25 M(DE)	Ausencia sospecha DPP N=245 M(DE)	F	P
PBQ ⁽¹⁾	16,92 (10,83)	8,11 (5,77)	43,167	0,000

⁽¹⁾Test de ANOVA

Tabla III
Correlación de edad con DPP y alteraciones del vínculo

	Edad<39 (N=227) M(DE)	Edad \geq 39 (N=44) M(DE)	X ²	F	P
EPDS ⁽¹⁾	4,92 (3,71)	5,84 (5,15)	5,03		0,032
PBQ ⁽²⁾	9,23(7,01)	7,89 (6,78)		0,038	0,845

⁽¹⁾ Chi Cuadrado de Pearson (X²); ⁽²⁾Test de ANOVA

Tabla IV
Correlación de antecedentes psicopatológicos con DPP y alteraciones del vínculo

	Anteced. A/D vida N=81 M(DE)	No antecedentes N=189 M(DE)	X ²	t	P
EPDS ⁽¹⁾	6,32 (4,62)	4,63 (3,53)	8,869		0,003
PBQ ⁽²⁾	10,38 (8,03)	8,27 (6,22)		2,339	0,020

	A/D embarazo (N=34) M(DE)	No A/D embarazo (N=236) M(DE)	X ²	t	P
EPDS ⁽¹⁾	8,06 (5,61)	4,72 (3,48)	13,715		0,000
PBQ ⁽²⁾	11,82 (9,46)	8,48(6,32)		2,684	0,008
	Estrés embarazo/PP N=48 M(DE)	No Estrés embarazo/PP N=197 M(DE)	X ²	t	P
EPDS ⁽¹⁾	6,88 (4,35)	4,64 (3,70)	10,592		0,001
PBQ ⁽²⁾	10,45 (8,06)	8,46 (6,44)		1,991	0,047

⁽¹⁾Chi Cuadrado de Pearson (X²); ⁽²⁾t de Student (t); A= ansiedad; D= Depresión

Tabla V
Correlación de variables reproductivas y obstétricas con DPP y alteraciones del vínculo

	Concepción natural N=227 M(DE)	Reproduc. Asistida N=39 M(DE)	X ²	t	P
EPDS ⁽¹⁾			3,39		0,183
PBQ ⁽²⁾	9,03 (7)	7,62 (5,87)		1,188	0,236
	Primípara (N=152) M(DE)	Múltipara (N=118) M(DE)	X ²	F	P
EPDS ⁽¹⁾	4,89 (3,72)	5,73 (4,45)	0,665		0,415
PBQ ⁽³⁾	9,82 (6,57)	7,73 (7,07)		6,268	0,013
	Parto vaginal (N=77) M(DE)	Cesárea (N=191) M(DE)	X ²	t	P
EPDS ⁽¹⁾			1,92		0,382
PBQ ⁽²⁾	8,98 (6,84)	8,59 (7)		0,426	0,670

⁽¹⁾Chi Cuadrado de Pearson (X²); ⁽²⁾t de Student (t); ⁽³⁾Test de ANOVA

Tabla VI
Correlación de tipo de lactancia con DPP y alteraciones del vínculo

	Lactancia materna (N=153)	Lactancia mixta (N=51)	Lactancia artificial (N=65)	X ²	t	P
EPDS ⁽¹⁾				0,589		0,899
	Lactancia materna y mixta (N=204)	Lactancia artificial (N=66)		t	P	
PBQ ⁽²⁾	8,75 (6,93)	9,48 (6,65)		-0,751	0,453	
	Lactancia materna (N=153)	Lactancia mixta y artificial (N=117)		t	P	
PBQ ⁽²⁾	8,30 (6,62)	9,76 (7,10)		-1,740	0,083	

⁽¹⁾Chi Cuadrado de Pearson (X²); ⁽²⁾t de Student (t)

DISCUSIÓN

La **prevalencia de DPP** en nuestra muestra, tras la detección universal durante el posparto mediante la escala de Edimburgo, se sitúa en el 9,2 %, cifra inferior al 13 % hallado por la revisión sistemática de otros autores (Gavin N *et al.*, 2005) o por la encontrada en muestra española (Ascaso C *et al.*, 2003), situada en un 10,1 %. Sin embargo, es más concordante con la obtenida cuando se estudia selectivamente población de países desarrollados, en los que la prevalencia de depresión mayor durante los primeros 3 meses del posparto es del 7,1 % (Gaynes BN *et al.*, 2005). Así mismo, el espectro poblacional estudiado pertenece a una clínica privada, aparentemente más alejada de problemáticas sociales y económicas, lo que podría suponer un factor protector de la DPP, en contraste con otros grupos clasificados como de riesgo sociocultural para sufrirla, como la condición inmigrante (Gaillard A *et al.*, 2013) o la falta de soporte familiar (García-Esteve L *et al.*, 2008).

Los resultados arrojan una fuerte asociación entre **la DPP y las alteraciones del vínculo**, lo que es concordante con otros estudios realizados con las mismas medidas, tanto en la escala global como en las sub-escalas (Edhborg M *et al.*, 2011). En esta misma línea, Perry DF *et al.* (2011) encuentran que la depresión (DPP y/o durante la gestación) es el factor que muestra mayor impacto en la calidad del vínculo, muy por encima de otras variables como los sentimientos sobre el embarazo, la planificación del mismo o la calidad en la relación de pareja. La misma relación –entre la DPP y el vínculo materno– se describe como un mal predictor del vínculo a medio plazo (4 meses) y al cabo de un año (O’Higgins M, 2013). Algunos autores incluso consideran que la valoración de la interacción madre-bebé es una variable imprescindible para comprender el alcance global del impacto de la depresión en la madre (Klier CM *et al.*, 2000).

Por lo que respecta a la relación entre la **edad** de la mujer y la depresión puerperal, los estudios precedentes no esclarecen el impacto de esta variable; mientras que algunos autores asocian una edad inferior a un mayor índice de riesgo para padecerla (Bottino *et al.*, 2012; McMahan MA *et al.*, 2010), otras investigaciones, tras controlar di-

versas variables, no encuentran esta correlación (Goker A *et al.*, 2012). Sin embargo, en nuestra muestra obtenemos resultados opuestos: dividiendo el grupo por rangos de edad, se observa que las madres de 39 años o más registran mayores tasas de depresión posparto. Hay que decir que nuestro grupo comparativo se sitúa en un rango de edad medio, alejado de grupos más jóvenes que son los que se han asociado a mayores índices de DPP; y la muestra añosa engloba una franja de edad superior a la recogida en otros estudios, lo que podría conferirle más dificultad a la hora de adaptarse a la maternidad. En lo referente a la edad de la madre y el vínculo materno-filial, según nuestros datos la edad no es determinante en el comportamiento de la variable vínculo, en la línea del trabajo de McMahon *et al.* (2010) en el que no hubo diferencias en cuanto al vínculo materno-fetal (medido en el embarazo) entre los grupos de edad alto y medio, equiparables a nuestros grupos de edad.

Como era de esperar, los **antecedentes psicopatológicos**, que son un factor de riesgo documentado para la incidencia de la DPP (Alipour Z *et al.*, 2012; Rozic PR *et al.*, 2012; Josefsson A *et al.*, 2002), están claramente asociados a la presencia de DPP y también a las alteraciones del vínculo madre-bebé, en nuestros resultados; esto incluye no solo los antecedentes psiquiátricos a lo largo de la vida, sino también la depresión durante el embarazo –en concordancia con otros estudios (O’Hara and Swain 1996; Yonkers *et al.* 2001; Gavin *et al.* 2005; Gaynes *et al.* 2005)–, y la presencia de estrés en la gestación, asociación ya demostrada con la DPP en muestras españolas (García-Esteve *et al.*, 2008).

Respecto a **variables reproductivas**, solo se obtuvieron diferencias significativas en la variable paridad: el grupo de primíparas obtuvo puntuaciones más elevadas en alteraciones del vínculo; quizá la falta de experiencia previa, respecto a la crianza y la inseguridad consecuente, marquen la diferencia de vinculación entre ambos grupos. Algunos autores (Ross LE *et al.*, 2010) han encontrado mayores tasas de DPP en múltiparas, sin embargo, en nuestro estudio no hemos hallado diferencias en este sentido, ni tampoco en ambas mediciones según el tipo de concepción (natural o reproducción asistida) ni el tipo de parto (vaginal o cesárea). Este último resultado resulta coinci-

dente con el estudio de Josefsson *et al* (2002), en el que el tipo de parto no era un factor influyente en la incidencia depresiva. Se ha estudiado la influencia de variables biológicas relacionadas con el parto, como el nivel plasmático de oxitocina, pero los datos no son concluyentes (Skrudz M *et al*, 2011). Y, finalmente, parece tener más peso sobre la DPP, la variable cognitiva de percepción sobre la asistencia sanitaria recibida durante el parto, entendido como que una percepción negativa o amenazante constituiría un factor de riesgo para padecerla (Seng JS). En cuanto al tipo de concepción, hay pocas investigaciones que analicen su asociación con DPP y vínculo. Según el estudio de MacMahon *et al* (2010) realizado en mujeres embarazadas y en el cuarto mes del posparto, las que habían precisado técnicas de reproducción asistida presentaban menores índices de ansiedad y depresión, y una alta vinculación hacia el feto –variable predictiva de la calidad del vínculo materno-filial posterior (Van den Bergh and Simons, 2009)–, lo cual apoyaría el hecho de que, en el posparto, dichas condiciones se mantengan y no existan diferencias desfavorables respecto a las mujeres que concibieron de forma natural, lo cual sería concordante con nuestros resultados.

A diferencia de otros estudios publicados, no hubo diferencias entre los distintos tipos de **lactancia** respecto a DPP ni a vinculación materno-filial. Algunos autores (Figueiredo B *et al.*, 2013) apuntan a una asociación entre los síntomas depresivos y el tipo de lactancia; en esta misma línea, Hahn-Holbrook *et al* (2013) encuentran que una mayor frecuencia de lactancia materna, al tercer mes del posparto, correlaciona con mayores descensos posteriores en la sintomatología depresiva, así como niveles más bajos de síntomas depresivos a los 24 meses después del parto, controlando factores de confusión importantes. Nuestro trabajo se basa en una evaluación única en el momento de la cuarentena, por lo que no aporta datos de cómo puede influir el tipo de lactancia a partir de ese momento.

Dado que existen múltiples factores que predisponen a la madre a sufrir DPP y que este tipo de trastorno puede estar afectando el vínculo de la madre, sumado a la resistencia a demandar ayuda debido a la estigmatización que suele producirse de esta enfermedad mental (Byatt N *et al.*, 2013),

parece imprescindible que se siga estudiando acerca de las formas más eficaces para la detección de la DPP y los posibles factores de riesgo asociados.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E.** (2012) Anxiety and fear of childbirth as predictors of postnatal depression in nulliparous women. *Women Birth.* 25(3): 37-43.
2. **Ascaso C, García-Esteve L, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ.** (2003) Prevalence of postpartum depression in Spanish mothers: comparison of estimation by mean of the structured clinical interview for DSM-IV with the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Med Clin;* 120 (9): 326-9.
3. **Austin MP.** (2014) Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 28: 179–187.
4. **Avan B, Richter LM, Ramchandani PG, Norris SA, Stein A.** (2010) Maternal postnatal depression and children's growth and behavior during the early years of life: exploring the interaction between physical and mental health. *Archives of Disease in Childhood;* 95(9): 690–695.
5. **Beck CT.** (1995) The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: a meta-analysis. *Nurs Res.;* 44(5):298-304.
6. **Bener A, Burgut FT, Ghuloum S, Sheikh J.** (2012) A study of postpartum depression in a fast developing country: prevalence and related factors. *Int J Psychiatry Med;* 43(4): 325-37.
7. **Bennett IM, Marcus SC, Palmer SC, Coyne JC.** (2010) Pregnancy-related discontinuation of antidepressants and depression care visits among Medicaid recipients. *Psychiatr Serv.;* 61 (4): 386-391.
8. **Bottino MN, Nadanovsky P, Moraes CL, Reichenheim ME, Lobato G.** (2012) Reappraising the relationship between maternal age and postpartum depression according to the evolutionary theory: Empirical evidence from a survey in primary health services. *J Affect Disord.* Dec 15; 142(1-3): 219-24.
9. **Bright Futures**, <http://www.brightfutures.org/>.
10. **Byatt N, Biebel K, Friedman L, Debordes-Jackson G, Ziedonis D.** (2013) Women's perspectives on postpartum depression screening in pediatric settings: a preliminary study. *Arch Womens Ment Health.* Oct;16 (5): 429-32.

11. **Committee Opinion** (2010) Screening for depression during and after pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*; 115 (2-1): 394–395.
12. **Cox J, Holden J, Sagowsky R.** (1987) Detection of the post natal depression: development of the 10-item Edinburgh Post Natal Depression Scale. *Br J Psychiatry*; 150: 782-6.
13. **Dolbier CL, Rush TE, Sahadeo LS, Shaffer ML, Thorp J The Community Child Health Network Investigators.** (2012) Relationships of Race and Socioeconomic Status to Postpartum Depressive Symptoms in Rural African American and Non-Hispanic White Women. *Matern Child Health J.* 17(7): 1277-87.
14. **Edhborg M, Nasreen HE, Kabir ZN.** (2011) Impact of postpartum depressive and anxiety symptoms on mothers' emotional tie to their infants 2–3 months postpartum: a population-based study from rural Bangladesh *Arch Womens Ment Health.* 1007 (11): 221-7.
15. **Feldman R, Granat A, Pariente C, Kanety H, Kuint J, Gilboa-Schechtman E.** (2009) Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement fear regulation, and stress reactivity. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 48(9): 919–927.
16. **Figueiredo B, Canário C, Field T.** (2013) Breastfeeding is negatively affected by prenatal depression and reduces postpartum depression. *Psychol Med.* 3: 1-10.
17. **Fisher J, Chatham E, Haseler S, McGaw B, Thompson J.** (2012) Uneven implementation of the National Perinatal Depression Initiative: findings from a survey of Australian women's hospitals. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* Dec; 52 (6): 559-64.
18. **Gaillard A, Le Strat Y, Mandelbrot L, Keïta H, Dubertret C.** (2013) Predictors of postpartum depression: Prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Res.* (13): 651-3.
19. **García-Esteve L, Navarro P, Ascaso C, Torres A, Aguado J, Gelabert E, Martín-Santos R.** (2008) Family caregiver role and premenstrual syndrome as associated factors for postnatal depression. *Arch Womens Ment Health.* Jul; 11(3): 193-200.
20. **García-Esteve L, Ascaso C, Ojuel J, Navarro P.** (2003) Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *J Affect Disord.* Jun; 75(1): 71-6.
21. **García-Esteve L, Navarro P, Ascaso C, Torres A, Aguado J, Gelabert E, Martín-Santos R.** (2008) Family caregiver role and premenstrual syndrome as associated factors for postnatal depression. *Arch Womens Ment Health.* Jul; 11(3): 193-200.
22. **Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T.** (2005) Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*; 106(5-1): 1071–1083.
23. **Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, Lohr KN, Swinson T, Gartlehner G, Brody S, Miller WC.** (2005) Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 119: 1–8.
24. **Gelabert E, Subirà S, García-Esteve L, Navarro P, Plaza A, Cuyàs E, Navinés R, Gratacòs M, Valdés M, Martín-Santos R.** (2012) Perfectionism dimensions in major postpartum depression. *J Affect Disord.* Jan; 136(1-2): 17-25.
25. **Gilbody S, Sheldon T, House A.** (2008) Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. *Can Med Assoc J.*; 178(8): 997-1003.
26. **Goker A, Yanikkerem E, Demet MM, Dikayak S, Yildirim Y, Koyuncu FM.** (2012) Postpartum depression: is mode of delivery a risk factor? *Obstet Gynecol*; 2012: 616-759.
27. **Gulamani SS, Premji SS, Kanji Z, Azam SI.** (2013) A review of postpartum depression, preterm birth, and culture. *J Perinat Neonatal Nurs.* Jan; 27(1): 52-9.
28. **Hahn-Holbrook J, Haselton MG, Schetter CD, Glynn LM** (2013) Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology? *Archives of Women's Mental Health,* Volume 16(5): 411-422.
29. **Josefsson A, Angelsiöö L, Berg G, Ekström CG, Gunnervik C, Nordin C and Sydsjö G.** (2002) Obstetric, Somatic, and Demographic Risk Factors for Postpartum Depressive Symptoms. *Obstetrics & Gynecology,* 99 (2): 223-229.
30. **Klier CM, Muzik M.** (2000) Mother-infant bonding disorders and use of Parental Bonding Questionnaire in clinical practice. *Gynecol*; 107: 1210-7.
31. **Lindahl V, Pearson JL, Colpe L.** (2005) Prevalence of suicidality during pregnancy and the postpartum. *Arch Womens Ment Health.*; 8(2): 77-87.
32. **McMahon CA, Boivin J, Gibson FL, Fisher JRW, Hammarberg K, Wynter K, Saunders DM.** (2011) Older first-time mothers and early

- postpartum depression: a prospective cohort study of women conceiving spontaneously or with assisted reproductive technologies *Fertility and Sterility*; 96(5): 1218-24.
33. **Milgrom J, Gemmill AW.** (2014) Screening for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 28: 13–23.
 34. **Mishina H, Takayama JI.** (2009) Screening for maternal depression in primary care pediatrics. *Current Opinion in Pediatrics*; 21(6): 789–793.
 35. **Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Croudace T, Cooper P.** (2010) The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age 16 years: a developmental approach. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*; 51(10): 1150–1159.
 36. **NICE**, <http://guidance.nice.org.uk/CG90>.
 37. **O'Hara MW.** (2009) Postpartum depression: what we know. *Journal of Clinical Psychology*; 65(12): 1258–1269.
 38. **O'Hara MW, Swain AM.** (1996) Rates and risk of postpartum depression—meta-analysis. *Int Rev Psychiatry* 8(1): 37–54
 39. **O'Higgins M, Roberts IS, Glover V, Taylor A.** (2013) Mother-child bonding at 1 year; associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks. *Arch Womens Ment Health*. Oct; 16 (5): 381-9.
 40. **Paulden M, Palmer S, Hewitt C, Gilbody S.** (2009) Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis. *British Medical Journal*; 339: 5203.
 41. **Postpartum Support International. US legislative action.** 2012. <http://www.postpartum.net/News-and-Events/Legislation.aspx>. Accessed February 15, 2013.
 42. Ross, McQueen K, Vigod S and Dennis CL. (2011) Risk for postpartum depression associated with assisted reproductive technologies and multiple births: a systematic review. *Human Reproduction*, 17, (1): 96–106.
 43. **Rozic PR, Schwartzman JA, Paolini CI, Gadow A, Calvo DA, Paesani F, Pieczanski P, Vázquez GH, Lolich M, Krupitzki HB.** (2012) Screening for symptoms of depression during postpartum and the long term follow up: temporal stability and associated factors. *Vertex*. Nov-Dec; 23(106): 409-17.
 44. **Sagiv SK, Epstein JN, Bellinger DC, Korrnick SA.** (2013) Pre- and postnatal risk factors for ADHD in a nonclinical pediatric population. *J Atten Disord* Jan; 17(1): 47-57.
 45. **Sciberras E, Ukoumunne OC, Efron D.** (2011) Predictors of parent-reported attention-deficit/hyperactivity disorder in children aged 6-7 years: a national longitudinal study. *J Abnorm Child Psychol*. 39(7): 1025-34.
 46. **Seng JS.** Exploration of the effect of Epidural use (and pitocin induction and augmentation) on postpartum depression from the STACY Project data.
 47. **Skrundz M, Bolten M, Nast I, Hellhammer DH and Meinlschmidt G.** (2011) Plasma Oxytocin Concentration during Pregnancy is associated with Development of Postpartum Depression. *Neuropsychopharmacology* 36: 1886–1893.
 48. **Van den Bergh B, Simons A.** (2009) A review of scales to measure the mother–fetus relationship. *J Reprod Infant Psychol*, 27: 114–126.
 49. **Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS.** (2008) Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry*.; 65(7): 805-815.
 50. **Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, Navarrete CA, Carmody T, March D, Heartwell SF, Leveno KJ.** (2001) Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry* 158 (11): 1856–1863.
 51. **Yawn BP, Olson AL, Bertram S, Pace W, Wollan P, Dietrich AJ.** (2012) Postpartum Depression: Screening, Diagnosis, and Management Programs 2000 through 2010. *Depress Res Treat*; 2012: 363964.

Un modelo animal de separación materna para el estudio de los efectos de “programación” neurometabólica del estrés neonatal

An animal model of maternal deprivation for the study of neurometabolic “programming” effects of neonatal stress

María Paz Viveros¹, Álvaro Llorente Berzal², Virginia Mela³, Ricardo Llorente⁴,
Eva María Marco⁵, Meritxell López Gallardo⁶

Resumen

La aplicación de modelos animales en diversos campos de las neurociencias, incluyendo la psiquiatría, es a pesar de sus limitaciones una herramienta fundamental para la investigación de los mecanismos neurobiológicos subyacentes a diversas enfermedades desde una perspectiva traslacional. En este artículo presentamos y discutimos los datos procedentes de un modelo animal de estrés en etapas tempranas del desarrollo. En particular, exponemos evidencias acerca de diversas alteraciones psiconeuroinmunoendocrinas que aparecen, a lo largo de la vida, como consecuencia de someter a ratas Wistar neonatales a un episodio de estrés por separación materna de 24 horas a día postnatal 9. Discutimos la utilidad de este protocolo como modelo de alteraciones no solo neuropsiquiátricas, sino también metabólicas e inmunológicas, con base en el desarrollo. Finalmente, proponemos una hipótesis-modelo de trabajo en el que la leptina

¹Catedrática del Departamento de Fisiología Animal (Fisiología Animal II), Facultad de Biología. Universidad Complutense de Madrid.

²Colaborador honorífico postdoctoral del Departamento de Fisiología Animal (Fisiología Animal II), Facultad de Biología. Universidad Complutense de Madrid.

³Estudiante predoctoral del Departamento de Fisiología Animal (Fisiología Animal II), Facultad de Biología. Universidad Complutense de Madrid.

⁴Colaborador honorífico postdoctoral del Departamento de Fisiología Humana, Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

⁵Profesora ayudante doctor del Departamento de Fisiología Animal (Fisiología Animal II), Facultad de Biología. Universidad Complutense de Madrid.

⁶Profesora titular del Departamento de Fisiología Humana, Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid.

Correspondencia: Dra. María Paz Viveros
Departamento de Fisiología (Fisiología Animal II), Facultad de Ciencias Biológicas, Universidad Complutense de Madrid
C/ Jose Antonio Novais 12
28040 Madrid, España.
E-mail: pazviver@bio.ucm.es

podría considerarse como nexo de unión entre los cambios neurales, metabólicos e inmunológicos encontrados en los animales separados de la madre.

Palabras clave: Separación materna temprana. Neurodesarrollo. Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal. Leptina.

Summary

Animal models are paramount in neuroscience and, in particular, in psychiatry, despite they have a number of limitations in relation to translation to the human condition. In fact, the use of animal models in translational research is fundamental for the investigation of the neurobiological mechanisms underlying several neuropsychiatric disorders. In this review, we present and discuss data from an animal model of early life stress consisting of a single prolonged episode (24h) of early maternal deprivation at postnatal day 9 in Wistar rats. We describe a number of psycho-neuro-immune-endocrine changes shown by the maternally deprived animals from the neonatal period throughout the adulthood. Herein, we discuss the relevance of this procedure not only for its value in modelling neuropsychiatric disorders, but also for inducing important metabolic and immunological changes, with a neurodevelopmental origin. We propose a hypothetical working model in which leptin may play a central role in connecting the neural, metabolic and immune changes reported in the maternally deprived animals.

Key words: Early maternal deprivation. Neurodevelopment. Hypothalamus-pituitary-adrenal axis. Leptin.

UTILIDAD DE LOS MODELOS ANIMALES

Una de las limitaciones más evidentes en la aplicación de modelos animales para el estudio de enfermedades psiquiátricas es que resulta imposible reproducir todos los aspectos de la enfermedad, debido a la complejidad de su sintomatología en humanos. Sin embargo, es posible atender a componentes fenotípicos específicos para diseñar modelos animales adecuados que contribuyan a arrojar luz sobre los mecanismos neurobiológicos subyacentes a determinados signos o síntomas, lo que puede resultar muy útil para la mejora de las intervenciones terapéuticas y las estrategias de prevención. Los trabajos en animales de laboratorio, particularmente en rata y ratón, permiten el control de diversos parámetros ambientales, así como cierto tipo de manipulaciones que por razones éticas y/o prácticas son imposibles en humanos. Más aún, si tenemos en cuenta la duración media de la vida en estas especies (unos dos años), podemos realizar estudios que abarquen desde el período prenatal hasta el envejecimiento en unos lapsos de tiempo relativamente cortos que, sin embargo, nos permiten tener una visión completa y dinámica del desarrollo.

SEPARACIÓN MATERNA TEMPRANA, UN MODELO DE ALTERACIONES NEUROPSIQUIÁTRICAS CON ORIGEN EN EL NEURODESARROLLO

Según numerosas evidencias, las experiencias traumáticas en edades tempranas podrían estar asociadas con el desarrollo de algunas psicopatologías (tales como la esquizofrenia o la depresión) (Kendler, Sheth, Gardner y Prescott, 2002; Morgan, Kirkbride, Leff, Craig, Hutchinson, McKenzie *et al*, 2007), así como con alteraciones neuroendocrinas (Levine, 2005; Moffett, Vicentic, Kozel, Plotsky, Francis y Kuhar, 2007; Tyrka, Wier, Price, Ross, Anderson, Wilkinson *et al*, 2008). Unas inadecuadas interacciones con los padres (abandono, maltrato, abuso...), la malnutrición y otros tipos de estrés en períodos críticos del desarrollo pueden contribuir a la aparición de trastornos psiquiátricos y metabólicos, que se manifiesten en edades posteriores (adolescencia/edad adulta) de la vida del individuo. A este respecto, se han desarrollado diversos protocolos experimentales con objeto de “modelizar” diferentes condiciones de estrés perinatal. Entre ellos, nos interesan en esta ocasión los estudios de separación materna temprana que,

como su nombre indica, consiste en separar a la madre de la prole durante el período neonatal. Este modelo, desarrollado tanto en roedores como en primates no humanos, presenta dos variantes principales: una de ellas consiste en la separación materna relativamente corta (3-6 horas), que puede realizarse de forma diaria durante períodos de diversa duración dependiendo del protocolo experimental específico empleado, mientras que la otra consiste en un único episodio de separación de la madre, de 24 horas de duración. En roedores, suele realizarse la separación de la prole de su madre durante las dos primeras semanas del desarrollo postnatal (ver para revisión: Cirulli, Francia, Berry, Aloe, Alleva y Suomi, 2009; Marco, Adriani, Llorente, Laviola y Viveros, 2009). Durante los últimos años, nuestro grupo de investigación viene realizando una serie de trabajos encaminados a la caracterización de un procedimiento concreto de separación materna (SM), al que dedicaremos este artículo de revisión. En este protocolo, que realizamos en ratas de la cepa Wistar, la camada se separa de la madre durante 24h a día postnatal (DPN) 9. Estudios previos, fundamentalmente de Ellenbroek y colaboradores (ver por ejemplo: Ellenbroek, de Bruin, van Den Kroonenburg, van Luijtelaaar y Cools, 2004; Ellenbroek, Derks y Park, 2005), habían descrito que las ratas sometidas a este tipo concreto de estrés neonatal presentaban, en la edad adulta, alteraciones comportamentales que recuerdan a signos de tipo psicótico, tales como afectación de la respuesta de inhibición prepulso (PPI), de la respuesta de sobresalto y de la respuesta de inhibición latente, así como hipersensibilidad a agentes “dopamiméticos” como la anfetamina o la apomorfina. Es importante señalar que el procedimiento de SM indujo esas anormalidades comportamentales similares a ciertos signos de tipo esquizofrénico en ratas adultas de la cepa Wistar, pero no en ratas de las cepas Fischer 344 o Lewis, (Ellenbroek y Cools, 2000), lo que apunta a la importancia del *background* genético. En cuanto a posibles correlatos neuroquímicos, los animales adultos expuestos al protocolo de SM mostraron, entre otros cambios, una reducción significativa de los niveles de la molécula de adhesión celular neural polisializada (PSA-NCAM) y del factor neurotrófico derivado de cerebro (BDNF), así como unos menores niveles

de expresión de ARNm para las subunidades del receptor N-metil-D aspartato (NMDA) de glutamato, NR-2A y NR-2B, en el hipocampo (Roceri, Hendriks, Racagni, Ellenbroek y Riva, 2002). Estos cambios sugieren una pérdida de la plasticidad sináptica, así como una hipofuncionalidad del sistema glutamatérgico, fenómenos que han sido recientemente propuestos como posible sustrato neurobiológico en la etiopatogénesis de la esquizofrenia. Cabe señalar que en un estudio reciente se ha observado que las ratas SM mostraban, al ser estudiadas en edad adulta/joven, alteraciones en el tamaño del neocórtex y del hipocampo, en el número de neuronas en la corteza prefrontal y retrosplenial y en la expresión de NeuN (marcador neuronal) en el hipocampo y la neocorteza, dos regiones íntimamente implicadas en la función cognitiva (Aksić, Radonjić, Aleksić, Jevtić, Marković, Petronijević *et al*, 2013). Probablemente estas alteraciones sean el resultado de una pérdida neuronal durante el desarrollo causada por el estrés neonatal.

CARACTERIZACIÓN PSICONEUROIMNUNOENDOCRINA DEL MODELO DE SEPARACIÓN MATERNA

En nuestro grupo de investigación hemos realizado durante los últimos años una extensiva caracterización del modelo de SM en ratas de ambos sexos. Exponemos a continuación algunos de los resultados más relevantes. Hemos podido observar que, en edad adolescente, los animales separados de la madre según el protocolo 24h a DPN 9 mostraban alteraciones comportamentales indicativas de una peor respuesta al estrés o sintomatología de tipo depresivo en el test de natación forzada y una tendencia a una mayor impulsividad (Llorente, Arranz, Marco, Moreno, Puerto, Guaza *et al*, 2007; Marco, Adriani, Canese, Podo, Viveros, Laviola, 2007; Marco *et al*, 2009). En cuanto a alteraciones a nivel cerebral, pudimos comprobar que los animales adolescentes SM mostraron una clara modificación de su sistema serotoninérgico, que se tradujo en un incremento de los niveles de serotonina en el hipocampo, el mesencéfalo, la corteza frontal y el estriado, así como una elevación en los niveles de dopamina en el estriado (Llorente, O'Shea, Gutiérrez-López, Llorente-Berzal, Colado, Viveros, 2010). Además, también en pe-

ríoado adolescente, encontramos en los animales SM alteraciones importantes en marcadores neuronales y gliales, y marcadores de plasticidad sináptica en la formación hipocámpal y en la corteza frontal. Por ejemplo: disminuciones en el marcador neuronal NeuN, en el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF), en la proteína de densidad postsináptica PSD95, en la proteína presináptica sinaptofisina y en la molécula de adhesión celular neural (NCAM); así como un aumento en la expresión de la proteína glial fibrilar ácida (GFAP), marcador astroglial (Marco, Valero, de la Serna, Aisa, Borcel, Ramírez *et al.*, 2013). También hemos descrito en los animales SM adultos un deterioro en la memoria, medida en la prueba de “reconocimiento de objeto nuevo (*novel object recognition test*)”, así como una reducción de sinaptofisina y BDNF (Llorente, Miguel-Blanco, Aisa, Lachize, Borcel, Meijer *et al.*, 2011). Sin embargo, no hemos encontrado en nuestros estudios que este protocolo de SM induzca alteración de la PPI (Llorente-Berzal, Fuentes, Gagliano, López-Gallardo, Armario, Viveros *et al.*, 2011) aunque, tal como hemos indicado anteriormente, algunos autores como Ellenbroek y colaboradores sí encontraron esta alteración. El hecho de que no todos los autores la hayan descrito nos hace pensar que se trata de un modelo experimental muy sensible a factores, no solo genéticos (no en todas las estirpes de rata se encuentra la alteración de la PPI), sino también muy probablemente a factores ambientales, incluida la propia manipulación de los animales que puede variar dependiendo de los experimentos concretos.

PERÍODO DE HIPO-REACTIVIDAD AL ESTRÉS

Un aspecto muy importante del modelo de SM es que el período preciso en el que se produce la SM parece ser crucial en relación a los efectos que se observan a largo plazo. Por ejemplo, la magnitud del impacto sobre la PPI depende del día en que se realiza la SM, de manera que la reducción más drástica de la PPI ocurría precisamente cuando la separación se hacía a DPN 9 (en comparación con los DPN 3 o 13) (Ellenbroek y Riva, 2003). Otros autores han observado que un procedimiento de separación materna, muy similar al empleado por nosotros, inhibe el refuerzo de la

potenciación a largo plazo (LTP) a nivel celular inducido por un estrés de natación forzada en animales adolescentes, lo que indica un procesamiento distorsionado de la información en estos animales, a nivel celular. De nuevo, la alteración de la mencionada LTP se producía si la separación era a DPN 9, pero no a DPN 4 o a DPN 18 (Gruss, Braun, Frey y Korz, 2008). Así pues, parece que en torno al DPN 9 existe una ventana de mayor vulnerabilidad, al menos en relación con ciertos efectos de la SM. En roedores se ha descrito el denominado período de baja respuesta al estrés (SHRP, del inglés *stress hyporesponsive period*), que abarca, aproximadamente, desde el día 4 al 14 posnatal y que se caracteriza principalmente porque el eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal (HHA) presenta una acusada hipoactividad o capacidad de respuesta disminuida. En efecto, durante este período la glándula adrenal de los roedores tiene una sensibilidad muy reducida a la hormona adrenocorticotrópica (ACTH), y los animales tienen unos niveles plasmáticos de corticosterona (CORT) y ACTH extremadamente bajos si los comparamos con los que presentan los animales adolescentes o adultos. Es más, fenómenos estresantes, que provocarían un aumento significativo en los niveles de CORT en los animales adultos, apenas provocan una activación de este sistema en los animales neonatos. La existencia de este período parece tener una función de carácter protector, dado que una elevación de los glucocorticoides podría tener efectos deletéreos sobre el cerebro en desarrollo. Se supone que el mantenimiento de unos bajos niveles de glucocorticoides, durante este período crítico del desarrollo del cerebro, protege y facilita la consecución de procesos esenciales del neurodesarrollo necesarios para la correcta maduración del sistema nervioso (Vázquez y Levine, 2005; Varga, Ferenci, Kovács, Garafova, Jezova y Zelena, 2013). Hemos demostrado que el protocolo de SM al que nos venimos refiriendo (24h a DPN 9) supone un estrés de suficiente magnitud como para producir un aumento significativo de CORT (el principal glucocorticoide en la rata) observable a DPN 10 e incluso a DPN 13 (Viveros, Llorente, López-Gallardo, Suárez, Bermúdez-Silva, De la Fuente *et al.*, 2009; Viveros, Díaz, Mateos, Rodríguez y Chowen, 2010), es decir, capaz de “superar” de alguna forma esa barrera de protección que supone

el período de hipo-reactividad al estrés. Es plausible que este aumento de CORT justo en el medio del SHRP produzca efectos perjudiciales sobre el desarrollo del cerebro. Desde esta perspectiva, resulta explicable que, según los datos de Ellenbroek y Gruss expuestos anteriormente, el período durante el cual parece tener más “eficacia” el estrés de la SM se corresponda con la parte central del SHRP, es decir, cuando se realiza a DPN 9 en vez de a DPN 3-4 (principio del SHRP) o a DPN 18 (después del SHRP).

ALTERACIONES EN EL DESARROLLO DEL CEREBRO INDUCIDAS POR LA SEPARACIÓN MATERNA

Según la teoría del neurodesarrollo, anomalías y distorsiones del desarrollo del cerebro, causadas por factores tanto genéticos como ambientales, afectarían al comportamiento en etapas posteriores de la vida y conducirían a la emergencia de enfermedades psiquiátricas tales como la esquizofrenia, el trastorno bipolar o el autismo (Fatemi y Folsom, 2009; Owen, O'Donovan, Thapar y Craddock, 2011). De acuerdo con tal hipótesis, nosotros propusimos que las alteraciones comportamentales observadas en los animales SM, tanto en la adolescencia como en la edad adulta, podrían ser consecuencia de un inadecuado proceso de neurodesarrollo, que a su vez podría estar relacionado, al menos en parte, con el incremento en los niveles de CORT inducido por el episodio de SM. Con el fin de confirmar esta hipótesis, nos centramos en dos estructuras que muestran una elevada densidad de receptores para glucocorticoides, la formación hipocampal y el cerebelo, y analizamos por medio de técnicas inmunohistoquímicas, las posibles alteraciones neuronales y gliales que pudieran mostrar en esas regiones ratas SM de 13 días de edad. La SM indujo un aumento de neuronas en proceso de degeneración (Fluor Jade C positivas) y un aumento en el número de células GFAP positivas (células astrogliales puesto que GFAP es un anticuerpo que se une a la proteína glial fibrilar ácida, principal filamento intermedio de las células de astrogliosis) en la formación hipocampal y en la corteza cerebelosa que, en líneas generales, fueron más marcadas en los machos (Llorente, Llorente-Berzal, Petrosino, Marco, Guaza,

Prada *et al.*, 2008; López-Gallardo, Llorente, Llorente-Berzal, Marco, Prada, Di Marzo *et al.* 2008; Llorente, López-Gallardo, Llorente-Berzal, Prada, García-Segura y Viveros, 2009; Viveros *et al.*, 2009). Además, mediante técnicas de espectroscopía de resonancia magnética nuclear (HRMAS), pudimos comprobar que los animales SM de 13 días de edad mostraban importantes cambios en el perfil metabólico, tanto en la formación hipocampal como en la corteza prefrontal. En concreto, se encontraron alteraciones en los niveles de N-acetil aspartato, glutamina y glutamato, taurina, colina y fosforiletanolamina, cuya naturaleza dependió del sexo de los animales y del área cerebral analizada (Llorente, Villa, Marco y Viveros, 2012). Es importante destacar que, a la misma edad neonatal (DPN 13), encontramos un incremento en los niveles de CORT, así como una reducción significativa en los niveles plasmáticos de leptina (LEPT) en los animales SM (Viveros *et al.*, 2009). El hecho de que los niveles de LEPT permanecieran bajos a DPN 13 nos llamó especialmente la atención. Parecía esperable que los niveles de esta hormona se redujeran durante el período de SM puesto que, durante ese tiempo, los animales son privados de alimentación (leche materna), sin embargo, a los 3 días de volver a reunirse con la madre, la LEPT estaba aún claramente disminuida. Teniendo en cuenta las funciones neuroprotectoras y neurotróficas que recientemente se le han atribuido a la LEPT (Garza, Guo, Zhang y Lu, 2008; Signore, Zhang, Weng, Gao y Chen, 2008; Kumral, Yesilirmak, Sozmen, Ergur, Tugyan, Ozbal *et al.*, 2012) y su función durante el desarrollo (Bouret, 2010), nos planteamos la posibilidad de que no solo el aumento de CORT, sino quizá también una disminución mantenida de la LEPT, pudiera tener un efecto deletéreo sobre el neurodesarrollo temprano. En secciones posteriores se desarrolla este concepto.

EFFECTOS DE LA SEPARACIÓN MATERNA SOBRE EL SISTEMA ENDOCANNABINOIDE

Como indicamos anteriormente, el grupo de Ellenbroek había demostrado que en la edad adulta los animales separados de la madre mostraban alteraciones comportamentales de tipo psicótico. Existen diversas evidencias que relacionan al sis-

tema endocannabinoide (SEC) con la esquizofrenia, por ejemplo, el consumo de cannabis puede incrementar significativamente el riesgo de padecer ataques psicóticos y esquizofrenia y se han descrito alteraciones del SEC en pacientes esquizofrénicos (ver por ejemplo: Fernández-Espejo, Viveros, Núñez, Ellenbroek y Rodríguez de Fonseca, 2009; Burns, 2013). El SEC desempeña un papel crucial en el desarrollo cerebral (Gaffuri, Ladarre y Lenkei, 2012; Viveros, Llorente, Suárez, Llorente-Berzal, López-Gallardo y de Fonseca, 2012) y actúa como un modulador fisiológico frente al estrés (Viveros, Llorente, Moreno y Marco, 2005; Hill, Patel, Campolongo, Tasker, Wotjak y Bains, 2010). El procedimiento de SM descrito en este artículo supone claramente un estrés importante en una época clave de la vida y afecta al desarrollo del cerebro. Más aún, habíamos mostrado en estudios anteriores que los animales SM mostraban respuestas alteradas a compuestos cannabinoídes (Llorente *et al.*, 2007) que sugerían una interacción de este tipo de estrés con el SEC. Basándonos en estas premisas, nuestra siguiente hipótesis fue que la SM neonatal podría inducir alteraciones en el SEC y nuestros resultados confirmaron esta hipótesis. Los animales neonatos (DPN 13) que habían sido sometidos al protocolo de SM mostraron unos niveles elevados del endocannabinoide 2-araquidónico glicerol (2-AG) y un descenso de la inmunoreactividad de los receptores CB1 en la formación hipocampal. Una vez más, estas alteraciones fueron más marcadas en los machos. En consonancia con el incremento de 2-AG, también encontramos una reducción significativa de la enzima monoacilglicerol lipasa (MAGL), enzima responsable de la degradación de este endocannabinoide, en la formación hipocampal de los animales SM, y este efecto fue de nuevo más marcado entre los machos (Suárez, Llorente, Romero-Zerbo, Mateos, Bermúdez-Silva, de Fonseca *et al.*, 2009; Suárez, Rivera, Llorente, Romero-Zerbo, Bermúdez-Silva, de Fonseca *et al.*, 2010). Este dimorfismo sexual se encuentra en línea con los resultados previos, en los cuales los efectos neurales y gliales de la SM eran más evidentes entre los animales macho a esta misma edad. En el período adolescente, los animales SM mostraron también una expresión reducida del receptor CB1 en la formación hipocampal y la corteza frontal, que a esta edad fue de-

tectable tanto en machos como en hembras (Marco *et al.*, 2013). En conjunto, estos resultados apuntan a una clara asociación entre la exposición a situaciones de estrés en etapas tempranas de la vida y una desregulación del SEC, asociación que puede ser relevante para los casos de enfermedades mentales con origen en el neurodesarrollo.

SEPARACIÓN MATERNA Y ALTERACIONES METABÓLICAS Y ENDOCRINAS RELACIONADAS CON EL METABOLISMO ENERGÉTICO Y LA FUNCIÓN REPRODUCTORA. PAPEL DE LA LEPTINA

Otro hallazgo interesante, realizado por otros autores y ratificado en varios estudios por nuestro grupo, es que los animales SM muestran una reducción del peso corporal que se extiende hasta bien entrada la adolescencia o incluso la edad adulta, lo que sugiere una disfunción metabólica (Llorente *et al.*, 2011; Llorente-Berzal *et al.*, 2011; Mela, Llorente-Berzal, Díaz, Argente, Viveros y Chowen, 2012). También en este caso resulta ser crucial el período en el que las crías se someten a la separación de la madre, de hecho, solo los animales expuestos al estrés de SM durante 24 horas el DPN 9 mostraron este efecto a largo plazo sobre el peso corporal, mientras que este efecto no se encontraba si la separación se realizaba los DPNs 4 o 18 (Gruss *et al.*, 2008). Estos resultados nos hicieron pensar en algún otro factor que pudiera ser relevante durante el período de SM y que estuviera asociado con factores nutricionales y metabólicos. En concreto, enfocamos nuestro interés en la LEPT, cuyos niveles habíamos visto disminuidos a DPN 13 en los animales SM. Además de su papel en la regulación del equilibrio energético en la vida adulta, datos recientes sugieren que la LEPT puede tener un rango más amplio de acciones, particularmente durante el crecimiento y el desarrollo. Diversos estudios en animales han demostrado un aumento posnatal notable en los niveles de LEPT. Se ha observado que, en ratas macho, la LEPT en plasma aumenta entre los DPNs 4 y 14 y llega a un nivel máximo en el DPN 10 (Delahaye, Breton, Risold, Enache, Dutriez-Casteloot, Laborie *et al.*, 2008; Cottrell, Cripps, Duncan, Barrett, Mercer, Herwig *et al.*, 2009). El

origen de este aumento posnatal es aún controvertido. Se ha sugerido que la leche materna podría constituir una de las principales fuentes de la LEPT circulante en ratas neonatales. Lo que parece claro es que estos niveles elevados de LEPT no ejercen el mismo efecto que en el adulto, de hecho, la LEPT no es capaz de modular la alimentación o el gasto de energía hasta después de la segunda semana postnatal, a pesar de que el receptor de LEPT se expresa y es funcional durante este tiempo. Estudios recientes han proporcionado evidencia de un papel crucial de la LEPT en el desarrollo neonatal del sistema de circuitos hipotálamicos implicados en la regulación central del balance energético. El momento de la oleada de LEPT posnatal coincide con un período de sensibilidad de las neuronas en desarrollo a un efecto neurotrófico de la LEPT, y esta exposición posnatal a la LEPT parece ser crítica para el crecimiento de las proyecciones neuronales que parten desde el núcleo arqueado (Bouret y Simerly, 2006; Cottrell y Ozanne, 2008; Bouret, 2010). Como se ha mencionado arriba, los estudios de Gruss y colaboradores (2008) mostraron que el protocolo de SM es solo efectivo en cuanto a su capacidad de inducir un descenso del peso corporal a largo plazo si se realiza a DPN 9, mientras que este efecto no se encontraba si la separación se realizaba a DPN 4 o a DPN 18. Este intervalo de eficacia coincide con el aumento fisiológico posnatal de la LEPT, que alcanza el máximo, precisamente el DPN 10. Por tanto, el estrés de la SM podría estar interfiriendo con ese pico fisiológico de LEPT que parece ser crucial para el desarrollo de los circuitos hipotálamicos que, en la edad adulta, se encargan de la correcta regulación del balance energético. Decidimos pues profundizar en los efectos de la SM sobre la LEPT circulante, realizando un estudio de la evolución de los niveles de LEPT en varios puntos antes (punto 0), durante (12 h) y después (24 h y 36 h) de la separación de la madre, así como sobre el desarrollo del hipotálamo. La SM redujo de forma drástica los niveles de LEPT durante todo el período de estudio en ambos sexos (también se observaron CORT aumentada y glucosa disminuída durante el mismo período en los animales SM). Por mencionar algunos parámetros que se vieron afectados de forma sex-dependientes en el hipotálamo. A las 12 h y 24 h del co-

mienzo de la SM, se encontraron disminuciones significativas en los niveles de ARNm de factor de crecimiento insulínico y de BDNF en el hipotálamo de los machos, mientras que en hembras se encontraron niveles de nestina disminuidos a las 24 de iniciada la SM (Viveros *et al*, 2010a). Es decir, que la SM produjo efectos sexo dependientes sobre el desarrollo del hipotálamo. En otro estudio confirmamos que a DPN 13, es decir, 3 días después de volver a reunir a las crías con su madre, siguen observándose una significativa reducción de LEPT y modificaciones en marcadores de *turn-over*/maduración celulares en el hipotálamo (Viveros, Llorente, Díaz, Romero-Zerbo, Bermúdez-Silva, Rodríguez de Fonseca *et al*, 2010), lo que refuerza la idea de un efecto de la SM sobre el desarrollo del hipotálamo, en el que la reducción de los niveles de LEPT podría tener un papel crucial. De forma interesante, la reducción de los niveles de LEPT en los animales sometidos a SM está presente también cuando estos animales alcanzan la edad adulta. Además, los animales SM adultos también mostraron unos niveles significativamente reducidos de adiponectina en plasma (Viveros *et al*, 2010b). Los cambios endocrinos en los niveles de LEPT y adiponectina a largo plazo parecen apoyar la idea de que nuestro modelo de SM ejerce un efecto de “programación”, que afecta a importantes mecanismos relacionados con los procesos reguladores del balance energético, lo que probablemente explique el efecto duradero sobre el peso corporal. Más aún, también hemos encontrado recientemente que los animales SM adultos muestran una respuesta alterada a una dieta alta en grasa (Mela *et al*, 2012), lo que de nuevo parece apoyar la hipótesis de que la SM podría modificar de forma persistente la capacidad de regulación metabólica. Las alteraciones hormonales de los animales SM adultos alcanzan también a hormonas relacionadas con la reproducción, de manera que otra consecuencias de la SM, observada a largo plazo, es una marcada reducción en los niveles de testosterona y estradiol en los machos SM adultos, que sugieren alteraciones en el eje Hipotálamo-Hipófisis-Gonadal (HHG) y en la función reproductora (Llorente *et al*, 2011). Además, la SM indujo a largo plazo una reducción significativa en los niveles del receptor glucocorticoide tipo GR hipocampal, lo que sugiere

una alteración en los mecanismos de *feed-back* del eje HHA que, como se sabe, es crucial en la regulación de la respuesta al estrés (Llorente *et al*, 2011). Resulta interesante recordar aquí dos aspectos que podrían relacionar las alteraciones del eje HHA y de la función reproductiva de los machos SM con su déficit de LEPT. Por un lado, esta hormona ejerce acciones sobre el funcionamiento del eje HHA (Roubos, Dahmen, Kozicz y Xu, 2012). Por otra parte, diversos estudios indican un papel de la LEPT en la regulación de la función reproductora. De hecho, la LEPT parece actuar a todos los niveles del eje HHG en los machos (Landry, Cloutier y Martin, 2013).

EFFECTOS DE LA SEPARACIÓN MATERNA SOBRE EL SISTEMA INMUNITARIO

La SM provocó un deterioro significativo de la función inmune a lo largo de la vida de los individuos. Así, tan solo tres días después de la SM, a DPN 13, se observó en los animales SM una reducción en el número de células *natural killer* (NK) en timo, así como una menor respuesta linfoproliferativa frente a un antígeno y quimiotaxis reducida en timo y bazo, efectos que también se observaron en la adolescencia (DPN 40). En edad adulta (DPN 75) los animales SM siguieron mostrando una disminución de la actividad de las células NK en timo y bazo y de la actividad linfoproliferativa frente a mitógeno y de la quimiotaxis en timo (ver para revisión: De la Fuente, Llorente, Baeza, De Castro, Arranz, Cruces *et al*, 2009; Viveros *et al*, 2009).

Al analizar los distintos componentes estresantes del modelo de SM, es importante considerar el impacto que un episodio agudo pero duradero (24 h) de ayuno (leche materna) y de falta de contacto físico con la madre pueden tener sobre el desarrollo del sistema inmunológico. La nutrición en etapas tempranas de la vida puede afectar a la competencia del sistema inmunitario en edades posteriores, incluyendo la capacidad para organizar una respuesta inmune apropiada frente a una infección o para reconocer adecuadamente determinados antígenos, y en el desarrollo de trastornos inmunológicos (Calder, Krauss-Etschmann, de Jong, Dupont, Frick, Frokiaer *et al*, 2006; Palmer, 2011). Los sistemas inmunológico y endo-

crino están relacionados entre sí a través de una red bidireccional en el que las hormonas afectan la función inmune y, a su vez, la respuesta inmune se refleja en cambios neuroendocrinos. En este contexto, la hiper-activación del eje HHA de las crías al ser separadas de la madre (y muy probablemente el estrés ocasionado en la propia madre al verse privada de sus crías) podrían también contribuir con un efecto de “programación” en el sentido de afectar negativamente el desarrollo del sistema inmunitario de los animales SM (Charmandari, Kino, Souvatzoglou y Chrousos, 2003; Bjorksten, 2008; Palmer, 2011). Conviene también tener en cuenta que, además de sus funciones metabólicas, tanto la LEPT como la adiponectina están implicadas en la regulación de las respuestas inmunes (Fantuzzi, 2008; Carbone, La Rocca y Matarese, 2012). Por ejemplo, condiciones que conllevan una reducción de la producción de LEPT tales como la deficiencia genética de LEPT, la anorexia nerviosa o la desnutrición, se asocian con un aumento de la susceptibilidad a las infecciones. Lo que nos lleva a pensar que los niveles reducidos de estas hormonas en los animales SM adultos pueden también estar relacionados con las alteraciones de su sistema inmunológico. La LEPT podría representar el “eslabón perdido” entre la respuesta inmune, la función metabólica y el *status* nutricional (Farooqi, Matarese, Lord, Keogh, Lawrence, Agwu *et al*, 2002; La Cava y Matarese, 2004). Nuestros hallazgos sugieren que el modelo de SM puede ser útil para investigar más a fondo cómo una deficiencia de LEPT, ocasionada por ejemplo por problemas de desnutrición en períodos tempranos del desarrollo –particularmente durante la lactancia–, podría tener cierto efecto de “programación” que distorsionara el correcto desarrollo del sistema inmunológico.

CONSIDERACIONES FINALES

El presente protocolo de SM puede constituir un modelo animal, no solo de alteraciones comportamentales que recuerdan signos de tipo psiquiátrico, sino también de alteraciones endocrino-metabólicas e inmunológicas, con un origen en el neurodesarrollo. Respecto a las perturbaciones de la programación neuroendocrina, presuntamente causadas por la SM, tienen especial relevancia el

período de hipo-reactividad al estrés y el pico fisiológico de LEPT que coinciden, básicamente, con el período en el que se realiza el protocolo de SM en el modelo descrito (DPN 9 a 10). La elevación de CORT inducida por el estrés de la SM consigue superar los mecanismos que mantienen una hipo-actividad corticoadrenal de carácter neuroprotector. Por otra parte, la SM induce una marcada disminución de los niveles de LEPT justo en el intervalo temporal en el que, en condiciones fisiológicas, aparece un pico de esta hormona que, durante este período del desarrollo temprano, ejerce funciones neurotróficas. Hemos descrito alteraciones en los niveles plasmáticos de glucocorticoides, de hormonas sexuales y de LEPT, sistemas endocrinos cuya regulación reside de manera fundamental en el hipotálamo. Por tanto, cabe hipotetizar que la SM temprana haya producido un desarrollo inadecuado de los correspondientes circuitos hipotalámicos que, a su vez, haya comprometido la funcionalidad de estos sistemas fisiológicos. Más aún, en vista de las acciones extrahipotalámicas y las implicaciones en alteraciones psiquiátricas que recientemente se han atribuido a la LEPT (Oomura, Hori, Shiraishi, Fukunaga, Takeda, Tsuji *et al*, 2006; Udagawa, Hashimoto, Suzuki, Hatta, Sotomaru, Hioki *et al*, 2006; Walker, Naef, d'Asti, Long, Xu, Moreau *et al*, 2008; Paz-Filho, Wong y Licinio, 2010; Zupancic y Mahajan, 2011), resulta plausible que los niveles reducidos de LEPT de los animales SM estén relacionados con sus alteraciones comportamentales, e incluso que la interferencia con el pico fisiológico neonatal de LEPT por el estrés de la SM, pueda contribuir también a perturbar el desarrollo de otras estructuras cerebrales como la formación hipocámpal o el córtex prefrontal. Según el modelo-hipótesis de trabajo que proponemos, estas alteraciones del neurodesarrollo inducidas por unos niveles de CORT aumentados y unos niveles de LEPT disminuidos tendrían consecuencias comportamentales (alteraciones en respuestas emocionales, función cognitiva...), observables en la edad adolescente y en la edad adulta. Nuestros resultados indican que el modelo de SM que venimos utilizando es capaz de inducir efectos persistentes sobre mecanismos implicados en el control metabólico, así como alteraciones en el eje Hipotálamo-Hipófisis-Gonadal y en el sistema inmuni-

tario, funciones todas ellas en las que se halla implicada la LEPT. Esta hormona podría tener un papel clave en la “intersección” de estas alteraciones funcionales (Dalamaga, Chou, Shields, Papa-georgiou, Polyzos y Mantzoros, 2013). Hasta lo que nosotros conocemos, no existen datos sobre un posible período crítico de elevación de LEPT neonatal/perinatal en humanos, que pudiera ejercer funciones neurotróficas. Sugerimos que podría ser interesante una mayor profundización en cuanto a las funciones de la LEPT durante el período perinatal en la especie humana y las posibles repercusiones del estrés perinatal sobre las múltiples funciones en las que parece estar implicada esta hormona “pleiotrópica”.

Por cuestiones de limitación de espacio, no podemos discutir en profundidad las diferencias sexuales que hemos encontrado a lo largo de nuestros estudios de separación materna. Hemos indicado algunos efectos sexo-dependientes de la SM sobre estructuras cerebrales en desarrollo. Remitimos al lector a algunas de nuestras revisiones sobre el interés de los dimorfismos sexuales que afectan a aspectos tanto psicofisiológicos como psicopatológicos; y hacemos hincapié en la importancia del período crítico de diferenciación sexual del cerebro, así como en las diferencias en la temporalidad del neurodesarrollo entre ambos sexos (ver para revisiones: Viveros *et al*, 2009; Viveros *et al*, 2012a; Viveros, Mendrek, Paus, López-Rodríguez, Marco, Yehuda *et al*, 2012). La existencia de una o más ventanas de especial vulnerabilidad durante el período perinatal sugiere la existencia de etapas clave en las que el cerebro pueda ser particularmente vulnerable a sucesos estresantes, probablemente porque se estén llevando a cabo procesos clave del neurodesarrollo. La identificación de estas etapas en la especie humana y las posibles diferencias temporales en ambos sexos requiere una mayor investigación.

AGRADECIMIENTOS

MICINN BFU2009-10109, MINECO: BFU2012-38144, Financiación GRUPOS UCM-BSCH GRUPO UCM 951579, Instituto de Salud Carlos III, Redes temáticas de Investigación Cooperativa en salud, RTA: RD2012/0028/0021.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran que no existe conflicto de interés.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Aksić, M., Radonjić, NV., Aleksić, D., Jevtić, G., Marković, B., Petronijević, N., Radonjić, V. y Filipović, B.** (2013). Long-term effects of the maternal deprivation on the volume and number of neurons in the rat neocortex and hippocampus. *Acta neurobiologiae experimentalis*, 73(3): 394-403.
2. **Björkstén, B.** (2008). Environmental influences on the development of the immune system: consequences for disease outcome. *Nestlé Nutrition workshop series. Paediatric programme*, 61: 243-254.
3. **Bouret, SG.** (2010). Neurodevelopmental actions of leptin. *International Brain Research Organization*, 1350: 2-9.
4. **Bouret, SG. y Simerly, RB.** (2006). Developmental programming of hypothalamic feeding circuits. *Clinical genetics*, 70(4): 295-301.
5. **Burns, JK.** (2013). Pathways from Cannabis to Psychosis: A Review of the Evidence. *Frontiers in psychiatry*, 4(128).
6. **Calder, PC., Krauss-Etschmann, S., de Jong, EC., Dupont, C., Frick, JS., Frokiaer, H., Heinrich, J., Garn, H., Koletzko, S., Lack, G., Mattelio, G., Renz, H., Sangild, PT., Schrezenmeir, J., Stulnig, TM., Thymann, T., Wold, AE. y Koletzko, B.** (2006). Early nutrition and immunity - progress and perspectives. *The British journal of nutrition*, 96(4): 774-790.
7. **Carbone, F., La Rocca, C. y Matarese, G.** (2012). Immunological functions of leptin and adiponectin. *Biochimie*, 94(10): 2082-2088.
8. **Charmandari, E., Kino, T., Souvatzoglou, E. y Chrousos, GP.** (2003). Pediatric stress: hormonal mediators and human development. *Hormone research*, 59(4): 161-179.
9. **Cirulli, F., Francia, N., Berry, A., Aloe, L., Alleva, E. y Suomi, SJ.** (2009). Early life stress as a risk factor for mental health: role of neurotrophins from rodents to non-human primates. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 33(4): 573-585.
10. **Cottrell, EC., Cripps, RL., Duncan, JS., Barrett, P., Mercer, JG., Herwig, A. y Ozanne, SE.** (2009). Developmental changes in hypothalamic leptin receptor: relationship with the postnatal leptin surge and energy balance neuropeptides in the postnatal rat. *American journal of physiology. Regulatory, integrative and comparative physiology*, 296(3): R631-639.
11. **Cottrell, EC. y Ozanne, SE.** (2008). Early life programming of obesity and metabolic disease. *Physiology & behavior*, 94(1): 17-28.
12. **Dalamaga, M., Chou, SH., Shields, K., Papageorgiou, P., Polyzos, SA. y Mantzoros, CS.** (2013). Leptin at the intersection of neuroendocrinology and metabolism: current evidence and therapeutic perspectives. *Cell metabolism*, 18(1): 29-42.
13. **De la Fuente, M., Llorente, R., Baeza, I., De Castro, NM., Arranz, L., Cruces, J., Viveros, MP.** (2009). Early maternal deprivation in rats: a proposed animal model for the study of developmental neuroimmunoendocrine interactions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1153: 176-186.
14. **Delahaye, F., Breton, C., Risold, PY., Enache, M., Dutriez-Casteloot, I., Laborie, C., Lesage, J. y Vieau, D.** (2008). Maternal perinatal undernutrition drastically reduces postnatal leptin surge and affects the development of arcuate nucleus proopiomelanocortin neurons in neonatal male rat pups. *Endocrinology*, 149(2): 470-475.
15. **Ellenbroek, BA., de Bruin, N., van Den Kroonenburg, P., van Luijtelaaar, E. y Cools, A.** (2004). The effects of early maternal deprivation on auditory information processing in adult Wistar rats. *Biological psychiatry*, 55(7): 701-707.
16. **Ellenbroek, BA. y Cools, AR.** (2000). The long-term effects of maternal deprivation depend on the genetic background. *Neuropsychopharmacology*, 23(1): 99-106.
17. **Ellenbroek, BA., Derks, N. y Park, HJ.** (2005). Early maternal deprivation retards neurodevelopment in Wistar rats. *Stress*, 8(4): 247-257.
18. **Ellenbroek, BA., Riva, MA.** (2003). Early maternal deprivation as an animal model for schizophrenia. *Clinical neuroscience research*, 3: 297-302.
19. **Fantuzzi, G.** (2009). Three questions about leptin and immunity. *Brain, behavior, and immunity*, 23(4): 405-410.
20. **Farooqi, IS., Matarese, G., Lord, GM., Keogh, JM., Lawrence, E., Agwu, C., Sanna, V., Jebb, SA., Perna, F., Fontana, S., Lechler, RI., DePaoli, AM. y O'Rahilly, S.** (2002). Beneficial effects of leptin on obesity, T cell hyporesponsiveness, and neuroendocrine/metabolic dysfunction of human congeni-

- tal leptin deficiency. *The Journal of clinical investigation*, 110(8): 1093-1103.
21. **Fatemi, S. y Folsom, T.** (2009). The neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia, revisited. *Schizophrenia bulletin*, 35(3): 528-548.
 22. **Fernández-Espejo, E., Viveros, MP., Nunez, L., Ellenbroek, BA. y Rodríguez de Fonseca, F.** (2009). Role of cannabis and endocannabinoids in the genesis of schizophrenia. *Psychopharmacology*, 206(4): 531-549.
 23. **Gaffuri, AL., Ladarre, D. y Lenkei, Z.** (2012). Type-1 cannabinoid receptor signaling in neuronal development. *Pharmacology*, 90(1-2): 19-39.
 24. **Garza, JC., Guo, M., Zhang, W. y Lu, XY.** (2008). Leptin increases adult hippocampal neurogenesis in vivo and in vitro. *Journal of chemical biology*, 283(26): 18238-18247.
 25. **Gruss, M., Braun, K., Frey, JU. y Korz, V.** (2008). Maternal separation during a specific postnatal time window prevents reinforcement of hippocampal long-term potentiation in adolescent rats. *Neuroscience*, 152(1): 1-7.
 26. **Hill, MN., Patel, S., Campolongo, P., Tasker, JG., Wotjak, CT. y Bains, JS.** (2010). Functional interactions between stress and the endocannabinoid system: from synaptic signaling to behavioral output. *The Journal of neuroscience: the official journal of the Society for Neuroscience*, 30(45): 14980-14986.
 27. **Kendler, K., Sheth, K., Gardner, C. y Prescott, C.** (2002). Childhood parental loss and risk for first-onset of major depression and alcohol dependence: the time-decay of risk and sex differences. *Psychological medicine*, 32(7): 1187-1194.
 28. **Kumral, A., Yesilirmak, DC., Sozmen, S., Ergur, BU., Tugyan, K., Ozbal, S., Guclu, S., Duman, N. y Ozkan, H.** (2012). Effect of leptin treatment on neonatal hypoxic-ischemic brain injury. *The Journal of maternal-fetal medicine*, 25(2): 141-146.
 29. **La Cava, A. y Matarese, G.** (2004). The weight of leptin in immunity. *Nature reviews. Immunology*, 4(5): 371-379.
 30. **Landry, D., Cloutier, F. y Martin, LJ.** (2013). Implications of leptin in neuroendocrine regulation of male reproduction. *Reproductive biology*, 13(1): 1-14.
 31. **Levine, S.** (2005). Developmental determinants of sensitivity and resistance to stress. *Psychoneuroendocrinology*, 30(10): 939-946.
 32. **Llorente, R., Arranz, L., Marco, EM., Moreno, E., Puerto, M., Guaza, C., De la Fuente, M. y Viveros, MP.** (2007). Early maternal deprivation and neonatal single administration with a cannabinoid agonist induce long-term sex-dependent psychoimmunoendocrine effects in adolescent rats. *Psychoneuroendocrinology*, 32(6): 636-650.
 33. **Llorente, R., Gallardo, ML., Berzal, AL., Prada, C., García-Segura, LM. y Viveros, MP.** (2009). Early maternal deprivation in rats induces gender-dependent effects on developing hippocampal and cerebellar cells. *International journal of developmental neuroscience: the official journal of the International Society for Developmental Neuroscience.*, 27(3): 233-241.
 34. **Llorente, R., Llorente-Berzal, A., Petrosino, S., Marco, EM., Guaza, C., Prada, C., López-Gallardo, M., Di Marzo, V. y Viveros, MP.** (2008). Gender-dependent cellular and biochemical effects of maternal deprivation on the hippocampus of neonatal rats: a possible role for the endocannabinoid system. *Developmental neurobiology*, 68(11): 1334-1347.
 35. **Llorente, R., Miguel-Blanco, C., Aisa, B., Lachize, S., Borcel, E., Meijer, OC., Ramírez, MJ., De Kloet, ER. y Viveros, MP.** (2011). Long term sex-dependent psychoneuroendocrine effects of maternal deprivation and juvenile unpredictable stress in rats. *Journal of neuroendocrinology*, 23(4): 329-344.
 36. **Llorente, R., O'Shea, E., Gutiérrez-López, MD., Llorente-Berzal, A., Colado, ML., Viveros, MP.** (2010). Sex-dependent maternal deprivation effects on brain monoamine content in adolescent rats. *Neuroscience letters*, 479(2): 112-117.
 37. **Llorente, R., Villa, P., Marco, EM. y Viveros, MP.** (2012). Analyzing the effects of a single episode of neonatal maternal deprivation on metabolite profiles in rat brain: a proton nuclear magnetic resonance spectroscopy study. *Neuroscience*, 201: 12-19.
 38. **Llorente-Berzal, A., Fuentes, S., Gagliano, H., López-Gallardo, M., Armario, A., Viveros, MP. y Nadal, R.** (2011). Sex-dependent effects of maternal deprivation and adolescent cannabinoid treatment on adult rat behaviour. *Addiction biology*, 16(4): 624-637.
 39. **López-Gallardo, M., Llorente, R., Llorente-Berzal, A., Marco, EM., Prada, C., Di Marzo, V. y Viveros, MP.** (2008). Neuronal and glial alterations in the cerebellar cortex of maternally deprived rats: gender differences and modulatory effects of two inhibitors of endocannabinoid inactivation. *Developmental neurobiology*, 68(12): 1429-1440.

40. **Marco, E., Adriani, W., Llorente, R., Laviola, G. y Viveros, M.** (2009). Detrimental psychophysiological effects of early maternal deprivation in adolescent and adult rodents: altered responses to cannabinoid exposure. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 33(4): 498-507.
41. **Marco, EM., Adriani, W., Canese, R., Podo, F., Viveros, MP. y Laviola, G.** (2007). Enhancement of endocannabinoid signalling during adolescence: Modulation of impulsivity and long-term consequences on metabolic brain parameters in early maternally deprived rats. *Pharmacology, biochemistry, and behavior*, 86(2): 334-345.
42. **Marco, EM., Valero, M., de la Serna, O., Aisa, B., Borcel, E., Ramírez, MJ. y Viveros, MP.** (2013). Maternal deprivation effects on brain plasticity and recognition memory in adolescent male and female rats. *Neuropharmacology*, 68: 223-231.
43. **Mela, V., Llorente-Berzal, Á., Díaz, F., Argentine, J., Viveros, MP. y Chowen, JA.** (2012). Maternal deprivation exacerbates the response to a high fat diet in a sexually dimorphic manner. *PLoS One*, 7(11): e48915.
44. **Moffett, MC., Vicentic, A., Kozel, M., Plotsky, P., Francis, DD., Kuhar, MJ.** (2007). Maternal separation alters drug intake patterns in adulthood in rats. *Biochemical pharmacology*, 73(3): 321-330.
45. **Morgan, C., Kirkbride, J., Leff, J., Craig, T., Hutchinson, G., McKenzie, K., Morgan, K., Dazzan, P., Doody, GA., Jones, P., Murray, R. y Fearon, P.** (2007). Parental separation, loss and psychosis in different ethnic groups: a case-control study. *Psychological medicine*, 37(4): 495-503.
46. **Oomura, Y., Hori, N., Shiraishi, T., Fukunaga, K., Takeda, H., Tsuji, M., Matsumiya, T., Ishibashi, M., Aou, S., Li, XL., Kohno, D., Uramura, K., Sougawa, H., Yada, T., Wayner, MJ. y Sasaki, K.** (2006). Leptin facilitates learning and memory performance and enhances hippocampal CA1 long-term potentiation and CaMK II phosphorylation in rats. *Peptides*, 27(11): 2738-2749.
47. **Owen, MJ., O'Donovan, MC., Thapar, A. y Craddock, N.** (2011). Neurodevelopmental hypothesis of schizophrenia: the journal of mental science, 198(3): 173-175.
48. **Palmer, AC.** (2011). Nutritionally mediated programming of the developing immune system. *Advances in nutrition (Bethesda, Md.)*, 2(5): 377-395.
49. **Paz-Filho, G., Wong, ML. y Licinio, J.** (2010). The procognitive effects of leptin in the brain and their clinical implications. *International journal of clinical practice*, 64(13): 1808-1812.
50. **Roceri, M., Hendriks, W., Racagni, G., Ellenbroek, BA. y Riva, MA.** (2002). Early maternal deprivation reduces the expression of BDNF and NMDA receptor subunits in rat hippocampus. *Molecular psychiatry*, 7(6): 609-616.
51. **Roubos, EW., Dahmen, M., Kozicz, T. y Xu, L.** (2012). Leptin and the hypothalamo-pituitary-adrenal stress axis. *General and comparative endocrinology*, 177(1): 28-36.
52. **Signore, AP., Zhang, F., Weng, Z., Gao, Y. y Chen, J.** (2008). Leptin neuroprotection in the CNS: mechanisms and therapeutic potentials. *Journal of neurochemistry*, 106(5): 1977-1990.
53. **Suárez, J., Llorente, R., Romero-Zerbo, SY., Mateos, B., Bermúdez-Silva, FJ., de Fonseca, FR. y Viveros, MP.** (2009). Early maternal deprivation induces gender-dependent changes on the expression of hippocampal CB (1) and CB(2) cannabinoid receptors of neonatal rats. *Hippocampus*, 19(7): 623-632.
54. **Suárez, J., Rivera, P., Llorente, R., Romero-Zerbo, SY., Bermúdez-Silva, FJ., de Fonseca, FR. y Viveros, MP.** (2010). Early maternal deprivation induces changes on the expression of 2-AG biosynthesis and degradation enzymes in neonatal rat hippocampus. *Brain research*, 1349: 162-173.
55. **Tyrka, AR., Wier, L., Price, LH., Ross, NS. y Carpenter, LL.** (2008). Childhood parental loss and adult psychopathology: effects of loss characteristics and contextual factors. *International journal of psychiatry in medicine*, 38(3): 329-344.
56. **Udagawa, J., Hashimoto, R., Suzuki, H., Hattai, T., Sotomaru, Y., Hioki, K., Kagohashi, Y., Nomura, T., Minami, Y. y Otani, H.** (2006). The role of leptin in the development of the cerebral cortex in mouse embryos. *Endocrinology*, 147(2): 647-658.
57. **Varga, J., Ferenczi, S., Kovács, KJ., Garafova, A., Jezova, D. y Zelena, D.** (2013). Comparison of stress-induced changes in adults and pups: is aldosterone the main adrenocortical stress hormone during the perinatal period in rats? *PLoS One*, 8(9): e72313.
58. **Vázquez, DM. y Levine, S.** (2005). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis in post-natal life. En Steckler, T., Kalin, NH. y Reul, JM (Eds), *Handbook of stress and the brain*, vol. 2 (3-21). Amsterdam: Elsevier.

-
59. **Viveros, MP., Díaz, F., Mateos, B., Rodríguez, N., Chowen, JA.** (2010). Maternal deprivation induces a rapid decline in circulating leptin levels and sexually dimorphic modifications in hypothalamic trophic factors and cell turnover. *Hormones and behavior*, 57(4-5): 405-414.
60. **Viveros, MP., Llorente, R., López-Gallardo, M., Suárez, J., Bermúdez-Silva, F., De la Fuente, M., Rodríguez de Fonseca, F. y García-Segura, L.** (2009). Sex-dependent alterations in response to maternal deprivation in rats. *Psychoneuroendocrinology*, 34 Suppl 1: S217-226.
61. **Viveros, MP., Llorente, R., Díaz, F., Romero-Zerbo, SY., Bermúdez-Silva, FJ., Rodríguez de Fonseca, F., Argente, J. y Chowen, JA.** (2010b). Maternal deprivation has sexually dimorphic long-term effects on hypothalamic cell-turnover, body weight and circulating hormone levels. *Hormones and behavior*, 58(5): 808-819.
62. **Viveros, MP., Llorente, R., Moreno, E. y Marco, EM.** (2005). Behavioural and neuroendocrine effects of cannabinoids in critical developmental periods. *Behavioural pharmacology*, 16(5-6): 353-362.
63. **Viveros, MP., Llorente, R., Suárez, J., Llorente-Berzal, A., López-Gallardo, M. y de Fonseca, FR.** (2012a). The endocannabinoid system in critical neurodevelopmental periods: sex differences and neuropsychiatric implications. *Journal of psychopharmacology* (Oxford, England), 26(1): 164-176.
64. **Viveros, MP., Mendrek, A., Paus, T., López-Rodríguez, AB., Marco, EM., Yehuda, R., Cohen, H., Lehrner, A. y Wagner, EJ.** (2012b). A comparative, developmental, and clinical perspective of neurobehavioral sexual dimorphisms. *Frontiers in neuroscience*, 6: 84.
65. **Walker, CD., Naef, L., d'Asti, E., Long, H., Xu, Z., Moreau, A. y Azeddine, B.** (2008). Perinatal maternal fat intake affects metabolism and hippocampal function in the offspring: a potential role for leptin. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1144: 189-202.
66. **Zupancic, ML. y Mahajan, A.** (2011). Leptin as a neuroactive agent. *Psychosomatic medicine*, 73(5): 407-414.

La salud mental del recién nacido hospitalizado: psiquiatría infantil en neonatología

The mental health of the infant in the NICU: a child psychiatry liaison program in Neonatology

Ibone Olza Fernández¹, Inmaculada Palanca Maresca¹, Isabel González-Villalobos Rincón¹, Ana María Malalana Martínez², Ana Contreras Sales³

Resumen

La hospitalización de un recién nacido, sea debido a la prematuridad o a otras patologías, supone un estrés psíquico muy significativo para las familias, que puede entorpecer o alterar el inicio del vínculo parento-filial e incidir negativamente en el desarrollo psicomotor y afectivo posterior. La capacidad de los padres de adaptarse a la situación de su bebé prematuro y la calidad de la interacción temprana es un factor crítico para el desarrollo posterior del bebé. Es fundamental sostener el establecimiento de una relación vincular sana desde la UCI neonatal. En el presente artículo se describe el programa de enlace de Psiquiatría Infantil en Neonatología en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. El programa incluye: 1) la prevención en salud mental perinatal, 2) la detección e intervención clínica en psiquiatría del lactante, 3) la coordinación y el enlace con los profesionales del equipo multidisciplinar y 4) la investigación y docencia pre y posgrado. Nuestra atención se dirige a la psique del bebé hospitalizado al nacer, pero también hacia sus padres y hacia los profesionales que le atienden. En última instancia, trabajamos de diferentes maneras para facilitar la construcción de un vínculo de apego sano en circunstancias adversas de gran vulnerabilidad y/o sufrimiento, tanto para el bebé como para sus padres. Las intervenciones con familias en la UCIn pueden mejorar el conocimiento materno, la sensibilidad, la contingencia y favorecer una mejor adaptación al estrés. La UCIn es un lugar para la psicoeducación, el diagnóstico y el tratamiento de la salud mental maternal y paternal.

Palabras clave: Psiquiatría perinatal. Neonatología. UCIn. Salud mental lactante. Prematuridad. Psicoterapia madre-bebé.

¹Unidad de Psiquiatría Infantil. Servicio de Psiquiatría.

²Neonatóloga. Servicio de Pediatría.

³Enfermera Pediatra.

Correspondencia: Dra. Ibone Olza Fernández
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
Calle Manuel de Falla 1
28222 Majadahonda (Madrid)
Email: ibone.olza@salud.madrid.org

Summary

The hospitalization of a newborn, either due to prematurity or other diseases, can represent a significant psychological stress for families that can hinder the parent-child bond and adversely affect psychomotor and affective development. The parents' ability to adapt to the situation of their premature baby and the quality of early interaction is a critical factor for later development of the baby. Support is essential to establish a healthy relationship link from the NICU. In this article we describe the liaison program of Child Psychiatry at NICU of Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda in Madrid. The program includes: 1) perinatal mental health prevention, 2) detection and clinical intervention in infant psychiatry, 3) coordination and liaison with multidisciplinary professionals and 4) research and teaching. Our attention is directed to the psyche of the hospitalized newborn, but also to parents and caregivers. Ultimately we work in different ways to facilitate the construction of a healthy attachment in adverse circumstances of great vulnerability and/or suffering for both baby and parents. Interventions with families in the NICU can improve maternal knowledge, sensitivity, and contingency and facilitate a better adaptation under stress. The NICU is a place for psychoeducation, diagnosis and treatment of maternal and infant mental health.

Key words: Perinatal psychiatry. Neonatology. Infant mental health. Prematurity. Mother baby psychotherapy.

INTRODUCCIÓN

La hospitalización de un recién nacido, sea debido a la prematuridad o a otras patologías, supone un estrés psíquico muy significativo para las familias que puede entorpecer o alterar el inicio del vínculo parento-filial y mediante dicho efecto incidir negativamente en el desarrollo psicomotor y afectivo posterior (Hatters Friedman *et al.*, 2013; Pierrehumbert, Nicole, Muller-Nix, Forcada-Guex, & Ansermet, 2003). Las madres y los padres de los bebés prematuros a menudo presentan altos niveles de estrés y ansiedad (Shaw, Bernard, Storfer-Isser, Rhine, & Horwitz, 2013). La capacidad de los padres de adaptarse a la situación de su bebé prematuro y la calidad de la interacción temprana es un factor crítico para el desarrollo posterior del bebé (Forcada-Guex, Pierrehumbert, Borghini, Moessinger, & Muller-Nix, 2006). Es por ello fundamental sostener el establecimiento de una relación vincular sana desde la UCI neonatal. Las intervenciones tempranas centradas en la familia durante la hospitalización neonatal y en la transición al domicilio han demostrado disminuir el estrés y la depresión materna, mejorar la autoestima materna y mejorar las interacciones tempranas entre padres y sus bebés prematuros (Browne & Talmi, 2005; Shaw *et al.*, 2013). Todavía son muy esca-

sas las intervenciones dirigidas a atender la salud mental de las familias de los recién nacidos hospitalizados en la población de nuestro entorno (González-Serrano, 2010; Tarrago Riverola, 2003).

MÉTODO

El programa de enlace de Psiquiatría Infantil en Neonatología se inicia en el Hospital Universitario de Puerta de Hierro Majadahonda en el año 2009. El enlace con Neonatología se incluye dentro de un programa específico de Psiquiatría Perinatal (Olza Fernández & Palanca-Maresca, 2012). En un país con escasa tradición de atención psiquiátrica a bebés, como psiquiatras infantiles nos planteamos que nuestra presencia en el equipo de neonatología tenía que incluir necesariamente un trabajo de formación propia y hacia los demás profesionales, para incrementar la concienciación de todo el equipo hacia aspectos no biológicos del desarrollo. En última instancia, trabajamos de diferentes maneras para facilitar la construcción de un vínculo de apego sano en circunstancias adversas de gran vulnerabilidad y/o sufrimiento, tanto para el bebé como para sus padres. Nuestra atención se dirige a la psique del bebé hospitalizado al nacer, pero también hacia sus padres y hacia los profesionales que le atienden. Pensamos, como señala Gon-

zález Serrano que: “La función contenedora de la Unidad de Neonatología –a modo también de incubadora psíquica– debería dirigirse a los padres, sumidos en un caos emocional; a los profesionales, disociados entre sus competencias técnicas automatizadas y la intensidad de sus experiencias psíquicas internas, y al bebé prematuro, expuesto a los cuidados médicos y a las percepciones y proyecciones de padres y cuidadores” (González-Serrano, 2010).

El programa de enlace en neonatología incluye: 1) la prevención en salud mental perinatal, 2) la detección e intervención clínica en psiquiatría del lactante, 3) la coordinación y el enlace con los profesionales del equipo multidisciplinar y 4) la investigación y docencia pre y posgrado.

RESULTADOS

A modo de sucinta descripción, en el Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda nacieron 3172 bebés en 2013. Un total de 383 recién nacidos precisaron ingreso en Neonatología, siendo la estancia media en la unidad de 9,2 días. En total nacieron 37 bebés de menos de 1500 g de peso y/o menores de 32 semanas en ese año. Todos los casos fueron atendidos por neonatólogos a diario, prolongando la estancia madre-hijo en Maternidad en muchos casos para evitar su ingreso en Neonatología (RN prematuros tardíos, ictericias en rango de fototerapia, etc.). En ese mismo período se cursaron 26 peticiones de Interconsulta desde Neonatología a Psiquiatría Infantil.

DISCUSIÓN

1. Prevención en salud mental perinatal: filosofía de cuidados

En salud mental perinatal prevenir significa ofrecer y mantener una práctica asistencial que potencie los cuidados centrados en la familia del recién nacido. La evidencia científica que demuestra los beneficios de la no separación para la salud física y psíquica de los bebés hospitalizados es abrumadora; a pesar de ello, todavía en nuestro país existen hospitales que no permiten el libre acceso a los padres ni el acompañamiento ininterrumpido de los bebés en las Unidades de Neonatos (Pallas-Alon-

so *et al.*, 2012). Desde su apertura en 2008, la Unidad de Neonatología del Hospital Puerta de Hierro Majadahonda ha funcionado basándose en los principios del modelo de Cuidados Centrados en el Desarrollo (CCD). Desde su inicio ha sido, por tanto, una Unidad de Puertas Abiertas a madres y padres, dando prioridad a la no separación tanto en paritorio como en neonatología. Las madres y padres son siempre bienvenidos e igualmente pueden llamar por teléfono en cualquier momento a la Unidad para preguntar por su bebé.

El modelo de Cuidados Centrados en el Desarrollo sitúa al bebé y a la familia en el centro de atención (Als, Duffy, & McAnulty, 1996). Este modelo tiene muy en cuenta el impacto que el ambiente extrauterino puede tener en los recién nacidos, sobre todo en los más prematuros. Los Cuidados Neonatales Centrados en el Desarrollo (CCD) comprenden:

a) Intervenciones dirigidas a optimizar el macro ambiente: luces, ruidos, etc., con el fin de disminuir y prevenir la sobrestimulación del SNC aún inmaduro del bebé. El bebé en la UCI Neonatal se encuentra sometido a una estimulación abrumadora, en nada similar a la que tenía en el vientre materno: acústica, lumínica, motora... Se trabaja para reducir dicha estimulación al mínimo posible.

b) Intervenciones dirigidas a optimizar el micro ambiente, como pueden ser la postura, manipulación (protocolos de manipulación mínima, escalas de dolor...). La analgesia y sedación, en los procedimientos **dolorosos**, son claves para la neuroprotección de un cerebro muy inmaduro que además atraviesa períodos críticos en su desarrollo.

c) Intervenciones sobre la familia dirigidas a facilitar al máximo su papel de cuidador principal del niño. Esto significa trabajar de forma conjunta, tanto desde enfermería como desde el resto de profesionales de la UCIn reforzando y favoreciendo el papel central de madres y padres en los cuidados del recién nacido, por muy prematuro que este sea.

En la práctica el modelo CCD conlleva además la aplicación del Método Madre Canguro, que fomenta el contacto piel con piel entre el RN prematuro y su madre lo más precoz, continuo y

prolongado posible junto con el apoyo al establecimiento de la lactancia materna. Las ventajas de este contacto prolongado en el desarrollo han sido sobradamente demostradas, minimizándose muchos de los riesgos asociados a la prematuridad (Charpak *et al.*, 2005) (Feldman, Rosenthal, & Eidelman, 2014).

Fomentar este tipo de cuidados requiere facilitar al máximo la permanencia de las familias junto a sus bebés y realizar una ingente tarea educativa: las madres y padres necesitan que se les explique hasta qué punto es necesaria su presencia y acompañamiento durante la hospitalización del bebé y que desde el hospital se facilite que esa estancia sea lo más confortable posible. En nuestro hospital, desde Psiquiatría Infantil, se coordinó la solicitud de fondos de cohesión ministeriales para la creación de una sala de padres anexa a la Unidad de Neonatología, que ha favorecido la estancia de madres y padres junto a sus bebés, junto con una propuesta de Grupo Psicoeducativo y de Apoyo a madres y padres de bebés hospitalizados en Neonatología. Este grupo se inició en junio del 2009 y se mantuvo hasta mayo 2010, con la participación de psiquiatra infantil y MIR de psiquiatría como observador y con la colaboración de voluntaria de APREM (Asociación de Padres y Madres de Bebés Prematuros). El proyecto de Grupo Psicoeducativo posteriormente dio lugar a una *Escuela de Padres* dirigida desde enfermería con la colaboración de Trabajo Social y APREM, que continúa en la actualidad y al que pueden seguir acudiendo las familias tras el alta del bebé. Este contexto también incluye la atención a hermanos y hermanas de bebés hospitalizados, a los que recientemente se ofrece además una actividad de arteterapia (atendida desde el Master en Arteterapia de la Universidad Complutense). Institucionalmente, se plantea también como objetivo de excelencia del hospital el apoyo a la lactancia materna y la humanización de la atención al nacimiento, obteniendo la acreditación IHAN que otorga UNICEF en marzo 2011. En diciembre 2010 se realizó en la Unidad un curso de formación en el método de Cuidados Centrados en el Desarrollo NIDCAP, impartido por las profesionales del Hospital Doce de Octubre de Madrid, lo que sin duda contribuyó a una mejora y una mayor sensibilidad por parte de todo el personal hacia los aspectos psicológicos y fa-

miliares de la atención al recién nacido hospitalizado. Actualmente se trabaja en un protocolo de cuidados específicos para el recién nacido que va a ser dado en adopción.

2) La detección e intervención clínica en psiquiatría del lactante

La presencia del psiquiatra infantil en neonatología permite iniciar un diálogo en torno a la psique del bebé. Significa tener la mente del bebé presente, dar cabida a su vida emocional. En síntesis, tal y como señala González Serrano: “*Los profesionales tenemos como reto buscar otra mirada hacia el gran prematuro que la puramente médica centrada sobre los aspectos físicos. Ayudar a los padres a escapar del ruido de las máquinas, de los comentarios técnicos, para observar el cuerpo de su bebé y sus manifestaciones. Darle una existencia psíquica en un lugar donde es tan difícil que la haya como en un hospital. Posteriormente, ayudarles a ir descubriendo al bebé sano y vital (ideal) que deseaban tener, en una suerte de nuevo nacimiento feliz, que enriquezca su mundo representacional sobre el hijo*” (González-Serrano, 2010).

La interconsulta en Neonatología tiene como objetivos: 1) detección precoz de cuadros psicopatológicos parentales o vinculares reactivos a la hospitalización, 2) intervención directa en casos seleccionados mediante modelo de intervención en crisis o bien de observación interacción vincular y 3) ofrecer apoyo psicoeducativo a familiares.

La petición de interconsulta surge de observaciones realizadas tanto por los neonatólogos como por personal de enfermería y más raramente a petición familiar. Las madres y los padres de los recién nacidos gravemente enfermos padecen estrés, ansiedad, depresión, lo que genera a su vez morbilidad en toda la familia, aunque son muy pocos los programas específicos para ellos (Shaw *et al.*, 2013). La mayoría de las veces la intervención comienza con entrevista inicial en la que se hace una reconstrucción de lo vivido en los últimos días del embarazo y en el parto, que a menudo ha sido altamente traumático (Creedy, Shochet, & Horsfall, 2000). Para las madres que han tenido un parto traumático relatar su historia permite poder comenzar a elaborar las pérdidas sucesivas: el final del embarazo, el parto soñado, el bebé sa-

no a término o incluso la lactancia (Gamble *et al.*, 2005; Gamble & Creedy, 2009). Nombrar las pérdidas permite comenzar a elaborar los respectivos duelos. Con frecuencia en esa primera entrevista se detecta que las madres cumplen diagnóstico de trastorno de trauma agudo, lo que requiere un plan de tratamiento específico. El trauma del parto a menudo genera dificultades en el inicio del vínculo y en la lactancia (Beck & Watson, 2008).

La mayoría de las intervenciones son psicoterapéuticas de breve duración, en ocasiones acompañadas de tratamiento ansiolítico de forma puntual. Una vez realizada la valoración materna y paterna se realiza una observación directa de la interacción con el recién nacido, que puede realizarse a lo largo de varias sesiones de acompañamiento en la UCIn. La intervención directa en casos seleccionados se lleva a cabo siguiendo un modelo de intervención en crisis o bien de observación guiada de la interacción vincular (Pérez-Mínguez, 2001). La muerte perinatal también es una realidad que hay que acompañar en la UCIn. En ocasiones hay familias que han perdido un bebé al que le sobrevive un mellizo-a prematuro, son casos que requieren una atención al duelo sumamente delicada y compleja, a la vez que a la formación del vínculo con el superviviente.

La intervención en neonatología generalmente incluye los siguientes aspectos, no necesariamente secuenciales en el tiempo, y en los que participa todo el equipo de diferentes formas:

1. Facilitar la interacción guiando en el desarrollo. Supone facilitar información sobre el desarrollo evolutivo normal. Hay que observar y luego mostrar las habilidades propias y únicas de cada bebé, fomentando interés, competencia, respuesta. Requiere observar y valorar sus capacidades, para señalarlas, pudiéndose idealmente utilizar instrumentos de evaluación como la NBAS (Escala de Brazelton). Es preciso hacer comentarios y observaciones del bebé y animar a los padres a hacer lo mismo. Las psiquiatras podemos, observando a madre y bebé juntos, apoyar las habilidades del bebé, “pensando juntos”, identificando su satisfacción, sus necesidades o deseos y facilitando que las madres y padres reconozcan sus propias competencias parentales, reforzando siempre todo lo positivo que se observe.

2. Valoramos la interacción. Esto se hace poniendo al bebé en el centro de la intervención, pidiendo y escuchando las observaciones y preocupaciones de los padres y facilitando oportunidades de interacción entre madre y bebé. Procuramos permanecer atentos y disponibles emocionalmente, invitando a los padres a liderar la entrevista, reforzando las interacciones positivas de los padres y las respuestas de los bebés. En la observación de interacciones padres-bebé se puede utilizar una técnica “etológica”, es decir, que va más allá de las palabras y el lenguaje, observa señales y respuestas, la proximidad corporal (“danza interactiva”), la conducta instintiva, el involucramiento emocional, las expresiones faciales, respiración, etc.

3. Conocer al bebé. Se trata de hablar CON y POR el bebé. Una de las premisas básicas es dirigirse siempre al bebé, hablarle cada vez que se vaya a realizar una intervención o un procedimiento y animar a madres y padres a dirigirse a su hijo o hija igualmente. Además se realiza una valoración de las actitudes relacionales del lactante, observando sus grados de bienestar respecto al adulto y sus niveles de conciencia: soñación, estable, regulándose, estrés. También del adulto, que puede tener diferentes grados de sensibilidad respecto al niño, observando su contingencia, adecuación, empatía, etc. Desde ese conocimiento estamos atentas a signos precoces de psicopatología del lactante: llanto excesivo, irritabilidad, problemas en la alimentación o en el sueño, disociación, evolución tórpida. En este conocimiento las observaciones del personal de enfermería son sumamente valiosas.

4. Basándonos en el Método Esther Bick de Observación de Lactantes (Waddell, 2006), también reconocemos la importancia de las emociones del observador, en este caso nosotras mismas. Desde este enfoque el entrevistador trata de identificarse empáticamente con el bebé: ¿cómo se sentiría si él fuera este bebé? También se “pone en el lugar” de cada uno de los progenitores, mientras presta atención a la semiología de los síntomas que se le presentan (duración, intensidad, gravedad, etc). Por último, se pregunta reflexivamente, ¿qué está sintiendo el evaluador ante la situación?

5. Para la evaluación del bebé llevamos a cabo una observación e *interacción directa con él o la bebé*. El bebé comunica y nos “habla”: con su cuerpo y movimientos, expresando sus emociones y por interacciones con otras personas y su entorno. Hay que observar su estado de ánimo, si pone atención y mira a los ojos. Debe en algún momento intentarse interactuar directamente con el lactante. Se observan sus reflejos, la calidad de sus movimientos finos y gruesos, su reacción a los estímulos sensoriales (visuales, auditivos, táctiles, vestibulares, etc.), así como su uso del “lenguaje” y si tiene capacidad de reciprocidad social. En ocasiones observamos al bebé durante las manipulaciones a las que es sometido por el personal médico o de enfermería. Ofrecemos un *feedback* al equipo sobre las respuestas del bebé a lo largo de los procedimientos, estas observaciones también suponen una contención psíquica no solo para los progenitores, sino para todo el staff, como veremos más adelante. Otro momento especialmente importante para la observación es la alimentación del bebé, así como los momentos del baño.

La intervención casi siempre se realiza desde técnicas de psicoterapia madre-bebé. Desde la relación terapéutica exploramos los pensamientos y sentimientos maternos hacia el bebé, la responsabilidad del cuidado, el pasado y el futuro. Escuchamos la historia materna de abandonos, pérdidas, separaciones, duelos, cómo afectan a su relación con el bebé, a su salud mental y emocional, y a la interacción. Intervenimos favoreciendo la expresión de conflictos, conteniendo, afirmando, sosteniendo, permaneciendo disponibles emocionalmente, con curiosidad, abiertos, reflejando con empatía. Trabajamos siempre centrándonos en el desarrollo emocional y en el relacional, centrándonos en relaciones, pasadas y presentes, permitiendo la expresión de conflictos y sentimientos, desde la integración de diversos marcos teóricos. En ocasiones utilizamos herramientas como la video filmación de la interacción madre bebé (Pérez-Mínguez, 2001) que permiten un *feedback* terapéutico a las madres, técnica que está demostrando su eficacia en casos de psicopatología maternal puerperal (Bilszta, Buist, Wang, & Zulkefli, 2012; Kenny, Conroy, Pariante, Seviratne, & Pawlby, 2013).

En algunos casos, la intervención en Neonatología se continúa al alta con la derivación a consulta de Psiquiatría Infantil, especializada en Trastorno Mental Precoz (0-3) cuando se prevea una cronicidad psicopatológica, tanto infantil como maternal. Los grandes prematuros tienen un riesgo tres veces mayor de presentar trastornos psiquiátricos a la edad de 7 años, siendo lo más frecuente los trastornos de ansiedad y el TDAH y los Trastornos del Espectro Autista o TEA (Treyvaud *et al.*, 2013). Los trastornos tempranos de la alimentación también son relativamente frecuentes en esta población y motivo de seguimiento en nuestra consulta de psiquiatría infantil.

3) La coordinación y el enlace con los profesionales del equipo multidisciplinar

El staff de la UCIn también se beneficia del apoyo psiquiátrico. Los profesionales sostienen una gran presión. Dados sus vínculos con los bebés que cuidan, a menudo pueden tener que afrontar duelos (Friedman, Kessler, & Martín, 2009). Hay diversos modelos de enlace en UCIs neonatales (Boris & Abraham, 1999). En general, en la UCI neonatal el psiquiatra puede desarrollar un importante rol en la comunicación entre familias y staff, conteniendo y disminuyendo las angustias de ambas partes (Prasad, 1984). Entre las características del trabajo de psiquiatría en neonatología, Prasad describe que necesariamente el psiquiatra debe de tolerar altos niveles de ansiedad para tolerar las frecuentes apariciones de graves problemas médicos. El psiquiatra puede hacer de traductor, las familias a veces reciben información de diversas fuentes: enfermería, médicos... y les cuesta procesarla. Por su ansiedad, a los padres les cuesta comprender la información y es frecuente que la distorsionen; el papel del psiquiatra ahí puede ser crucial (Prasad, 1984).

El enlace con neonatólogos y personal de enfermería se estructura en torno a la participación semanal en pase de Neonatología. Además participamos en el comité de perinatología, con frecuencia quincenal, donde también participan obstetras, anatomopatólogos, radiólogos, microbiólogos, etc.

4) Investigación y docencia

La actividad investigadora se ha traducido en

dos líneas principales. En primer lugar, la creación de un grupo de trabajo sobre neurobiología del apego, formado por psiquiatras infantiles, neonatólogos, obstetras, matronas y enfermeras (Olza Fernández, Marín Gabriel, López Sánchez, & Malalana Martínez, 2011). Y en segundo lugar, un programa específico en desarrollo de seguimiento conjunto neonatal en casos de lactancia en los que la madre toma psicofármacos (Marín Gabriel, Olza Fernández, Donoso, & Gutiérrez Cruz, 2011).

La docencia incluye pre y posgrado. Además, desde psiquiatría infantil, se participa en toda una serie de actividades docentes destinadas a todos los profesionales sanitarios del hospital y del área, que en el contexto de la promoción de la lactancia materna incluyen la formación sobre el inicio del vínculo, su importancia en la salud mental y el fomento de los cuidados a las familias en el inicio de la vida. Desde psiquiatría perinatal se ha participado en la docencia en más de veinte cursos de lactancia materna a profesionales del hospital y del área sanitaria, centrándonos en los temas relacionados con la construcción del vínculo materno filial, así como la psicopatología del puerperio.

CONCLUSIONES

La etapa perinatal es un “período crítico” en que las familias están más sensibles a las sugerencias y opiniones del personal de salud. De hecho, el tener un hijo(a) es un momento “encrucijada” que a veces puede cambiar la vida del adulto, que había venido teniendo problemas psicosociales, hacia un curso más favorable (Maldonado-Durán, J.M., Saucedo-García, J.M., Lartigue, T., Karacostas V, 2000); pero también es un período de alto riesgo para el inicio de un patrón alterado de apego, y posterior vínculo afectivo, que condicione el desarrollo posterior del recién nacido.

Las intervenciones con familias en la UCIn pueden mejorar el conocimiento materno, la sensibilidad, la contingencia y una mejor adaptación al estrés (Browne & Talmi, 2005). La UCIn es, por tanto, un lugar para la psicoeducación, el diagnóstico y el tratamiento de la salud mental maternal y paternal (Maldonado-Durán, González-Cabello, Cárdenas-Zetina, Saucedo-García, & Jasso-Gutiérrez, 1993).

La experiencia de nuestro programa es en su conjunto favorable, siendo valorado positivamente por las familias y el staff. No obstante, pensamos, es preciso continuar profundizando e investigando en salud mental perinatal, así como evaluar la eficacia de las intervenciones realizadas de forma sistemática, algo que no siempre nos es posible debido a la escasez de recursos.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Als, H., Duffy, F.H., & McAnulty, G.B.** (1996). Effectiveness of individualized neurodevelopmental care in the newborn intensive care unit (NICU). *Acta Paediatrica* (Oslo, Norway: 1992). Supplement, 416: 21-30.
2. **Beck, C.T., & Watson, S.** (2008). Impact of birth trauma on breast-feeding: A tale of two pathways. *Nursing Research*, 57(4):228-236.
3. **Bilszta, J.L., Buist, A.E., Wang, F., & Zulkofli, N.R.** (2012). Use of video feedback intervention in an inpatient perinatal psychiatric setting to improve maternal parenting. *Archives of Women's Mental Health*, 15(4): 249-257.
4. **Boris, N.W., & Abraham, J.** (1999). Psychiatric consultation to the neonatal intensive care unit: Liaison matters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10): 1310-1312.
5. **Browne, J.V., & Talmi, A.** (2005). Family-based intervention to enhance infant-parent relationships in the neonatal intensive care unit. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(8): 667-677.
6. **Charpak, N., Ruiz, J.G., Zupan, J., Cattaneo, A., Figueroa, Z., Tessier, R., et al.** (2005). Kangaroo mother care: 25 years after. *Acta Paediatrica* (Oslo, Norway : 1992), 94(5): 514-522.
7. **Creedy, D.K., Shochet, I.M., & Horsfall, J.** (2000). Childbirth and the development of acute trauma symptoms: Incidence and contributing factors. *Birth* (Berkeley, Calif.), 27(2): 104-111.
8. **Feldman, R., Rosenthal, Z., & Eidelman, A.I.** (2014). Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biological Psychiatry*, 75(1): 56-64.
9. **Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., Borghini, A., Moessinger, A., & Muller-Nix, C.** (2006). Early dyadic patterns of mother-infant interactions and outcomes of prematurity at 18 months. *Pediatrics*, 118(1): e107-14.
10. **Friedman, S.H., Kessler, R.A., & Martin, R.**

- (2009). Psychiatric help for caregivers of infants in neonatal intensive care. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 60(4): 554.
11. **Gamble, J., Creedy, D., Moyle, W., Webster, J., McAllister, M., & Dickson, P.** (2005). Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: A randomized controlled trial. *Birth* (Berkeley, Calif.), 32(1): 11-19.
 12. **Gamble, J., & Creedy, D.K.** (2009). A counseling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery*, 25(2): e21-30.
 13. **González-Serrano, F.** (2010). Nacer de nuevo: La crianza de los niños prematuros: aspectos evolutivos, atención y acompañamiento al bebé y la familia. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente*, 49 (133-152).
 14. **Hatters Friedman, S., Kessler, A., Nagle Yang, S., Parsons, S., Friedman, H., & Martín, R.J.** (2013). Delivering perinatal psychiatric services in the neonatal intensive care unit. *Acta Paediatrica* (Oslo, Norway: 1992), 102(9): e 392-7.
 15. **Kenny, M., Conroy, S., Pariente, C M., Seneviratne, G., & Pawlby, S.** (2013). Mother-infant interaction in mother and baby unit patients: Before and after treatment. *Journal of Psychiatric Research*, 47(9): 1192-1198.
 16. **Maldonado-Durán, J.M., Saucedo-García, J.M., Lartigue, T., Karacostas V.** (2000). La salud mental del bebé. *Nuevas evidencias. Salud Mental*, 25(6): 59-67.
 17. **Maldonado-Durán, J.M., González-Cabello, H., Cárdenas-Zetina, J.A., Saucedo-García, J.M., & Jasso-Gutiérrez, L.** (1993). Liaison psychiatry at a neonatal intensive care unit. Interphase between psychiatry of the infant and neonatology. [Psiquiatría de enlace en una unidad de cuidados intensivos neonatales. Interfase entre la psiquiatría del lactante y la neonatología] *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 50(10): 754-759.
 18. **Marín Gabriel, M.A., Olza Fernández, I., Donoso, E., & Gutiérrez Cruz, N.** (2011). Lithium and artificial breastmilk; or is maternal breastfeeding better? [Litio y lactancia artificial... inverted question marko mejor lactancia materna?] *Anales De Pediatría* (Barcelona, Spain: 2003), 75(1): 67-68.
 19. **Olza Fernández, I., Marín Gabriel, M.A., López Sánchez, F., & Malalana Martínez, A.** (2011). Oxitocina y autismo: Una hipótesis para investigar. ¿La alteración de la producción de oxitocina endógena en torno al parto puede estar involucrada en la etiología del autismo? *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 4(1): 38-41.
 20. **Olza Fernández, I., & Palanca-Maresca, I.** (2012). La experiencia del programa de psiquiatría perinatal en el Hospital Puerta de Hierro Majadahonda. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 101: 55-64.
 21. **Pallas-Alonso, C.R., Losacco, V., Maraschini, A., Greisen, G., Pierrat, V., Warren, I., et al.** (2012). Parental involvement and kangaroo care in european neonatal intensive care units: A policy survey in eight countries. *Pediatric Critical Care Medicine: A Journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 13(5): 568-577.
 22. **Pérez-Mínguez, C.** (2001). Intervención psicológica en una unidad de neonatología con un recién nacido que no adquiría peso. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente*, 31-32: 101-114.
 23. **Pierrehumbert, B., Nicole, A., Muller-Nix, C., Forcada-Guex, M., & Ansermet, F.** (2003). Parental post-traumatic reactions after premature birth: Implications for sleeping and eating problems in the infant. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 88(5): F400-4.
 24. **Prasad, A.** (1984). The role of a liaison psychiatrist in a neonatal intensive care unit. *Indian Journal of Psychiatry*, 26(1): 79-81.
 25. **Shaw, R.J., Bernard, R.S., Storfer-Isser, A., Rhine, W., & Horwitz, S.M.** (2013). Parental coping in the neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(2): 135-142.
 26. **Shaw, R.J., St John, N., Lilo, E.A., Jo, B., Benitz, W., Stevenson, D.K., et al.** (2013). Prevention of traumatic stress in mothers with preterm infants: A randomized controlled trial. *Pediatrics*, 132(4): e886-94.
 27. **Tarrago Riverola, R.** (2003). Intervenciones psicoterapéuticas en un servicio de neonatología. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente*, 35-36: 169-181.
 28. **Treyvaud, K., Ure, A., Doyle, L.W., Lee, K.J., Rogers, C.E., Kidokoro, H., et al.** (2013). Psychiatric outcomes at age seven for very preterm children: Rates and predictors. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 54(7): 772-779.
 29. **Waddell, M.** (2006). Infant observation in Britain: The Tavistock approach. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 87(Pt 4): 1103-1120.

Un nuevo enfoque en la atención al recién nacido enfermo. El rol de los padres

A new approach to the care of the sick newborn. The role of the parents

Roser Porta Ribera, Eva Capdevila Cogul

Resumen

La supervivencia de los recién nacidos (RN) enfermos y prematuros ha aumentado progresivamente en las últimas décadas, gracias a múltiples avances tecnológicos y científicos. Fruto de la preocupación por disminuir las secuelas en los supervivientes, y de iniciativas para humanizar el entorno de las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), nacieron los llamados cuidados centrados en el desarrollo (CCD) y en la familia. Los CCD consisten en un conjunto de intervenciones para minimizar el impacto ambiental de la UCIN sobre el RN y reforzar el rol de los padres como cuidadores activos. Se han implantado en las últimas dos décadas de manera progresiva en la gran mayoría de UCIN de nuestro entorno, y un número creciente de estudios apoya sus beneficios, de los cuales destacan la disminución de la morbilidad a corto plazo, la atenuación del stress de los padres y la mejoría en el pronóstico del neurodesarrollo.

Palabras clave: Prematuros. UCIN. Cuidados centrados en desarrollo. Neurodesarrollo.

Summary

The survival of sick and premature newborns has progressively increased along the last decades, in relation of multiple technological and scientific advances. The concern about the neurodevelopmental outcome in survivors and a growing interest about the humanization of the neonatal intensive care units (NICU) environment lead to the emergence of the so-called developmental care programs, being the neonatal infant developmental care and assessment program (NIDCAP) the most studied. NIDCAP is based on a series of interventions directed to minimize the environmental impact of the NICU on the newborn and to empower the parents as active caregivers. NIDCAP have been implemented progressively in most NICUs, and an increasing number of studies support its benefits. A decrease in short term morbidity, attenuation of parental stress and a probable improvement of neurodevelopmental outcome have been demonstrated.

Key words: Premature. NICU. NIDCAP. Neurodevelopment.

Médicos pediatras y neonatólogos. Unidad de Neonatología.
Hospital Universitario Dexeus, Grupo Quirón-Dexeus

Correspondencia: Roser Porta Ribera.
Rosselló, 160, 3º, 2ª
08036 Barcelona
E-mail: roser.porta@quiron.es

INTRODUCCIÓN

Durante las últimas décadas del siglo XX la neonatología experimentó notables avances tecnológicos y científicos que permitieron aumentar la supervivencia de recién nacidos (RN) enfermos y prematuros. Las UCIN se dotaron de un creciente número de sofisticados equipos. El entorno era ruidoso, se trabajaba con luz intensa y los RN permanecían en sus incubadoras en decúbito supino sin apenas cambios posturales. Escaseaba el uso de la analgesia, con el argumento de que los prematuros no tenían desarrolladas las vías nociceptivas para percibir dolor. Los padres y familiares del RN que ingresaba en una UCIN permanecían excluidos de este espacio físico, y podían visitar a su hijo, en ocasiones ingresado durante semanas o meses, solo en horarios restringidos que no solían incluir más que una o dos horas al día. Cuando se daba el alta al RN, los que iban a ser sus cuidadores apenas lo conocían. Los profesionales de las UCIN, médicos y enfermeras, trabajaban bajo la idea de que había que limitar el contacto físico con el RN, que los padres y familiares eran una fuente posible de infecciones y que pasar poco tiempo en la UCIN les protegía del cansancio y del sufrimiento. El RN se consideraba un ser sin capacidad para relacionarse y con poca expresividad emocional. Además, se desconocía el rol protector de la lactancia materna, con lo cual no se promovía su uso, a favor de las fórmulas de leche artificial.

A pesar del aumento de supervivencia de prematuros cada vez más pequeños, la incidencia de secuelas neurosensoriales y respiratorias disminuyó relativamente poco hasta hace una década (Bhutta, Cleves, Casey, Cradock y Anand, 2002; Marlow, Wolke, Bracewell y Samara, 2005; Saigal y Doyle, 2008; Moore *et al.*, 2012; Marret, Marchand-Martin, Picaud *et al.*, for the EPIPAGE Study Group, 2013). En los niños muy prematuros se ha observado, además, una frecuencia más elevada de otras morbilidades, catalogadas dentro de las secuelas leves y quizá infravaloradas, como el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, los trastornos del aprendizaje o la epilepsia. El dolor y el estrés durante la estancia en la UCIN se han relacionado, entre otros factores, con alteraciones en el desarrollo neurocognitivo (Saigal y Doyle,

2008; Marret *et al.*, 2013). Cada vez existe mayor convencimiento de que la exposición a un medio hostil, como es la UCIN, dificulta la organización del cerebro en desarrollo, y que la manera como se proporcionan los cuidados médicos y de enfermería puede ser determinante sobre la evolución neurosensorial y conductual posterior.

Además, el impacto emocional que produce en los padres el ingreso y la separación de su hijo modifica de forma negativa la instauración del vínculo y el proceso de crianza (Ginovart, 2010).

LOS CUIDADOS CENTRADOS EN EL DESARROLLO (CCD) Y EN LA FAMILIA

Los llamados CCD y en la familia constituyen un sistema de cuidados que pretende mejorar el desarrollo del niño a través de intervenciones que favorecen al RN y a su familia, entendidos ambos como una unidad. Los CCD se realizan de forma rutinaria en países escandinavos, y en los últimos años se han implantado progresivamente en las UCIN de América y del resto de Europa, incluyendo nuestro país. Se trata de una nueva forma de entender la neonatología que aúna los cuidados intensivos, imprescindibles para la supervivencia, con medidas para minimizar su agresividad y sus efectos sobre el sistema nervioso del RN (Perapoch *et al.*, 2006; Ginovart, 2010). Basándose en esta filosofía, Als y colaboradores (2004) diseñaron el *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP) a finales de los años 80. Este es el modelo de CCD más desarrollado en la actualidad. Consiste en un programa de intervención conducido por profesionales entrenados en neurodesarrollo, que observan de manera estandarizada a los RN antes, durante y después de los procedimientos a que son sometidos en la UCIN. Los cuidados médicos y de enfermería se programan de manera individualizada, respetando el descanso del RN, ‘visitándolo’ en su incubadora más que invadiéndolo. El estímulo sensorial que recibe el prematuro se adapta a su madurez neurológica.

Las principales intervenciones relacionadas con los CCD, en la práctica clínica, son:

– **Atenuación del impacto ambiental.** Se utiliza luz natural, gradual, con una transición suave

y con ciclos de luz-oscuridad. La UCIN está en semioscuridad. Se atenúa la luz mediante el uso de cortinas en las ventanas y se cubren las incubadoras. Cuando han de realizarse procedimientos o exploraciones se usan luces individuales que no impacten en otros RN.

Los prematuros muestran una extrema sensibilidad al ruido. Los sonidos por encima de 45-60 decibelios, como puede ser simplemente hablar en voz alta al lado de una incubadora, no solo alteran los ciclos sueño-vigilia, sino que se ha sugerido una relación con daño en las estructuras auditivas y neurodesarrollo a largo plazo (American Academy of Pediatrics. Committee on Environmental Health, 1997; Wachman y Lahav, 2011). Si no se toman medidas, la UCIN puede ser muy ruidosa. Las intervenciones de CCD en este sentido pasan por disminuir el tono de voz, bajar el volumen de las alarmas y por el diseño de equipos médicos (incubadoras, respiradores) cada vez menos ruidosos.

– **Dolor y medidas de confort.** El RN no solo es capaz de sentir dolor, como se ha demostrado en multitud de estudios usando diferentes escalas adaptadas, sino que el dolor no tratado aumenta su morbilidad y mortalidad (Anand, 1998). El uso de analgésicos (paracetamol, morfina y derivados) para la realización de procedimientos claramente dolorosos (cirugía, drenajes, intubación traqueal) es rutinario en las UCIN. El cambio más importante en este sentido ha sido la introducción de las llamadas ‘medidas no farmacológicas’ para llevar a cabo procedimientos menores, cuya capacidad para generar dolor y *stress* había sido clásicamente ignorada (punción de analíticas, sondajes vesicales, colocación de vías, etc.). Ejemplos de estas medidas no farmacológicas, basadas en la saturación sensorial, son el masaje, la vocalización amable, el contacto ocular, el olor y sabor de la leche materna, el contacto piel a piel con la madre y la succión ‘pacificadora’ con o sin sucrosa.

– **Cuidados posturales.** Tienen especial importancia en el niño prematuro, que no ha tenido oportunidad de desarrollar la flexión fisiológica que se da en el último mes de gestación. Su escaso tono muscular le impide además vencer la gravedad. Si no se interviene, adopta un patrón postural en extensión que le aleja de la línea media de relaja-

ción, y se produce la retracción de los músculos de espalda y cadera, con las consiguientes deformidades posturales.

Los CCD en este sentido son recoger al prematuro en flexión, estimular la flexión activa del tronco y extremidades, y facilitar la actividad manoboca. Para ello se usan ‘nidos’ de contención que proporcionan límites posturales. El RN se autorregula y tranquiliza más fácilmente. Los prematuros que se dan de alta de las UCIN, donde se realiza un buen nivel de CCD, muestran menores deformidades posturales cefálicas y menores alteraciones del tono muscular (Ginovart, 2010).

– **Atención a la familia. El rol de los padres como cuidadores.** La participación de los padres en el cuidado de sus hijos ingresados en la UCIN es uno de los pilares básicos de la neonatología actual. Este modelo sinactivo, que integra al recién nacido como núcleo de un entorno ambiental, con la familia en primer término puede optimizar su funcionalismo conductual y su estructura cerebral, como lo han demostrado algunos estudios de neuroimagen (Mewes *et al*, 2006; Leigh Peters, Rosychuk y Henderson L, 2009; Milgrom, Newnham y Anderson 2010). La implicación de los padres potencia las experiencias físicas y emocionales positivas. Reforzar y entrenar a los padres para interpretar el comportamiento de su hijo mejora sus habilidades (Das Eiden y Reifman, 1996) y, probablemente, el pronóstico a largo plazo.

Las UCIN actuales se han rediseñado para acoger la presencia ilimitada de los padres, con sillas cómodas reclinables colocadas al lado de la incubadora para realizar el método canguro, espacios de encuentro familiar y visitas de hermanos, abuelos y otros parientes. Los padres, excluidos en el pasado, son ahora escuchados e invitados a tomar parte activa en el cuidado de sus hijos (Wielenga, Smit BJ, UNK LK, 2006; Capdevila *et al*, 2012).

– **Método canguro (MC) y lactancia materna.** El MC, un bello ejemplo de cómo desde países en desarrollo pueden generarse conocimientos aplicables universalmente (Ruiz-Peláez, Charpak y Cuervo LG, 2004), nació en Colombia en 1983 debido a la escasez de incubadoras. Consiste en el contacto continuo y prolongado del RN, piel a piel sobre el pecho desnudo de su madre o padre, durante períodos de al menos dos horas. Además de favorecer

la estabilidad cardiorespiratoria del RN, disminuye el *stress* derivado de la separación, refuerza el rol de los padres como cuidadores, se usa como analgésico y favorece la lactancia materna.

Existe una evidencia clara sobre las propiedades de la leche materna, como protectora para algunas de las mayores morbididades del prematuro a corto plazo, como la enterocolitis necrotizante y las infecciones, pero también sobre sus beneficios sobre el crecimiento y neurodesarrollo (Underwood, 2013). La mayoría de UCIN no contemplan otra alimentación enteral para el prematuro extremo que no sea la leche humana, bien de su madre o, en caso de ser esta insuficiente, de banco. Cualquier intervención destinada a optimizar la producción de leche materna incide de forma positiva en el pronóstico a corto y largo plazo.

CONCLUSIONES

El nuevo enfoque en la atención médica que se brinda al RN enfermo y prematuro, recupera la importancia del 'cómo lo hacemos', además del 'qué hacemos', aplicable a todas las áreas de la medicina. Los CCD y la participación activa de los padres en las UCIN pretenden introducir medidas cualitativas con impacto sobre el neurodesarrollo, para garantizar la máxima calidad de vida posible al creciente número de supervivientes tras los cuidados intensivos neonatales. Aunque los estudios muestran una tendencia a mejor evolución cognitiva y motora en los exprematuros cuidados con CCD, la evidencia científica no es aún potente (Ohlsson y Jacobs, 2013; Wallin y Eriksson, 2009), por la dificultad de diseño de estudios randomizados y la multitud de variables que entran en consideración. En cualquier caso, el modelo basado en los CCD no presenta riesgos, es recibido con entusiasmo por las familias, valorado positivamente por los profesionales implicados en el cuidado de prematuros (Mosqueda et al 2013) y representa un enfoque ético a los cuidados médicos en la UCIN.

BIBLIOGRAFÍA

1. Als H, Duffy FH, McAnulty GB, Rivkin MJ, Vajapeyam S, Mulkern RV, Warfield SK, Huppi PS. (2004). Early experience alters brain function and structure. *Pediatrics*, 113(4): 846-57.
2. **American Academy of Pediatrics**. Committee on Environmental Health. (1997). Noise: a hazard for the fetus and the newborn. *Pediatrics*, 100(4): 724-27.
3. Anand KJS. (1998). Clinical importance of pain and stress in preterm neonates. *Biology of the neonate*, 73(1): 1-9.
4. Bhutta AT, Cleves MAm Casey PA, Craddock MM y Anand KJS. (2002). Cognitive and behavioural outcomes of school-aged children who were born preterm. *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 288(6): 728-37.
5. Capdevila E, Sánchez L, Riba M, Moriña D, Ríos J, Porta R, Molina V. (2012). Valoración de la satisfacción de los padres en una unidad neonatal. *Anales de Pediatría*, 77(1): 12-21.
6. Das Eiden R, Reifman A. (1996). Effects of Brazelton demonstrations on later parenting: a meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 21(6): 857-68.
7. Ginovart G. (2010). Cuidados centrados en el desarrollo: un proyecto común. *Aloma. Revista de Psicología, Ciències de l'Eduació i l'Esport*, 26: 15-27.
8. Leigh Peters K, Rosychuk RJ y Hendson L. (2009) Improvement of short and long term outcomes for very low birth weight infants: Edmonton NIDCAP Trial. *Pediatrics*, 124(4): 1009-20.
9. Marlow N, Wolke D, Bracewell MA y Samara M. **EPICure Study Group**. (2005) Neurologic and developmental disability at six years of age after extremely preterm Birth. *The New England Journal of Medicine*, 352 (1): 9-19.
10. Marret S, Marchand-Martin L, Picaud JC y cols, for the EPIPAGE Study Group. (2013). Brain injury in very preterm children and neurosensory and cognitive disabilities during childhood: the EPIPAGE cohort study. *PLoS ONE*, 8(5): e62683. doi:10.1371/Journal.pone.0062683.
11. Mewes AU, Huppi PS, Als H, Rybicki FJ, Inder TE, McAnulty GB, Mulkern RV, Robertson RL, Rivkin MJ, Warfield SK. (2006). Regional brain development in serial magnetic resonance Imaging of low-risk preterm infants. *Pediatrics*, 118(1): 23-33.
12. Milgrom J, Newnham C y Anderson PJ. (2010). Early sensitivity training for parents of preterm infants: impact on the development brain. *Pediatric Research*, 67(3): 330-35.
13. Moore T, Hennessy EM, Myles J, Johnson SJ, Draper ES, Costeloe KL and Marlow N. (2012). Neurological and developmental outcome in extremely preterm children born in England in 1995 and 2006: the EPICURE Studies.

-
- British Medical Journal, 345,e7961doi:10.1136/bmj.e7961.
14. **Mosqueda R, Castilla Y, Perapoch J, De la Cruz J, López-Maestro M, Pallás C.** (2013) Staff perceptions on NIDCAP during its implementation in two Spanish neonatal units. *Early Human Development*, 89(1): 27-33.
 15. **Ohlsson A y Jacobs SE.** (2013) NIDCAP: a systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Pediatrics*, 131(3): e881-93.
 16. **Perapoch J, Pallás C, Linde MA, Moral MT, Benito F, López M, Caserío S, de la Cruz J.** (2006). Cuidados centrados en el desarrollo. Situación en las unidades de neonatología de España. *Anales de Pediatría*, 64(2): 132-9.
 17. **Ruiz-Peláez JG, Charpak N y Cuervo LG.** (2004). Kangaroo mother care, an example to follow from developing countries. *British Medical Journal*, 329: 1179-82.
 18. **Saigal S y Doyle LW.** (2008). An overview of mortality and sequelae of preterm birth from infancy to adulthood. *The Lancet*, 371 (9608): 261-69.
 19. **Underwood MA.** Human milk for the premature infant. (2013). *Pediatric Clinics of North America*, 60(1): 189-207.
 20. **Wachman EM y Lahav A.** (2011). The effects of noise on preterm infants in the NICU. *Archives of Disease in Childhood- Fetal and Neonatal Edition*, 96(4): 305-9.
 21. **Wallin L y Eriksson M.** (2009) NIDCAP: a systematic review of the literature. *Worldviews on Evidence Based Nursing*, 6(2): 54-69.
 22. **Wielenga JM, Smit BJ y UNk LK.** (2006). How satisfied are parents supported by nurses with the NIDCAP model for their preterm infant?. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(1): 41-8.

RESÚMENES DE PONENCIAS DE LA II 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

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

⁵Psicóloga. Consejo de Redacción

⁶Psicóloga. H. Clínic de Barcelona, sede Maternitat

I. Estrés prenatal y programación fetal

Prenatal stress and fetal programming

Manuel Valdés

Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona

Palabras clave: Estrés perinatal. Programación fetal. Respuestas cerebrales.

Key words: Perinatal stress. Fetal programming. Brain responses.

Parece que la evolución natural no acaba de fiarse de las capacidades de la neocorteza para regular el medio interno, así que el sistema límbico conserva sus competencias en la regulación fisiológica (homeostasis) y psicológica (emociones).

La comprensión de la interacción entre el individuo y su medio debe hacerse mediante la premisa de que la actividad psíquica es una actividad preponderantemente emocional (*el cerebro es un órgano de conocimiento que procesa la información sensorial y biológica en función de sus significados emocionales*). La anticipación a los acontecimientos, ejercicio indispensable para la supervivencia, subyace de unos supuestos generados por el cerebro, que se regula en función del coste emocional, de la que el individuo no es consciente. Estos supuestos (representaciones de la realidad) se establecen de forma muy idiosincrásica, pero también pueden autogenerar respuestas emocionales adaptativas a partir de la información simbólica. Cuando el individuo no tiene la expectativa de acomodarse a los retos del medio, el organismo sufre estrés (fracaso adaptativo del organismo con repercusión sobre la homeostasis del sujeto y cognición de indefensión), que expone al organismo a enfermar. Valdés confirma que *la psicobiología del estrés está definida por la activación autonómica y neuroendocrina y una inhibición inmunitaria y conductual*.

El estrés perinatal es constituyente de efectos adversos sobre el desarrollo y puede generar enfermedades, como hipertensión, diabetes; así como alteraciones cognitivas, emocionales, de la personalidad o psicopatológicas, como el Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH). Se genera una activación de genes responsables de algunas enfermedades, un envejecimiento precoz, etc., que son duraderos, pero no permanentes a lo largo del ciclo vital. Todo ello puede comprenderse a través de la programación fetal placentaria, ya que este es un *órgano sensor y efector: un cerebro rudimentario que procesa información bioeléctrica y molecular para emitir respuestas multisistémicas adaptativas*. Dotada de un gran número de genes y de receptores de la hormona liberadora de corticotropina (CRH), que intervienen en la respuesta del sistema inmunitario entre otras, responde al estrés activando mecanismo como la activación del eje hipotálamo-hipofisario-adrenal.

II. Entorno perinatal y sensibilidad biológica al contexto en modelos animales

Perinatal environment and biological context-sensitivity in animal models

R. Nadal

Instituto de Neurociencias y Unidad de Psicobiología de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB)

Palabras clave: Vulnerabilidad-estrés. Modelos animales. Hipótesis de Match-Mismatch. Modelo de Adaptación-Calibración.

Key words: Vulnerability-stress model. Animal model. Match-Mismatch hypothesis. Adaptation-Calibration model.

Los modelos teóricos actuales en psicopatología basan sus teorías en la **vulnerabilidad-estrés**, que defienden la influencia mutua del entorno y el ambiente con la predisposición genética heredada de nuestros progenitores. El embarazo, el parto y los primeros meses de vida son períodos de adaptación y de grandes cambios, muchos de los cuales están asociados a altos niveles de estrés. Estresores en épocas tempranas de la vida pueden predisponer a una mayor vulnerabilidad psicopatológica en la adultez, o bien pueden conllevar a efectos protectores como es el caso de la resiliencia. En anteriores estudios de **modelos animales** se ha demostrado que las experiencias sociales a lo largo de la vida pueden alterar los procesos epigenéticos; así, las exposiciones ambientales, las interacciones posnatales madre-hijo, la juventud y el estrés social del adulto pueden modificar la metilación del ADN y la acetilación de histonas, con consecuencias a largo plazo para la expresión génica, la fisiología y la conducta (Champagne, 2010).

Nadal y cols. investigaron con ratas macho y hembra Long-Evans originadas de treinta madres distintas: parte de la muestra fue expuesta a niveles de estrés durante el período perinatal, que consistió en restringirles el material para fabricar los nidos (típica conducta materna) y fueron expuestas a madres “sustitutas”. En la adultez, cinco cohortes de ratas expuestas fueron analizadas y se obtuvieron resultados hacia ambas direcciones, negativos y positivos para su desarrollo; por un lado, hubo una compensación en las conductas maternas respecto el grupo control, de forma que, aunque hubo una disminución de la conducta de “nido” por falta de material, se incrementó la del “arqueamiento de espalda”; por otra parte, según el género de la rata se observaron distintas respuestas: las hembras mostraron un aumento en compulsiones, los machos mayor rastreo, y ambos sexos presentaron una mayor activación conductual, reducción de la atención y de la respuesta de la ACTH, junto con un aumento de tiempo de demora. No se encontraron diferencias en la reactividad motora ni en la impulsividad.

Conclusión: No se puede afirmar que haber sido expuesto a niveles altos de estrés en épocas tempranas conlleve siempre a efectos negativos. Su efecto no es lineal y está fuertemente ligado al género. Asimismo, la reacción está modulada por varios factores: el cuidado maternal, la intensidad de los estresores y la concordancia con el entorno una vez ya adulto. Los resultados de la investigación tienden a coincidir con las hipótesis de *Match-Mismatch* (Gluckman *et al*, 2007; Schmidt, 2011) y el modelo de Adaptación-Calibración (Ellis y Boyce, 2008; Giudice *et al*, 2011), que apoyan la idea de que el nivel de estrés expuesto durante la infancia puede resultar ser resiliente o vulnerable según el nivel de estrés expuesto en la adultez, teniendo en cuenta variables de apoyo y protección.

Bibliografía

1. **Champagne, FA:** (2010). Epigenetic perspectives on development: Evolving insights on the origins of variation. *Developmental Psychobiology*, 52: e1-e3.

2. Ellis, B., Boyce, W: Biological Sentivity to context. Science. June 2008 Vol. 17 No. 3; 183-187.
3. Giudice, M., Ellis, B., Shirtcliff, E: (2011). The Adaptative Calibration Model of stress responsivity. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. June, Vol 35. Issue 7; 1562-1592.
4. Gluckman, P., et al: (2007). Epigenetic Mechanisms and the Mismatch Concept of the Development Origins of Health and Disease. Pediatric Research, 61.
5. Schmidt, M: (2011). Animal models for depression and the mismatch hypothesis of disease. Psychoneuroendocrinology. Vol 36. Issue 3; April, 330-338.

III. Cambios cerebrales y hormonales relacionados con el embarazo: estudio en curso de resonancia magnética estructural y funcional

Brain and hormonal changes related to pregnancy: An on-going study of Structural and Functional Magnetic Resonance Imaging

E. Barba-Müller¹ y Grup de Recerca en Neuroimatge (GREEN)

Parc de Salut Mar, Barcelona

Palabras Clave: Cambios cerebrales. Embarazo. Postparto. Cambios hormonales.

Key words: Brain changes. Pregnancy. Postpartum. Hormonal changes.

Se ha documentado que los acontecimientos vitales estresantes en la etapa perinatal pueden ocasionar cambios o alteraciones fisiológicas, que tienen una incidencia negativa en el desarrollo cerebral del bebé, así como ser un factor de riesgo para las enfermedades mentales en la vida adulta. Así mismo, se considera que el rol materno-filial es sumamente importante, a fin de mitigar un posible impacto que un acontecimiento estresante pueda tener en el bebé. Para abordar esta temática, es preciso un estudio del vínculo materno-filial, más concretamente de las repercusiones que tiene sobre la madre este vínculo.

Actualmente, existen estudios con modelos animales (sobre todo con roedores), donde se han detectado modificaciones a nivel morfológico vinculadas al embarazo; en otros estudios realizados mediante RM funcional, se observa que el cerebro de los padres responde de manera específica ante estímulos de su bebé. El grupo de investigación de P. Kim y J.F. Leckman (2010) aporta nuevos datos de conocimiento sobre plasticidad cerebral y las redes neurales que sustentan las funciones maternas; concretamente, se explica que durante el posparto se produce un incremento de la sustancia gris en determinadas áreas cerebrales.

Sobre las bases de las ideas expuestas, los autores de esta investigación proponen como **objetivo** la medición de las modificaciones en la estructura y la función cerebral inducidas por el embarazo en las madres. Hipotetizan la presencia de cambios cerebrales estructurales, así como la modificación del patrón de activación cerebral frente a imágenes del propio bebé, la pareja o estímulos generadores de empatía. Para ello diseñan un estudio longitudinal, actualmente en curso, que incluye una muestra final de 84 sujetos. El **grupo experimental** se compone de parejas que buscan su primer embarazo, incluyendo también aquellas que realicen un tratamiento de reproducción asistida. Lo forman un total de 26 mujeres y 21 hombres. El **grupo control** está compuesto por parejas que no son padres, ni pretenden serlo a lo largo del siguiente año, en este caso 20 mujeres y 17 hombres.

Con cada sujeto se efectúa una sesión previa al embarazo y otra en el postparto, en las cuales se les realiza una resonancia magnética estructural y dos resonancias magnéticas funcionales, durante las que

deberá observar una serie de imágenes que aparecerán de manera aleatoria. El análisis de las imágenes estructurales obtenidas se llevará a cabo mediante la morfometría basada en vóxels (VBM), mientras que la información de la RM funcional pasará por dos niveles de análisis, incluyendo el análisis SPSS mediante el test ANOVA de medidas repetidas.

Asimismo, los autores realizan un análisis biológico, basado en la medición de los niveles hormonales de los sujetos, y un análisis psicométrico, mediante la administración de pruebas específicas para descartar psicopatología. Posteriormente, a fin de valorar las correlaciones existentes entre las medidas hormonales y psicométricas y los resultados de neuroimagen obtenidos, es decir, la presencia de cambios morfológicos o de actividad cerebral, se realizarán pruebas inscritas en el modelo lineal general.

Al tratarse de un estudio en curso, no se dispone actualmente de **resultados** concluyentes, pero estos contribuirán a ahondar en los cambios cerebrales a nivel estructural, y facilitarán, consecuentemente, la comprensión de los fallos neurales propios de aquellos progenitores que no son capaces de realizar funciones maternas y paternas con normalidad, aportando nueva y relevante información al campo de la salud mental perinatal.

Bibliografía

1. **Kim P, Leckman JF, Mayes LC, Feldman R, Wang X y Swain JE:** (2010). The plasticity of human maternal brain: Longitudinal changes in brain anatomy during the early postpartum period. *Behavioral Neuroscience*, 124(5): 695-700.

IV. Embarazo no planificado en mujeres con trastorno afectivo

Unplanned pregnancy in women with affective disorder

Alba Roca Lecumberri

CSMA Ferran Salsas – Àmbit d'atenció a la salut mental. Consorci Sanitari de Terrassa (CST)

Palabras clave: Embarazo no planificado. Trastorno afectivo. Tratamiento farmacológico.

Key words: Unplanned pregnancy. Affective disorder. Pharmacotherapy.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la planificación del embarazo como una prioridad dentro de la salud reproductiva de la mujer (OMS, 2011); sin embargo, cada año hay 80 millones de embarazos no planificados en el mundo (38 % de todos los embarazos) (Speidel, Harper y Shields, 2008). Se considera embarazo no planificado aquel que se produce sin el deseo y/o planificación previa y, por lo general, se debe al fallo de los métodos anticonceptivos, ya sea por su ausencia o por la ineffectividad de estos, y/o a la práctica de relaciones sexuales no consentidas. La falta de planificación de la gestación se ha asociado a mayores tasas de aborto voluntario, complicaciones en la gestación con peores resultados neonatales (prematuridad, bajo peso al nacer) y trastornos psicopatológicos en el posparto (depresión, trastornos del vínculo).

Hasta la actualidad, existen pocos datos sobre la planificación de la gestación en los grupos de mujeres con patologías psiquiátricas (Heil y cols, 2011; Miller y Finnerty, 1996), siendo al parecer una población de riesgo para la gestación no deseada. En 2013 publicamos un estudio sobre la relación de la falta de planificación de la gestación, con la interrupción del tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en mujeres con un trastorno depresivo o de ansiedad (Roca y cols, 2013). El estudio se realizó en el Servicio de Psiquiatría Perinatal del Hospital Clínic de Barcelona, entre enero de 2005 y diciembre de 2008. El total de la muestra fue compuesta por 132 mujeres embarazadas con un Trastorno

depresivo o de ansiedad (criterios DSM IV-TR) y en tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en el momento de la concepción. El 53 % de las mujeres suprimieron el tratamiento con ISRS al confirmar el embarazo. Entre las diferentes variables clínicas y sociodemográficas estudiadas, solo el embarazo no planificado se asoció a un mayor riesgo de discontinuación del tratamiento (Ods Ratio=2,7, Intervalo de Confianza 95 %=1,34–5,52). Las mujeres que suprimieron el tratamiento presentaron más sintomatología ansiosa y depresiva a lo largo del embarazo que aquellas que lo mantuvieron; asimismo, el 57,1 % de las mujeres que habían interrumpido la medicación requirieron una reintroducción de esta. En conclusión, la falta de planificación de la gestación se asocia a un incremento de riesgo de interrupción del tratamiento farmacológico, con el consiguiente incremento de riesgo de recaída y sus consecuencias.

Teniendo en cuenta estos datos y la elevada frecuencia de embarazos no planificados en mujeres con trastornos mentales, es necesario instaurar de forma sistemática la realización de un plan de vida reproductivo en todas las mujeres que atendemos en nuestra práctica clínica diaria.

Bibliografía

1. Heil SH, Jones HE, Arria A et al. (2011) Unintended pregnancy in opioid-abusing women. *J Subst Abuse Treat* 40,2: 199-202.
2. Miller LJ, Finnerty M. (1996) Sexuality, pregnancy, and childbearing among women with schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatr Serv* 47,5: 502-506.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS) (Abril 2011). Planificación familiar. Nota descriptiva n° 351.
4. Roca A, Imaz ML, Torres A et al. (2013) Unplanned pregnancy and discontinuation of SSRIs in pregnant women with previously treated affective disorder. *J Affect Disord* 150,3: 807-813.
5. Speidel J, Harper CC, Shields WC. (2008) The potential of long-acting reversible contraception to decrease unintended pregnancy. *Contraception* 78: 197-200.

V. ¿Causan los psicofármacos, especialmente los antidepresivos, efectos perinatales adversos?

Do psychiatric medications, especially antidepressants, adverse perinatal effects?

Maite López-Yarto Elejabeitia

Departament de Obstetrícia i Ginecologia. Parc de Salut Mar, Barcelona.

Palabras clave: Diabetes gestacional. Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS).

Key words: Gestational diabetes. Selective serotonin re-uptake inhibitors or serotonin-specific reuptake inhibitor (SSRIs).

Las enfermedades psiquiátricas, particularmente la depresión, forman parte de las complicaciones más comunes durante el embarazo. En consecuencia, el tratamiento farmacológico en estos trastornos es frecuente y creciente. Revisiones sistemáticas sobre el uso de la medicación durante el embarazo han mostrado efectos obstétricos y neonatales, y resultados de revisiones no sistemáticas sugieren una mayor ganancia de peso y mayor riesgo de diabetes en gestación. Sin embargo, hasta la fecha no ha habido una revisión sistemática de los efectos de estos medicamentos sobre el metabolismo materno.

El objetivo del estudio (López-Yarto, 2012) es valorar la relación entre la exposición a medicación psiquiátrica durante el embarazo y los efectos metabólicos maternos adversos: aumento del peso gestacional, diabetes gestacional y retención de peso en el parto.

Material y método: De 3080 artículos relacionados, se seleccionaron 175 y fueron sometidos a una

revisión exhaustiva y completa. Los criterios de inclusión fueron que, al menos una de las variables que el grupo de López-Yarto estudiaba fuera referida en el artículo y que compararan gestantes con trastorno depresivo en tratamiento vs. no tratamiento. Además, que incluyeran gestaciones múltiples, siempre que los datos estuviesen reflejados por separado. Se excluyeron estudios, cuyo grupo control se obtuvo sin chequear la ausencia de patología psiquiátrica.

La **hipótesis de trabajo** era que las gestantes con tratamiento antidepresivo presentarían un incremento de peso y una mayor tasa de diabetes, comparándolas con aquellas que aún teniendo patología no recibían tratamiento, o bien, con gestantes sin patología psiquiátrica, y por lo tanto, sin medicación anti-depresiva. Sin embargo, los **resultados** sugieren que no hay datos para afirmar un aumento de peso o de diabetes gestacional en las mujeres embarazadas con tratamiento antidepresivo (ISRS). Para seguir investigando es necesario incrementar la calidad de los estudios en este área, pues la limitación más importante de esta revisión sistemática es la de inclusión (únicamente dos estudios) de un pequeño tamaño muestral, aunque de calidad moderada.

Bibliografía

1. **López-Yarto M, Ruiz-Mirazo E, Holloway AC, Taylor VH, McDonald SD.** (2012). Do psychiatric medications, especially antidepressants, adversely impact maternal metabolic outcomes?. *J Affect Disord.* Dec 10;141(2-3): 120-9.

VI. Evaluación psicofuncional del recién nacido

Psycho-functional assessment in the newborn

Francesc Botet

Institut Clínic de Ginecologia, Obstetricia i Neonatologia (ICGON). Hospital Clínic, Barcelona.

Palabras Clave: Trastornos psicofuncionales. Evaluación. Recién nacido.

Key words: Psycho-functional disorders. Assessment. Newborn.

El abordaje de los trastornos psicofuncionales en el recién nacido tiene en cuenta la interacción existente entre el temperamento del recién nacido y el temperamento de la madre/padre; en este sentido, el temperamento y la conducta de ambas partes influyen en las respuestas. Existen dos métodos ampliamente utilizados para evaluar el temperamento del recién nacido: el método desarrollado por **Brazelton** (*NBAS, Neonatal Behavioural Assessment Scale*) que evalúa el modelo de organización neuroconductual; y el **método de observación de la conducta del recién nacido de Kevin Nugent** (*NBO, Newborn Behavioural Observations System*) que evalúa las competencias del neonato y el desarrollo de la autorregulación.

Entre los **trastornos psicofuncionales** más frecuentes encontramos las dificultades en los ritmos biológicos (sueño, vigilia, alimentación) y en la regulación de los estados (vigilancia, llanto). Para ello, se tienen en cuenta factores como la vulnerabilidad biológica del niño, la incapacidad para garantizar los cuidados y el sentimiento de fracaso por parte de los progenitores. Para la evaluación de los trastornos psicofuncionales en el recién nacido se utilizan la *Escala para la Detección de Trastornos Psicofuncionales en la Primera Infancia o Symptom Checklist (SCL) de Robert-Tissot*.

El ponente presentó los resultados de una **investigación** que recogía la presencia de T. psicofuncionales (sueño, alimentación, alteraciones del comportamiento, temores, etc.) en el recién nacido. Más del 50 % presentaban trastornos del sueño, el 75 % tenían algún tipo de temor, siendo el trastorno psicofuncional más frecuente el de la alimentación (Tabla I), con diversas estrategias por parte de los padres para afrontarlo (Tabla II).

Tabla I
T. psicofuncionales de la alimentación

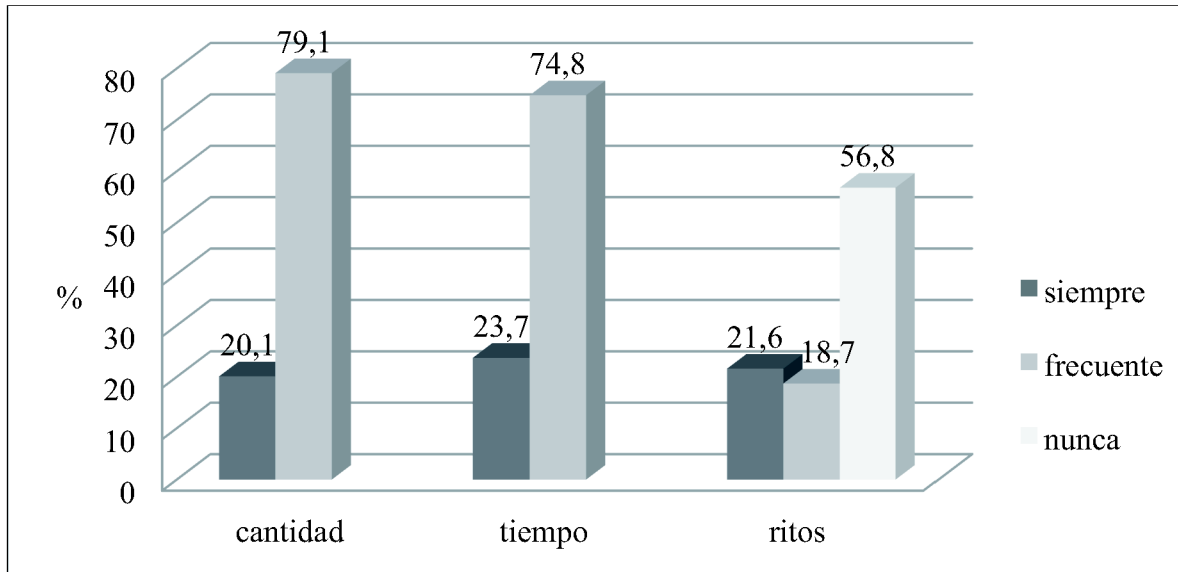
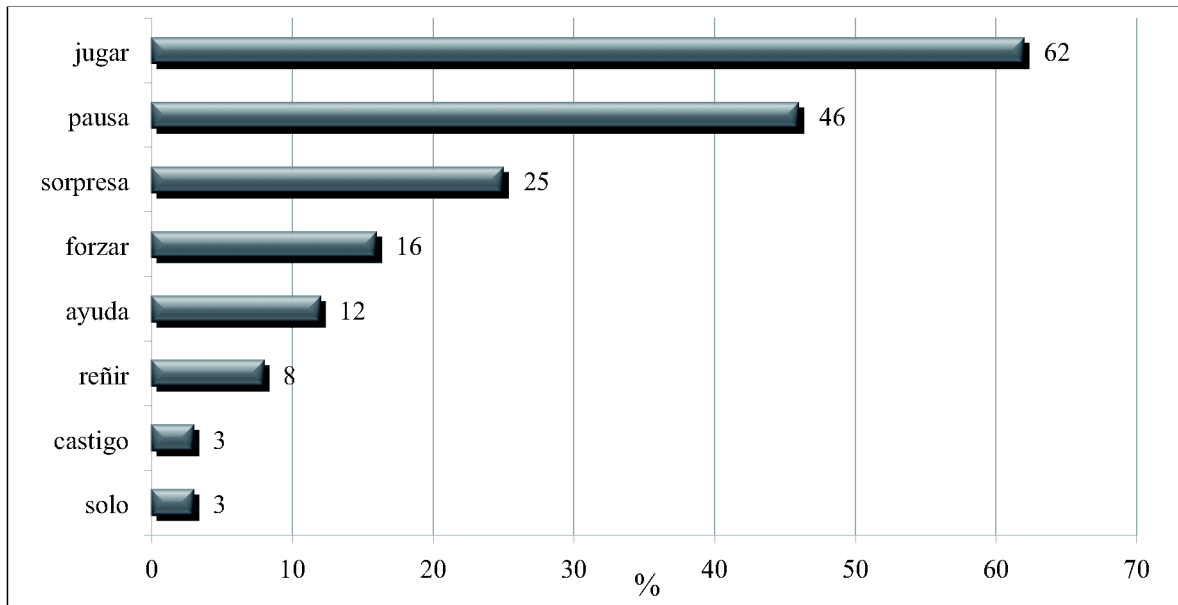


Tabla II
T. alimentación: Estrategias de los padres



Los T. de conducta más frecuentes fueron las rabietas (50 %), seguidas del opositorismo (20 %). Para la madre, la mayor ayuda en este sentido residía en la familia (75 %) y en el padre (70 %), mostrando ambos padres una visión muy negativa de sus hijos con expresiones como: “es muy difícil”, “histérico”, “llorón”, “muy dependiente”, “es un calvario”, “está viciado”, etc. La **conclusión** es que el cuidado de los niños con T. psicofuncionales ha de basarse en la correcta aplicación de normas de conducta por parte de los padres.

VII. Psicopatología y alteración del vínculo materno-filial

Psychopathology and mother-infant bonding disorder

Ll. García-Esteve¹, A. Torres¹, B. Palacios¹, ML. Imaz¹, E. Roda¹, S. Subirà²

¹Programa de Psiquiatria Perinatal i Gènere. Servei de Psiquiatria i Psicologia Clínica. Institut Clínic de Neurociències (ICN). Hospital Clínic, Barcelona.

²Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra.

Palabras clave: Alteración del vínculo. Psicopatología. PBQ. Depresión posparto.

Key words: Bonding disorder. Psychopathology. PBQ. Attachment. Postpartum depression.

Introducción

La formación de una relación temprana entre la madre y su bebé es crucial para la supervivencia y desarrollo saludable del menor, tanto como lo es la provisión de comida, cuidado infantil, la estimulación y la disciplina, de acuerdo a la Teoría del Apego iniciada fundamentalmente por John Bowlby (1907-1990). El patrón de apego está asociado en gran medida a la sensibilidad y a las características del cuidado materno (Ainsworth, 1978). Los sentimientos de la madre hacia su hijo constituyen el componente emocional del apego fundamental en el vínculo materno-filial, diferenciándolo de las conductas observables de apego (Taylor, 2005). Se desarrolló un estudio que tuvo como objetivos principales la identificación de la prevalencia de alteración vincular en una muestra de madres con patología psiquiátrica, el análisis de la relación entre los puntajes del *cuestionario de vínculo en el posparto* [PBQ] (Brockington *et al*, 2001) y la presencia de ansiedad y depresión en el posparto y finalmente la identificación de factores predictivos y asociados a la alteración del vínculo materno-filial (sociodemográficos, psicosociales y psicopatológicos).

Método

Se desarrolló un estudio no experimental de tipo longitudinal, en el cual se evaluó a 231 madres diagnosticadas de un trastorno mental en el embarazo (DSM IV-TR), atendidas en el Programa de Psiquiatría Perinatal Barcelona-CLÍNICA, durante 3 momentos: evaluación prenatal, evaluación en el último trimestre del embarazo (34-36 semana de gestación) y durante el posparto (6-8 semana del puerperio). Se realizó una entrevista clínica para identificar el diagnóstico del tipo de trastorno mental y se aplicaron los siguientes instrumentos en los diversos momentos del estudio: Escala de Depresión Posparto de Edimburgo [EPDS] (Cox *et al*, 1987), Escala de Ansiedad-Estado [STAI-E] (versión española, Spielberger *et al*, 1982), Cuestionario de Vínculo en el Posparto (Brockington *et al*, 2001) y el Inventario de Traumas Tempranos [ETI-*Early Trauma Inventory*] (Bremner *et al.*, 2007, versión española validada por Plaza *et al*, 2011), además de la recolección de datos sociodemográficos y psicosociales.

Resultados

- El 65,7 % de las madres tenían una edad de 31 a 40 años, con un 40,7 % de ellas con estudios universitarios, la mayoría de ellas primíparas (61,4 %). Los diagnósticos psicopatológicos más frecuentes fueron el de trastorno depresivo (34,1 %) y trastorno de ansiedad (30,3 %). Se identificó la presencia de *abuso físico* (26,8 %), *abuso emocional* (17,3 %) y *abuso sexual* (15,2 %).

- El 13 % de las mujeres estudiadas presentaron puntajes en el PBQ que indicaron riesgo de alteración del vínculo materno-filial.

• Las madres que mostraban un riesgo de alteración en el vínculo materno-filial, presentaban mayoritariamente un trastorno depresivo (16,4 %).

• Al analizar la correlación de la presencia de depresión y ansiedad con las subescalas del PBQ, se identificó que los puntajes total del STAI-E y el EPDS a las 5-6 semanas del parto, correlacionan con 3 de las 4 subescalas (*factor general de vínculo alterado, rechazo y rabia hacia el bebé, y ansiedad en el cuidado del bebé*) del Cuestionario de Vínculo en el Posparto (PBQ).

• Las madres primíparas presentaron mayores puntuaciones en la subescala de *ansiedad en el cuidado del bebé*.

• La presencia de problemas económicos se asoció con mayores dificultades vinculares, específicamente con la subescala de *riesgo de abuso hacia el bebé*.

Los análisis bivariantes mostraron una relación significativa entre la presencia de riesgo de alteración del vínculo materno-filial con los puntajes del EPDS y STAI-E en los 3 momentos de evaluación, pero en particular durante el posparto y la presencia de historia de abuso sexual. Los análisis multivariantes (regresión logística) identificaron que en el embarazo el factor de riesgo más significativo para la alteración del vínculo materno-filial fue la presencia de ansiedad (OR: 1,04; IC: 1,01 – 1,08), así como durante el posparto (OR: 1,11; IC: 1,06 – 1,16).

Discusión/Conclusión

Las mujeres con trastornos depresivos y desadaptativos son las que presentaron más riesgo de trastornos del vínculo materno-filial. Las madres con riesgo de trastorno del vínculo mostraron mayores puntajes en ansiedad y depresión, tanto durante el embarazo como en el posparto. Los resultados indican que la sintomatología depresiva en el posparto influye en el proceso de vinculación, en la presencia de rechazo y ansiedad en el cuidado del recién nacido. Los abusos sexuales en la infancia, la primiparidad y los problemas económicos han resultado factores implicados en el proceso de vinculación.

Bibliografía

1. Ainsworth M.S., Blehar M. C., Waters E. y Wall S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
2. Brockington IF, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, Loh C y Murdoch C. (2001). A screening questionnaire for mother–infant bonding disorders. Arch Womens Ment Health, 3: 133-140.
3. Taylor A, Atkins R, Kumar R, Adams D y Grover V. (2005). A new Mother-to-Infant Bonding Scale: links with early maternal mood. Arch Womens Ment Health, 8: 45-51.

VIII. Estrés materno y trastornos del desarrollo en la descendencia

Maternal stress and developmental disorders in offspring

A. Masana, F. López

Unitat d'Investigació en Patologia Vincular Grupo Pere Mata. Hospital Psiquiàtric Universitari Institut Pere Mata, Reus.

Palabras clave: Estrés materno. Trastornos del desarrollo. TDAH. Primogénitos.

Key words: Maternal stress. Developmental disorders. ADHD. Firstborn.

En el año 2006, la Organización mundial de la salud (OMS) establece el estudio de la salud de la mujer en el período perinatal como vía preferente de investigación. De este modo, se abre el enfoque al modo en que el estrés materno prenatal se relaciona con el desarrollo y gravedad de diferentes trastornos en el hijo. En la actualidad, los estudios de investigación indican que las madres expuestas a estrés durante el embarazo presentan un mayor riesgo de trastornos específicos, como el asma, las malformaciones congénitas y algunas enfermedades mentales y del comportamiento como Autismo y el TDAH.

El estudio del estrés materno y de los trastornos asociados en la descendencia plantea algunas dificultades. La primera está relacionada con la definición de lo que se considera estrés materno (los acontecimientos vitales leves o catastróficos, como pueden ser el trauma, las pérdidas de familiares de primer grado, el estrés laboral, o bien acontecimientos como el nacimiento del primer hijo; las medidas de estrés subjetivo; y los niveles de cortisol materno). Una segunda dificultad, que surge en el estudio del estrés materno tiene que ver con las hipótesis explicativas sobre el mecanismo por el cual actúa el estrés sobre el feto. Hay tres hipótesis que intentan explicar este mecanismo: por un lado está la hipótesis de una mayor toxicidad fetal debido a la exposición fetal a las hormonas del estrés, como el cortisol materno; una segunda hipótesis plantea una mayor exposición del feto a infecciones, debido a una alteración del sistema inmunitario materno (a través de una alteración del eje hipotálamo-pituitaria-adrenal HPA materno); y una tercera hipótesis plantea la posibilidad de una reprogramación del sistema fetal de regulación del sistema de estrés e inmunitario. Esta última hipótesis aborda los fenómenos de pleiotropismo, en los que el estrés causaría una alteración del eje HPA fetal, lo que a su vez podría derivar en patología psiquiátrica o patología del sistema inmune. Por último, una tercera dificultad está relacionada con los períodos críticos del desarrollo fetal. Los autores se cuestionan si respecto al riesgo para cada patología, existen diferentes períodos (¿Esquizofrenia y primer trimestre?, ¿Autismo y primer trimestre?, ¿TDAH y los seis primeros meses de vida?). Cuando el período crítico supera el tiempo del embarazo se denomina estrés posnatal. Entre los mecanismos que actúan en el estrés posnatal, se debaten temas como deprivación materna, el estrés materno, la inconsistencia del cuidado y los cambios de cuidador.

El principal **objetivo** de este grupo de investigación es estudiar los efectos del estrés psicosocial materno pre y perinatal en el riesgo de desarrollo del TDAH. Esta línea de investigación estudia la interrelación entre tres factores: el TDAH, el estrés prenatal y ser primer hijo. El estrés prenatal no está reconocido como un factor etiológico en el TDAH, excepto en casos de deprivación materna grave (como institucionalización deprimente los seis primeros meses de vida). En general, se considera que el primer embarazo es más estresante que los sucesivos debido al cambio de rol (pareja, laboral, familiar), al aumento de exigencia y dedicación familiar, la toma de decisiones vitales (proyecto laboral futuro, pérdida de autonomía). Una de las **hipótesis** de esta investigación es que los hijos primogénitos tienen un mayor riesgo a desarrollar el TDAH; la confirmación de esta hipótesis sería relevante en relación a los siguientes puntos:

1. Apoyar la teoría de que el estrés materno aumenta el riesgo de TDAH.
2. Si los primogénitos tienen más estrés encontraremos mayor frecuencia en primogénitos de las enfermedades ligadas a estrés materno.
3. En poblaciones con baja natalidad habrá un incremento de incidencia de estas patologías.

Se presenta el trabajo desarrollado por este grupo “Comparación de la prevalencia de primogénitos en una muestra ambulatoria de pacientes con TDAH y la prevalencia de primogénitos en sus hermanos sanos”, publicado en el *Journal of Attention Disorders*, July 23 (2012). Masana Martín, A., López Seco, F., Martí Serrano, S., Acosta García, S., Gaviria Gómez, A., Ney I. (2012). *Do Firstborn Children Have an Increased Risk of ADHD?* La hipótesis de trabajo se basa en que la prevalencia de primogénitos, respecto a otros órdenes de nacimiento, en los pacientes en tratamiento por TDAH es mayor que la prevalencia de primogénitos entre sus hermanos sanos, controlando las edades materna y paterna en el momento del nacimiento. Se trata de un estudio descriptivo analítico de casos y controles, que evalúa inicialmente 745 familias de las que finalmente se incluyen 213 casos y 178 controles. Entre los **resultados** se encuentra

que existe un mayor porcentaje de primogénitos con TDAH respecto a sus hermanos sanos, y que el incremento de riesgo de padecer TDAH siendo primogénito es del 0,9 respecto a no primogénito, y del 0,78 respecto a segundo hijo (Tabla I).

Tabla I
Regresión logística ajustado por sexo

	OR ^a	IC ^b	P	R ^c
Primogénito <i>versus</i> otro n° de orden	1,90	1,24-2,91	0,003	0,140
Primogénito <i>versus</i> segundo	1,78	1,14-2,77	0,01	0,031
Primogénito <i>versus</i> tercero	3,31	1,32-8,29	0,01	0,138

^aOdds ratio; ^bIntervalo de Confianza de 95; ^cR Cuadrado de Nagelkerke

La **conclusión** de los autores es que, según sus resultados en una muestra de carácter clínico, existe un mayor riesgo de padecer TDAH en hijos primogénitos, lo que sugiere la necesidad de nuevos estudios sobre TDAH y orden de nacimiento, que hasta la fecha son insuficientes. Por otro lado, concluyen que sus resultados son compatibles con la hipótesis del estrés como facilitador del trastorno, y de que en poblaciones de baja natalidad esto sugeriría un incremento de la incidencia del TDAH.

Como **reflexiones finales**, los autores destacan algunos puntos relevantes para el debate. Por un lado destacan que el estrés durante el embarazo sigue siendo un factor poco explorado. Los primeros embarazos serían objeto diana de prevención en todas aquellas patologías en que se objetivara un incremento de riesgo en primogénitos. Finalmente, en sociedades desarrolladas cada vez es más coincidente el primer y único embarazo, lo que podría explicar en parte las “nuevas epidemias”.

Bibliografía

1. Masana Martín, A, López Seco, F, Martí Serrano, S, Acosta García, S, Gaviria Gómez, A, Ney I. (2012). Do Firstborn Children Have an Increased Risk of ADHD?. Journal of Attention Disorders, July 23.

IX. Implicación de los abusos en la infancia en la patología tiroidea y depresiva en el posparto. Importancia de su detección en el período perinatal

Involvement of childhood abuse in thyroid and depressive pathology in postpartum. Importance of its detection in the perinatal period

A. Plaza

Servei de Psiquiatria, Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic Universitari, Barcelona.

Palabras clave: Patología tiroidea. Depresión posparto. Abuso infantil.

Key words: Thyroid disease. Postpartum depression. Childhood abuse.

En el período perinatal los abusos en la infancia se han asociado a alteraciones físicas y psíquicas, tanto en la madre como en el hijo. Muchos estudios han valorado las alteraciones que producen estas agresiones

en el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA), y pocos han valorado las alteraciones que producen en el eje hipotalámico-hipofisario-tiroideo (HHT). Los abusos sexuales en la infancia se han relacionado con alteraciones de las hormonas tiroideas en mujeres con trastorno disfórico premenstrual y por estrés post-traumático. Diversos estudios han examinado la relación entre los abusos y la depresión en el período perinatal. Aunque algunos de ellos han sido concluyentes respecto a su relación con la depresión antenatal, pocos lo han sido respecto a la depresión posparto.

Para el estudio de la implicación de los abusos en la infancia en la patología del tiroides y depresiva en el posparto se realizaron dos estudios en los que se valoró, en dicho período, la presencia de abusos a través de la versión española validada *del Early Trauma Inventory- Self Report* (ETI-SR; Bremner y cols., 2007; Plaza y cols., 2011). Para la primera investigación se utilizó una muestra de 103 mujeres con depresión posparto (DSM IV-TR) (Plaza y cols., 2010), y para el segundo una muestra de 236 mujeres sanas en el posparto inmediato (Plaza y cols., 2012). Los resultados del primer estudio mostraron que la historia de abuso sexual en la infancia incrementa en cinco veces el riesgo a sufrir disfunción del tiroides, y en más de dos el riesgo a sufrir anticuerpos antitiroideos positivos en las mujeres con depresión posparto. Los resultados del segundo estudio mostraron que la historia de abuso físico en la infancia incrementa en casi cuatro veces el riesgo a sufrir disfunción del tiroides, y en más de cinco el riesgo a presentar sintomatología depresiva en las mujeres sanas, en el posparto inmediato.

Para conocer el porcentaje de mujeres en riesgo para presentar dichas patologías, se examinó, en un tercer estudio, la prevalencia de la presencia de abusos en la infancia en 237 mujeres sanas, en el posparto inmediato. Se estudió, también, si la presencia de otras adversidades en la infancia relacionadas con el funcionamiento desadaptativo familiar y las pérdidas infantiles, fácilmente detectables a través de la historia clínica perinatal, podían ser utilizadas como indicadores de la presencia de abusos en la infancia. Los resultados mostraron que un tercio de la muestra informó haberlos sufrido. Un 13,1 % abuso físico, un 13,5 % abuso emocional y un 15,6 % abuso sexual. El abuso parental de sustancias en la infancia resultó ser indicativo de la presencia tanto de abusos físicos como de abusos sexuales en la infancia. La presencia de enfermedad mental familiar en la infancia fue indicativo de riesgo para la presencia tanto de abusos sexuales como emocionales en la infancia; y la muerte de alguno de los padres o cuidadores principales en la infancia, resultó ser factor de riesgo para haber sufrido abuso emocional en la infancia.

El riesgo de sufrir patología tiroidea y depresiva en el posparto, además de otras alteraciones físicas y mentales, conjuntamente con la alta prevalencia de abusos en la infancia encontrada, indica que la evaluación de las adversidades en la infancia en el período perinatal puede tener beneficios clínicos. Su identificación, con una apropiada intervención, podría reducir el riesgo de problemas físicos y mentales de las madres, mitigando así también los efectos en sus hijos. Así mismo, podría ayudar a reducir el riesgo de la continuidad intergeneracional del abuso en la infancia.

Dado que las adversidades en la infancia relacionadas con el funcionamiento desadaptativo familiar y la pérdida parental son indicadores de riesgo para los abusos en la infancia, recomendamos incluir su exploración en la historia clínica perinatal. El subgrupo de mujeres que presenten dichos indicadores de alarma serían candidatas a la evaluación de los abusos en la infancia, con instrumentos específicos para su detección, evitándose así, la difícil interrogación, en una primera entrevista, sobre los abusos en la infancia. Sería también recomendable incluir una evaluación de la función tiroidea y de la presencia de anticuerpos antitiroideos durante este período, en las mujeres expuestas a abusos en la infancia, además del *screening*, ya propuesto de forma universal, para la evaluación de la presencia de sintomatología depresiva en el posparto.

Bibliografía

1. **Bremner JD, Bolus R y Mayer EA.:** (2007). Psychometric Properties of the Early Trauma Inventory- Self Report. *J Nerv Ment Dis*, 195 (3): 211-218.
2. **Plaza A, Torres A, Martín-Santos R, Gelabert E, Imaz ML, Navarro P, Bremner JD, Valdés M y García-Esteve L.:** (2011). Validation and Test-Retest Reliability of Early Trauma Inventory in Spanish Postpartum Women. *J Nerv Ment Dis*, 199 (4): 280-285.

3. Plaza A, García-Esteve L, Ascaso C, Navarro P, Gelabert E, Halperin I, Valdés M y Martín-Santos R.: (2010). Childhood sexual abuse and hypothalamus-pituitary-thyroid axis in postpartum major depression. *J Affect Disord*, 122: 159–163.
4. Plaza A, García-Esteve L, Torres A, Ascaso C, Gelabert E, Imaz ML, Navarro P, Valdés M y Martín R.: (2012). Childhood physical abuse as a common risk factor for depression and thyroid dysfunction in the earlier postpartum. *Psychiatry Research*, 200: 329-335.

X. Eje hipotalámico-hipofisario-adrenal y fobias de impulsión durante el postparto

Hypothalamic-pituitary-adrenal axis and thoughts of harming one's infant during postpartum

Javier Labad

Grup de Recerca en Psiconeuroendocrinologia i Estrès. Hospital Psiquiàtric
Universitari Institut Pere Mata, Reus

Palabras clave: Fobia de impulsión. Corticotropina. Postparto. Eje hipotalámico-hipofisario-adrenal.

Key words: Thoughts of harming infant. ACTH. Postpartum period. HPA axis.

La psicopatología perinatal ha sido objeto de estudio de forma sistemática arrojando luz a datos sobre prevalencia, entre otros muchos, documentándose una importante relación entre malestar psicológico y la etapa del embarazo y el puerperio en un gran número de mujeres. Así, se sabe que las mujeres pueden sufrir trastornos afectivos (*maternity blues* hasta un 50 %, depresión postparto (DPP) en un 10 %), psicosis puerperal (0,1-0,2 %), trastornos de ansiedad (3-4 % de TOC, con fobias de impulsión entre un 20 y 40 %), así como trastornos del vínculo.

Las **fobias de impulsión** en la etapa del postparto, definidas como pensamientos intrusivos de hacer daño al recién nacido, muestran una *prevalencia* del 21-42 % y suelen ser pensamientos de tipo activo (agredir o ahogar al bebé) o pasivo (caída del bebé), es decir, psicopatológicamente similares a obsesiones agresivas; tienen una menor repercusión que cuando cursan con TOC y suelen ser transitorias.

La *etiología* de las fobias de impulsión en la etapa del postparto es desconocida: por una parte, se cree que intervienen factores de tipo psicopatológico (DPP, psicosis, estrés parental y bajo soporte social), sin embargo, la vulnerabilidad biológica no ha sido estudiada ni tampoco existen estudios del comportamiento del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA). Existen claros antecedentes de la implicación o funcionamiento del HHA en los modelos de estrés, así como en distintas patologías: ejemplo de ello es con el TOC, donde se han observado elevados niveles de CRH en LCR, niveles aumentados de cortisol y ACTH en plasma, así como un aumento a la respuesta al estrés en el TOC postparto. El eje HHA tiene un comportamiento singular, ya que la placenta secreta CRH, así como los glucocorticoides estimulan la secreción de CRH placentaria. Existe un estado de hipercorticismismo conforme avanza embarazo (niveles similares a Cushing leve al final de embarazo), suprimiendo la secreción de la CRH hipotalámica con el aumento de los niveles de cortisol.

En una reciente comunicación, Labad J *et al* (1) estudian los niveles de ACTH en 132 madres púerperas que sufren pensamientos de dañar al bebé, analizando también otros marcadores de riesgo como la DPP, la ansiedad estado o la percepción de soporte social; tras un análisis multivariante, observan que la ACTH se asocia significativamente a fobias de impulsión, ajustando la lactancia y el estado psicopatoló-

gico. Las primeras conclusiones llevan a pensar que las fobias de impulsión durante el postparto son relativamente frecuentes, y aparecen sin la presencia de haber sufrido acontecimientos vitales estresantes o depresión; una disfunción del eje HPA (niveles de ACTH elevados con cortisol normal) podría estar relacionada con la vulnerabilidad a presentar pensamientos intrusivos de hacer daño al recién nacido.

Bibliografía

1. Labad J, Vilella E, Reynolds RM, Sans T, Cavallé P, Valero J, Alonso P, Menchón JM, Labad A, Gutiérrez-Zotes A. (2011). Increased morning adrenocorticotrophin hormone (ACTH) levels in women with postpartum thoughts of harming the infant. *Psychoneuroendocrinology*. Jul; 36(6): 924-8.

XI. Prestación de servicios psiquiátricos perinatales en Suiza y Reino Unido

Provision of perinatal psychiatric services in Switzerland and the UK

R. Castro, K. Scroeder, C. Pinard, P. Blochhijer, H. Kunzli, A. Riecher y M. Kammerer

Faculty of Medicine. Imperial College London

Palabras clave: Servicio psiquiátrico perinatal. Unidad de atención perinatal materno-infantil.

Key words: Perinatal psychiatric service. Perinatal care unit MCH.

El período perinatal ha sido objeto de gran cantidad de estudios. Dada la elevada variabilidad de trastornos existentes en dicha etapa, resulta indispensable que un Servicio Mental Perinatal ofrezca un tratamiento adecuado que proporcione beneficios tanto para el desarrollo del bebé como para la mujer y su pareja; para este fin, es necesario incluir servicios de prevención a mujeres en situación de riesgo, así como una correcta detección y manejo de los trastornos mentales. A sabiendas de que la falta de un adecuado tratamiento puede incidir sobre el vínculo materno-filial o incrementar la morbilidad materna, resulta imprescindible conocer el estado actual de una prestación de servicios perinatales en distintos países, para poder modificarlos y optimizarlos.

Castro y cols. realizan un **estudio** basado en los servicios psiquiátricos perinatales en Suiza y Reino Unido. La obtención de los datos en Suiza se realizó a través de un estudio prospectivo europeo (2000-2007); también se recopilaron datos mediante las autoridades de salud de los 26 cantones y con la administración de pruebas específicas. En el Reino Unido se adquirió la información mediante informes y documentos oficiales del “Royal College of Psychiatry” y la guía NICE o Mind, por mencionar algunas de las fuentes, entre el 2000 y el 2012. Los autores hallan, entre otros resultados, que en Suiza, en el año 2000, ningún cantón tenía directrices en salud mental perinatal, ni ninguna unidad de atención mental materno-infantil; sin embargo, en 2007, tres cantones equiparon unidades de atención mental para madre-bebé. Por su parte, Reino Unido mostró que menos del 50 % de las autoridades nacionales de salud disponían de unidades de atención perinatal materno-infantiles. En 2012 siguen habiendo grandes áreas del país sin ningún tipo de asistencia de salud mental perinatal y los existentes se centran más en la atención terciaria.

En **conclusión**, pese a la existencia de ciertas mejoras, sigue habiendo una cierta desigualdad territorial en la oferta de servicios de salud perinatal y, en datos generales, son aún insuficientes en ambos países.

XII. El vínculo materno-filial en mujeres con episodio depresivo mayor en el posparto

Mother-infant bonding in women with a major depressive episode in postpartum

**Palacios B^{1,2}, Torres A¹, Imaz ML¹, Subirá S², Navarro P^{1,3}, Gelabert E²,
Roda E¹, González A¹, Martín-Santos R^{4,5,6}, García-Esteve LI^{1,5}.**

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

Palabras clave: Alteración del vínculo. PBQ. Depresión posparto.

Key words: Mother-infant bonding. PBQ. Postpartum depression.

Introducción

El desarrollo de la relación entre madre e hijo/a es el proceso psicológico más significativo que se produce después del nacimiento (Brockington, 2004). El vínculo afectivo juega un papel crucial en el desarrollo del cerebro social, favoreciendo la exploración, la regulación de las emociones y la sociabilidad. Las alteraciones en el vínculo entre madre e hijo, durante el primer año de vida, se han asociado a efectos negativos en el desarrollo del niño/a; así mismo, el estado anímico de la madre en el posparto puede influir en el desarrollo del vínculo materno-filial.

No existen estimaciones de la prevalencia de trastornos del vínculo en la población general. Brockington (1996) estima una prevalencia de entre el 10 % y el 25 % de alteración en el vínculo en pacientes atendidas en servicios de Psiquiatria Perinatal.

Objetivo

Se propuso estudiar el vínculo materno en madres diagnosticadas con un episodio depresivo mayor en el posparto.

Método

La muestra se compuso de 72 mujeres diagnosticadas con un episodio depresivo mayor en el posparto [DPP] (DSM-IV; SCID, First *et al.*, 1997) que fueron atendidas en el Programa de Psiquiatria Perinatal Barcelona-CLINIC, y a quienes se les aplicó el Cuestionario de Vínculo en el Posparto [PBQ] (Brockington *et al.*, 2001). Este cuestionario consta de 25 ítems y 4 escalas: vínculo alterado (F1); rechazo y rabia (F2); ansiedad en el cuidado del bebé (F3); y riesgo de abuso (F4). Se aplicó también la Escala de Edimburgo para la Depresión Postparto (EDPS, Cox *et al.*, 1987) y el STAI-E (Spielberger, 1982) y se recogieron datos sociodemográficos. Se analizaron los resultados con pruebas estadísticas de ANOVA, correlación lineal y regresión lineal.

Resultados

El 30 % (N=22) de mujeres con DPP del estudio mostró riesgo de una alteración del vínculo materno-filial, de acuerdo a las puntuaciones del PBQ y los criterios de sus autores. No existieron diferencias significativas en las variables sociodemográficas entre las madres con alteración del vínculo y aquellas sin alteración. Se identificó una correlación positiva entre la *sintomatología depresiva y la alteración del vínculo madre-hijo*, mostrando que el incremento de 1 punto en el puntaje del EDPS, aumenta 1.35 puntos (IC 95 % .621 a 2.8, $p < .0005$) el puntaje total del PBQ, mostrando que a mayor puntaje, mayor riesgo de alteración del vínculo. El grupo de madres con alteración del vínculo reportó mayores puntuaciones en todas las escalas del PBQ ($p < .001$), excepto la que evalúa *Riesgo de Abuso* ($p = .438$); la mayor diferencia entre ambos grupos de madres se encontró en el Factor de *Rechazo y Rabia* hacia el bebé (4.5:1, $p < .001$).

Conclusiones

Un 30 % de las madres con DPP presentan alteración del vínculo. Se confirma en la muestra estudiada una relación entre la intensidad de la sintomatología depresiva y el riesgo de mostrar una alteración del vínculo materno-filial. Las madres con vínculo alterado mostraron altos puntajes en los componentes del factor rechazo y rabia hacia el bebé.

Bibliografía

1. **Brockington IF, Oates J, George S, Turner D, Vostanis P, Sullivan M, Loh C y Murdoch C.** (2001). Ascreening questionnaire for mother–infant bonding disorders. *Arch Womens Ment Health*, 3: 133-140.
2. **Brockington, I.** (1996) *Motherhood and Mental Health*. Oxford, Oxford University Press, pp 327–366.
3. **Brockington, IF.** (2011). Maternal rejection of the young child: Present status of the clinical syndrome. *Psychopathology*, 44(5): 329-336.
4. **Cox, JL, Holden, JMy Sagovsky, R.** (1987) Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150: 782-786. doi: 10.1192/bjp.150.6.782
5. **First, MB, Spitzer, RL, Gibbon M y Williams, JBW.** (1996) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, D.C., American Psychiatric Press, Inc.
6. **First, MB, Spitzer, RL, Gibbon M y Williams, JBW.** (1996) *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, D.C., American Psychiatric Press, Inc.
7. **Spielberger, CD, Gorsuch, RL y Lushene, R.** (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid, España: TEA Ediciones.

Sección a cargo de J. Monreal, L. Ros y G. Mestre

Las cartas al Editor serán consideradas para publicación si van acompañadas de una carta de presentación, indicando que son "para su publicación". Su objetivo debe ser comentar los artículos publicados en *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*. Límite de palabras = 500. Límite de referencias = 10. Las cartas deberán recibirse en un plazo de 6 meses desde la publicación del artículo. Aquellas que se reciban después del plazo límite no serán consideradas para su publicación. Las cartas consideradas serán enviadas al autor principal del artículo para que las responda en nombre del grupo, que tendrá la última palabra en el asunto. No se considerarán las cartas adicionales que discutan algún cambio publicado en las Cartas al Editor de la revista. Las cartas deberán incluir el título y el autor del artículo y el mes y año de publicación.

LETTERS TO THE EDITOR

Letters to the Editor will be considered for publication if they are accompanied by a cover letter stating that they are "for publication". Their purpose should be to comment on articles published in *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*. Word limit = 500. Reference limit = 10. Letters must be received within 6 months of the article's publication. Letters received after the deadline will not be considered for publication; those considered will be sent to the article's corresponding author to reply on behalf of the group, which will represent the final say on the matter. No additional letters discussing an exchange published in the Journal's Letters to the Editor will be considered. Such letters must include the title and author of the article and the month and year of publication.

Sección a cargo de: Miquel Agulló¹ y Marcos Catalán²

¹Psicólogo. Coordinador Consejo de Redacción

²Documentalista. Consejo de Redacción

1. DIRECTOR Y GRUPO DE INVESTIGADORES

Investigador Principal: Manuel Mateos Agut. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Burgos. Sacyl.

Investigadores Asociados del Grupo:

J. J. De la Gándara Martín - Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Burgos - Universidad de Burgos
Isabel García Alonso - Universidad de Burgos
María Isabel Vegas Miguel - Licenciada en Psicología
Carlota Sebastián Vega - Licenciada en Psicología
Beatriz Sanz Cid - Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Burgos
Ana Martínez Villares - Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Burgos
Esther Martín Martínez - Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitario de Burgos

2. TEMA/TEMAS DE ESTUDIO

- Personalidad y Salud Mental
- Familia y Salud Mental

3. CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA

La importancia de la personalidad en la aparición y mantenimiento de la psicopatología ha sido continuamente señalada. La influencia del temperamento como terreno sobre el que se desarrolla el aprendizaje psico-social, y como este modula las tendencias innatas para poder establecer estrategias terapéuticas, ha sido el interés que ha reunido a este grupo de profesionales.

Por otra parte, el estilo de vida moderno que se caracteriza por el culto al individualismo, el debilitamiento de las referencias tradicionales y la presencia de múltiples realidades y sus significados que se presentan simultáneamente en mismo espacio social, han modificado la estructura de las familias. Esta estructura social impregna a las familias y la forma de enfermar de sus miembros. Nuestro grupo busca desentrañar de qué manera estos cambios influyen en la psicopatología y busca encontrar nuevas estrategias para su tratamiento.

4. PUBLICACIONES MÁS RELEVANTES

a) Personalidad y Psicopatología

1. Mateos Agut, Manuel; de la Gándara Martín, J.J.: Temperamento, Carácter, Personalidad. El modelo biopsicosocial de R.C. Cloninger y el Inventario del temperamento y el carácter (TCI). Ed SCM. Madrid 2001
2. Mateos Agut, Manuel; de la Gándara Martín; J.J.; Bayón, Carmen: Aplicación informática para el Tratamiento de Datos, Corrección de Test y Emisión de Informes del Inventario del Temperamento y el Carácter (TCI). Ed SCM. Madrid 2001.

3. Mateos, M, Ruíz, J. M., Sanz, B. Mateos, J. y de la Gándara, J.J.: Introducción al modelo de Cloninger del temperamento y carácter. Adicciones, Nº 15(1), 57-60. 2003.
4. Barrón, E., Mateos, M y Martínez, I.: Temperamento y carácter en adictos a heroína y opiáceos. Adicciones, Nº 16(4), 287-295. 2004.
5. Mateos Agut J., Mateos Agut; M.: Rasgos diferenciales del Temperamento y el Carácter en un grupo de Alcohólicos vs Población General. Adicciones, Nº 17(4), 325-337. 2005.
6. Mateos Agut, M; Mateos Agut, J.; Sanz Cid, B.; De la Gándara Martín, J.J.: Personalidad de la Mujer Alcohólica: necesidades especiales de tratamiento. En Contextos en torno al Consumo de Alcohol. Coord. Blanco García: A.M.; Mateos Agut, J. Pag. 54-66. Edita Ayuntamiento de Burgos. 2005

b) Línea Familia y Salud Mental:

1. Mateos Agut, M., de la Gándara, J.J.: Psicoterapia de los trastornos de la conducta alimentaria. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, Nº 67-68, 34-45. Julio-Diciembre de 2003.
2. Manuel Mateos Agut: La Familia y los Trastornos de la Conducta Alimentaria. Estructura Familiar y Riesgo. Tesis Doctoral dirigida por Isabel García Alonso y Jesús J. de la Gándara Martín. Febrero de 2013. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad de Burgos.

5. BREVE HISTORIA

El grupo empieza a trabajar en 2001 en torno a la actividad del Dr. Jesús de la Gándara, que colabora activamente hasta la actualidad, centrándose en la relación entre psicopatología y personalidad, especialmente en el campo de los Trastornos de la Conducta Alimentaria, las Drogodependencias y su aplicación a la psicoterapia. Posteriormente ha ido ampliando su interés hacia la familia como generadora o sostenedora de la patología o como instrumento terapéutico.

6. CUÁL ES EL PUNTO ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

Una vez establecidas las diferencias en la estructura familiar entre un grupo de familias con sujetos con trastornos de la conducta alimentaria y otro sin patología, queremos extender nuestro trabajo hacia otros trastornos y conductas como la Esquizofrenia y el maltrato para observar las diferentes estructuraciones y determinar nuevas formas de abordaje.

7. RELACIONES CON OTROS GRUPOS DE INVESTIGACIÓN, DENTRO Y FUERA DE NUESTRO PAÍS

Tenemos contacto con:

- El departamento de Personalidad de la Facultad de Humanidades de la Universidad de Burgos.
- Fundación Gizakia

8. CORRESPONDENCIA Y WEB

Manuel Mateos Agut. Hospital de Día. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario de Burgos.
Avda. Islas Baleares S/N (Hospital Divino Valles. 09006 Burgos.
manuelmateosa@sacyl.es

Recibido:18-07-13

Propuesta gui3n de formulario.

Grupo de Investigaci3n: Psicolog3a de la salud (Universitat de Girona)

1. DIRECTOR Y GRUPO DE INVESTIGADORES

Directoras

Dra. Planes Pedra, Montserrat (T.U.)
Dra. Gras P3rez, M. Eug3nia (T.U.)

Investigadores

Dra. Font-Mayolas, S3lvia (Profesora Agregada)
Dra. Aymerich Andreu, Maria (Profesora Agregada)
Dra. Cunill Oliva, M3nica (Profesora Lectora)
Dra. Pati3o Mas3, Josefina (T.E.U.)
Dra. Cebri3n Fern3ndez, Nat3lia (Profesora Asociada)
Dra. Su3ier Soler, Rosa (Profesora Asociada)
Dr. Grau Mart3n, Armand (Profesor Asociado)
Sr. Prat Gen3s, Francesc (Becario Pre-doctoral)
Sra. G3mez Lima, Ana Bel3n (Profesora Asociada)

2. TEMA/TEMAS DE ESTUDIO

- Comportamientos sexuales de riesgo y de prevenci3n frente al sida, otras ITS y embarazos no deseados
- Comportamientos de riesgo y de prevenci3n de los usuarios de veh3culos y los viandantes
- Adicci3n a sustancias
- Estr3s, dolor y calidad de vida
- Calidad de vida durante el envejecimiento
- Procesos de p3rdida y duelo

3. CONTEXTUALIZACI3N TE3RICA

Modelo biopsicosocial aplicado a la prevenci3n de la enfermedad y a la promoci3n de la salud.

4. PUBLICACIONES M3S RELEVANTES (CINCO 3LTIMOS A3OS : 2009-2013) DE UN TOTAL DE 55

- *Comportamientos sexuales de riesgo y de prevenci3n frente al sida, otras ITS y embarazos no deseados*

Planes, M., G3mez, A.B., Gras, M.E., Sullman, M.J.M., Font-Mayolas, S., Cunill, M., y Aymerich, M. (2009). What is abstinence? Definitions and examples of abstinence to prevent the sexual transmission of the HIV virus, according to Spanish university students. *Behaviour Change*, 26 (3), 168-173.
Planes, M., Gras, M.E., Cunill, M., Chagane, H.C., Sullman, M. y G3mez, A.B. (2012). Perceived acceptance of condom use by partners, close friends and parents in Spanish and Mozambican heterosexual adolescents. *Journal of Transcultural Nursing*, 23 (1), 22-28.
Planes, M., Prat, F.X, G3mez, A.B., Gras, M.E. y Font-Mayolas, S. (2012). Ventajas e inconvenientes

nientes del uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual. *Anales de Psicología*, 28 (1), 161-170.

Prat, F., Planes, M., Gras, M.E. y Sullman M.J.M. (2012). Stages of change and decisional balance for condom use with a heterosexual romantic partner. *Journal of Health Psychology*, 17(8), 1193-1202.

• **Comportamientos de riesgo y de prevención de los usuarios de vehículos y los viandantes**

Fuentes, C., Gras, M.E., Font-Mayolas, S., Bertran, C., Ballester, D. y Juvinyà, D. (2009). Uso del casco en adolescentes usuarios de ciclomotores en la ciudad de Gerona. *Revista Española de Salud Pública*, 83 (6), 877-889.

Fuentes, C., Gras, M.E., Font-Mayolas, S., Bertrán, C., Sullman, M.J.M y Ballester, D. (2010). Expectations of efficacy, social influence and age as predictoras of helmet use in a sample of Spanish adolescents. *Transportation Research Part F*, 13, 289-296.

Gras, M.E., Font-Mayolas, S., Sullman, M.J.M., Cunill, M. y Planes, M. (2010). Perceptions of the Spanish Penalty Point Law. In L. Dorn (Ed.) *Driver behaviour and Training. Volume IV. Human factors in road and rail transport* (pp. 139-145). Farnham (UK): Ashgate.

Sullman, M.J.M., Gras, M.E., Font-Mayolas, S., Planes, M., Cunill, M. y Masferrer, L. (2011). The pedestrian behaviour of Spanish adolescents. *Journal of Adolescence*, 34, 531-539.

Gras, M.E., Planes, M., Font-Mayolas, S., Sullman, M.J.M., Jiménez, M. y Prat, F. (2012). Driving distractions in Spain. In L. Dorn (Ed.) *Driver behaviour and Training. Volume V. Human factors in road and rail transport* (pp. 299-305). Farnham (UK): Ashgate.

Prat, F., Gras, M.E., Planes, M., Font-Mayolas, S., i Sullman, M.J.M. (in press). The relationship between seat belt use and driving distracted. pp. por determinar. In L. Dorn (Ed.) *Driver behaviour and Training. Volume VI. Human factors in road and rail transport*. Farnham (UK): Ashgate.

• **Adicción a sustancias**

Salamó, A., Gras, M.E. y Font-Mayolas, S. (2010). Patrones de consumo de alcohol en la adolescencia. *Psicothema*, 22, 189-195.

Suñer-Soler, R., Grau, A., Gras, M.E., Font-Mayolas, S., Silva, Y., Dávalos, A., Cruz, V., Rodrigo, J. y Serena, J. (2012). Smoking Cessation 1 Year Poststroke and Damage to the Insular Cortex. *Stroke*, 43, 131-136.

Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Cebrián, N., Salamó, A., Planes, M. i Sullman, M.J.M. (2013). Types of polydrug use among Spanish adolescents. *Addictive Behavior*, 38 (3), 1605-1609.

Patiño, J., Gras, M.E., Font-Mayolas, S. y Baltasar, A. (2013). Consumo de cocaína y policonsumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios. *Enfermería Clínica*, 23 (2), 62-67.

Font-Mayolas, S., Gras, M.E. y Planes, M. (2013). El proceso de valoración de programas en drogodependencias. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 35 (1), 183-199.

• **Estrés, dolor y calidad de vida**

Suñer-Soler, R., Grau-Martín, A., Font-Mayolas, S., Gras, M.E., Bertran, C. i Sullman, M.J.M. (2012). Burnout and quality of life among Spanish healthcare personnel. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20, 305-313.

• **Calidad de vida durante el envejecimiento**

Aymerich, M., Planes, M. y Gras, M.E. (2010). Análisis retrospectivo de la adaptación a la jubilación. Niveles de satisfacción percibida y duración del proceso de ajuste. *Anales de Psicología*, 26(1), 80-88.

5. BREVE HISTORIA

El grupo inicia su trayectoria en 1994 con tan sólo dos componentes doctoras. En años sucesivos se incorporan becarios pre-doctorales que, posteriormente, consolidan su permanencia en la UdG mediante contratos con dedicación exclusiva (lector/ agregado) o a tiempo parcial (asociados). En los últimos años se incorporan al grupo profesores TEU y asociados que han realizado la tesis bajo la dirección de alguna de las doctoras del grupo.

El grupo forma parte del Institut de Recerca sobre Qualitat de Vida (IRQV) de la UdG y del Institut d'Investigació Biomèdica de Girona (IdIBiGi).

Para una información más detallada ver:

Planes, M. y Gras, M.E. (2011). *Recerca en psicologia de la salut*. Girona: Documenta Universitaria.

6. HITOS MÁS IMPORTANTES QUE HAN INFLUIDO EN LA TRAYECTORIA

En años sucesivos el grupo ha obtenido 10 ayudas competitivas de la UdG y una ayuda del programa nacional de investigación 2007-2009 del Ministerio de Ciencia e Innovación.

En 2009 recibe el reconocimiento de Grup de Recerca Consolidat per la Generalitat de Catalunya en la convocatoria 2009-2013. Núm. de expediente: 2009 SGR 618.

Desde 2006 ha suscrito 16 contratos de transferencia con ayuntamientos de la provincia de Gerona, Diputación de Barcelona, Real Automóvil Club de Catalunya y Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

7. CUÁL ES EL PUNTO ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

✓ Momento actual:

Buen rendimiento en defensa de tesis y publicaciones.

Todos los componentes del grupo tienen un tramo de investigación vivo y/o una acreditación del mismo nivel.

✓ Perspectivas de futuro:

Orientación hacia la publicación en revistas con FI de forma prioritaria y a la realización de tesis con mención internacional, a fin de mantener el reconocimiento y las acreditaciones obtenidas.

8. QUÉ TRABAJOS ESTÁN EN MARCHA EN ESTOS MOMENTOS

Las investigaciones actuales principalmente se dirigen al estudio de:

1. las distracciones de los conductores
2. los factores de inicio y de mantenimiento implicados en el policonsumo de drogas en niños, adolescentes y jóvenes adultos
3. el empleo de coacciones para mantener relaciones sexuales no deseadas y sus implicaciones en la prevención del VIH, otras ITS y embarazos no deseados,
4. el papel de la asertividad y de las habilidades de comunicación en la negociación del uso de preservativo en parejas jóvenes.

9. ENTRE LOS TRABAJOS REALIZADOS, SE INCLUYE LA VALIDACIÓN DE PRUEBAS (TESTS, ESCALAS DE VALORACIÓN, ETC)

1. Validación del cuestionario DAS (Driver Anger Scale) en población española [Sullman, M., Gras, M.E., Cunill, M., Planes, M. y Font-Mayolas, S. (2007). Driving anger in Spain. *Personality and Individual Differences*, 42 (4), 701 - 713.

2. Validación del cuestionario DBQ (Manchester Driver Behaviour Questionnaire) en población española [Gras, M.E., Sullman, M., Cunill, M., Planes, M. y Aymerich, M. (2006). *Spanish drivers and their aberrant driving behaviours. Transportation Research. Part F*, 9, 129-137].
3. Validación del cuestionario ARBQ (Adolescent Road User Behaviour Questionnaire) en población española [Sullman, M.J.M., Gras, M.E., Font-Mayolas, S., Planes, M., Cunill, M. y Masferrer, L. (2011). The pedestrian behaviour of Spanish adolescents. *Journal of Adolescence*, 34, 531-539].
4. Creación y estudio de la validez interna y capacidad predictiva de la escala de pros y contras del uso del preservativo con una pareja afectiva [Planes, M., Prat, F.X, Gómez, A.B., Gras, M.E. y Font-Mayolas, S. (2012). Ventajas e inconvenientes del uso del preservativo con una pareja afectiva heterosexual. *Anales de Psicología*, 28 (1), 161-170; Prat, F., Planes, M., Gras, M.E. y Sullman M.J.M. (2012). Stages of change and decisional balance for condom use with a heterosexual romantic partner. *Journal of Health Psychology*, 17(8), 1193-1202].
5. Elaboración del Manual de evaluación de programas preventivos del consumo de drogas [Font-Mayolas, S., Gras, M.E. y Planes, M. (2008). *Programes preventius de les drogodependències. Guia d'avaluació*. Barcelona: Diputació de Barcelona].
6. Elaboración de un método observacional de las conductas de riesgo de los conductores [Gras, M.E., Planes, M., Font-Mayolas, S., Sullman, M.J.M., Jiménez, M. y Prat, F. (2012). Driving distractions in Spain. pp. 299-305. In L. Dorn (Ed.) *Driver behaviour and Training. Volume V. Human factors in road and rail transport*. Farnham (UK): Ashgate].
7. Elaboración de un Manual de Evaluación de espacios familiares de la pequeña infancia [Font-Mayolas, S., Planes, M. y Gras, M.E. (2010). *Els Espais Familiars de Petita Infància. Guia d'avaluació*. Barcelona: Diputació de Barcelona].
8. Revisión y recensión del cuestionario de personalidad PAI en español (Personality Assessment Inventory, Morey 2007; adaptación de Ortiz-Tallo et al., 2011) [Font-Mayolas, S. (2011). *Cuestionario de personalidad PAI*. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.). *Evaluación psicológica* (cd pp. 1-8). Madrid: Pirámide].) [Font-Mayolas, S. (2013). *Adaptación española del cuestionario de personalidad PAI*. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 35 (1), 225-231].

10. RELACIONES CON OTROS GRUPOS DE INVESTIGACIÓN, DENTRO Y FUERA DE NUESTRO PAÍS

- Colabora habitualmente con nuestro grupo de investigación el Dr. Mark Sullman de la Universidad de Cranfield (UK).
- También se han realizado investigaciones conjuntas con el equipo de M. Ángeles Luengo y Xosé Antón Gómez-Fraguela de la Universidad de Santiago de Compostela.

11. VINCULACIONES DE LO QUE ESTUDIAN CON SU DOCENCIA

Los diferentes miembros del grupo imparten docencia sobre las temáticas investigadas principalmente en asignaturas optativas de grado y de máster, ya sea en los estudios de psicología, enfermería o medicina. Anteriormente lo habían hecho también en los estudios de doctorado correspondientes.

12. RELACIÓN DE SU LÍNEA DE INVESTIGACIÓN CON LA PRÁCTICA CLÍNICA

Fundamentalmente el grupo realiza transferencia del conocimiento generado por sus investigaciones a través de contratos con instituciones públicas y privadas para la implementación y/o evaluación de programas preventivos.

13. CORRESPONDENCIA Y WEB

Para mantener contacto dirigirse a Montserrat Planes o M. Eugènia Gras a las siguientes direcciones de correo:
montserrat.planes@udg.edu
eugenia.gras@udg.edu

Para mayor información sobre la actividad del grupo consultar:
<http://psicologia.udg.es/GRerca/GRHCS52/comunicacions.asp>

Artículo recibido el 1-7-2013

Sección a cargo de **L. Hinojosa Marqués y G. Mestre**
Psicólogas. Consejo de Redacción

En este apartado les ofrecemos los avances más inmediatos en Medicina Psicosomática. Los breves resúmenes hacen mención a determinados artículos científicos, recogidos de los últimos números publicados por las revistas más representativas dentro del campo de la Psicosomática “Journal of Psychosomatic Research” o “Psychosomatic Medicine”. También se ofrece una breve descripción de artículos del “Journal of Sexual Medicine”, revista oficial de la *International Society for Sexual Medicine* y de la *International Society for the Study of Women’s Sexual Health*.

PSYCHOSOMATIC MEDICINE



Eventos traumáticos y síndromes somáticos

Psychological Trauma and Functional Somatic Syndromes: A Systematic Review and Meta-Analysis

Niloofer Afari, PhD, Sandra M. Ahumada, BA, Lisa Johnson Wright, PhD, Sheeva Mostoufi, MS, Golnaz Golnari, MD, Veronica Reis, PhD and Jessica Gundy Cuneo, PhD

Psychosomatic Medicine January 2014 vol. 76 no. 1 2-11

El objetivo del presente meta-análisis fue examinar la asociación entre la presencia de traumas psi-

cológicos y el trastorno por estrés postraumático (TEPT) con síndromes somáticos funcionales incluyendo: fibromialgia, dolor crónico generalizado, síndrome de fatiga crónica, trastorno temporomandibular y síndrome de intestino irritable.

La búsqueda produjo 71 estudios controlados o con grupo de comparación, los cuales examinaban la asociación de síndromes somáticos con eventos traumáticos, como el abuso de carácter psicológico, emocional, sexual o físico sufrido durante la infancia o la edad adulta, la exposición a conflictos bélicos, o trastorno por estrés postraumático.

Los resultados reportaron que aquellos sujetos que informaron haber estado expuestos a un trauma fueron 2,7 (95 % intervalo de confianza = 2:27-03:10) veces más propensos a presentar un síndrome somático funcional. La magnitud de la asociación con el TEPT fue significativamente mayor que la asociación reportada para el abuso sexual o físico. La asociación de traumas psicológicos con el síndrome de fatiga crónica fue mayor que la asociación con el síndrome de intestino irritable o la fibromialgia.

Los hallazgos mostraron ser consistentes con la hipótesis de que los eventos traumáticos se asocian a una mayor prevalencia de síndromes somáticos funcionales. Por otro lado, los resultados del presente meta-análisis pusieron en evidencia las carencias metodológicas de la literatura existente, por ello, los autores instan a una mayor producción de estudios prospectivos, en los cuales se examinen las hipótesis de los mecanismos subyacentes a la relación entre el trauma, el TEPT y los síndromes somáticos funcionales.

Suicidio y Trastornos Somatomorfos

Suicidality in Primary Care Patients With Somatoform Disorders

Jan F. Wiborg, PhD, Dorothee Gieseler, Alexandra B. Fabisch, MD, Katharina Voigt, DiplPsych, Anne Lautenbach, MD and Bernd Löwe, MD

Psychosomatic Medicine November-December 2013 vol. 75 no. 9 800-806

En el siguiente estudio se trató de examinar las tasas de suicidio en pacientes de atención primaria con trastornos somatomorfos e identificar aquellos factores que podrían ayudar a entender y manejar la ideación suicida activa en estos pacientes.

Se realizó un estudio transversal en una muestra formada por 1645 pacientes de atención primaria. En total, 142 pacientes cumplieron los criterios de un trastorno somatomorfo.

Los resultados arrojaron que de los 142, el 23,9 % reportaba ideación suicida activa. Durante los últimos 6 meses; 17,6 % había intentado suicidarse en el pasado, la mayoría de los sujetos después de la aparición de los síntomas somatomorfos.

Posteriormente en el estudio se observó que los síntomas concomitantes de depresión y los intentos de suicidio previos se asociaban significativamente con la ideación suicida.

De acuerdo con los datos reportados, las tendencias suicidas suponen un problema sustancial en los pacientes de atención primaria con trastornos somatomorfos. La percepción disfuncional de enfermedad puede jugar un papel vital en la comprensión y el manejo de la ideación suicida activa en estos pacientes.

JOURNAL OF PSYCHOSOMATIC RESEARCH



Anorexia y Rendimiento Cognitivo

Adolescent Anorexia Nervosa: Cognitive performance after weight recovery

Estefanía Lozano-Serra, Susana Andrés-Perpiña, Luisa Lázaro-García, Josefina Castro-Fornieles

Journal of Psychosomatic Research, Volume 76, Issue 1, Pages 6-11, January 2014

Aunque no existe un consenso definitivo en la afectación de las funciones neuropsicológicas, algunos estudios llevados a cabo en muestras de adultos con Anorexia Nerviosa (AN), han hallado problemas en el funcionamiento de dominios cognitivos como las habilidades visoespaciales.

El objetivo de este estudio fue evaluar las funciones cognitivas en adolescentes con AN, antes y después de la recuperación de peso y explorar la relación entre el rendimiento cognitivo y la menstruación.

Veinticinco mujeres adolescentes con AN fueron evaluadas con una batería neuropsicológica, durante la etapa de infrapeso, de tratamiento, y durante la fase de recuperación del peso. Veintiséis mujeres sanas de la misma edad, también fueron evaluadas en ambos momentos.

Pacientes en infrapeso con AN mostraron un peor rendimiento cognitivo que los sujetos control en la memoria inmediata, la organización y el tiempo necesario para copiar la Figura Compleja de Rey (RLCE). Después de la recuperación de peso, los pacientes con AN presentan mejoras significativas en todas las pruebas, y las diferencias entre los pacientes y controles desaparecen. Los pacientes con AN y persistencia de la amenorrea durante el seguimiento ($n = 8$) procedieron peor en la ejecución de la prueba Diseño de Bloques, y en memoria diferida en el test de Reproducción Visual y Prueba de Stroop que los pacientes con la menstruación reanudada ($n = 14$) y el grupo control; aunque los dos grupos clínicos obtuvieron puntuaciones similares en el índice de masa corporal y en las puntuaciones de las escalas psicopatológicas.

Se derivaron las siguientes conclusiones: la recuperación de peso mejora el funcionamiento cognitivo en adolescentes con AN. La normalización de rendimiento neuropsicológico es mejor en los pacientes que han recuperado al menos un ciclo menstrual. La normalización de la función hormonal

parece ser esencial para la normalización de rendimiento cognitivo, incluso en adolescentes con un tiempo de recuperación muy corto

Trastornos del estado anímico relacionados con la Menstruación y reactividad al estrés **Menstrual mood disorders are associated with blunted sympathetic reactivity to stress**

Rebecca R. Klatzkin, Adomas Bunevicius, Catherine A. Forneris, Susan Girdler

Journal of Psychosomatic Research. Volume 76, Issue 1 , Pages 46-55, January 2014

Pocos estudios han comparado directamente a las mujeres con un Trastorno del Estado de Ánimo relacionado con la Menstruación (MRMD), con las mujeres que han sufrido depresión por presentar un fenotipo reactivo al estrés. No está claro si las respuestas asociadas al estrés en las mujeres con un MRMD reflejan un fenotipo único de MRMDs o pueden ser mejor explicadas por historia de depresión subyacente.

En la muestra seleccionada se evaluó la reactividad cardiovascular al estrés en cuatro grupos: 1) mujeres con un MRMD sin antecedentes de depresión (n = 37); 2) mujeres con un MRMD con historial de depresión (n = 26); 3) mujeres sin MRMD y sin un historial de depresión (n = 43); 4) mujeres sin MRMD pero con historial de depresión y (n = 20).

Las mujeres con una MRMD mostraron una menor reactividad cardiovascular (ritmo cardíaco y el índice cardíaco) en condiciones de estrés en comparación con las mujeres sin MRMD, independientemente del factor depresivo. La Hiporeactividad al estrés predijo una mayor gravedad de los síntomas premenstruales en toda la muestra. Las mujeres con MRMD mostraron menores niveles de norepinefrina y presión diastólica, en respuesta al estrés en comparación con las mujeres sin MRMD. Tanto las mujeres con MRMD como las mujeres con antecedentes de depresión, reportaron mayores respuestas subjetivas negativas al estrés.

Los hallazgos del presente estudio apoyan el supuesto de que un perfil de reactividad al estrés debilitado, representa un fenotipo único de MRMDs y también subrayan la importancia del efecto que tienen las historias psiquiátricas en la reactividad al estrés. Además, nuestros resultados enfatizan la importancia clínica de la hiporeactividad miocárdica al estrés, ya que predice de forma significativa la gravedad de los síntomas premenstruales.

Trastornos gastrointestinales y binge eating

Binge eating, body mass index, and gastrointestinal symptoms

Christine M. Peat, Lu Huang, Laura M. Thornton, Ann F. Von Holle Sara E. Trace, Paul Lichtenstein, Nancy L. Pedersen, D. Wayne Overby, Cynthia M. Bulik

Journal of Psychosomatic Research. Volume 75, Issue 5 , Pages 456-461, November 2013

Los síntomas de la enfermedad de reflujo gastroesofágico (GERD) y el síndrome del intestino irritable (SII) se reportan con frecuencia en individuos que cometen atracones. Por otro lado este tipo de trastornos también se han asociado con un mayor índice de masa corporal (IMC). Sin embargo, se desconoce si los atracones influyen en los trastornos: GERD y SII y cómo el IMC puede afectar a dichas asociaciones. Por lo tanto, en el siguiente estudio se examinó la posible asociación entre los atracones, la enfermedad de reflujo gastroesofágico (GERD), el síndrome del intestino irritable (SII) y el Índice de Masa Corporal (IMC)

La muestra objeto de estudio procedió del Swedish Twin study of Adults: Genes and Environment (STAGE). Se recogieron datos pertenecientes a comportamientos alimentarios alterados, índice de

masa corporal, trastornos gastrointestinales (GI) y enfermedades psiquiátricas y somáticas habitualmente comórbidas.

Los resultados reportaron mayores estimaciones significativas de prevalencia para la enfermedad de reflujo gastroesofágico (GERD) y el síndrome del intestino irritable (SII) entre las mujeres en comparación con los hombres (todos los valores de $p < 0,001$). Solo la asociación entre los atracones y la SII fue significativa tanto en hombres como mujeres, después de ajustar el IMC y las morbilidades psiquiátricas/somáticas.

Los atracones aparecen como un factor de consideración importante en la presencia de los síntomas del SII, tanto en hombres y mujeres, incluso cuando se considera el impacto del IMC y otras condiciones comúnmente comórbidas.

JOURNAL OF SEXUAL MEDICINE



SOP, Imagen Corporal y Comportamiento Sexual

Body Imaging and Sexual Behavior in Lean Women with Polycystic Ovary Syndrome

Elena Morotti MD, Nicola Persico MD, PhD², Bruno Battaglia MS¹, Raffaella Fabbri BD¹, Maria Cristina Meriggiola MD¹, Stefano Venturoli MD¹, Cesare Battaglia MD, PhD¹, *

The Journal of Sexual Medicine. Volume 10, Issue 11, pages 2752–2760, November 2013

En las mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), los cambios en la apariencia corporal pueden influir en la identidad femenina de las pacientes con una posible depresión consecuente o una disfunción sexual.

Los objetivos de este trabajo consisten en examinar las diferencias en el estado de ánimo, la percepción de la imagen corporal, el comportamiento sexual y la vascularización del clítoris entre las pacientes con SOP y los controles eumenorreicas saludables.

La muestra se compuso por 33 mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) (Grupo I) y 22 voluntarias sanas (Grupo II). Fueron sometidas entre el 3-5 día del ciclo, a pruebas ultrasonográficas (US) y análisis de Doppler, también se llevaron a cabo evaluaciones clínicas, hormonales y bioquímicas y se administraron pruebas psicométricas.

Las puntuaciones en el Índice de Ferriman-Gallwey (hirsutismo) y el nivel de andrógenos resultaron, tal y como se esperaba, más elevados en pacientes SOP que en los controles. Sin embargo, la evaluación del volumen del cuerpo del clítoris y las resistencias registradas al nivel de la arteria dorsal del clítoris, no mostraron ninguna diferencia entre los pacientes del Grupo II y el Grupo I. Por otro lado, las puntuaciones que reportaban datos sobre calidad de vida sexual (Two-factor Italian McCoy female questionnaire (MFSQ) o estado anímico (Beck Depression Inventory (BDI) fueron similares entre ambos grupos.

Se concluyó que los cambios en la apariencia corporal derivados del SOP (hirsutismo moderado e hiperandrogenismo), no tienen ninguna influencia importante en la imagen corporal y la autoestima, ni como consecuencia en función sexual.

Estudio ecográfico del orgasmo

Pilot Echographic Study of the Differences in Clitoral Involvement following Clitoral or Vaginal Sexual Stimulation

*Odile Buisson MD¹, Emmanuele A. Jannini MD², **

The Journal of Sexual Medicine. Volume 10, Issue 11, pages 2734–2740, November 2013

Las mujeres describen al menos dos tipos de orgasmos: clitoridiano y vaginal. Sin embargo, las diferencias, si las hay, son objeto de controversia. A fin de aclarar la anatomía funcional de este placer sexual, conseguido con mayor frecuencia a través de la estimulación del clítoris, se utilizó la ecografía con el objetivo de visualizar los movimientos del complejo clitorouretrovaginales (CUV) durante la estimulación externa, directa del clítoris y durante la estimulación vaginal.

Las ecografías se realizaron en tres voluntarios sanos con la General Electric Voluson® sistema de ecografía (GE Healthcare, Vélizy, Francia), utilizando una sonda plana de 12 MHz y una sonda vaginal. Se utilizó la ecografía funcional del clítoris estimulado, tanto durante la auto-estimulación manual del clítoris externo, como durante la penetración vaginal con un tampón húmedo.

Las exploraciones sagitales obtenidas durante la estimulación externa y penetración vaginal demostraron que la raíz del clítoris no tiene que ver con la estimulación del clítoris externo. Por el contrario, durante la estimulación vaginal, debido a los movimientos y desplazamientos, todo el complejo CUV y las raíces del clítoris están involucrados, mostrando diferencias funcionales dependiendo del tipo de estimulación.

A pesar de un supuesto común de que solo existe un tipo de orgasmo femenino, se puede inferir, sobre la base de estos resultados, que las diferentes percepciones reportadas a partir de estos dos tipos de estimulación pueden ser explicadas, porque están involucradas las diferentes partes del clítoris (externo e interno) y el complejo CUV.

L. Hinojosa

Terapia cognitivo-conductual grupal y menopausia

Cognitive-behavioral group treatment for menopausal symptoms: a pilot study

S. M. Green, E. Haber, R. E. McCabe y C. N. Soares.

Arch Womens Ment Health (2013) 16:325–332

La menopausia a menudo va acompañada de un conjunto de síntomas tanto físicos como emocionales adversos que pueden incidir negativamente sobre la calidad de vida de la mujer. Algunos de los

más frecuentes están relacionados con alteraciones en el sueño o en la vida sexual, así como problemas vasomotores. El período de transición hacia la menopausia se asocia también a un aumento del riesgo de padecer trastornos del estado del ánimo. Hasta el momento el tratamiento más usado para la sintomatología propia de este período ha sido la terapia de reemplazo hormonal, que se ha mostrado efectiva sobre todo para los problemas vasomotores.

A sabiendas de que hay estudios que sugieren que existen riesgos significativos asociados al uso de este tratamiento a largo plazo, Green y cols. desarrollaron un programa de tratamiento cognitivo-conductual grupal como una alternativa para reducir tanto la frecuencia como la intensidad de los síntomas en cuestión. Repartieron ocho sujetos en dos grupos piloto, de 10 semanas de duración. La investigación confirmó que el tratamiento reducía la frecuencia e interferencia de los síntomas vasomotores. Se producía, además, una disminución de la depresión y la ansiedad general de las mujeres y, consecuentemente, una mejoría global en la calidad de vida de éstas. Las participantes refirieron además una disminución, tanto en los problemas de sueño como en los sexuales en el transcurso del tratamiento.

Éste programa piloto de terapia cognitivo-conductual a nivel grupal, podría ser una alternativa al tratamiento utilizado actualmente o una herramienta complementaria a éste, dado que incide positivamente en la salud física y emocional de las mujeres con menopausia. No obstante, son necesarios más estudios para evaluar su eficacia a través de ensayos controlados, con una mayor cantidad de sujetos.

Modificación de la personalidad mediante una terapia cognitivo-conductual de afrontamiento al estrés

J. Linares-Ortiz, H. Robles-Ortega y M. I. Peralta-Ramírez

Anales de psicología, 2014, vol. 30, n° 1 (enero), 114-122

Actualmente existen muchos estudios referentes al estrés tanto físico como psicológico, dado que conlleva gran cantidad de consecuencias negativas para los sujetos. Se ha documentado que las terapias cognitivo-conductuales consiguen controlar el estrés y variables asociadas a éste, como las somatizaciones, la ansiedad o la depresión, entre otros.

Dada la estrecha relación existente entre personalidad y estrés, y la falta de estudios centrados en la modificación mediante una Terapia Cognitivo-Conductual de factores de personalidad muy asociados al estrés, los autores proponen como objetivo comprobar la posibilidad de modulación de variables de personalidad relacionadas con el estrés (optimismo, personalidad resistente y los grandes factores de personalidad), mediante la aplicación de un programa de afrontamiento del estrés.

El estudio incluye una muestra final de 26 sujetos del ámbito universitario que manifestaron altos niveles de estrés, divididos en dos grupos: tratamiento y control. Tras la administración pre y post de cuestionarios evaluadores de variables psicológicas y emocionales (Escala de Estrés Percibido, Inventario de Síntomas, Inventario de Vulnerabilidad al Estrés e Inventario de Preocupación) y de variables de personalidad (NEO-FFI, LOT-R y Cuestionario de Personalidad Resistente), los sujetos que reunían los criterios de inclusión se sometieron al programa de 14 sesiones de afrontamiento del estrés.

En cuanto a las variables psicológicas y emocionales se observó que el programa disminuyó las puntuaciones referentes a las variables de vulnerabilidad al estrés, estrés percibido, somatizaciones, sensibilidad interpersonal, depresión, preocupaciones, ansiedad y ansiedad fóbica. Con respecto a las variables de personalidad, la terapia incrementó en el grupo tratamiento los niveles tanto de optimismo como de extraversión y conciencia/responsabilidad. Además, disminuyó la ansiedad y la depresión y, consecuentemente, mejoró su estado emocional global. Sin embargo, la personalidad resistente no sufrió modificaciones en ninguno de los grupos y tampoco variaron las puntuaciones de amabilidad, neuroticismo y apertura a la experiencia.

Los autores concluyen que la modificación mediante terapia cognitivo-conductual de distintas variables de personalidad relacionadas con el estrés puede producir mejoras en el abordaje tanto psicológico como emocional que la persona hace ante situaciones de estrés.

Bodily maps of emotions

L. Nummenmaa, E. Glerean, R. Hari y J.K. Hietanen

www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1321664111 November 27, 2013

Numerosos estudios han observado que los sistemas de emoción nos permiten afrontar los desafíos propios de nuestro entorno mediante el ajuste de la activación de distintos sistemas, como el cardiovascular, el locomotor, el neuroendocrino y el nervioso autónomo. Además, se ha detectado una asociación muy estrecha entre los cambios corporales y las emociones. Sin embargo, se desconoce la distribución topográfica de las emociones y la relación de éstas con las distintas sensaciones corporales existentes.

Nummenmaa y cols. llevaron a cabo cinco experimentos, en los que a los 701 participantes se les mostraron dos siluetas corporales acompañadas de palabras referentes a emociones, historias, películas o expresiones faciales y debían colorear las regiones corporales en las que sintieran que aumentaba o disminuía la actividad mientras estaban expuestos al estímulo en cuestión.

Los autores observaron la existencia de distintos mapas corporales emocionales asociados tanto a las emociones básicas como a las complejas y determinaron que éstos constituyen la descripción más precisa disponible actualmente de las sensaciones corporales. Los mapas emocionales corporales probablemente reflejan patrones universales de sensación, desencadenados por la activación de los sistemas de emoción, más que una influencia culturalmente específica.

Se concluyó que estudiar las sensaciones corporales subjetivas asociadas a las emociones humanas puede ayudar a comprender mejor los trastornos del estado de ánimo, dado que se acompañan de alteraciones en el procesamiento emocional y en la actividad del sistema nervioso autónomo. Además, los cambios topográficos en las sensaciones que la emoción desencadena en el cuerpo podrían proporcionar un nuevo biomarcador para los trastornos emocionales.

G. Mestre

Terapia de Biofeedback de Variabilidad del Ritmo Cardíaco y Depresión Perinatal

A pilot study of heart rate variability biofeedback therapy in the treatment of perinatal depression on a specialized perinatal psychiatry inpatient unit

A. J. Beckham, T.B. Greene y S. Meltzer-Brody

Arch Womens Ment Health (2013) 16:59–65

La terapia de Biofeedback de Variabilidad del Ritmo Cardíaco (HRVB) consiste en un proceso de medición de la actividad fisiológica y permite al sujeto interpretar la variabilidad de la frecuencia cardíaca y responder a estas señales para mejorar su bienestar. Ha sido usada especialmente en el tratamiento del Trastorno Depresivo Mayor, dado que la depresión se asocia a alteraciones en la frecuencia cardíaca, además de utilizarse para el TDAH, la hipertensión o la fibromialgia, entre otros.

A.J. Beckham y col. investigaron el uso de esta terapia no farmacológica en una muestra final de 15 mujeres hospitalizadas con depresión perinatal severa. Se las entrenó en técnicas de respiración diafragmática para reducir los niveles de ansiedad y posteriormente se les sometió a sesiones de terapia HRVB. Se les administraron tres cuestionarios autoaplicados; el Inventario de Ansiedad Estado Rasgo (STAI), la Escala Warwick-Edimburgo de Bienestar Mental y la Autoevaluación Analógica Lineal. Se estableció contacto telefónico con las mujeres posterior a las sesiones en cuestión, a fin de evaluar los efectos de la HRVB.

Los autores concluyeron que el uso de la HRVB se asocia con una mejora significativa en todas las puntuaciones de los tres instrumentos psicométricos administrados, especialmente en las puntuaciones obtenidas en la STAI (-13.867, $p < 0,001$ y -11,533, $p < 0,001$). El 54,6 % de las mujeres calificó el uso de técnicas de HRVB como muy o extremadamente beneficiosas.

Los resultados sugieren que la HRVB resulta particularmente eficaz en el tratamiento de los síntomas de ansiedad asociados a la depresión perinatal, como lo demuestra la reducción significativa de las puntuaciones de la STAI. Consecuentemente, su aplicación puede resultar especialmente útil para mujeres embarazadas y puérperas, cuya depresión se asocia a altos niveles de ansiedad. Son necesarias, sin embargo, más investigaciones con una muestra mayor y la presencia de un grupo control para una mejor evaluación de los efectos de la HRVB.

Terapia Cognitivo-Conductual y Farmacoterapia para el Tratamiento de la Ansiedad

Cognitive behavioral therapy and pharmacotherapy for anxiety: Treatment preferences and credibility among pregnant and non-pregnant women

J.J. Arch

Behaviour Research and Therapy 52 (2014) 53e60

Si bien la ansiedad es una patología que ha sido el núcleo de gran cantidad de investigaciones, y se ha concluido que la terapia cognitivo-conductual (TCC) basada en la exposición y la farmacoterapia, son los dos tratamientos principales con mayor evidencia empírica, actualmente existen relativamente pocos estudios centrados en las preferencias de las mujeres embarazadas y las no embarazadas en el tratamiento de este trastorno.

El objetivo del estudio fue establecer una comparación entre las preferencias de tratamiento para la ansiedad de las mujeres embarazadas y las no embarazadas. Una muestra de mujeres ($n = 776$), que incluía mujeres embarazadas ($n = 377$) y no embarazadas ($n = 399$), completó medidas de autoinforme mediante las que calificaban su preferencia ante los distintos tratamientos, así como la credibilidad

que les otorgaban, su preocupación basada principalmente en el tiempo y el coste de los tratamientos y la voluntad de recibir TCC o farmacoterapia en caso de tener ansiedad.

Los resultados reportaron que el tratamiento con mayor preferencia era la psicoterapia. Esta elección fue mayor entre las mujeres embarazadas (74 %), que en las no embarazadas (47 %). No obstante, ambos grupos valoraron más positivamente la exposición propia de la TCC que la farmacoterapia para el tratamiento de la ansiedad, expresaron menos preocupaciones ante el tratamiento en cuestión y lo calificaron como una terapia con mayor credibilidad.

Dicha investigación es la primera que examina la relación existente entre la ansiedad y las preferencias del tratamiento. Un mayor número de estudios en esta dirección, que tuvieran en cuenta las prioridades de tratamiento en población con puntuaciones clínicas de ansiedad, podría ayudar a completar los datos obtenidos.

G. Mestre

Anaïs Orobitg¹ y Rubén Brígido²

¹Psicóloga. Consejo de Redacción (SPMIJ)

²Estudiante de Psicología. UAB. Colaborador (SPMIJ)

Conversación entre iguales espontánea en niños preescolares con alto funcionamiento trastorno del espectro autista en comparación con desarrollo típico

Spontaneous peer conversation in preschoolers with high-functioning autism spectrum disorder versus typical development

Nirit Bauminger-Zviely, Eynat Karin, Yael Kimhi, Galit Agam-Ben-Artzi

Journal of Child Psychology and Psychiatry 2013

La edad preescolar es una etapa evolutiva caracterizada por muchos e importantes cambios en el desarrollo del niño. Este estudio realiza una evaluación comparativa de la conversación espontánea entre iguales, de los niños preescolares con alto funcionamiento, con niños preescolares con un desarrollo típico. Se contrastaron las interacciones de los dos grupos con un amigo, frente a un desconocido. Los resultados mostraron diferencias significativas en las habilidades y la calidad de conversación, donde el grupo típico presentaba capacidades más elevadas. En el grupo de niños con alto funcionamiento se encontraron diferencias en las interacciones con los amigos y no amigos en la calidad de conversación, mostrando que la amistad puede proporcionar a los niños a conversar de una forma más socialmente compleja.

*El adolescente ante su cuerpo: cuerpo, vestido y sexo

Y de nuevo, ante nosotros, una obra de culto, por supuesto de nuestro maestro Josep Toro. Parece que en los últimos años ha centrado su atención en la etapa de la adolescencia y después de su “manual” publicado recientemente (*El adolescente en su mundo*), ahora se nos adentra en el proceso de creación de su identidad.

Actualmente nos encontramos en una sociedad en la que prácticamente todo aquello que vemos, de quienes nos rodean se convierte automáticamente en objeto de comparación con lo que vemos de nosotros mismos, creando un proceso de identidad en el que la opinión de los demás acaba creando nuestra propia visión de esta. En este contexto de superficialidad identitaria, Josep Toro nos presenta diversos puntos de vista para tratar de comprender como se desarrolla este proceso, mediante el conocimiento de la problemática adolescente y las inquietudes propias de este intervalo de edad.

Entrando en contexto de la propia estructura del libro, el autor entra en diversos conceptos más relevantes: el proceso identitario de los adolescentes, el propio cuerpo del individuo, el vestido, la moda y acabando con referencias a la sexualidad. Como es habitual en él, siempre busca el contrapunto biológico de las variables sociales, que afectan al todo que es la identidad del individuo.

Seguidamente, da pie a la contextualización y la evolución de estos a lo largo de la historia, comenzando en el mundo clásico greco-romano, para acabar en el presente. Explica cómo las modas y el vestido se veían afectadas por el ideal de la época, entendiendo “ideal” como aquel concepto de cuerpo en el que el resto de individuos se compararán para decidir si se asemejan a él, razón por la cual pueden sentirse atractivos y felices con su imagen. Por el contrario, si se alejan mucho del “ideal” tendrás consecuencias sociales y físicas negativas. El tener que apretarse el corpiño excesivamente, para tratar de tener un físico con curvas y sin pronunciación del estómago, como era el ca-


so de la moda de los siglos XVII y XVIII, sería un ejemplo de los esfuerzos de antaño para asemejarse al patrón social del momento.

Al llegar a la tercera parte del libro el autor nos pone en la situación personal del adolescente, haciendo distinciones en cuanto a sexo femenino y el masculino, con los cambios biológicos propios de la pubertad, su contexto social dentro de la época y otras variables como es el nivel socio-cultural de la familia o del propio entorno. Respecto a estos, nos representa un joven que empieza a tener cambios hormonales que provocan cambios corporales. Este es un momento de fragilidad identitaria, en la que el púber se ve preso de la concepción social del sexo al que pertenezca. Así la mujer se ve representada delgada, con voluptuosos pechos y largas piernas o, en el caso de los hombres, como un individuo con los músculos bien definidos, delgado y alto. A continuación nos explica como los agentes sociales (familia y amigos) influyen la satisfacción corporal junto a otros más culturales (medios de comunicación y propio concepto de la moda en la cultura) y genéticos.

El Dr. J. Toro finaliza el libro con la sexualidad adolescente, en cómo ha ido evolucionado históricamente y cuál es su conducta sexual en la actualidad, repasando los riesgos que esta tiene y el tipo de consecuencias que pueden ocasionar, como es el embarazo en esa edad.

Es toda una suerte que el Dr. J. Toro dedique sus esfuerzos a describirnos una etapa tan compleja (sobre todo culturalmente), como la de los adolescentes y nos facilite su comprensión de una forma tan liviana, y así se cumpla su objetivo: que aquellos que vivan o trabajen con los adolescentes, sin obligatoriedad de que sea de manera profesional, puedan mediante su lectura, llegar a comprender mejor el mundo adolescente y así mejorar el trato con estos.

A modo de conclusión, destaca la amplia implementación teórica del autor, haciendo múlti-



ples referencias a lo largo del libro que respaldan y dan credibilidad a los argumentos utilizados. También es importante la utilización de ejemplos en sus explicaciones, transformando al libro en un medio de fácil lectura y comprensión.

RUBEN BRÍGIDO Y MÍRIAM SÁNCHEZ
brigido.ruben@gmail.com

* Toro, J. (2013). El adolescente ante su cuerpo.
Madrid: Ed. Pirámide

“TV Workshop de actualización en salud mental y drogodependencias. Tratamientos eficaces en Trastornos de Ansiedad”

El día 15 de Noviembre tuvo lugar en el Hospital de Igualada el “**TV Workshop de actualización en salud mental y drogodependencias**”, un encuentro anual relevante en el ámbito de la salud mental catalana. El evento estuvo minuciosamente organizado por el Servicio de Psiquiatría y Salud Mental del Consorcio Sanitario de l’Anoia y constó de cinco interesantes comunicaciones orales orientadas a la exposición de tratamientos eficaces para los distintos Trastornos de Ansiedad.

M^a del Pino Alonso (Hospital Universitario de Bellvitge) presentó una completa explicación del tratamiento del Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC). Abarcó temáticas relacionadas tanto con la terapia cognitivo-conductual como la psicofarmacológica. Destacó aspectos como la habituación del sujeto a los altos niveles de ansiedad mediante exposición combinada, con estimulación magnética transcranial, así como la relevancia de estrategias de potenciación basadas en el uso de antipsicóticos o la combinación de fármacos serotoninérgicos. Expuso la opción del tratamiento neuroquirúrgico, mereciendo un especial énfasis la estimulación cerebral profunda, que ha demostrado mejoras relevantes en el 60 % de los pacientes sometidos a este tratamiento.

Miquel Àngel Fullana (Parque de Salud Mar y Departamento de Psiquiatría – Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universidad Autónoma de Barcelona) focalizó su atención en el Trastorno por Estrés Postraumático. Planteó extensamente los tratamientos psicológicos y farmacológicos considerados eficaces y aquellos cuya aplicación puede incluso llegar a ser perjudicial, como el *debriefing*, basándose en todo momento en la evidencia empírica existente. Presentó los tratamientos usados hasta el momento, haciendo hincapié en el uso de ISRS y la Terapia Cognitivo-Conductual centrada en el Trauma, que incluye elementos como la exposición prolongada, el EMDR y la Terapia Cognitiva de Ehlers y Clark.

Eva Baillès (Departamento de Ciencias Experimental y de la Salud, Universidad Pompeu Fabra) se centró en la aplicación del Tratamiento Cognitivo-Conductual de la ansiedad al Trastorno de Despersonalización. Expuso el tratamiento protocolizado en tres fases de intervención, centradas en la conceptualización de la sintomatología, el uso de experimentos conductuales, la relevancia del diario de síntomas, así como la reducción de las conductas de evitación, de seguridad y de focalización de la atención en los síntomas, el mantenimiento y la prevención de recaídas.

Jordi Llabrés (Facultad de Psicología, Universidad de las Islas Baleares) realizó una completa exposición de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC) y su aplicación en el Tratamiento Cognitivo-Conductual de la ansiedad. Se plantearon las ventajas principales del uso de las TIC y los beneficios que comporta su aplicación en el campo de los distintos trastornos de ansiedad existentes.

Núria Mallorquí (Hospital Universitario Quirón-Dexeus y Editora Científica de Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace) expuso los datos preliminares obtenidos en su trabajo “Estudio piloto sobre la eficacia de una intervención psicoterapéutica grupal versus la eficacia de una intervención farmacológica en el tratamiento del TDAH adulto”, ganador del III Premio “Dr. Tomàs Flores” de Investigación en Salud Mental.

Nuestro Editor –J.M. Farré– y el Coordinador del Consejo de Redacción (CR) –J.A. Monreal– acompañados de D. Vega –miembro de nuestro CR– cerraron el acto en el que glosaron la figura del profesor Tomàs de Flores (q.e.p.d.) y presentaron las bases del Premio. Y nosotros estábamos allí para explicarlo.

G. Mestre
Miembro del Consejo de Redacción
Email: gemma.psicodex@gmail.com

III Jornada de Salud Mental Perinatal

III Jornada de Salud Mental Perinatal

Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal

Sociedad Marcé Española (MARES)

Viernes 9 de mayo de 2014

Coordinadoras
LL. García-Esteve, G. Lasheras y S. Subirá

Entidades Organizadoras

CLÍNICA H.C.B.C.E.L.D.N.A. Hospital Universitario

Hospital Universitario Quirón Dexeus

QUIRÓN

UAB Universidad Autónoma de Barcelona

El próximo 9 de mayo de 2013, tendrá lugar en Barcelona el encuentro anual de la “III Jornada de Salud Mental Perinatal”, una actividad científica patrocinada por la International Marcé Society for Perinatal Mental Health y la Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal (MARES), que pretende consolidar un modelo que aúna comunicaciones científicas y encuentro de profesionales que trabajan, tanto en la clínica como en la docencia-investigación en salud mental perinatal y reproductiva en nuestro país. Reúne expertos de Departamentos y Servicios, Clínicos y Universitarios, a nivel nacional, que participan activamente en diversas mesas y ponencias. Este año destaca el debate sobre influencia del modelo materno de conducta alimentaria sobre la descendencia, así como las apasionantes investigaciones centradas en las áreas temáticas de: 1. Embarazo y exposición a sustancias, 2. Salud Mental en el posparto y 3. Lactante y vínculo materno-filial. Los asistentes podrán exponer sus trabajos durante la sesión de comunicaciones libres.

LUGAR: Auditorio Hospital Universitario Quirón Dexeus. C/ Vía de Carlos III 71, Barcelona.

COORDINACIÓN:

- **Dra. Ll. García-Esteve**, Coordinadora de la Unidad de Psiquiatría Perinatal y Género del Hospital Clinic de Barcelona.
- **Dra. G. Lasheras**, Coordinadora de la Unidad de Salud Mental Perinatal y Reproductiva, Servicio de Psiquiatría del H.U. Quirón Dexeus.
- **Dra. S. Subirá**, Prof. Facultad de Psicología, UAB.

DIRIGIDO A:

Profesionales de todas las áreas relacionadas con el embarazo y puerperio: psiquiatras, psicólogos, pediatras, obstetras, matronas, enfermeras pediátricas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y enfermeras de salud mental.

OBJETIVOS:

- Revisar la investigación clínica y básica en este área de salud, que engloba: la atención específica a las gestantes y púerperas, el estudio y tratamiento de la organización del vínculo y de la interacción madre-hijo, y los trabajos en reproducción asistida y salud mental.
- Contribuir al desarrollo de programas docentes, que incluyan la salud mental perinatal entre sus objetivos.
- Fomentar una gestión adecuada de los recursos asistenciales para esta población.

DIRECCIÓN-COORDINACIÓN:

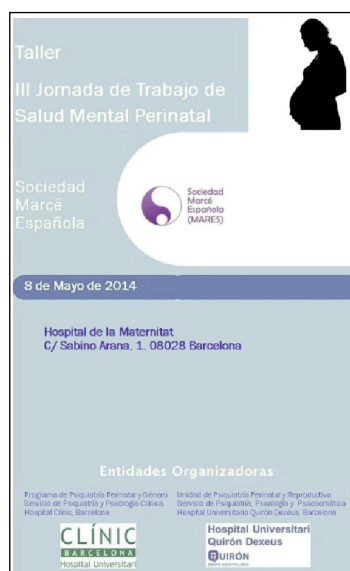


COLABORACIÓN:



Para más información consultar: www.psicodex.com

Taller sobre Maltrato de pareja durante la gestación y el posparto



El próximo 8 de mayo, como extensión de la III Jornada de Trabajo de Salud Mental Perinatal, se ha organizado un Taller sobre "Maltrato de pareja durante la gestación y el posparto" de 4 horas lectivas (de 15 a 19 h.)

LUGAR: Hospital de la Maternitat, C/ Sabino Arana, 1. Barcelona.

DOCENTES:

Lluïsa Garcia-Esteve. Psiquiatra consultora. Coordinadora de la Unidad de Psiquiatría Perinatal y Género del Hospital Clinic de Barcelona. Coordinadora del Programa de Prevención y Tratamiento de las Secuelas Psíquicas en Mujeres Víctimas de una Agresión Sexual reciente. Dirige una línea de investigación sobre los efectos psíquicos de la violencia de género y participa en diversos programas para la difusión y formación de los efectos de la violencia de género sobre la salud de las mujeres y de sus hijos/as.

Purificación Navarro. Regidora de Polítiques de Gènere de l'Ajuntament de Terrassa. Doctora en Psicologia. Experta en Violència de Gènere. Terapeuta cognitivo conductual. Formació en EMDR e Hipnosis.

M. Jesús Tarragona: Regidora de Polítiques de Gènere de l'Ajuntament de Terrassa. Psicòloga experta en violència de gènere. Terapeuta cognitivo conductual. Formació en EMDR, Brainspotting. Conductora de Grupos de Asertividad.

DIRIGIDO A:

Profesionales del ámbito de la Salud Mental Perinatal (psiquiatría, psicología, enfermería, matronas, pediatría, obstetricia, atención primaria y trabajo social).

Horario: De 15 a 19 h.

OBJETIVOS:

Ofrecer elementos conceptuales, teóricos y especialmente prácticos que son necesarios para la comprensión, detección e intervención en la violencia de pareja durante la gestación y el posparto.

CONTENIDOS:

Se abordarán aspectos específicos de la violencia de pareja en la gestación y el posparto: epidemiología, consecuencias en la salud emocional y en la adaptación a la posterior maternidad. Exposición y análisis reflexivo de casos prácticos.

DIRECCIÓN-ORGANIZACIÓN:



Para más información consultar: www.psicodex.com

XXX Edición de la Universidad de Verano de Teruel (2014)

Curso de Atención integral a la mujer durante el embarazo, parto y posparto

DIRECTOR

Jorge Javier Osma López
Profesor Universidad de Zaragoza

INSTITUCIONES QUE PATROCINAN Y/O COLABORAN

- **Asociación para la salud mental infantil desde la gestación (ASMI)**. Filial Española de la World Association for Infant Mental Health (WAIMH).
- **Sociedad Marcé Española para la Salud Mental Perinatal (MARES)**. Filial de la International Marcè Society.

OBJETIVOS

1. Actualizar los conocimientos sobre las técnicas, más avanzadas y en experimentación, para conseguir un parto más humanitario y menos instrumentalizado.
 2. Reconocer el importante papel de la matrona en el proceso de embarazo, parto y puerperio así como discutir sobre lo que hace y lo que podría hacer desde su posición estratégica.
 3. Actualizar los conocimientos sobre los cambios emocionales en la mujer durante el embarazo y posparto, la psicopatología más prevalente y las intervenciones habituales.
 4. Ofrecer información sobre los factores de riesgo psicosociales más comunes, para desarrollar una alteración emocional perinatal.
 5. Ofrecer información sobre los instrumentos de screening de síntomas depresivos y ansiosos más utilizados en los contextos sanitarios y de investigación.
 6. Dar a conocer los distintos métodos utilizados para la prevención de la depresión perinatal y sus resultados.
 7. Ofrecer información sobre las distintas aplicaciones tecnológicas desarrolladas en el ámbito sanitario, especialmente en la prevención de la depresión perinatal.
- 20 Horas - Plazas limitadas
1, 2 y 3 de julio

PROGRAMA BÁSICO

Modulo I: El parto y su humanización

1.1 Técnicas avanzadas y en experimentación para conseguir un parto más humanizado y menos instrumentalizado.

1.2 Análisis crítico de una matrona: lo que hace y lo que le gustaría hacer.

Modulo II: Trastornos emocionales durante el embarazo y el posparto

2.1 Cambios emocionales durante el embarazo y el posparto y factores de riesgo relacionados con los trastornos emocionales perinatales.

2.2 Psicopatología perinatal: Su prevalencia y sus consecuencias.

2.3 Efectos de las patologías y los tratamientos psiquiátricos durante la gestación y posparto y factores de buen pronóstico para la recuperación de la depresión posparto.

Modulo III: Evaluación del estado emocional y prevención de los trastornos emocionales

3.1 Evaluación de síntomas depresivos y ansiosos: cuestionarios y entrevistas clínicas.

3.2 Programas de prevención de la depresión perinatal: Resultados y líneas futuras.

3.3 Programa de prevención para la depresión perinatal en mujeres inmigrantes latinas y afroamericanas en Estados Unidos "Mamás y Bebés: El estado de ánimo y la salud".

Modulo IV: Líneas futuras en prevención

4.1 Aplicaciones y utilidades de las Tecnologías de la Información y Comunicación en la salud materno-infantil.

4.2 Programas de prevención de la depresión para padres/parejas de las mujeres embarazadas y madres.

INFORMACIÓN

Jorge Javier Osma López
osma@unizar.

La Asociación AECES (Asociación Española para el Estudio Científico del Envejecimiento Saludable), la editorial Siglantana® y la empresa Trendy Project, CONVOCAN el PREMIO ATLAS de divulgación científica sobre neurociencias, hábitos de salud y longevidad, con la finalidad de dar a conocer y divulgar los estudios y avances científicos sobre la neurociencia, hábitos de salud y longevidad, a aquellas personas que no son expertas ni conocedoras de estos temas.

OBJETIVO

El objetivo de los Organizadores, es la recopilación de artículos por parte de investigadores y especialistas, y su posterior publicación en un LIBRO (obra colectiva) que este año versará sobre **neurociencia**, accesible a todo el público y que le acerque dicha materia, sus actuales avances, logros y perspectivas. Los artículos deben escribirse **pensando en el gran público**. Sin perder la rigurosidad científica, deben ser **amenos y comprensibles**.

PARTICIPANTES

Podrán participar en este concurso todos los investigadores/as, profesionales titulados/as en áreas relacionadas con las neurociencias y los hábitos de salud así como periodistas científicos, cualquiera que sea su nacionalidad o procedencia. La participación puede ser individual, o de varias personas conjuntas. **Cada participante (individual o colectivo) podrá presentarse a cuantos capítulos crea oportuno.**

PREMIOS

El premio en su totalidad está dotado con un importe de **14 000 euros**, repartidos de la siguiente manera; El **premio al mejor artículo** está dotado con la cantidad de **2000 euros** y **12 accésits** a los 12 mejores artículos, de cada uno de los doce temas restantes, de 1.000 € cada uno de ellos.

EL LIBRO

"UN DISEÑO VIRTUOSO: EL CEREBRO HUMANO" es el título provisional que han establecido los Organizadores para el primer libro. Estará compuesto por TRECE CAPÍTULOS, cuyos temas han de versar sobre los siguientes contenidos (**Títulos orientativos***):

1. ¿Qué sabemos hoy del cerebro y qué avances se esperan en los próximos 20 años?

Evolución y genómica del cerebro. "*Libertad y destino*".

Arquitectura y conectividad cerebral. "*Cómo dirigir una orquesta*".

Química del cerebro (Neurotransmisores, hormonas, etc...). "*La química que nos enamora, nos motiva, nos entristece...*"

La medida del cerebro: fronteras de la imagen cerebral y de la neurofisiología.

2. ¿Qué sabemos hoy de las funciones mentales y qué avances se esperan en los próximos 20 años?

Los hábitos básicos: El deseo sexual, el sueño, el apetito. "*Algo tan viejo y tan nuevo*".

La atención, la memoria y el aprendizaje. "*Alerta básica, Una visita a los grandes almacenes y Responder para adaptarse*".

Las emociones. "*El paisaje de las sensaciones*".

La conciencia. "*Vigilia permanente*".

Las decisiones y el libre albedrío. "*Historias de sueños y esperanzas*".

3. ¿Qué sabemos de los trastornos cerebrales y qué avances se esperan en los próximos 20 años?

Las fronteras del conocimiento en enfermedades neurológicas: Demencia, Epilepsia, Infarto cerebral... "*Todas las máquinas fallan*".

Las fronteras del conocimiento sobre las enfermedades mentales: (Depresión, Esquizofrenia, adicciones...) "*Cuando la mente sufre*".

IV

4. Cerebro y sociedad.

Habilidades sociales y resiliencia: vida en sociedad, violencia, altruismo, aprendizaje, sabiduría, creatividad, espiritualidad... "*¿Adaptación, conformidad, liderazgo, discrepancia?*"

V

5. Más allá de la mente.

Del supercerebro a la superinteligencia artificial: neurorobótica, nanotecnología, cerebro biónico, fusión cerebro-máquina, neuroimplantes... "*La edad de oro del cerebro ¿Seremos todos ciborg?*".

Estos capítulos tendrán una redacción con una evidente base científica, pero el lenguaje tendrá que ser entendible para un público general.

* Los títulos definitivos de cada capítulo se fijarán antes de la edición del libro, en función del público al que van dirigidos y del contenido de los mismos.

PLAZO

La admisión de originales para participar en el premio se cierra el día **30 de mayo del 2014**.

PARA MÁS INFORMACIÓN

www.premioatlas.com

ACTIVIDADES CIENTÍFICAS	FECHA	INFORMACIÓN	CIUDAD
21 Symposium Internacional sobre Actualizaciones y Controversias en Psiquiatría	14-15 Marzo 2014	Reunions i Ciència S.L. Telf.: +34 934 108 646 Fax: +34 934 303 263 E-mail: secretaria@contro- versiasbarcelona.org	BARCELONA
IX Reunión Nacional Medicina de la Adicción	3 de Abril 2014	Marketinred Telf.: 93 410 79 03 E-mail: inscripciones@medicina- adiccion.com	BARCELONA
XLI Jornadas Nacionales de Sociodrogalcohol	3-4-5 Abril 2014	C & Events Soluciones Telf.: +34 960 91 45 45 Web: www.sociodrogalcohol.org E-mail: sociodrogalcohol@sociodrogal- cohol.org	SEVILLA
XIX Jornada de Teràpia del Comportament i Medicina Conductual en la Práctica Clínica	10 Abril 2014	Telf.: 93 546 01 11 Fax: 93 205 85 12 E-mail: psiquiatria.dex@quiron.es Web: www.psiquiatriapsico- logiadexeus.com	BARCELONA
X Congreso Nacional de Trastorno de la Personalidad	23-24-25 Abril 2014	Geyseco.es Telf.: 93 221 22 42 Fax: 93 221 70 05 Web: www.geyseco.es/cntp2014 E-mail: barcelona@geyseco.es	BARCELONA
Encuentros en Psiquiatría	25-26 Abril 2014	Tempo Tours Telf.: 957 484 883 Fax: 957 482 358 Web: www.encuentrosenpsi- quiatria.com	SEVILLA

<p>X Curso Post-Apa 2014</p>	<p>17 Junio 2014 Barna 19 Junio 2014 Madrid</p>	<p>Viajes Halley Telf.: 91 455 00 28 Fax: 91 549 93 48 E-Mail: congresos@viajes-halley.com</p>	<p>BARCELONA Y MADRID</p>
<p>Creating Change In Perinatal Mental Health</p>	<p>11 Septiembre 2014</p>	<p>Dr. Jane Hanley Telf.: +44 (0) 1792 51 3825 E-Mail: v.j.hanley@swansea.ac.uk</p>	<p>WALES (UK)</p>
<p>XVI World Congress of Psychiatry</p>	<p>14-18 Septiembre 2014</p>	<p>Tilesa OPC Telf.: +34 913 612 600 Fax: +34 913 559 208 Web: www.wpama-drid2014.com E-Mail: secretariat@wapa-madrid2014.com</p>	<p>MADRID</p>
<p>45° Congreso de la Sociead Española de Medicina Psicosomática</p>	<p>24-26 Septiembre 2015</p>	<p>Viajes Halley Telf.: 91 455 00 28 Fax: 91 549 93 48 E-Mail: congresos@viajeshalley.es</p>	<p>SANTIAGO DE COMPOSTELA</p>

NORMAS DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

1. La revista de Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace publicará preferentemente trabajos (artículos originales, revisiones y casos clínicos en formato artículo) relacionados con las actividades investigadoras y clínicas de la psicología clínica, psiquiatría y psicosomática. Siguiendo los modelos experimentales, tanto de origen biológico como –en el caso de las psicoterapias– los que han mostrado evidencia (v.g los cognitivo-conductuales). Dichos trabajos pueden ser publicados en lengua española o inglesa.
2. Los trabajos deben ser remitidos para su publicación al Dr. J.M Farré i Martí, al e-mail: psico.dex@quiron.es
3. Los originales no deben haber sido publicados anteriormente o presentados simultáneamente a otra publicación. Los derechos de reproducción por cualquier forma y medio son de la Revista de Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Los autores deben declarar explícitamente si existen o no posibles *conflictos de intereses* y deben acompañar el manuscrito de todos los permisos correspondientes para reproducir material previamente publicado que se va a incluir en el manuscrito.
4. La presentación de los trabajos ha de atenerse a las normas de publicación de la APA (American Psychological Association). Siendo algunos de los requisitos básicos:
 - a. Los trabajos tendrán una extensión máxima de 6000 palabras (que incluirá las referencias bibliográficas, figuras y tablas), en páginas tamaño DIN-A4 y tipo de letra Times New Roman cuerpo 12, con interlineado de 1,5 por una cara, con márgenes de 3 cms y numeración en la parte superior derecha.
 - b. Los artículos pueden escribirse indistintamente en castellano e inglés. La primera página debe contener: título en castellano, inglés y portugués (si los autores fuesen de lengua original portuguesa y así lo desearan). Nombre, apellidos, profesión y lugar de trabajo de cada autor. Nombre y dirección del autor. Teléfono, Fax, Correo electrónico de contacto. La segunda página ha de incluir un resumen en castellano, inglés y portugués (si los autores fuesen de lengua original portuguesa y así lo desearan) (de no más de 250 palabras); y a continuación cuatro palabras-clave en castellano, inglés y portugués (si los autores fuesen de lengua original portuguesa y así lo desearan).
 - c. Los manuscritos mantendrán, en la medida de lo posible, la estructura siguiente: Introducción, Método, Resultados, Discusión/Conclusión (Discusión y Conclusión pueden emplearse en forma indistinta para el mismo texto) y Referencias.
 - d. Las citas bibliográficas en el texto se harán con el apellido y años, entre paréntesis y separados por una coma. Si el nombre del autor forma parte de la narración se pone entre paréntesis sólo el año. Si se trata de dos autores se citan ambos. Cuando el trabajo tiene más de dos y menos de seis autores, se citan todos la primera vez; en las siguientes citas se pone sólo el nombre del primero seguido de “et al” y el año. Cuando haya varias citas en el mismo paréntesis se adopta el orden cronológico. Para identificar trabajos del mismo autor, o autores, de la misma fecha, sea añada al año las letras a, b, c, hasta done sea necesario, repitiendo el año.
 - e. Las referencias bibliográficas deben presentarse al final del artículo y ordenadas alfabéticamente por el nombre del autor (o primer autor en caso de que sean varios) siguiendo los siguientes criterios:
 - i. Libros: Autor (apellido, coma e iniciales de nombre y punto. En caso de varios autores, se separan con coma y antes del último con una “y”), punto, año (entre paréntesis), punto, título completo en cursiva, punto, lugar de edición, dos puntos, editorial, punto.

ii. Capítulos de libros colectivos o Actas: Autor (es) (apellido, coma e iniciales de nombre y punto. En caso de varios autores, se separan con coma y antes del último con una “y”), punto, año (entre paréntesis), punto, título del trabajo que se cita, punto, “En” seguido de los nombres de los autores del libro (inicial, punto, apellido) seguido de “Eds.,” “Dir.,” o “Comps.” (entre paréntesis), coma, título del libro en cursiva y, entre paréntesis, la paginación del capítulo citado, punto, ciudad, dos puntos, editorial.

iii. Artículos de revistas: Autor (apellido, coma e iniciales de nombre y punto. En caso de varios autores, se separan con coma y antes del último con una “y”), punto, año (entre paréntesis), punto título del artículo, punto, nombre de la revista completo en cursiva, coma, volumen, número entre paréntesis, coma, página inicial y final separadas por un guión.

5. Comentarios de Libros: serán presentados formato word, con letra Times New Roman de tamaño 12 con interlineado 1,5. Encabezado por el título y la correcta referenciación del libro en cuestión. Con una extensión no superior a 800 palabras.

6. A la recepción del trabajo se enviará acuse de recibo al autor principal, pasando directamente a evaluación –externa “por referees”– para su posterior publicación. Una vez producida la aceptación definitiva de un trabajo para su publicación (después de posibles modificaciones sugeridas) el autor principal recibirá acuse de aceptación. Los artículos serán publicados indistintamente en español y en inglés.