

## RESÚMENES DE PONENCIAS DE LA II JORNADA DE SALUD MENTAL PERINATAL

Gracia Lasheras<sup>1,3</sup>, Borja Farré-Sender<sup>2,3</sup>, Liliana Ferraz<sup>4</sup>,  
Gemma Mestre<sup>2,5</sup>, Ingrid Rovira<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Psiquiatra. H. Universitario Quirón Dexeus (HUQD)

<sup>2</sup>Psicólogo. HUQD

<sup>3</sup>Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva

<sup>4</sup>Psicóloga. Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. UAB

<sup>5</sup>Psicóloga. Consejo de Redacción

<sup>6</sup>Psicóloga. 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-Müller<sup>1</sup> 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.

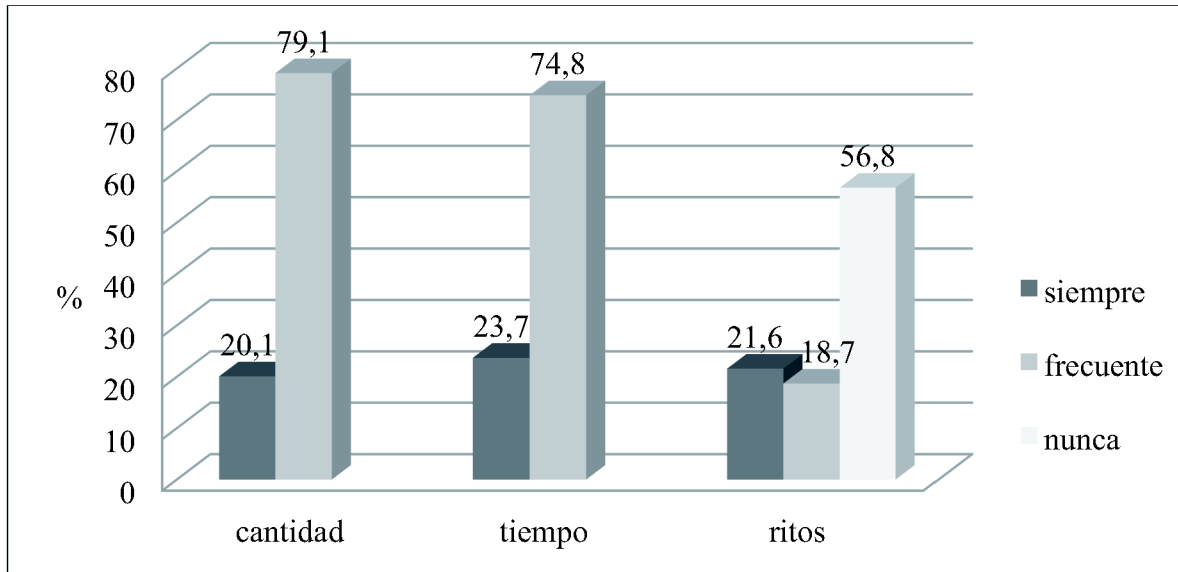
**Key words:** Psycho-functional disorders. Assessment. Newborn.

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.

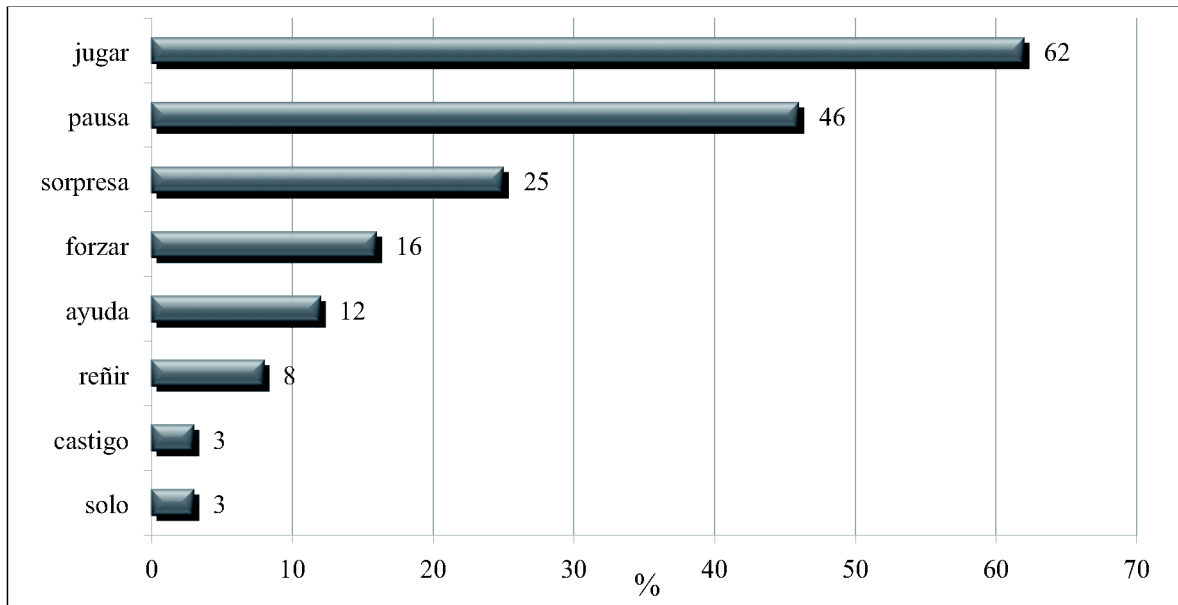
Entre los **trastornos psicofuncionales** más frecuentes encontramos las dificultades en los ritmos biológicos (sueño, vigilia, alimentación) y en la regulación de los estados (vigilancia, llanto). Para ello, se tienen en cuenta factores como la vulnerabilidad biológica del niño, la incapacidad para 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 oposicionismo (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-Esteve<sup>1</sup>, A. Torres<sup>1</sup>, B. Palacios<sup>1</sup>, ML. Imaz<sup>1</sup>, E. Roda<sup>1</sup>, S. Subirà<sup>2</sup>**

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

<sup>2</sup>Departament 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 privación 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 privación materna grave (como institucionalización privante 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 <sup>a</sup>	IC <sup>b</sup>	P	R <sup>c</sup>
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

<sup>a</sup>Odds ratio; <sup>b</sup>Intervalo de Confianza de 95; <sup>c</sup>R 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 hipercorticismo 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<sup>1,2</sup>, Torres A<sup>1</sup>, Imaz ML<sup>1</sup>, Subirá S<sup>2</sup>, Navarro P<sup>1,3</sup>, Gelabert E<sup>2</sup>,  
Roda E<sup>1</sup>, González A<sup>1</sup>, Martín-Santos R<sup>4,5,6</sup>, García-Esteve LI<sup>1,5</sup>.**

<sup>1</sup>Programa de Psiquiatria Perinatal i Gènere. Servei de Psiquiatria i Psicologia Clínica. Institut Clínic de Neurociències (ICN). Hospital Clínic, Barcelona. <sup>2</sup>Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra. <sup>3</sup>Servei de Psicologia. Regiduria de Polítiques de Gènere, Terrassa. <sup>4</sup>Servei de Psiquiatria i Psicologia Clínica. Institut Clínic de Neurociències (ICN). Hospital Clínic, Barcelona. <sup>5</sup>Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). <sup>6</sup>Centro 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.