



Nuevo y urgente reto para las políticas sanitarias, la salud mental perinatal: romper el bucle

Sara Lera Miguel^{a,b} y Susana Andrés Perpiñá^{a,b,c}

^aHospital Clínic-Maternitat de Barcelona. Unidad de Salud Mental Perinatal y Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil.

^bUniversitat de Barcelona. Departamento de Medicina y Ciencias de la Salud.

^cCIBERSAM

Diciembre 2019. Boletín Psicoevidencias nº 55. ISSN 2254-4046

Para la psicología y psiquiatría el periodo perinatal se extiende desde el inicio del embarazo hasta el fin del primer año de vida del niño. Este periodo es más amplio que el considerado por la pediatría o la ginecología-obstetricia, que empieza en el inicio del embarazo y termina al mes de vida del niño para la primera, y a las 16 semanas después del parto para la segunda¹. Ésta es una etapa muy sensible para las mujeres, ya que los drásticos cambios hormonales del embarazo y el postparto, junto con otros factores de naturaleza biológica, psicológica y social, inciden en señalar la etapa perinatal como un periodo diana para desarrollar patología mental².

A nivel biológico, la acción endocrinológica principal de los estrógenos y la progesterona y, también, la actividad secundaria de otras hormonas periféricas como los glucocorticoides, la hormona del crecimiento, la prolactina y la oxitocina³, modifican la estructura del cerebro materno para tornarse más eficiente y adaptarse a las nuevas necesidades que la maternidad conlleva. Este cambio se produce probablemente por un nuevo periodo de poda de la sustancia gris neuronal en el córtex parieto-temporal, implicado en las funciones de atribuir procesos mentales y emocionales a otras personas (o teoría de la mente). La magnitud de estos cambios correlaciona positivamente con la calidad de la respuesta de la madre a las conductas de apego del bebé⁴. Posteriormente después del nacimiento del bebé, se producen otros cambios hormonales bruscos en la madre, como la supresión de los niveles de estradiol y progesterona, la supresión del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal, la atenuación de la actividad serotoninérgica, el decremento de las concentraciones de GABA cortical, la activación de la respuesta inflamatoria y la disminución de la respuesta del sistema autónomo de defensa, lo cual conduce a las madres a una mayor vulnerabilidad hacia las alteraciones emocionales y a la afectación de los tejidos⁵.

Una miríada de factores psicológicos y sociales aumentan la vulnerabilidad a las alteraciones emocionales, principalmente a la depresión postparto, como son los antecedentes psiquiátricos familiares o personales, sobre todo durante gestaciones previas, procesos de duelo perinatal-neonatal previos, el perfeccionismo, las experiencias traumáticas durante el parto, las complicaciones



obstétricas (que obligan a una separación entre madre y bebé en el postparto), los abusos recibidos durante la infancia o la edad adulta, el estrés agudo o la precariedad social y económica^{6,7,8,9}.

La Organización Mundial de la Salud¹⁰ informa de que el 15% de las mujeres a nivel mundial presentan problemas de salud mental en este periodo. Sin embargo, este porcentaje se eleva en los países desarrollados como el nuestro hasta el 15,6% de las mujeres embarazadas y hasta el 19,8% de las mujeres que ya han dado a luz. Este resultado está replicado en muestra comunitaria de mujeres españolas¹¹, lo cual significa que, según los datos provisionales de población del Instituto Nacional de Estadística¹², en 2018 más de 70.000 mujeres españolas habrían sufrido algún tipo de trastorno de la salud mental durante el postparto. Se estima que un 10% de estos trastornos de la salud mental perinatal son depresiones postparto, que un 3% son depresiones graves y que un 15% son otros trastornos depresivos o de ansiedad leves o moderados. Otros diagnósticos graves son el trastorno por estrés postraumático, que aparece en el 3% de las muestras, y la psicosis puerperal, en 2 casos por cada 1.000 madres. Sólo la mitad de las mujeres en esta etapa perinatal reconocerá la presencia de alteraciones clínicas y sólo el 10% recibirá el tratamiento específico adecuado¹³.

Las consecuencias de las alteraciones de la salud mental sobre la mujer gestante o puérpera, en forma de malestar, estrés, problemas psicosociales y afectación de la salud, son claras pero existen también consecuencias de moderadas a graves sobre el desarrollo del bebé, a destacar el rechazo al bebé, el abandono de la lactancia materna, las alteraciones del vínculo, la reducción de los cuidados y, como situaciones más gravosas e infrecuentes, el suicidio de la madre, reportado en el 2-4% de las madres¹⁴ o el infanticidio, presente en 1 de cada 20 psicosis puerperales de características depresivas¹⁵.

En este sentido, el vínculo madre-bebé es el marco estructural bidireccional donde se consolida la relación afectiva entre ambos: tiene que garantizar las necesidades del bebé (nutrición, calor, seguridad física, afecto) para un buen desarrollo posterior, tanto cognitivo como social y afectivo¹⁶. Los bebés son muy sensibles a los estímulos ambientales durante la etapa neonatal, pues de su capacidad adaptativa a este entorno dependerá su supervivencia¹⁷. Sabemos que una respuesta materna limitada frente a las necesidades del bebé está relacionada con alteraciones en el establecimiento de un vínculo saludable¹⁸. Según estudios recientes, hasta un 25% de las mujeres atendidas en servicios de salud durante la etapa perinatal pueden presentar alguna alteración de la relación del vínculo^{19,20}, lo cual sugiere que una parte considerable de los bebés de madres con patología mental no dispondrán de las condiciones óptimas para un adecuado desarrollo psicológico ulterior.



Además del perjuicio ocasionado por los factores propios de la relación entre la madre y el bebé, otros efectos nocivos psicobiológicos se han evidenciado producidos por el estrés materno sobre el desarrollo del feto, como la restricción del crecimiento, hiperactividad motriz intraútero o un aumento del riesgo de prematuridad. Estos efectos se han hallado no únicamente en madres con depresión antenatal sino también en madres con ansiedad o anorexia nerviosa^{21,22,23,24,25}. También se ha observado en el bebé recién nacido una peor respuesta de su sistema inmunitario, peores habilidades perceptivas, menor capacidad de respuesta a los estímulos sociales, peor calidad de la atención, un procesamiento de la información más lento y tasas más altas de retraso en su desarrollo^{7,22}. Estos daños vienen mediados en buena parte por el efecto de un exceso del cortisol liberado por la madre, que ha traspasado la barrera placentaria y que corre por el torrente sanguíneo del feto, aumentando el riesgo de inflamación de los tejidos -incluido el cerebro- y reduciendo el aporte y distribución de nutrientes y de oxígeno a causa de la estenosis de la arteria uterina.

Así, se eleva el riesgo para las complicaciones obstétricas y el bajo peso y, consecuentemente, para los problemas de salud en la edad adulta, como la hipertensión, las cardiopatías, la diabetes, la depresión y otros problemas de salud mental^{26,27}. Los bebés hijos de madres con depresión presentan un riesgo aumentado, respecto a los bebés de madres sanas, de presentar algunos problemas de desarrollo 18 meses de edad: el riesgo de alteraciones en el desarrollo motor aumenta si la depresión materna es crónica respecto a si es breve o episódica^{28,29}. Paralelamente, también se ha evidenciado que la exposición a ansiedad y depresión prenatal y postnatal aumenta el riesgo no sólo de alteraciones emocionales a lo largo de toda la infancia, en forma de síntomas internalizados, desregulación emocional y síntomas externalizados^{28,30,31,32}, sino también de síntomas y conductas similares a los trastornos del espectro del autismo^{33,34}. Los estudios de neuroimagen van en la misma línea y han encontrado alteraciones en la circuitería del sistema límbico y aumento de la reactividad de la amígdala a los estímulos negativos en los descendientes de 3 y de 6-9 años de madres con depresión o ansiedad antenatal^{35,36,37}. Todas estas afectaciones del neurodesarrollo incrementarían las tasas de psicopatología infantil y adolescente, los problemas de aprendizaje y de rendimiento académico, lo cual redundaría en peores condiciones psicosociales y de salud a largo plazo^{38,39}.

A pesar de la abundante y consistente evidencia que apoya la hipótesis de la transmisión intergeneracional de la patología mental a través de procesos epigenéticos (biológicos, psicológicos y sociales en interacción), los estudios del efecto positivo del tratamiento de las madres sobre el desarrollo de su descendencia son escasos. Buena parte de la literatura versa sobre el efecto perjudicial de los psicofármacos, principalmente los antidepresivos, sobre el desarrollo fetal y las



complicaciones obstétricas, pero relativamente pocos analizan esos efectos sobre el desarrollo posterior infantil entre la descendencia de las madres con patología mental que han recibido tratamiento y las que no lo han hecho. Existe alguna evidencia de que las mujeres con depresión tratadas con antidepresivos durante la gestación no muestran un riesgo incrementado de parto prematuro respecto a mujeres sin patología, mientras que las no tratadas para la depresión sí presentan un riesgo significativamente más alto de prematuridad⁴⁰. Sabemos además que abandonar el tratamiento antidepresivo durante la gestación aumenta el riesgo de recaída en la madre gestante y, por tanto, de afectación fetal a causa de la exposición a estrés materno⁴¹. Una reciente revisión⁴² no observa efectos diferentes en el desarrollo cognitivo infantil entre los bebés de madres con depresión tratadas con ISRS y los bebés de las madres no tratadas, aunque sí se observan a largo plazo mayor sintomatología internalizada y alteraciones de la motricidad gruesa. Los avances en esta área de investigación son tímidos dado que el diseño de ensayo clínico controlado aleatorizado choca frontalmente con cuestiones éticas en relación con el uso de psicofármacos en la población de madres gestantes o lactantes, por lo que los estudios naturalísticos de seguimiento de cohortes de mujeres que sean atendidas en servicios especializados de salud mental se hacen imprescindibles.

En resumen, todos estos hallazgos apuntan a la necesidad de crear centros especializados en salud mental perinatal, con equipos multidisciplinares de profesionales especializados en salud general, salud mental y desarrollo infantil y que hayan recibido además una formación complementaria que no pierda de vista la salud de la relación vincular, desde una perspectiva de equilibrio coste-beneficio.

Desafortunadamente, disponemos entre los servicios sanitarios públicos españoles de tímidas iniciativas orientadas a atender la salud mental perinatal con escasez de medios y elevadas dosis de entusiasmo y buena voluntad. Actualmente y desde 2018, sólo existen tres unidades de atención ambulatoria a la salud mental perinatal que reciban financiación de las instituciones públicas para esa labor, sitas todas ellas en Cataluña, a saber, en el Hospital Clínic, el Hospital Vall d'Hebron y el Hospital de Terrassa. De ellas, sólo el Hospital Clínic dispone de un dispositivo de hospitalización parcial u hospital de día para el tratamiento intensivo, integral y multidisciplinar de las madres con patología mental y sus bebés a lo largo del primer año de vida postnatal. En cambio, no disponemos de ninguna unidad de hospitalización completa especializada para gestantes y puérperas que tenga en cuenta las características específicas de este periodo y que evite la separación de madre y bebé.



Es por todo esto absolutamente imprescindible una política sanitaria que apueste por la salud mental perinatal con una generosa inversión pública para la creación de unidades de atención especializada que cubran todo el territorio. Estas unidades asistenciales habrían de servir a su vez como centros de formación y de investigación en este campo y no sólo como centros de atención y tratamiento. Su objetivo, reducir los efectos de la transmisión en bucle (de generación en generación) de los problemas psiquiátricos y psicológicos y, por tanto, la prevención primaria.



Referencias

- ¹ Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN). *Psiquiatría perinatal y del niño de 0 a 3 años*. Madrid, AEN Digital, 2015.
- ² Barba-Müller E, Craddock S, Carmona S, Hoekzema E. Brain plasticity in pregnancy and the postpartum period: Links to maternal caregiving and mental health. *Arch Womens Ment Health*. 2018. doi.org/10.1007/s00737-018-0889-z.
- ³ Pasqualini JR, Chetrite GS. The formation and transformation of hormones in maternal, placental and fetal compartments: biological implications. *Horm Mol Biol Clin Invest*. 2016; 27(1): 11–28. doi: 10.1515/hmbci-2016-0036.
- ⁴ Hoekzema E, Barba-Müller E, Pozzobon C, Picado M, Lucco F, Garcia- Garcia D, Soliva JC, Tobena A, Desco M, Crone EA, Ballesteros A, Carmona S, Vilarroya O. Pregnancy leads to long-lasting changes in human brain structure. *Nat Neurosci*. 2017; 20:287–296. doi:10.1038/nn.4458.
- ⁵ Gingnell M, Bannbers E, Moes H, Engman J, Sylvén S, Skalkidou A, Kask K, Wikström J, Sundström-Poromaa I. Emotion reactivity is increased 4-6 weeks postpartum in healthy women: A longitudinal fMRI study. *PLoS ONE*. 2015; 10(6): e0128964. doi:10.1371/journal.pone.0128964.
- ⁶ Alvarez-Segura M, Garcia-Esteve L, Torres A, Plaza A, Imaz ML, Hermida-Barros L, San L, Burtchen N. Are women with a history of abuse more vulnerable to perinatal depressive symptoms? A systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2014; 17(5):343-57. doi: 10.1007/s00737-014-0440-9.
- ⁷ Field T. Prenatal depression effects on early development: a review. *Infant Behav Dev*. 2011; 34(1): 1–14. doi:10.1016/j.infbeh.2010.09.008.
- ⁸ Gelabert E, Subirà S, García-Esteve L, Navarro P, Plaza A, Cuyàs E, Navinés R, Gratacòs M, Valdés M, Martín-Santos R. Perfectionism dimensions in major postpartum depression. *J Affect Disord*. 2012 Jan;136(1-2):17-25.
- ⁹ Plaza A, Garcia-Esteve L, Torres A, Ascaso C, Gelabert E, Luisa Imaz M, Navarro P, Valdés M, Martín-Santos R. Childhood physical abuse as a common risk factor for depression and thyroid dysfunction in the earlier postpartum. *Psychiatry Res*. 2012 Dec 30;200(2-3):329-35.
- ¹⁰ World Health Organization. Maternal mental health. [Internet]. [Consultado 3 sept 2019]. Disponible en: https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/.
- ¹¹ Navarro P., García-Esteve L., Ascaso C., Aguado J., Gelabert E., Martín-Santos R. Non-psychotic psychiatric disorders after childbirth: prevalence and comorbidity in a community sample. *J Affect Disord*. 2008 Jul;109(1-2):171-6.
- ¹² Instituto Nacional de Estadística. Movimiento natural de la población. Datos provisionales 2018. Nacimientos por edad de la madre, edad y sexo. [Internet]. [Consultado 3 sept 2019]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t20/e301/provi/10/&file=01001.px>.
- ¹³ Gavin, N. I., Meltzer-Brody, S., Glover, V., & Gaynes, B. N. (2015). Is population-based identification of perinatal depression and anxiety desirable? A public health perspective on the perinatal depression care continuum. In J. Milgrom & A. W. Gemmill (Eds.), *Identifying perinatal depression and anxiety: Evidence-based practice in screening, psychosocial assessment, and management* (pp. 11-31). Wiley-Blackwell.
- ¹⁴ Orsolini L, Valchera A, Vecchiotti R, Tomasetti C, Iasevoli F, Fornaro M, De Berardis D, Perna G, Pompili M, Bellantuono C. Suicide during perinatal period: epidemiology, risk factors, and clinical correlates. *Front Psychiatry*. 2016; 7:138. doi: 10.3389/fpsy.2016.00138.
- ¹⁵ Brockington, I. Suicide and filicide in postpartum psychosis. *Arch Womens Ment Health*. 2017; 20: 63–69. doi: 10.1007/s00737-016-0675-8.
- ¹⁶ Sullivan R, Perry R, Sloan A, Kleinhaus K, Burtchen N. Infant bonding and attachment to the caregiver: Insights from basic and clinical science. *Clin Perinatol*. 2011; 38(4): 643–655. doi: 10.1016/j.clp.2011.08.011.



- ¹⁷ Moehler E, Brunner R, Wiebel A, Reck C, Resch F. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother–child bonding. *Arch Womens Ment Health*. 2006; 9: 273–278. doi: 10.1007/s00737-006-0149-5.
- ¹⁸ Muzik M, Bocknek EL, Broderick A, Richardson P, Rosenblum KL, Thelen K, Seng JS. Mother–infant bonding impairment across the first 6 months postpartum: The primacy of psychopathology in women with childhood abuse and neglect histories. *Arch Womens Ment Health*. 2013; 16:29–38. doi: 10.1007/s00737-012-0312-0.
- ¹⁹ Brokington I. Maternal rejection of the young child: Present status of the clinical syndrome. *Psychopathology*. 2011; 44(5):329-36. doi: 10.1159/000325058.
- ²⁰ Farré-Sender B, Torres A, Gelabert E, Andrés S, Roca A, Lasheras G, Valdés M, García-Esteve L. Mother–infant bonding in the postpartum period: assessment of the impact of pre-delivery factors in a clinical sample. *Arch Womens Ment Health*. 2018; 21:287–297. doi.org/10.1007/s00737-017-0785-y.
- ²¹ Christiaens I, Hegadoren K, Olson DM. Adverse childhood experiences are associated with spontaneous preterm birth: a case-control study. *BMC Med*. 2015; 13:124. doi: 10.1186/s12916-015-0353-0.
- ²² Diego MA, Field T, Hernandez-Reif M, Schanberg S, Kuhn C, Gonzalez-Quintero VH. Prenatal depression restricts fetal growth. *Early Hum Dev*. 2009. 85:65–70. doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2008.07.002.
- ²³ Dieter JN, Field T, Hernandez-Reif M, Jones NA, Lecanuet JP, Salman FA, Redzepi M. Maternal depression and increased fetal activity. *J Obstet Gynaecol*. 2001 Sep;21(5):468-73.
- ²⁴ Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, Tomlinson G, Dennis CL, Koren G, Steiner M, Mousmanis P, Cheung A, Radford K, Martinovic J, Ross LE. The impact of maternal depression during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry*. 2013; 74(4): e321-41. doi: 10.4088/JCP.12r07968.
- ²⁵ Jarde A, Morais M, Kingston D, Giallo R, MacQueen GM, Giglia L, Beyene J, Wang Y, McDonald SD. Neonatal outcomes in women with untreated antenatal depression compared with women without depression: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016; 73(8): 826-37. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2016.0934.
- ²⁶ Cannon M, Jones PB, Murray RM. Obstetric complications and schizophrenia: historical and meta-analytic review. *Am J Psychiatry*. 2002; 159(7):1080-92. doi: 10.1176/appi.ajp.159.7.1080.
- ²⁷ Gluckman PD, Hanson MA. Maternal constraint of fetal growth and its consequences. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2004; 9(5):419-25.
- ²⁸ Conroy S, Pariante C, Marks MN, Davies HA, Farrelly S, Schrachet R, Moran P. Maternal psychopathology and infant development at 18 months: The impact of maternal personality disorder and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012; 51(1): 51-61. doi: 10.1016/j.jaac.2011.10.007.
- ²⁹ Cornish AM, McMahon CA, Ungerer JA, Barnett B, Kowalenko N, Tennant C. Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: The impact of depression chronicity and infant gender. *Infant Behav Development*. 2005 Dec;28(4):407-417. doi.org/10.1016/j.infbeh.2005.03.004.
- ³⁰ Korhonen M, Luoma I, Salmelin R, Tamminen T. A longitudinal study of maternal prenatal, postnatal and concurrent depressive symptoms and adolescent well-being. *J Affect Disord*. 2012 Feb;136(3):680-92. doi: 10.1016/j.jad.2011.10.007. Epub 2011 Oct 28.
- ³¹ Raposa E, Hammen C, Brennan P, Najman J. The long- term effects of maternal depression: Early childhood physical health as a pathway to offspring depression. *J Adolesc Health*. 2014; 54:88–93. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.07.038.
- ³² Velders FP, Dieleman G, Henrichs J, Jaddoe VW, Hofman A, Verhulst FC, Hudziak JJ, Tiemeier H. Prenatal and postnatal psychological symptoms of parents and family functioning: the impact on child emotional and behavioural problems. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2011 Jul;20(7):341-50. doi: 10.1007/s00787-011-0178-0.
- ³³ Andrade C. Antidepressant exposure during pregnancy and risk of autism in the offspring, 1: Meta-Review of Meta-Analyses. *J Clin Psychiatry*. 2017; 78:8.



- ³⁴ O'Donnell KJ, Glover V, Barker ED, O'Connor TG. The persisting effect of maternal mood in pregnancy on childhood psychopathology. *Dev Psychopathol.* 2014; 26(2): 393-403. Doi: 10.1017/S0954579414000029.
- ³⁵ El Marroun H, Zou R, Muetzel RL, Jaddoe VW, Verhulst FC, White T, Tiemeier H. Prenatal exposure to maternal and paternal depressive symptoms and white matter microstructure in children. *Depress Anxiety.* 2018; 35:321–329. DOI: 10.1002/da.22722.
- ³⁶ Scheinost D, Sinha R, Cross SN, Kwon SH, Sze G, Constable RT, Ment LR. Does prenatal stress alter the developing connectome? *Pediatr Res.* 2017; 81(1-2):214-226. doi: 10.1038/pr.2016.197.
- ³⁷ Van der Knaap NJF, Klumpers F, El Marroun H, Mous S, Schubert D, Jaddoe V, Hofman A, Homberg JR, Tiemeier H, White T, Fernández G. Maternal depressive symptoms during pregnancy are associated with amygdala hyperresponsivity in children. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2018; 27: 57–64.
- ³⁸ Pawlby S, Hay DF, Sharp D, Waters CS, O'Keane V. Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: Prospective longitudinal community-based study. *J Affect Disord.* 2009;113(3):236-243. Doi: 10.1016/j.jad.2008.05.018.
- ³⁹ Netsi E, Pearson RM, Murray L, Cooper P, Craske MG, Stein A. Association of persistent and severe postnatal depression with child outcomes. *JAMA Psychiatry.* 2018 Mar 1;75(3):247-253. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2017.4363.
- ⁴⁰ Ventakesh KK, Riley L, Castro VM, Perlis RH, Kaimal AJ. Association of antenatal depression symptoms and antidepressant treatment with preterm birth. *Obstet Gynecol.* 2016; 127(5):926-33. doi: 10.1097/AOG.0000000000001397.
- ⁴¹ Roca A, Imaz ML, Torres A, Plaza A, Subirà S, Valdés M, Martín-Santos R, García-Esteve L. Unplanned pregnancy and discontinuation of SSRIs in pregnant women with previously treated affective disorder. *J Affect Disord.* 2013 Sep 25;150(3):807-13.
- ⁴² Hermansen TK, Melinder A. Prenatal SSRI exposure: Effects on later child development. *Child Neuropsychol.* 2019; 21(5): 543-569. doi: 10.1080/09297049.2014.942727.