

Curso online

Psiquiatría perinatal

Aplicaciones para la atención psiquiátrica en la gestación, parto y puerperio



**Dirigido por
Ibone Olza**

inscripciones abiertas
saludmentalperinatal.es

A partir de Mayo de 2020



Instituto Europeo de
Salud Mental Perinatal



TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO PERINATAL



Centro
SerMujer
Salud Emocional Perinatal

DRA. ROSARIO ALOMAR

DRA. SOLEDAD RAMIREZ

Centro SerMujer

Red Chilena de Salud Mental Perinatal





Contenidos

- TOC
 - Definición, neurobiología y epidemiología de TOC
 - TOC perinatal
 - Caso clínico
 - Epidemiología
 - Factores de Riesgo
 - Etiopatogenia
 - Clínica
 - Detección y tamizaje
 - Diagnóstico Diferencial
 - Impacto
 - TOC en el padre
 - Tratamiento
 - TOC y COVID
 - Puntos Importantes
- Prevencción
Psicoeducación
Nuestro enfoque:
-Fármacos
-Psicoterapia
-Otros recursos terapéuticos



Trastorno Obsesivo Compulsivo

El TOC es un trastorno clasificado en el DSM-5 dentro del epígrafe: Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados.

El TOC se caracteriza por la presencia de obsesiones y compulsiones.

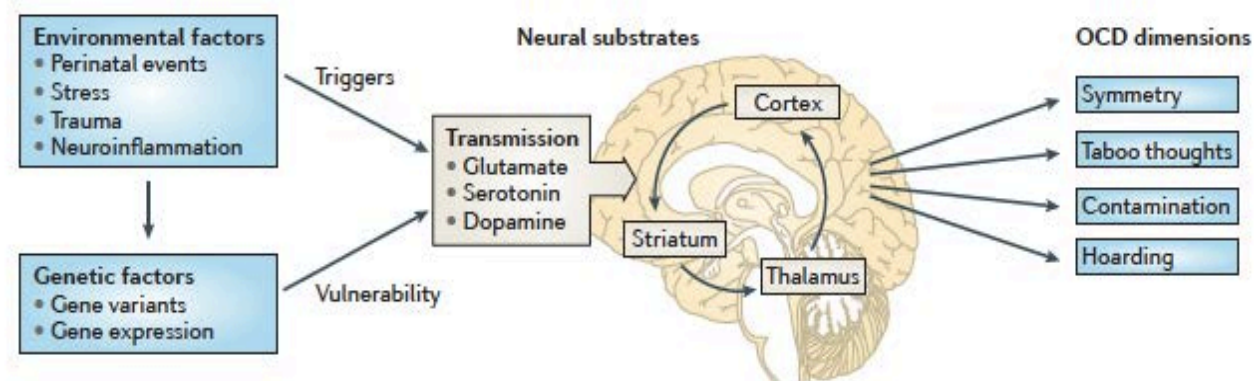
- Las **obsesiones** son pensamientos, ideas, imágenes, impulsos o dudas recurrentes que son experimentadas como **indeseadas y angustiosos**.
- Las **compulsiones** son impulsos de realizar conductas o actos mentales que sirven para aliviar el malestar de las obsesiones, o evitar las consecuencias temidas de los pensamientos obsesivos.
- Que causan malestar o pérdida de funcionalidad **significativos**





Neurobiología

- Trastorno fenotípicamente complejo
- Factores genéticos y ambientales pueden aumentar el riesgo del trastorno
- Estudios genéticos apuntan a que alteración en los sistemas serotoninérgicos, dopaminérgicos y glutamatérgicos confieren riesgo de manifestación de TOC.
- Modelo predominante: circuito cortico-estriato-tálamo-cortical





Epidemiología

- Prevalencia de vida: 1,5- 2,5%
- Es 1,5 veces más frecuente en mujeres
- En el 25 % de las mujeres el inicio se relaciona con eventos del ciclo reproductivo (más frecuente: menarquia)
- Frecuente comorbilidad con episodio depresivo

TABLE 2. Onset of OCD symptoms at reproductive events^a

Reproductive event	<i>n/N</i>	%
Menarche (within the following 12 months)		
JHU	40/325	12.3
AMC	25/175	14.3
Pregnancy ^b		
JHU	11/194	5.7
AMC	3/82	3.7
Postpartum ^b		
JHU	9/194	4.6
AMC	4/82	4.9
Menopause ^c		
JHU	5/132	3.8
AMC	2/55	3.6

^aThere were no significant differences on any variable between women in JHU and AMC samples.

^bWomen who delivered at least one live-born child.

^cWomen with natural menopause (JHU, *n* = 84; AMC, *n* = 46) or surgical menopause (JHU, *n* = 48; AMC, *n* = 9).

JHU, Johns Hopkins University; AMC, Academic Medical Center Amsterdam; OCD, obsessive-compulsive disorder.



TOC Perinatal: Viñeta

- Macarena, 28 años
- Casada, una hija de 21 días
- Lo que ocurre en su mente una tarde cualquiera





TOC Perinatal: Epidemiología

Embarazo:

- Variabilidad en estudios (población estudiada, escalas, sesgo cultural)
- Incidencia: 2% - 15,4%
- Prevalencia en embarazo: 0,2 - 3,5%
- Empeoramiento de TOC preexistente ocurre en hasta 46%
- Si empeoró en o tras primer embarazo, tiene 7 veces más riesgo de empeorar en o tras siguientes gestaciones (oportunidad)





TOC Perinatal: Epidemiología

Posparto

- Incidencia 2,3 -14% (Chaudron 2010), 4% a los 6 meses posparto (Uguz, 2007)
- Prevalencia: 2,5% (2,3 - 9%)
- Empeoramiento de TOC preexistente ocurre en 50% de puérperas
- Russell (2013): metanálisis: Prevalencia mujeres general: 1,08%, embarazo 2,07% y posparto 2,43%
- Madres con obsesiones de daño hacia su bebé minimizan o esconden síntomas: frecuente subdiagnóstico. ¡Preguntar!





Factores de Riesgo

- Historia de depresión/ansiedad
- Historia de síntomas premenstruales (ansiedad, disforia, obsesividad)
- Trastornos de Personalidad (obsesivo, evitativo)
- Menor edad materna
- Vía de parto: Cesárea
- Insomnio en embarazo: quienes sufrieron insomnio en embarazo tenían más riesgo de desarrollar síntomas OC en el período posparto





TOC Perinatal: Viñeta

Florencia (27 años)

“Comencé con pensamientos obsesivos tras el nacimiento de mi segundo hijo, Sergio. Los había tenido en la adolescencia, me imaginaba dañando un animalito, o gente teniendo sexo, me daban miedo y nunca le conté a nadie. Cuando Sergio tenía dos meses de vida aparecieron nuevamente: imaginaba que metía la mano a la juguera y la encendía, lo veía en mi mente, pero no quería hacerlo. Imaginaba que le daba medicamentos de mi hijo mayor a Sergio por error, o que yo abusaba sexualmente de él mientras lo estaba mudando. Sentí mucho miedo a volverme loca, a que pudiera realmente hacer esas cosas. Comencé a evitar tomar en brazos a mi bebé, tenía mucha angustia todo el día, no quería que le pasara nada malo. Mi hijo mayor (de 3 años) a veces le pegaba al bebé, yo sentía que debía estar siempre alerta y vigilante porque había un riesgo real que le hiciera daño. Dormía mal, tenía pesadillas, y estaba cansada todo el día.”



Patogenia: Hipótesis Neuroendocrina

- Disregulación de eje HHA en el embarazo: Aumento del cortisol produce disminución de BDNF, disminución de actividad serotoninérgica y aumento de actividad dopaminérgica: posible rol en TOC de inicio en el embarazo
- Estrógeno y Progesterona: ambos esteroides gonadales tienen efecto protector de sistema serotoninérgico, tras el parto su disminución provocaría desregulación de este sistema
- Aumento rápido de OXITOCINA en tercer trimestre, parto y posparto, relacionada con lactancia, conductas de maternaje y de protección.
 - Niveles altos se han asociado a aumento de sintomatología obsesiva
 - Estudio en TOC no perinatal: Se encontró mayor concentración de esta hormona en LCR de pacientes versus controles sanos



Patogenia: Hipótesis Cognitiva

- Presencia de pensamientos intrusivos no deseados son prevalentes y normales en embarazo y posparto:
 - 80% de nuevas madres y padres → Rol evolutivo
 - contenido idéntico a TOC (daño y contaminación)
 - pero menos frecuentes, menor duración y menor distress
- Hipótesis: El aumento rápido de responsabilidades, sumado a pensamientos intrusivos egodistónicos, en población vulnerable, son malinterpretados como predictores de amenaza → Ansiedad, temor → Compulsión, conductas evitativas, de control o seguridad (mantención) → Síndrome Clínico
- Explica TOC de inicio posparto en padres.



Clínica en Embarazo

- Inicio gradual
- Obsesiones centradas en contaminación (80%)
- Egodistónico
- Frecuente evitación de lugares o riesgo
- Compulsiones de limpieza (aseo, lavado de manos), chequeos (consultas médicas frecuentes, ecografías)
- Frecuente comorbilidad con síntomas depresivos
- Buen insight





Clínica en Posparto

- Inicio rápido (< 4 semanas) tras el parto
- Egodistónico
- Obsesiones centradas en miedo a dañar al bebé accidental o intencionalmente
 - ahogarlo mientras le baña
 - acuchillarlo mientras está en la cocina con su bebé
 - síndrome de muerte súbita
 - que el bebé caiga/lanzarlo desde altura
 - ponerlo en el horno/microondas
 - hundir la fontanela
 - abuso sexual

(Buchholz, 2020, Uguz, 2007a)





Clínica TOC Posparto

- Compulsiones
 - Chequear al bebé continuamente
 - Rituales de limpieza
 - Rituales mentales (rezar)
 - Búsqueda compulsiva de feedback externo (pareja, pediatra, familiares)
 - Conductas compensatorias como evitación del contacto con el bebé (tomarlo, bañarlo)
- Buen insight





Clínica del TOC en Posparto

- Frecuente comorbilidad con depresión
 - Mujeres con TOCpp: 60% presentaron DPP (Sichel, 1993)
 - DPP comórbido: TOCp más resistente
- En general hay demora en consultar: madre no pide ayuda por miedo/vergüenza/temor a estar loca/ser mala madre o perder custodia. Siempre preguntar.
- Seguimiento tras 1 año: Curso crónico sin tratamiento



Detección - Tamizaje

- Acercamiento empático al preguntar:
"Muchas madres recientes tienen ideas intrusivas e indeseadas de que podrían dañar a su bebé. ¿Le ha pasado algo así?"
- Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS-SR; Goodman, 1989):
autoreporte, gold standard, diagnóstico, severidad (puntaje > 7 es +)
- Florida Obsessive Compulsive Index (FOCI; Storch, 2007):
autoreporte, mide presencia de síntomas y severidad global (puntaje >7 sugiere TOC)



Tamizaje

- **Postnatal Obsessive- Compulsive Scale (POCS; Lord, 2011):**

- Autoreporte
- Actualmente es la única escala validada en TOC posparto
- Puntaje >9 sugiere TOC

Postnatal Obsessive-Compulsive scale (POCS)

Date: _____(dd/mm/yy) Delivery Date: _____(dd/mm/yy) ID: _____

After giving birth some mothers experience thoughts and behaviour that may seem disturbing, but these can be quite common. This questionnaire asks about any thoughts or behaviour that you might have experienced following your most recent pregnancy. Your answers will be kept confidential.

Section A.

Have you worried a lot, or had repeated thoughts or pictures in your head about:		
1. Being criticized and/or judged as a mother?	YES	NO
2. The nutrition for myself or my baby (breast feeding, food preparation, vitamins etc)?	YES	NO
3. Your baby being contaminated (by germs, for example)?	YES	NO
4. Somebody taking your baby away?	YES	NO
5. Dropping your baby?	YES	NO
6. Your baby dying in her/his sleep?	YES	NO
7. Your baby being harmed or dying in an accident?	YES	NO
8. Your baby acquiring a head injury?	YES	NO
9. Someone else having inappropriate sexual contact with your baby?	YES	NO



Diagnóstico Diferencial

- Depresión
 - Inicio gradual
 - Presencia de pensamientos obsesivos en el 40-57% de mujeres cursando Depresión Posparto y en el 39% de mujeres con depresión no puerperal
 - Pensamiento egodistónico
 - Pensamientos obsesivos de daño asociados a bebé más frecuentes que en mujeres deprimidas no puérperas, pero no son tan rígidos ni repetitivos como en TOC
 - Pensamientos generan tristeza, no miedo
 - Frecuente comorbilidad (TOC es antecedente)





Diagnóstico Diferencial

- Psicosis Posparto
 - Inicio rápido (antes de 15 días posparto habitualmente)
 - Pensamientos de daño al bebé son egosintónicos, puede haber delirio altruista
 - Ausencia de compulsiones, no hay resistencia
 - Presencia de otros síntomas: labilidad anímica, confusión, alucinaciones, ideas delirantes, distorsión de la realidad, desorganización del pensamiento
 - Ausencia de insight
 - Mayor frecuencia en mujeres con historia de TAB
- = **EMERGENCIA PSIQUIATRICA**



Viñeta

Cristina 35 años

“El embarazo de Carolina no fue deseado, lo pasé mal porque no lo disfruté, no le dediqué tiempo, pero los pensamientos terribles empezaron después del parto. Siento que la amo y que me gusta estar con ella, pero no puedo sacarme estos pensamientos. A veces me viene a la cabeza la imagen de ella muerta. La veo tiesa, negra, ahogada, otras veces descuartizada, asfixiada, morada...lo veo perfecto en mi mente y me viene el pánico. No deajo que mi marido la toque, no tienen vínculo entre ellos, nadie de mi familia la puede tomar en brazos, sólo la cuido yo. Me da miedo que se contagie con algo y que se muera. Siempre he sido ansiosa, pero nunca así. A veces la beso y siento un sabor salado y me imagino que tiene fibrosis quística. Le tomo la temperatura varias veces al día, la voy a ver en la noche para saber si está respirando. Para ponerla en el suelo hago un ritual exhaustivo de desinfección. No le pongo un pijama porque la última vez que se lo puse le dio fiebre. Ayer revolví la olla para el lado contrario y pensé “la Caro se va a morir” . Noto que el tratamiento me ayuda a tomar distancia de estos pensamientos, pero me cuesta mucho convencerme de que en verdad no le va a ocurrir nada, que es mi cabeza y que no está en peligro.”



Impacto del TOC perinatal

- Implicancias negativas en bienestar fetal y neonatal: estrés materno y aumento de cortisol producen efectos negativos en el bebé en desarrollo. Pocos estudios específicos para TOC: Uguz (28 casos, 2015): Menor peso al nacer y menor edad gestacional en bebés de madres con TOC versus madres control.
- 70% de madres con TOCp reporta relación disfuncional con su bebé
 - por evitación de contacto
 - por temor a separarse del bebé
 - o por temor a que otros cuiden del bebé
- Alteraciones en desarrollo socioemocional y psicomotor del bebé





Impacto TOC perinatal

Implicancias negativas en maternaje. Estudio de Challacombe (2016):

- Menor tasa de lactancia de madres TOC vs controles a los 6 meses posparto (27% versus 57%)
 - Menor autoeficacia materna, menor soporte social, menor satisfacción marital a los 6 meses posparto
 - Sin diferencias en el temperamento infantil
 - Reportan menor disfrute de tareas de crianza que controles.
 - Menor sensibilidad en la interacción (variable más significativa: ánimo depresivo), mayor intrusividad, menor calidez y vocalizaciones.
- Además presentaban mayor proporción de emociones negativas o neutras durante ciertas tareas (mudar al bebé) versus controles



TOC Paterno

- Síntomas obsesivos frecuentes en futuros padres
- Tema más común en embarazo: temor a dañar accidental o intencionalmente a pareja embarazada
- Tema más común en posparto: daño accidental o intencional al bebé
- Abramowitz 2001 y 2003: 66% de madres y padres reportan pensamientos intrusivos angustiosos en el posparto, sin diferencia en frecuencia ni contenido





Viñeta

"Me levantaba para asegurarme de que las mantas no taparan la cara del bebé, y luego volvía a la cama", recuerda Curry, que ahora tiene 49 años. "Entonces volvía y chequeaba de nuevo, luego otra vez. Luego, pasaba la mayor parte de la noche revisando ". La preocupación normal de Curry se convirtió en un terror profundo y constante. Insistía en bañar al bebé él mismo, en caso de que su esposa "lo ahogara accidentalmente". Constantemente se preguntaba si era el padre biológico de su hijo, aunque confiaba completamente en su esposa y no tenía motivos para sospechar lo contrario. Lo peor de todo es que pasaba horas obsesionado con la posibilidad de haber abusado inadvertidamente física o sexualmente de su hijo, a pesar de que la idea de lastimar a su hijo era aborrecible para él.

The image shows a screenshot of a Men's Health article. At the top, there is a red navigation bar with the Men's Health logo, a 'SUBSCRIBE' button, and a 'SIGN IN' button. The article title is 'These New Dads Love Their Babies. So Why Can't They Stop Thinking About Hurting Them?' in large, bold, black font. Below the title is a sub-headline: 'Postpartum mental health issues affect men and women alike. So why aren't we talking about them?'. The author is listed as 'BY NATASHA PRESKEY' and the date is 'MAY 1, 2018'. The main image shows a shirtless man sitting on the floor in a nursery, looking distressed. A 'GETTY IMAGES' watermark is visible in the bottom left corner of the image.



Tratamiento

- Prevención primaria: Mujer con TOC que desea embarazarse
- Tratamiento: nuestro enfoque
 - Psicoeducación
 - Psicoterapia
 - Farmacoterapia
 - Estimular contacto físico
 - NEST-S





Prevención Primaria

- La identificación de factores de riesgo permite desarrollar prevención en población vulnerable.
- Ensayo clínico controlado, aleatorizado y doble ciego (Timpano, 2011)
- Embarazadas con riesgo de desarrollar síntomas OC en el posparto (definido por 139 o más puntos en Obsessive Beliefs Questionnaire) recibieron programa de prevención (38) o un programa control (33) durante el embarazo
- Resultados:
 - Asociación significativa del grupo “programa preventivo” con niveles más bajos de obsesiones y compulsiones versus grupo control al mes 1, 3 y 6 posparto
 - Grupo “prevención” también informó significativo menor nivel de distorsiones cognitivas, en contraste con el grupo control





Planificación Preconcepcional en Mujeres con Enfermedad Psiquiátrica

Box 1

Planning ahead: pregnancy in women with psychiatric disorders

- Encourage patient to have psychiatric care during and after pregnancy.
- All medication changes should be done before pregnancy if possible.
- Ideally the patient should be stable psychiatrically before attempting pregnancy.
- Use medications that something is known about: Older is usually (but not always) better.
- Minimize the number of exposures for the baby, including exposure to psychiatric illness.
- Consider breastfeeding when planning for pregnancy.
- If a baby was exposed to a medication during pregnancy, it may not make sense to discontinue the medication (or alternatively not breastfeed) for breastfeeding.
- Use a team approach—communicate with the family and other involved physicians frequently.
- Be supportive if the patient does not take your recommendations.
- FDA category B means *we do not have data in pregnancy in humans*—category B is not necessarily safer than category C or D.



Embarazo no planificado

- Son el 50% de los embarazos
- Citar o hablar con la paciente lo antes posible
- Evitar suspensión inmediata de fármacos, la mayoría se pueden mantener en embarazo
- Reducción gradual en caso de suspender fco.
- Evitar en lo posible polifarmacia, pero sobre todo evitar exponer al bebé a enfermedad activa.
- Considerar la eventual necesidad de requerir más tratamiento y no menos, dado lo inesperado de la situación.



Psicoeducación

- Pensamientos intrusivos atemorizantes son frecuentes en madres recientes
- Contar a alguien sus ideas obsesivas no las hará realidad
- Pueden ser síntomas de un trastorno llamado TOC
- Intentos de evitar o neutralizar tienen efecto perpetuante
- Reforzar que es una buena madre
- Actitud Profesional: escuchar y contener, sin alarmarse ante contenido ni minimizar gravedad de su cuadro



Psicoterapia

- Psicoterapia Cognitivo Conductual, con énfasis en técnicas cognitivas (contrastar creencias) y Exposición y Prevención de Respuesta (ERP)
- Formato Perinatal:
 - Ensayo randomizado controlado (2017):
 - Terapia cognitivo conductual de formato intensivo
 - 12 horas de en período de dos semanas, uso en población posparto.
 - Buenos resultados

Psychological Medicine (2017), 47, 1478–1488. © Cambridge University Press 2017
doi:10.1017/S0033291716003573

ORIGINAL ARTICLE

A pilot randomized controlled trial of time-intensive cognitive–behaviour therapy for postpartum obsessive–compulsive disorder: effects on maternal symptoms, mother–infant interactions and attachment

F. L. Challacombe^{1,2*}, P. M. Salkovskis³, M. Woolgar², E. L. Wilkinson², J. Read² and R. Acheson¹



Estudio iCBT

- **Metodología:** 34 madres, 6 meses posparto, divididas en dos grupos (iCBT y TAU). Se evaluó sintomatología materna, sensibilidad en las interacciones madre-hijo y crianza al inicio y se reevaluó a los 12 meses después del parto. A los 12 meses también se evaluó el apego utilizando el procedimiento de situación extraña de Ainsworth. Un grupo control (n = 37) se sometió a la mismas evaluaciones.
- **Grupo iCBT:** cuatro sesiones de 3 horas cada una, en un período de 2 semanas. Posibilidad de tener 3 sesiones adicionales (una hora, intervalo mensual) según necesidad.
- **Resultados:** iCBT mejoró síntomas maternos significativamente a los 12 meses (según reducción en YBOCS y OCI). Sin embargo, no hubo cambio en las interacciones madre-bebé de madres TOC, permanecieron menos sensibles que en madres controles sanas. A pesar de esto el tipo de apego fue “seguro” en > del 70% de las díadas en todos los grupos.
- **Conclusiones:** iCBT es una intervención efectiva para el TOC posparto. La sensibilidad de las interacciones madre bebé se ve afectada por la presencia de TOC posparto y esto no mejora con el tratamiento exitoso de los síntomas del TOC, aun cuando no mostró diferencias en tipo de apego. (Posible efecto de síntomas depresivos concomitantes)



Tratamiento: Psicofármacos

There Is No Such Thing As Nonexposure



**The patient and fetus will either
be exposed to the medication or the illness (or both)**



Psicofármacos

- Si TOC preexistente: preguntar respuesta previa, intentar mantener o repetir esquema
- Si cuadro *de novo*: ISRS como primera opción
- Embarazo: sertralina, fluoxetina, fluvoxamina
- Posparto: Sertralina y Paroxetina son seguros en lactancia
- Dosis más altas que para otros cuadros (SRT 150-200, FLX 20-80, FLV 100-200)

Respuesta parcial:

- Aumentar dosis
- Cambio a otro ISRS, ISRN o clomipramina

En caso de refractariedad se puede agregar antipsicóticos como:

- Quetiapina
- Risperidona



Psicofármacos

- Ansiedad

Lorazepam es benzodiacepina de elección en período perinatal por vida media corta. Uso en rango de 0,5 -6 mg/d. Iniciar con 0,5 mg cada 12 hrs en caso de ansiedad intensa

- Insomnio

En embarazo se puede indicar doxilamina, en rango de 25 – 50 mg/noche
También Lorazepam 0,5 mg en la noche SOS

- Duración de tratamiento farmacológico: similar a TOC no posparto (1 año tras remisión)
- Profilaxis: si TOCp previo o TOC preexistente, pero faltan estudios



Nuestro enfoque: Contacto Físico

- Efecto inespecífico sobre síntomas depresivos y ansiosos
- Los aportes táctiles que las madres reciben de sus bebés regulan casi todos los procesos conductuales y fisiológicos maternos.
- El tacto cumple un rol de comunicación en la díada
- Las madres ansiosas o deprimidas tocan a sus bebés con menos frecuencia y menos afectuosamente en comparación con madres sanas.
- Estudios en animales y en humanos muestran que la separación física tiene un potente efecto ansiógeno.
- Efecto ansiolítico: independiente del efecto de la lactancia





Nuestro Enfoque Contacto Físico

- Bebé tocando y acariciando a mamá estimula fibras sensoriales que se activan con el tacto suave (masaje)
- Estudios mostraron la misma reducción de síntomas ansiosos tanto al amamantar como al sostener en brazos a su bebé
- Intervenciones como método canguro podrían reducir síntomas ansiosos y depresivos en madres, posiblemente a través de optimización natural de neuroquímica materna, encargada de estado anímico.
- Compulsiones suelen producir reducción del tiempo que la madre pasa con su bebé. Contacto es parte de la exposición.
- Recomendación: piel con piel inmediato al nacer, masaje, porteo, colecho, método canguro en prematuros hospitalizados



Nuestro Enfoque

NEST-S → Apunta a reducir desregulación inmune y neuroendocrina

N- Nutrición: dieta mediterránea, probióticos, multivitamínicos

E- Ejercicio: reduce ansiedad, stress.

S- Sueño: Retardo fase, deprivación sueño empeora síntomas.

T- Tiempo para sí misma: pasatiempos, conectar con otros

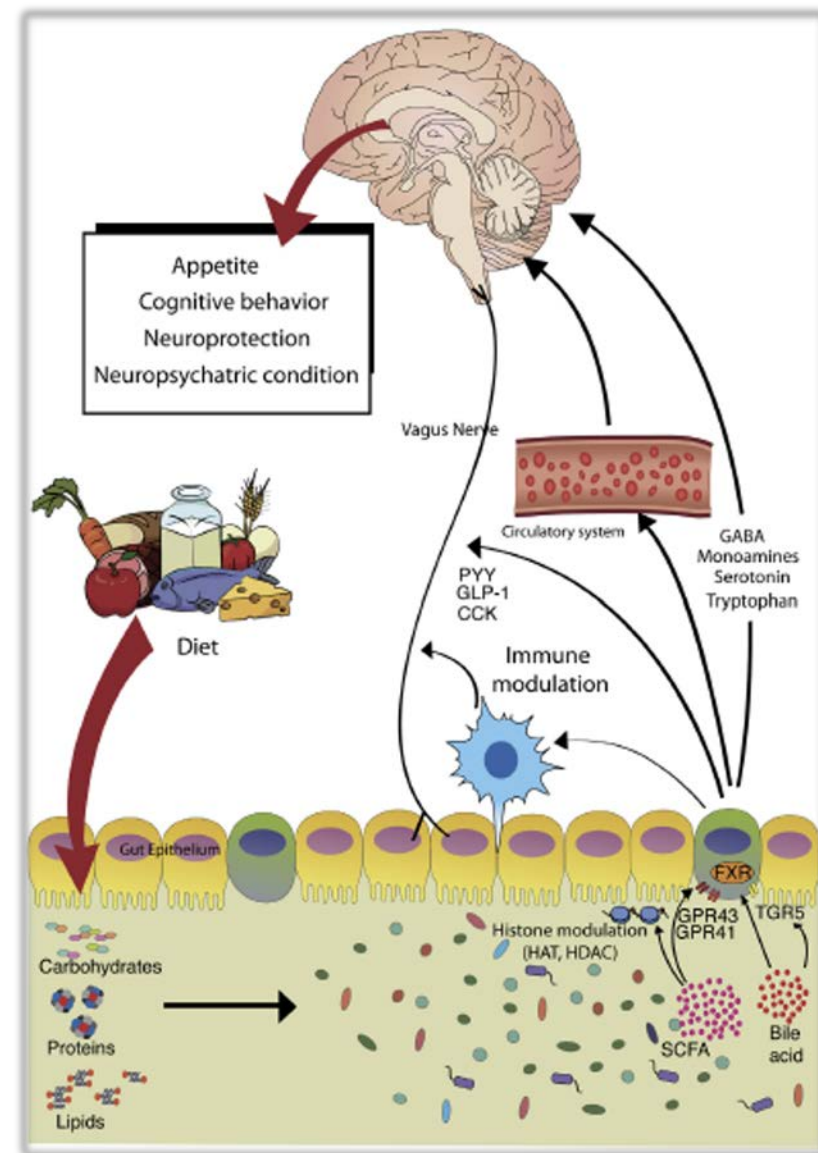
S- Soporte psicosocial y práctico: para disminución de estresores y apoyo nocturno.





NEST-S: Nutrición

- Autocuidado: en embarazo o posparto es difícil hidratarse y comer suficiente o saludable
- dieta mediterránea: antiinflamación
- Multivitamínicos (lactancia)
- Nutraceuticos (PUFAs, NAC, Magnesio, vitamina D)
- Omega 3 - PUFA: modula niveles de BDNF e induce respuesta antiinflamatoria, posible rol en Trastornos Ansiosos
- NAC: posible efecto potenciador de ISRS en TOC refractario
- Magnesio: rol modulador de receptor GABA
- Vitamina D: efecto neuroprotector.
- Probióticos o alimentos fermentados a través de modulación de microbiota → efecto en eje intestino-cerebro (Gut- Brain Axis)





NEST-S Ejercicio

- Dificultad de tener tiempo en período perinatal.
- Autocuidado
- Estudios muestran efecto positivo de ejercicio aeróbico en depresión, ansiedad y TOC
 - Mejora ánimo y niveles de energía
 - Reduce estrés y ansiedad
 - Induce mejor calidad de sueño
 - Reduce tensión muscular y promueve sensación de relajación
 - Oportunidad de conocer otras madres y crear redes
- En pandemia y cuarentena:
 - A través de videos, tutoriales, videollamadas
 - Establecer rutina de ejercicio diario en la mañana y al sol





NEST-S: Sueño

- Embarazo normal: cambios en el patrón de sueño
- Posparto normal: múltiples despertares nocturnos y dificultad para dormir en el día.
- En TOC se observa alteración de ciclo circadiano (retardo de fase el más común) lo que empeora procesamiento cognitivo, y produce aumento de pensamientos repetitivos negativos y
- Círculo vicioso: ansiedad dificulta conciliación de sueño
- La privación de sueño puede gatillar o empeorar síntomas anímicos preexistentes
- Objetivo: lograr 4 horas de sueño continuo nocturno como mínimo (apoyo de red)





NEST-S: Tiempo para sí misma

- Escaso sobre todo en el posparto
- Aprender a desaprender la culpa (“hay tanto que hacer y yo leyendo”)
- Tener tiempo para actividades placenteras es parte del autocuidado.
- Síntomas obsesivos “ocupan espacio disponible”. Mantenerse ocupada puede ser estrategia para disminuir pensamientos intrusivos.

More Ideas for taking time for yourself:	
Taking a bath	Drinking tea from a real teacup
Resting with your cozy blanket	Petting your cat or dog
Noticing the change of seasons	Eating popcorn
Planting flowers	Sitting in the sun
Applying scented lotion	Rocking in a rocking chair
Keeping a journal	Listening to a favorite cd
Reading	Looking at old photographs
Eating a warm mug of soup	Reading your old diaries
Contacting an old friend	Letting someone hold you
Browsing in a favorite store	Enjoying a moment of silence
Watching a movie	Daydreaming
Lighting a candle	Picking berries
Feeding ducks	Watching the sunset
Doing some exercises	Painting or drawing a picture
Sitting in a place of worship	Going for a walk
Browsing in the library	Practicing relaxed breathing. You may also want to read more about relaxed breathing and progressive muscle relaxation. See Module 4, pages 60 & 62.



NEST-S: Soporte - Apoyo

- Apoyo emocional: sentirse acompañada y no juzgada al desahogarse o contar temores
- Apoyo práctico:
 - Disminuir estresores: apoyo doméstico, compras, apoyo con otros hijos
 - Lograr suficiente descanso nocturno (turnarse con el padre)
- Apoyo social: Conversar con otras madres, compañía, derribar mitos (todas pensamos esas cosas a veces)





TOC y COVID: Recomendaciones

La OMS ha puesto énfasis en medidas de prevención como la distancia física, el lavado de manos frecuente y el aseo concienzudo de superficies. Esto puede impactar a población susceptible de presentar síntomas obsesivo compulsivos.

Guías Internacionales (Fineberg, 2020)

- Puede ocurrir reactivación de síntomas o empeoramiento de ellos
- Importancia de enfocarse en la resiliencia, en intervenciones que mantienen la calma, construyen comunidad y que sostienen la esperanza
- Tomar actitud compasiva y calmante
- Mantener contacto virtual (ideal videollamada para observar a paciente y entorno)
- Clarificar si síntomas son respuesta esperable y atingente a eventos estresantes o si es empeoramiento de TOC
- NO todos van a empeorar: foco es idiosincrático





TOC y COVID: Recomendaciones

- Evaluar exacerbación de comorbilidad (TEPT o depresión)
- Reforzar estrategias de coping: mindfulness, ejercicio, estructura diaria de actividades
- Evaluar consumo de TV y medios de comunicación: pueden exacerbar síntomas. Recomendar fuentes confiables de información y estructurar horario reducido de consumo.
- Usar farmacoterapia como primera línea, en vez de psicoterapia (ERP) para TOC con predominio contaminación/lavado/limpieza.
- Considerar ERP imaginaria, o cuando sea posible, usar realidad virtual
- ERP: se puede mantener en caso de síntomas obsesivos de daño, chequeo, simetría si el estado mental de la persona lo permite.
- Evaluar interacción farmacológica entre ISRS, antipsicóticos y antimaláricos/antivirales



Puntos Importantes

1-Trastorno obsesivo compulsivo es prevalente en el período perinatal, y difiere en su presentación del TOC no perinatal.

2- Pensamientos obsesivos angustiosos están presentes en la mayoría de madres y padres recientes: calmar, normalizar

3- TOCposparto debuta precozmente (< 4 semanas posparto)





Puntos Importantes

4- Demora en consultar → preguntar, tamizaje, psicoeducar

5- Poner atención en población de riesgo (menor edad, cesárea, depresión o ansiedad previa, TDP cluster C, TOC pre embarazo), evaluar medidas preventivas, planificar embarazos futuros

6- TOC perinatal no tratado tiene efectos importantes en la madre y su bebé

7- Existen tratamientos seguros y efectivos



¡Muchas gracias!





REFERENCIAS

- Frías, Á, Palma, C, Barón, F, et al. Obsessive-compulsive disorder in the perinatal period: Epidemiology, phenomenology, pathogenesis, and treatment. *Anales De Psicología/Annals of Psychology*. 2015;31(1):1-7.
- Buchholz, JL, Hellberg, SN, & Abramowitz, JS. Phenomenology of perinatal obsessive-compulsive disorder. In Biomarkers of Postpartum Psychiatric Disorders. *Academic Press*. 2020; 79-93.
- Sharma, V, & Sommerdyk, C. Obsessive–compulsive disorder in the postpartum period: diagnosis, differential diagnosis and management. *Women’s Health*. 2015;11(4):543-552.
- Russell, E. J., Fawcett, J. M., & Mazmanian, D. (2013). Risk of Obsessive-Compulsive Disorder in Pregnant and Postpartum Women. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(04), 377–385. doi:10.4088/jcp.12r07917
- Marchesi C, Ossola P, Amerio A, et al. Clinical management of perinatal anxiety disorders: A systematic review. *Journal Affect Disord*. 2016;190:543-550.
- Collardeau F, Corbyn B, Abramowitz J, et al. Maternal unwanted and intrusive thoughts of infant-related harm, obsessive-compulsive disorder and depression in the perinatal period: study protocol. *BMC psychiatry*. 2019;19(1):94.
- Payne JL. Psychopharmacology in pregnancy and breastfeeding. *Psychiatric Clinics*. 2017;40(2): 217-238
- Imágenes: freepik.com, unsplash



ENLACES DE INTERES

Recursos para evaluar medicamentos en contexto perinatal:

- NbN2: Neuroscience Based Nomenclature-2: <https://nbn2r.com/> y App (Google Play, iOS)
- MOTHERTOBABY: <https://mothertobaby.org/es/> y App
- Base de Datos LACTMED: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501922/>

Recursos para pacientes

- PSI www.postpartumsupport.net – línea de ayuda en inglés y español
- The Blue Dot Project
- Maternal OCD <https://maternalocd.org/>



DISCLAIMER

La información contenida en esta presentación es exclusivamente para uso personal de las alumnas y alumnos de esta formación. No debe ser subida a redes ni reenviada.

Gracias por respetar el trabajo de las autoras.