

Curso online

Psiquiatría perinatal

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



**Dirigido por
Ibone Olza**

inscripciones abiertas
saludmentalperinatal.es



Instituto Europeo de
Salud Mental Perinatal



Embarazo complicado, trastornos y contextos de riesgo en el embarazo

IBONE OLZA





Embarazo “complicado”

- Continuum salud enfermedad
- Medicalización del embarazo como riesgo psíquico
- Embarazo complicado
 - Complicaciones obstétricas
 - Complicaciones fetales
 - Otros trastornos de/en el embarazo:
 - Hiperémesis
 - Negación
 - TCA
- Contextos de alto riesgo:
 - Reproducción asistida
 - **Violencia de género**
 - **Embarazo subrogado**
 - Terminación embarazo





EMBARAZADA

- ¿Seguir o no?
- ¿Qué cuidados?
- ¿Con quien?
- Relación con los profesionales y la tecnología
- Medicalización. Contexto medicina defensiva (obstetricia)
- Bioética: toma de decisiones



CRITICA SOCIAL DE LA MEDICALIZACION DEL EMBARAZO

- Clasificación de riesgo “alto” o “bajo”. Antropólogas y sociólogas como Robbie Davis-Floyd y Barbara Katz Rothman señalan como la medicalización conlleva una pérdida de autonomía de la mujer y favorece el ser tratadas como meros contenedores
- Los hallazgos sugieren que el discurso sobre el riesgo sirve para controlar a las mujeres embarazadas y da como resultado miedo, culpa, sentimientos de ser juzgada o castigada y un abrumador sentido de responsabilidad personal para prevenir el parto prematuro

(MacKinnon 1996)

MEDICALIZACIÓN DEL PARTO (OMS)



Photo: Lieke Blancquaert

A pesar de los años de investigación, el concepto de "normalidad" en el trabajo de parto y el parto no es universal o estandarizado.

El modelo de atención predominante en muchas partes del mundo es aquel en el que un proveedor de salud controla el proceso de parto.

Ha habido un aumento sustancial en las últimas dos décadas en la aplicación de una gama de prácticas en el parto para iniciar, acelerar, terminar, regular o monitorear el proceso..

There is evidence that a substantial proportion of women undergo at least one obstetric intervention during labour and childbirth.

- + [LINK: INCREASING TREND IN CS RATES](#)
- + [LINK: WITHIN COUNTRY INEQUALITY IN CS](#)
- + [LINK: INTERVENTIONS IN LOW-RISK WOMEN](#)

La medicalización del proceso de parto tiende a socavar la capacidad de la mujer para dar a luz y afecta negativamente su experiencia en el parto.

Healthy pregnant women continue to be subjected to ineffective and potentially harmful routine labour interventions such as perineal shaving, enema, amniotomy, intravenous fluids, antispasmodics, and antibiotics for uncomplicated vaginal births.



CUIDAR EL LENGUAJE

- Los resultados señalan que clasificar a las embarazadas como de “riesgo” les afecta negativamente. Stahl y Hundley, 2003.

Midwifery. 2003 Dec;19(4):298-309.

Risk and risk assessment in pregnancy - do we scare because we care?

Stahl K¹, Hundley V.

Author information

Abstract

OBJECTIVE: To assess whether being labelled 'high-risk' affects women's psychosocial state in pregnancy.

DESIGN: Prospective, cross-sectional, non-experimental, case-control study.

SETTING: a large city in Germany.

PARTICIPANTS: Women between 22 and 41 weeks gestation were identified at antenatal classes and invited to participate in the study. Of the 147 women who were given a questionnaire, 82% (122) responded but only 75% (111) were eligible for inclusion in the study. Of these 111 women, 57 were classified as 'labelled high-risk' and 54 as 'no-risk' according to the risks documented in their antenatal records.

MEASUREMENTS: Women's psychosocial state was assessed using a validated, anonymous, self-completed questionnaire, the Abbreviated Scale for the Assessment of Psychosocial State in Pregnancy (Goldenberg et al. 1997). Analysis of covariance (ANCOVA) was performed to test the effect of the risk label on psychosocial state. The effect of other variables, such as parity or education, was also tested.

FINDINGS: The effect of the risk label on psychosocial state after adjusting for age was statistically significant ($R(2)=0.07$, $F=7.59$, $df=1$, $p=0.001$). No significant differences were found for the other independent variables. The data showed that a large number of women had one or more risk factors and that 71% were booked for obstetrician-led care. A high variability in obstetrician's documentation of women's risk factors was also found.

CONCLUSION: The data suggest that labelling women to be 'at risk' may negatively affect their psychosocial state. The findings highlight the need to re-evaluate the risk catalogue in the German antenatal record (Mutterpass) as well as the German maternity guidelines (Mutterschaftsrichtlinien). Although this study was conducted within the German system of antenatal care, the findings raise questions about the effects of risk labelling in maternity care wherever it is practised. Further research is needed to assess women's psychosocial state in a more representative sample, to explore women's experiences and satisfaction with the practice of risk assessment and to investigate the reasons for the high variability in documenting women's risk factors.



*Estoy de 20+1 y como a vosotras, al ir a hacerme el doppler en la semana 20 en la S.Social, me han dicho que mi niña **tiene quistes de plexos coroideos bilaterales** (uno en cada lado) no se tamaño ni nada, mi triple screening fue buenísimo y tampoco me han mencionado nada de amnio ni a mi se me ha ocurrido preguntarlo, casi me da algo porque de toda la explicación solo he oído "quistes" cabeza "malformación" y "síndrome de Edwards"..... y he entrado en barrena.*

*Para ser **justos la ginecóloga ha sido muy clara y me ha dicho que no le de vueltas**. Además para colmo de males la postura de mi bebé hacía imposible verle la cara y su morfología ni el corazón... Por lo que me han de volver a citar en el plazo de una semana. he llegado atacadísima, llorado, y en contra de todas las recomendaciones me he puesto a leer.*

*Quiero daros las GRACIAS a todas las que habéis puesto aquí vuestros mensajes y experiencias, porque me habéis animado muchísimo... **desde las 14h mirando por internet y no he encontrado ni un solo caso con un mal final...** Prometo dejar por aquí el seguimiento de mi caso, para que al igual que me habéis reconfortado a mi, sirva para otras.*



Efecto “nocebo” (Michel Odent)



- Riesgos efecto NOCEBO: ANTENATAL “SCARE”
 - Care: cuidados
 - Scare: amenaza, daño

Constantemente recibo llamadas telefónicas de mujeres embarazadas que se encuentran en estado de ansiedad, incluso de pánico, tras una visita de control prenatal.

- Las consecuencias del miedo yatrogénico no se nombran ni por lo tanto se ven



ALIMENTACION “SEGURA”

http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/para_el_consumidor/ampliacion/alimentacion_segura_embarazo.htm



Algunos consejos nutricionales

Es esencial seguir una alimentación variada y equilibrada durante el embarazo. Algunas pautas sencillas para lograrlo son:

- Realiza de 4 a 5 comidas al día (incluye un desayuno completo ya que debe ser la comida que aporte un mayor potencial calórico (compuesto por lácteos, frutas y cereales), una comida no muy abundante, una merienda ligera, cena pronto (puedes tomar una pieza de fruta o un lácteo antes de acostarte) y evita picar entre horas.
- Aumenta el consumo de frutas y hortalizas, para cubrir la mayor necesidad que tiene tu organismo en esta etapa de vitaminas y minerales.
- Come pescado 3-4 veces a la semana (principalmente pescado azul), ya que aporta ácidos grasos omega-3 y otros nutrientes esenciales, necesarios para el buen desarrollo del feto.
- Bebe al menos 2,8 litros de agua al día (de 8 a 10 vasos). Los alimentos también te aportan agua.
- Consume con moderación fritas así como alimentos ricos en grasas y azúcares.
- Modera el consumo de sal.

Para más información

http://www.aecosan.msssi.gob.es/AECOSAN/web/para_el_consumidor/ampliacion/alimentacion_segura_embarazo.htm



Alimentación segura durante el embarazo

consejos básicos para 40 semanas de tranquilidad



**MÁS AGUA
MÁS FRUTAS Y VERDURAS
MÁS PROTEÍNAS**

La gestante consume más energía que nunca, así como el bebé. Si el consumo de alimentos restringido, el bebé puede tener un menor peso al nacer y un mayor riesgo de complicaciones.



CONSEJOS BÁSICOS PARA 40 SEMANAS DE TRANQUILIDAD

Es importante tomar unas medidas básicas de higiene y evitar el consumo de ciertos alimentos para prevenir riesgos que, aunque poco frecuentes pueden tener consecuencias negativas para el feto o la mujer gestante.

Recuerda estas normas básicas de manipulación higiénica de los alimentos:

- Lávate las manos con jabón y agua caliente, al menos durante 20 segundos, antes y después de manipular los alimentos, tras contactar con cualquier material sucio (pañales, residuos, animales) y especialmente después de usar el cuarto de baño.
- Las manos, las superficies y los utensilios de cocina utilizados se deben lavar a fondo después de manipular carne, pescados, aves de corral, frutas y vegetales no lavados y cualquier otro alimento crudo.
- Guarda los alimentos cocinados en el frigorífico el menor tiempo posible y mantenlos en recipientes cerrados, separados y lejos de los quesos y los alimentos crudos. Si los compras ya cocinados respeta la fecha que se indica en la etiqueta.
- Asegúrate de que tu frigorífico mantiene la temperatura correcta (4°C o menor).
- Cuando utilices un horno microondas, presta atención a las instrucciones del

Alimentos que debes evitar durante el embarazo

- Grandes peces como el pez espada, el tiburón, el atún rojo o el lucio.
- Leche cruda y quesos frescos o de pasta blanda (Brie, Camembert, tipo Burgos o quesos latinos, mozzarella y quesos azules) si en la etiqueta no dice que estén hechos con leche pasteurizada. Quesos rallados o loncheados industriales. Quita la corteza de todos los quesos.
- Frutas y hortalizas crudas que no se hayan pelado o lavado y desinfectado previamente (incluyendo ensaladas embolsadas y las consumidas fuera de casa).
- Brotes crudos (soja, alfalfa,...)
- Huevos crudos o preparaciones elaboradas con huevo crudo (salsas y mayonesas caseras, mousses, merengues y pasteles caseros, tiramisú, helados caseros, ponches de huevo...)
- Carne cruda o poco hecha (carpaccios).
- Productos cárnicos loncheados envasados. Estos alimentos sí pueden consumirse después de cocinarse a más de 71°C (en croquetas, rehogados, pizzas...)
- Si no estás inmunizada frente a la toxoplasmosis (consulta a tu médico) evita el consumo de productos cárnicos crudos curados (chorizo, salchichón, salami, jamón curado...).
- Patés que se vendan refrigerados.
- Pescado crudo (tipo "sushi", "sashimi", ceviche, carpaccios), pescado ahumado refrigerado o marinado así como ostras, almejas o mejillones crudos.
- Sándwiches envasados y otros alimentos preparados que contengan vegetales, huevo, carne, fiambres, pescado y derivados.
- Consume sólo zumos recién exprimidos o zumos envasados pasteurizados.
- No tomes bebidas alcohólicas.



- El **screening prenatal conlleva tomar una serie de decisiones en un tiempo limitado** y se ofrece a todas las mujeres como parte de los cuidados maternos, sin basarse en una decisión consciente por parte de las mujeres, lo que crea un problema ético. Este problema debería recibir atención especial por parte de los que desarrollan, aplican y deciden introducir estas prácticas en los sistemas de salud. (Santalahti, 1998)

- <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953697100387>





CRITICA FEMINISTA: Bárbara Katz Rothman

Si existen los tests, las mujeres sienten que tienen que usarlos o sino, no estarán dando a sus hijos “el mejor cuidado posible” si se desarrollan nuevas tecnologías, sentimos que tenemos que usarlos, o no estaremos cumpliendo las expectativas...

Nos vemos obligadas a hacer los tests, a tener sólo bebés que serán sanos, a darles el parto que nos digan...Perdemos el derecho a recorrer otros caminos.



Embarazo complicado: aspectos psíquicos

- Complicaciones obstétricas
- Complicaciones fetales
- Contextos de alto riesgo:
 - Reproducción asistida
 - Violencia de género
 - Embarazo subrogado
 - Terminación embarazo



COMPLICACIONES EMBARAZO OMS

- Rotura prematura membranas
 - Parto prematuro
 - Placenta previa
 - Embarazo prolongado
 - Infección durante embarazo
-
- Fuente: Biblioteca OMS
http://apps.who.int/rhl/pregnancy_childbirth/complications/es/



Voces de madres

- *Estoy embarazada de 24 semanas, en la semana 18 se me rompió la bolsa y perdí casi todo el líquido amniótico. El pronóstico era muy malo ya que el bebé no estaba preparado para sobrevivir, pero tengo un bebé luchador con muchas ganas de vivir...a día de hoy estamos los 2 bien, pero me paso mucho tiempo ingresada y cuando estoy en casa en la cama.*
- *Llevo días con sangrados y los médicos me dicen que es normal. Tengo muchísimo miedo y estoy muy angustiada por la situación, a veces pienso que puede salir bien y otras no. Ya son muchas semanas con la bolsa rota, ¿alguna mamá ha pasado por algo parecido?*



Women's Experience of Hospitalized Bed Rest During High-Risk Pregnancy.

- Las mujeres describieron la batalla que peleaban todos los días por la vida de sus hijos por nacer. Utilizando una imaginación de guerra, surgieron tres categorías:
- (a) la guerra dentro
- (b) pelear cada batalla
- (c) traer refuerzos.

Maloni JA1, Kutil RM. Antepartum support group for women hospitalized on bed rest. MCN Am J Matern Child Nurs. 2000 Jul-Aug;25(4):204-10.



¿INTERVENCION APOYO AL REPOSO EN EMBARAZO CON BOLSA ROTA?

**Sobrevivir
al reposo
absoluto**



- Apoyo psicológico
 - Cuidados: enfermería
 - Psicoterapia
 - AYUDA EXPRESAR Ambivalencia
-



DIAGNOSTICO FETAL

- Complejidad situaciones
- Diferentes reacciones
- **Temporalidad** marcada por limite IVE
- Angustia: Los hombres y las mujeres en el grupo de estudio tuvieron niveles significativamente más altos de angustia psicológica (Kaasen)
- El **distrés psicológico se predijo por la edad gestacional en el momento de la evaluación, la gravedad de la anomalía fetal y la ambigüedad** con respecto al diagnóstico o al pronóstico. Kaasen 2010

[BMC Pregnancy Childbirth](#), 2013 Jul 12;13:147. doi: 10.1186/1471-2393-13-147.

Paternal psychological response after ultrasonographic detection of structural fetal anomalies with a comparison to maternal response: a cohort study.

[Kaasen A](#), [Helbig A](#), [Malt UF](#), [Naes T](#), [Skari H](#), [Haugen GN](#).



Prenat Diagn. 2016 Jul;36(7):662-71. doi: 10.1002/pd.4836. Epub 2016 Jun 3.

Prenatal counselling for congenital anomalies: a systematic review.

Marokakis S¹, Kasparian NA^{1,2}, Kennedy SE^{1,3}.

Author information

Abstract

OBJECTIVE: Prenatal diagnosis of fetal anomalies may arouse fear, anxiety and distress in parents, and counselling may assist parents to cope with the diagnosis. This systematic review aimed to (1) synthesise the evidence on the impact of non-genetic, prenatal counselling after fetal diagnosis of a congenital anomaly on parental knowledge and psychological adjustment and (2) identify parents' preferences for the timing and format of counselling.

METHOD: Five electronic databases were systematically searched to identify studies assessing prenatal counselling provided to parents after prenatal diagnosis of one or more structural congenital anomalies. Data were extracted using predefined data forms, according to the preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses guidelines, and synthesised.

RESULT: Twenty four articles were included for review; most articles reported results of retrospective surveys and the quality of included studies was variable. Only three studies assessed parental anxiety, and each reported a significant decrease in anxiety following prenatal counselling. Parents expressed a preference for counselling on all aspects of their baby's anomaly as soon as possible after prenatal diagnosis, and desired written, visual and web-based information resources, and support group contacts.

CONCLUSION: Although prenatal counselling reduced parental anxiety, further research is needed to adequately assess the impact of prenatal counselling on other psychological outcomes. © 2016 John Wiley & Sons, Ltd.

Los padres expresaron su preferencia por **asesoramiento sobre todos los aspectos de la anomalía de su bebé tan pronto como sea posible** después del diagnóstico prenatal, los recursos de información escritos y en webs, y los contactos del grupo de apoyo.



ATENCIÓN AL DIAGNOSTICO PRENATAL EMBARAZO COMPLICADO

- Cuidado con el **lenguaje**
- Atención a **comunicación no verbal**
- Procurar siempre **acompañamiento a la gestante**, que puede estar en shock
- Contención emocional
- Sostener la incertidumbre
- La importancia del autocuidado
- SUPERVISIÓN
- CON EL CORAZÓN (PENSAMIENTO ECOSISTÉMICO)



Otras enfermedades médicas y embarazo

- Diabetes
- HTA
- Alt. Tiroideas
- Enf. Cardiovascular, autoinmune, etc
- Epilepsia
- ETS
- TCA
- 1 de cada 1000 mujeres embarazadas será diagnosticada con algún tipo de cáncer (los más comunes son de mama, melanoma, cervical, leucemia, tiroides, colon, linfoma Hodgkin y no Hodgkin).
- Los cánceres que afectan a las mujeres embarazadas no son más agresivos que los que afectan a las mujeres que no están embarazadas. Es por esto que **no es necesario, por norma general, interrumpir el embarazo**
<https://cordis.europa.eu/project/id/875174/es>



PREGNANCY & CANCER

POSMAT



**What is the rare
morning sickness condition
hyperemesis gravidarum?**

HIPEREMESIS GRAVIDICA

No existe consenso acerca de la definición de la enfermedad, pero la mayoría de las definiciones incluyen:

- Vómitos severos persistentes en ausencia de otras patologías que los expliquen con pérdida ponderal importante (superior al 5% del peso inicial).



HIPEREMESIS GRAVÍDICA

- Prevalencia: afecta a 0,3-2%
- Causa más frecuente de ingreso hospitalario en primer trimestre de embarazo. Segunda más frecuente en todo el embarazo
- Riesgos: pérdida de peso (> 5% del peso corporal), deshidratación, hipopotasemia o acidosis
- Diagnóstico diferencial: gastroenteritis, colecistitis, pielonefritis, hiperparatiroidismo primario y la disfunción hepática
- Relacionado co HCG



Etiología hiperémesis

- Significado evolutivo de las náuseas en embarazo:
 - Protección fetal. Margie Profet.
 - Estimulo hipocalórico para crecimiento placentario
- Causas psíquicas, según los clásicos es un trastorno psicossomático:
 1. Teorías psicoanalíticas que describen a la hiperémesis como un trastorno de conversión o somatización.
 2. Incapacidad de la madre para reaccionar a las tensiones excesivas de la vida.
 3. Incremento de la susceptibilidad de la madre a ciertas sensaciones, que da como resultado vómitos como reacción condicionada.



HIPEREMESIS GRAVÍDICA

- Ansiedad y estrés disminuyen conforme ceden las náuseas.
- Cuadro autolimitado.

Peng Chiong Tan, Syeda Nureena Zaidi, Noor Azmi, Siti Zawiah Omar, Su Yen Khong. Depression, Anxiety, Stress and Hyperemesis Gravidarum: Temporal and Case Controlled Correlates. PLoS One. 2014; 9(3): e92036.

- Se ha relacionado con las alergias alimentarias y con llevar dieta restrictiva antes de embarazo (Mullin 2012)
- Si persiste en segundo trimestre más riesgo de patología placentaria



Tratamiento HIPEREMESIS GRAVÍDICA

- Clásicamente se pensaba en causa psicológica: rechazo embarazo
- **Tratamiento clásico:** Aislamiento completo, rehidratación y medicación antiemética
 - *“el tratamiento inicial debería ser el aislamiento casi total: la paciente debe ser hospitalizada en una habitación en penumbra, sin contactos externos, es decir, ni visitas, ni teléfono, ni televisión ni prensa. En este contexto, será rehidratada, realimentada y tratada con perfusión de líquidos*
 - *“El tratamiento con aislamiento se corresponde con la posibilidad de evitar una interrupción involuntaria del embarazo, entre otros aspectos, fuera de la presión familiar, y contribuye a la posibilidad de elaboración de maniobras ambivalentes fuertes, sin reclamar necesariamente la interrupción de la gestación”*
 - *Disminución prevalencia, coincide con aborto libre “las mujeres de los países occidentales se benefician de una mayor libertad de palabra que en el pasado, con lo que se activa la ambivalencia en la consideración del embarazo: **la palabra puede, así, sustituir al síntoma**”*



1. ¿Cómo se siente usted?
2. ¿Cuándo comenzaron los vómitos?
3. ¿Cuándo tuvo conciencia de su gestación?
4. ¿Cuál es la fecha probable de parto?
5. ¿Es ésta su primera gestación?
6. Si no lo es, ¿cómo transcurrió su primer embarazo?
7. ¿Ha vomitado?
8. ¿Cómo ha aceptado esta primera gestación?
9. ¿Cuál es su edad, su oficio?
10. ¿Cómo se siente cuando está embarazada?
11. Esta gestación ¿está controlada?
12. ¿Cómo ha reaccionado su cónyuge al anuncio de este embarazo?
13. ¿Cómo son, actualmente, las relaciones con su cónyuge?
14. ¿Cómo ha reaccionado la familia ante este embarazo?
15. ¿Cómo es la calidad de las relaciones con su familia?
16. ¿Acepta su familia la relación conyugal y, en la misma, este embarazo?
17. ¿Tuvo vómitos su madre en las gestaciones?
18. ¿Tiene usted hermanas y hermanos?
19. ¿Tuvo su madre, en los embarazos, vómitos mientras los atendía?
20. ¿Ha perdido, su madre, algún bebé, algún hijo? ¿Antes o después de su nacimiento?
21. ¿Tiene usted recuerdos? ¿Cuáles?
22. ¿Tiene particulares angustias por su embarazo o por su parto o por el recién nacido?
23. ¿Qué le transmite su madre sobre el embarazo o el parto?
24. Con anterioridad a los vómitos de esta gestación, ¿había observado si tenía tendencia a éstos?
25. Si la respuesta es sí, ¿en qué momento?
26. ¿Tiene un hijo con tendencia al vómito?
27. Si la respuesta es sí, ¿en qué momento?
28. ¿Tiene apetencia especial por ciertos alimentos?
29. Si la respuesta es sí, ¿cuáles?

Martínez del Val y col
Aproximación psicológica a la
hiperémesis gravídica. Clínica e
Investigación en Ginecología y
Obstetricia, Vol. 32. Núm.
4. Páginas 157-171 (Julio 2005)



Tratamiento Hiperémesis

- TRATAMIENTO MÉDICO: HIDRATACION, NUTRICION
- TRATAMIENTO PSICOTERAPEUTICO: escasa evidencia (Emami-Sahebi A, Elyasi F, Yazdani-Charati J, Shahhosseini Z. Psychological interventions for nausea and vomiting of pregnancy: A systematic review. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2018;57(5):644-649.
- MIRTAZAPINA

[Arch Gynecol Obstet.](#) 2005 Oct;272(4):298-300. Epub 2005 Oct 13.

Mirtazapine use in resistant hyperemesis gravidarum: report of three cases and review of the literature.

Guclu S¹, Gol M, Dogan E, Saygilli U.

[+](#) Author information

Abstract

BACKGROUND: Hyperemesis gravidarum is a serious health problem for the fetus and the mother. Effective treatment regimens are obscure in patients with severe symptoms. Our aim was to use mirtazapine in hyperemesis gravidarum patients who failed to respond to conventional anti-emetic drugs.

CASES: Three pregnant women who had severe hyperemesis gravidarum. All patients had dehydration, ketonuria, hypokalemia, and weight loss. All failed to respond to conventional anti-emesis treatment regimens, such as metoclopramide and promethazine. All patients had mirtazapine 30 mg/day within the intravenous fluid support approximately for 1 week. All responded to mirtazapine within 24 h and were able to resume diet within a few days after the initiation of treatment. None of these pregnant women had any disturbing symptoms of emesis throughout the pregnancy and had healthy newborns.

CONCLUSION: Mirtazapine seems to be an effective treatment modality in patients with severe hyperemesis gravidarum who do not respond to conventional anti-emesis treatment regimens. Larger-scaled studies should be performed to show the effectiveness of mirtazapine in pregnant women with severe hyperemesis gravidarum who may request pregnancy termination.

PMID: 16007504 [PubMed - indexed for MEDLINE]

INSTITUTO EUROPEO DE SALUD MENTAL PERINATAL



Asociación británica apoyo hiperémesis

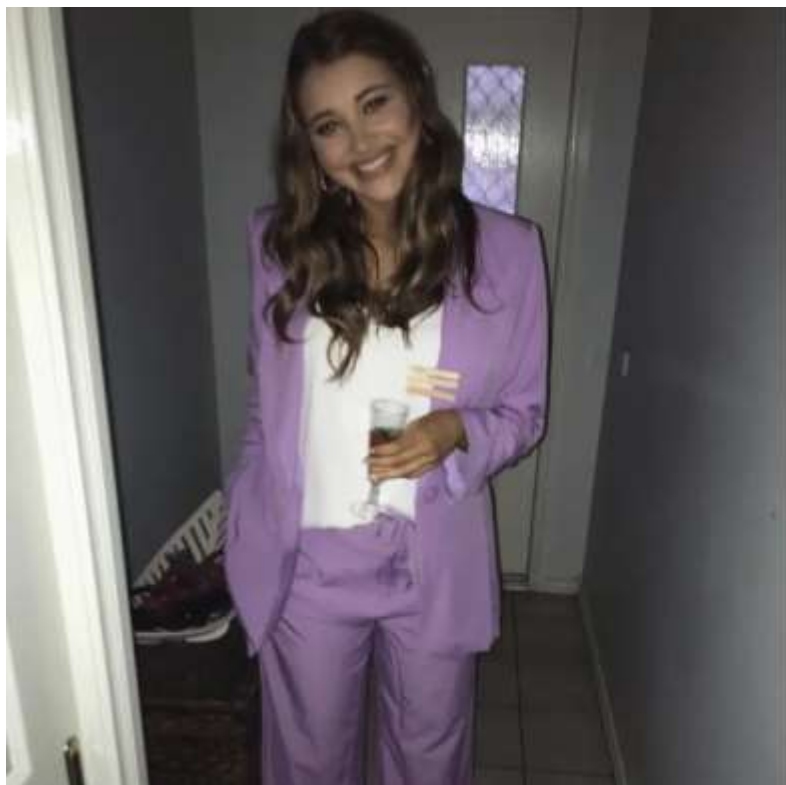
<http://www.hyperemesis.org/>

The screenshot shows the homepage of the HER Foundation website. At the top, there is a browser address bar with the URL www.hyperemesis.org/. Below the browser bar, the website header features the HER Foundation logo on the left, which includes a circular emblem with a pregnant woman and the text "HYPEREMESIS EDUCATION & RESEARCH" and "WWW.HELPER.ORG". To the right of the logo, the text "HER Foundation" is displayed in large, bold letters, with "Pioneers in HG Education and Research" underneath. Further right, there are navigation links for "About HER" and "Media Center", a search bar, and a language selection dropdown menu set to "Seleccionar idioma". Below the header, there are three main navigation buttons: "For Mothers", "For Family & Friends", and "For Healthcare Professionals". A dark purple navigation bar contains links for "Get Help Now", "About Hyperemesis", "Support Forums", "BlogHER", "Research", and "Contact Us". The main content area features a large banner with a pregnant woman's belly on the left. The banner text reads: "AWARENESS" in bold, followed by a quote: "Calling HG morning sickness is like calling a hurricane a little rain." attributed to Jeremy King, Co-founder. The HER Foundation logo and name are repeated on the right side of the banner.



NEGACIÓN DEL EMBARAZO

<https://www.washingtonpost.com/health/2019/11/14/no-morning-sickness-no-bump-model-says-she-didnt-know-she-was-pregnant-until-giving-birth/>





NEGACIÓN EMBARAZO

- DIFERENTE DE LA OCULTACIÓN
- MECANISMO DISOCIATIVO , EN ALGUNOS CASOS (MAS RARO) PSICOSIS



Negación del embarazo

NACIMIENTO SORPRESA

Una mujer da a luz en Bilbao sin saber que estaba embarazada

«Fui al baño de la piscina; cuando me agaché y la oí llorar, pensé: ¡Ay Dios!», dice la mujer de 38 años tras parir en el vestuario del polideportivo de Zorroza

29.04.12 - 16:37 - AINHOA DE LAS HERAS | BILBAO

Comenta esta noticia |

Twitter 55

G+ 4

Compartir

Recomendar 39

13 votos



Marta López no sabía que estaba embarazada. Ni náuseas, ni vómitos, ni contracciones, «ni tripa»... Asegura que en estos meses ha tenido la menstruación, «no tan abundante, pero siempre a últimos de mes», aunque ahora cree que se trataba de las pérdidas que suelen sufrir algunas mujeres en estado. La mujer, de 38 años y madre de otras dos niñas -Ziortza, de 8, y Aizea, de 12- acudió con sus hijas y su marido a la piscina del polideportivo de Zorroza el pasado miércoles por la tarde. Toda la familia es abonada. El padre, Juan Carlos Hernández, de 41 años, que tampoco era consciente de que iba a tener otro bebé, había alquilado un campo para jugar a fútbol con sus amigos de cuatro a cinco, como suele hacer habitualmente. Después del partido, también se dio un baño.

Alrededor de las seis y media de la tarde, cuando recogían sus cosas para ir a casa, la vida les dio un vuelco. Marta entró con las niñas en el vestuario femenino. Antes de darse una ducha, fue al baño porque sentía retortijones. «Tenía ganas de hacer de cuerpo y salió», resume la mujer en la habitación del hospital de Basurto donde está ingresada desde entonces. «Me agaché y entonces la oí llorar, y pensé: ¡Ay Dios!».

El padre, «desencajado»

Marta cogió a la pequeña entre sus brazos y la puso en su regazo. Avisó a su hija mayor y Aizea fue corriendo a buscar a su padre, que las esperaba en la puerta del vestuario porque «tardaban en salir». «Me quedé blanco, no íbamos a por ella», dice Juan Carlos. El padre y las niñas rompieron a llorar «a moco tendido» en una mezcla de «susto y sorpresa». «Desencajado», Juan Carlos pidió ayuda en el mostrador del polideportivo. «¿Sabéis el número de Urgencias? mi mujer acaba de tener un niño en el



Marta López muestra a la pequeña Naiara. A la derecha, una auxiliar señala el lugar del parto / Luis Calabor

NOTICIAS RELACIONADAS

- El primer niño nacido en un polideportivo
- [Video](#): Los padres explican cómo fue el parto



El padre, «desencajado»

Marta cogió a la pequeña entre sus brazos y la puso en su regazo. Avisó a su hija mayor y Aizea fue corriendo a buscar a su padre, que las esperaba en la puerta del vestuario porque «tardaban en salir». «Me quedé blanco, no íbamos a por ella», dice Juan Carlos. El padre y las niñas rompieron a llorar «a moco tendido» en una mezcla de «susto y sorpresa». «Desencajado», Juan Carlos pidió ayuda en el mostrador del polideportivo. «¿Sabéis el número de Urgencias?, mi mujer acaba de tener un niño en el aseo del vestuario de la piscina», les anunció aún incrédulo. A partir de ese momento, todo el centro deportivo se volvió loco. «Unos corrían para acá, otros para allá», dice Alfredo, el operario de control.

Nagore, la auxiliar, llamó al 112 mientras mandaba a buscar a Josu, el socorrista de la piscina, y avisaba para que habilitaran un vestuario para los niños que acababan en ese momento sus cursillos. El polideportivo «estaba lleno de madres que esperaban la salida de sus hijos». Josu recibió instrucciones por teléfono de una doctora. Debían atar un nudo en el cordón umbilical que unía al bebé y a la madre, «a tres centímetros del ombligo», nunca cortarlo. Algunas usuarias que querían ayudar a la parturienta pedían a gritos unas tijeras, pero este método hubiera supuesto un gran peligro. Los empleados del centro rescataron unas zapatillas del armario de objetos perdidos y sacaron los cordones; «como Indiana Jones», sonríen ahora.

Finalmente, una de las mujeres cogió un «gancho del pelo» y lo colocó en el cordón como les habían indicado. Marta seguía sentada en la taza del váter con la pequeña en los brazos. La niña «intentaba cogerle el pecho» a su madre. Casi inmediatamente después de nacer, Naiara ya mamaba.

La escena sobrecogió a todos los presentes. «Fue precioso, la niña era tan pequeñita, pero tan bonita, la madre estaba estupenda, todo salió estupendo», se alegra Nagore. «No os preocupéis que la dos están bien», tranquilizó la auxiliar al padre y las niñas. En ese momento aparecieron familiares de la pareja, que se echaron a llorar. «No sabíamos nadie que estaba embarazada, ni ella». Cuando llegaron los sanitarios de una ambulancia de Osakidetza colocaron una sábana en la puerta del baño, cortaron el cordón umbilical y ofrecieron a las dos los primeros cuidados postparto. Desde la recepción se escuchaba el llanto del bebé. Los sanitarios recogieron la placenta, ayudaron a la madre a sentarse en una silla de ruedas y las trasladaron hasta el hospital de Basurto, donde esta misma mañana recibirán el alta.

Naiara: 2,7 kilos y 46 cm

Las hermanas de la pequeña, aún impactadas, eligieron el nombre. Se llama Naiara y pesó al nacer 2,76



<http://www.eldiariomontanes.es/20120429/mas-actualidad/sociedad/bano-piscina-cuando-agache-201204291637.html>

«**Ha sido totalmente diferente a los otros dos embarazos**, que fueron partos normales», recuerda. «**Me he librado de pruebas, de todo**», se felicita. Ziortza tiene ocho años y «ya lo habíamos tirado todo, no pensábamos tener más hijos». De momento, han recibido la ayuda de «amigos y conocidos», que al enterarse de la buena nueva les han regalado «una cuna y un cochecito».

«No teníamos nada, nos ha pillado... ni ropita», dice Juan Carlos. Naiara es «buenilla». Tiene mucho pelo y apenas llora, aunque «por la noche querrá jarana», teme la madre. De momento, no les está dando malas noches.



NEGACIÓN DEL EMBARAZO: AFRDGD

afrdg.info Accueil Médias Témoignages Témoigner Un déni de grossesse, c'est quoi ?

Association Française pour la Reconnaissance du Déni de Grossesse, 28 rue Bertrand de Born 31000 TOULOUSE

DÉNI DE GROSSESSE 99 HISTOIRES VÉCUES

Témoignages

Parution des actes du 3ème colloque français sur le déni de grossesse

Nuage de mots clés



NEGACIÓN DEL EMBARAZO

- 1/475 pregnancies are denied to 20 weeks, and 1/2455 may go undiagnosed to delivery.
- Estudio alemán: 1 in 475 (0.21%). > que rhesus haemolytic (1 in 1000) o rotura uterine (1 in 1500). Austria 1 de 400 (0.25%) y USA: **1 in 516** births (0.19%).⁹

Kenner WD¹, Nicolson SE². **Psychosomatic disorders of gravida status: false and denied pregnancies.** Psychosomatics. 2015 Mar-Apr;56(2):119-28.



Negación Psicótica

R E G U L A R A R T I C L E

Psychotic Denial of Pregnancy: Legal and Treatment Considerations for Clinicians

Melissa Nau, MD, H. Eric Bender, MD, and Judith Street, MD

The authors examine the legal questions raised by the involuntary medical and psychiatric treatment of a patient with psychotic denial of pregnancy. A case is presented, and psychotic denial of pregnancy is defined. Legal cases are reviewed that set precedent for state intervention on behalf of either the pregnant mother or the fetus when the mother refuses care. Included are specific cases that have a bearing on the rights of pregnant women with co-morbid mental illness. A distinction is made between cases in which the mother is competent versus incompetent to make treatment decisions, and particular attention is paid to California law. The authors conducted systematic Westlaw and LexisNexis searches of relevant case law and legal precedent. Laws that address the rights of pregnant women are complex, and courts have allowed medical interventions against objection in cases of both competent and incompetent mothers. No clear legal precedent was found to guide decision-making in the specific case of a woman with psychotic denial of pregnancy. The principles of substituted judgment and best interest may help guide clinicians in making decisions about the treatment of pregnant patients in the absence of clear legal precedent.

J Am Acad Psychiatry Law 39:31–9, 2011

INSTITUTO EUROPEO DE SALUD MENTAL PERINATAL



Riesgos negación embarazo

- Complicaciones obstétricas
- Prematuridad
- Neonaticidio
- En un estudio de seis casos la morbilidad materna fue significativa

[Schultz MJ](#)¹, [Bushati T](#)¹. Maternal physical morbidity associated with denial of pregnancy. Aust N Z J Obstet Gynaecol. 2015 Jul

- **Tratamiento:**
 - Psicosis
 - Disociación /Trauma
 - Protección: políticas sociales



PREVENCIÓN DE NEONATICIDIO



- Evidencia de que el parto anónimo lo previene
- LA EXPERIENCIA AUSTRIACA.
- CLAUDIA KLIER.



Neonaticidio y parto anónimo (Austria)

Grylli C,... Klier, CM 2015 AWMH

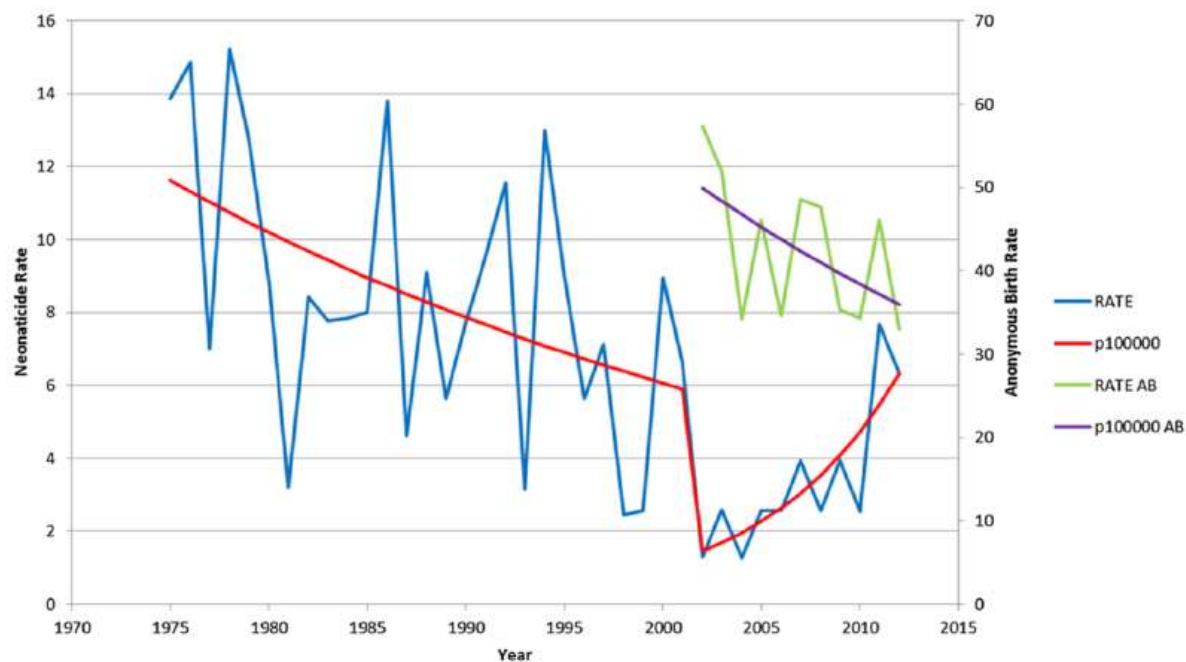


Fig 1 Neonaticide and anonymous birth rates (1975–2012 and 2002–2012, respectively) versus Poisson regression rates. Neonaticides: observed rates (RATE), obtained by Poisson regression (p100000); anonymous birth: observed rates (RATE AB), obtained by Poisson regression (p100000 AB)



TCA y embarazo

- 11,5% embarazadas según algunos estudios





TCA y embarazo

- Detección
- Alta prevalencia de casos no diagnosticados:
 - TCA atípicos
 - “pregorexia”
- Psicoeducación y nutrición (Carmen Bayo)
- Seguimiento conjunto. Riesgo obstétrico y neonatal.

Arnold C, Johnson H, Mahon C, Agius M. The effects of eating disorders in pregnancy on mother and baby: a review. *Psychiatr Danub.* 2019;31(Suppl 3):615-618.

Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer-Brody S. Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2016;49(3):260-275. doi:10.1002/eat.22483





Riesgos TCA embarazo

- embarazo no planificado
- aborto espontáneo
- mala nutrición durante el embarazo
- CIR
- depresión posparto y ansiedad
- Menos lactancia en pacientes con anorexia nervosa

Kimmmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer-Brody S.
Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders.
Int J Eat Disord. 2016;49(3):260-275. doi:10.1002/eat.22483



consideraciones

- Dificultad diagnóstico y detección
- Cuidado con el manejo del peso
- La dificultad emocional experimentada al tener un trastorno alimentario durante el embarazo, pero también apuntan a oportunidades de intervención y una aceptación continua del cambio de imagen corporal.

Fogarty S, Elmir R, Hay P, Schmied V. The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-ethnographic study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):121.

Claydon EA, Davidov DM, Zullig KJ, Lilly CL, Cottrell L, Zerwas SC. Waking up every day in a body that is not yours: a qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):463.



SALUD MENTAL PERINATAL

CUADERNOS DE

MEDICINA PSICOSOMÁTICA Y PSIQUIATRÍA DE ENLACE
REVISTA IBEROAMERICANA DE PSICOSOMÁTICA

Psicoterapia integradora de trastornos de la conducta alimentaria durante el embarazo

Integrative psychotherapy of eating disorders during pregnancy

Inés García del Castillo¹, Ibone Olza Fernández²

Recibido: 31/05/12

Aceptado: 01/03/13

n



Preguntas sugeridas en cada visita

- What is your current eating pattern? Are you restricting your dietary intake? Do you binge? Do you vomit or take laxatives after eating?
- How do you feel about your shape and weight?
- What is your weight? Are you gaining weight appropriately?
- What is your mood like? Do you feel low or anxious?
- What exercise are you taking? Are you exercising too much?

- [Veronica Bridget Ward](#), Eating disorders in pregnancy. *BMJ*. 2008 Jan 12; 336(7635): 93–96.



Evaluación de Conductas riesgo: Conducta alimentaria

- *Preguntar de forma abierta por el patrón de alimentación así como por los cambios en hábitos alimentarios tras el embarazo:*

“¿Cómo te ves en tu cuerpo?, ¿Cómo te sientes respecto a tu figura y peso?”

“¿Qué ejercicio estas haciendo?, ¿has aumentado el ejercicio o disminuido en este tiempo de embarazo?”

“¿Qué has cambiado en tu alimentación?”

“¿eres de comer mucha cantidad en momentos de ansiedad o de estrés?,

“¿pasas muchas horas sin comer y luego te entra mucho apetito y te cuesta medirte?”

“¿recurre a laxantes o a vomitar tras comer en exceso?”



TRATAMIENTO TCA EMBARAZO

- MULTIDISCIPLINAR
- PSICOEDUCACIÓN MUY IMPORTANTE (Dra. Carmen Bayo)
- PSICOTERAPIA IMPRESCINDIBLE



PSICOEDUCACION TCA EMBARAZO

Chart Title: Where the Weight Gain Comes From, Week by Week

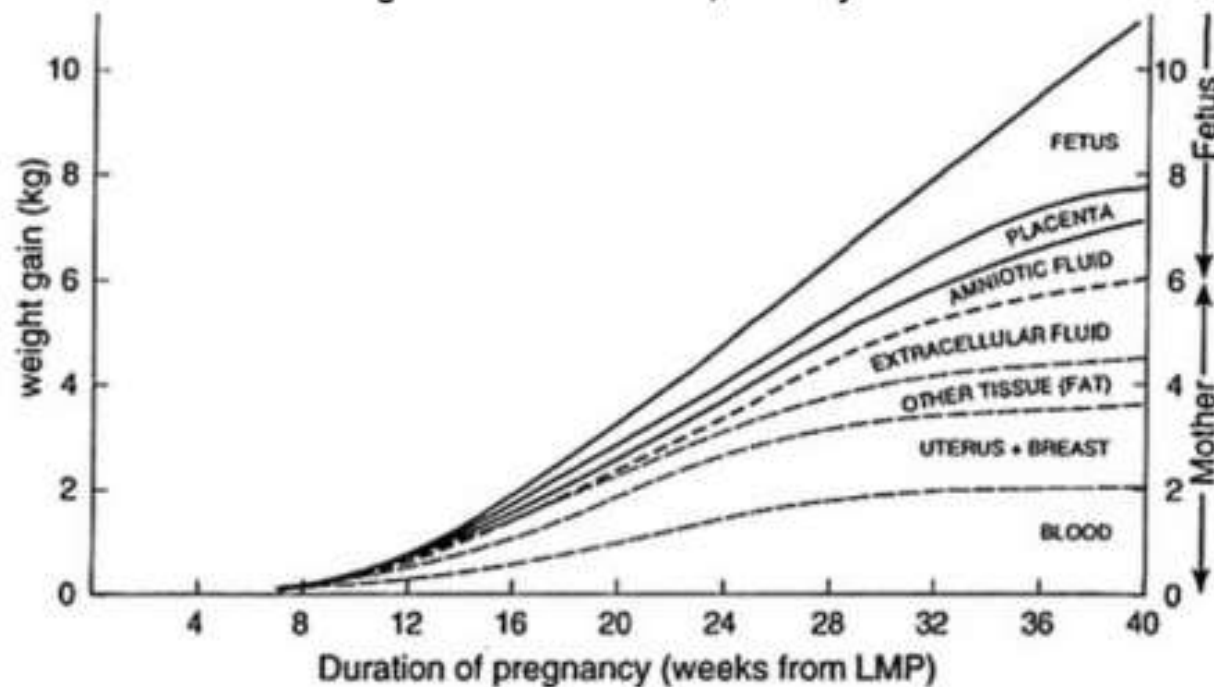


FIGURE 3-3 Components of gestational weight gain.

NOTE: LMP = last menstrual period.

SOURCE: Pitkin, 1976. Nutritional support in obstetrics and gynecology. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 19(3): 489-513. Reprinted with permission.





https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/317739/TWO_FOR_THE_PRICE_OF_ONE.pdf

TWO FOR THE PRICE OF ONE

The impact of body image during pregnancy and after birth

by Susie Orbach and Holli Rubin



https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/317739/TWO_FOR_THE_PRICE_OF_ONE.pdf

Model diversity

Try to ensure that your workplace has images of happy, healthy-looking women who are different sizes and shapes, such as these:





“CONTEXTOS DE RIESGO” en embarazo

- **VIOLENCIA DE GENERO:**
 - Frecuente realidad subyacente a ansiedad en embarazo y a complicaciones obstétricas
 - Con frecuencia no se detecta ni se atiende
- **GESTACION SUBROGADA**



SOCIEDAD

Casi una de cuatro embarazadas sufre violencia por parte de su pareja

ABC | Día 15/12/2014 - 14:45h

► El 21% de las mujeres sufrieron violencia emocional y el 3,6% violencia física o sexual durante la gestación



y > Obstetrics & Gynecology > Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica > Vol 93 Issue 10

AOGS
ACTA Obstetrica et Gynecologica  Scandinavica

Main Research Article

Intimate partner violence against Spanish pregnant women: application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors

Castro Velasco¹, Juan D. Luna², Aurelia Martín³, Africa Caño⁴ and Stella Martín-de-las-Heras⁵

Article first published online: 6 AUG 2014

DOI: 10.1111/aogs.12459

© 2014 Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology

Issue



Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica
Volume 93, Issue 10, pages 1050-1058, October 2014



Violencia durante el embarazo.



«Después de saber que estaba embarazada, el cambió. No más palabras dulces y amables... Me pegaba y me tiraba cosas. Hasta quiso matarme. Una vez levantó una mesa y me la aventó... Sobreviví. Esa misma noche nos peleamos. Utilizó una escoba para golpearme varias veces. Tenía moretones por todas partes. Tuve un dolor intenso, como nunca antes había sentido... »

Mujer entrevistada en Tailandia



SCREENING VIOLENCIA GENERO (C.VELASCO)



 Dialnet

[Buscar](#) | [Revistas](#) | [Tesis](#) | [Congresos](#)

Violencia durante el embarazo en mujeres que dan a luz en hospitales públicos de Andalucía

Autores: [María Casilda Velasco Juez](#)

Directores de la Tesis: [Aurelia Martín Casares](#) (codir. tes.), [Stella Martín de las Heras](#) (codir. tes.)

Lectura: En la [Universidad de Granada](#) (España) en 2015

Idioma: español

Tribunal Calificador de la Tesis: [Teresa Magalhães](#) (presid.), [Miguel Lorente Acosta](#) (secret.), [Montserrat Solsona](#) (voc.), [Antonio Frías Osuna](#) (voc.)

Materias:

- o [Ciencias medicas](#)
 - [Ciencias clínicas](#)
 - [Ginecología](#)
 - [Salud publica](#)

Tesis en acceso abierto en: [DIGIBUG](#) 

Resumen

La violencia contra las mujeres es una muestra de las desigualdades existentes entre hombres y mujeres, es una violación de los derechos humanos y un grave problema de salud pública que afecta a la salud y el bienestar de millones de mujeres en el mundo. Esta violencia puede ser física, sexual y/o emocional ejercida por parte de sus parejas masculinas. Cuando la violencia ocurre en edad reproductiva, se considera en todo el mundo como una causa de muerte e incapacidad importante. Puede aparecer durante el embarazo y el parto o alrededor de este periodo, con consecuencias no solo para la mujer, sino también para el bebé no nacido. Este tipo de violencia, es reconocido como un factor de riesgo importante para la salud de las madres y para los malos resultados perinatales y del recién nacido.



Estudio de Andalucía

Las mujeres que padecen **infecciones del tracto urinario y las vaginales** durante el embarazo tienen mayor probabilidad de reportar violencia periembarazo

Así como las mujeres que **fuman durante el embarazo.**

El tener una relación sin compromiso o con compromiso (sin estar casadas) y el no convivir exclusivamente con su pareja fueron factores de riesgo. Las mujeres que tenían una relación sin compromiso tuvieron más riesgo de no desear su embarazo.

Las mujeres que realizan un **insuficiente control de embarazo** tienen mayor probabilidad de sufrir violencia física. El no deseo del embarazo fue un factor de riesgo.

No desearon el embarazo el 15.3% de las mujeres, estas tuvieron más riesgo de sufrir violencia global y emocional medida con ambos instrumentos.



Consecuencias en los bebés en el estudio de Andalucía

Las mujeres que tienen un **parto pretérmino** tienen mayor probabilidad de sufrir violencia. Una relación sin compromiso fue un factor de protección

Las mujeres que **no realizan lactancia materna precoz** tienen mayor probabilidad de sufrir violencia periembrazo. El bebé de bajo peso o si precisa reanimación, así como que la mujer esté sin trabajo y fume durante el embarazo, fueron factores de riesgo para la no lactancia materna precoz





CRIBADO SISTEMÁTICO V.G en embarazo (C.Velasco Juez)

Revisión historia clínica, **antecedentes dolores pélvicos, vaginitis**

Comportamiento de la mujer: desconfianza, intimidada en presencia de pareja, miedo vergüenza o temor a que se descubra maltrato

Conducta pareja: demasiado solícita, no la deja a solas, responde por ella, hostil

Entrevistar a solas, escucha empática sin juzgar, Preguntar sobre maltrato solo a solas.

Registrar en Historia Clínica

Informar de recursos disponibles 016 y otros



Propuesta para un cribado sistemático de violencia de género en embarazo. Pasos previos a la entrevista

(Velasco et.al., 2014)

- Revisar la **historia clínica** y descartar:
 - Episodios de violencia pasados o recientes ya identificados
 - Antecedentes de dolores pélvicos o vaginitis
- **Observar el comportamiento** de la **mujer** (desconfianza, miedo, vergüenza...)
- Observar el comportamiento de su **pareja**
 - responde por ella
 - No dejarla acudir sola a ninguna entrevista/prueba
 - hostilidad en sus preguntas
 - Ser crítico con sus respuestas
 - exceso de solicitud....

Tabla 1. Cuestionario sobre maltrato

1. ¿Ha sufrido abusos físicos o psicológicos por su pareja o por alguien cercano a usted?

Sí No

2. Durante el último año, ¿le han pegado, empujado, dado puñetazos o patadas, le han hecho daño físicamente o de alguna otra manera?

Sí No

Si ha respondido sí, ¿quién?

1. Marido. 2. Ex marido. 3. Novio. 4. Ex novio. 5. Desconocido. 6. Otro (*especificar*) _____

¿Cuántas veces? _____

3. Desde que está embarazada, ¿le han pegado, empujado, dado puñetazos o patadas, le han hecho daño físicamente o de alguna otra manera?

Sí No

Si ha respondido sí, ¿quién?

1. Marido. 2. Ex marido. 3. Novio. 4. Ex novio. 5. Desconocido. 6. Otro (*especificar*) _____

¿Cuántas veces? _____

4. Durante el último año, ¿fue forzada a tener relaciones sexuales?

Sí No

Si ha respondido sí, ¿quién?

1. Marido. 2. Ex marido. 3. Novio. 4. Ex novio. 5. Desconocido. 6. Otro (*especificar*) _____

¿Cuántas veces? _____

5. ¿Tiene miedo de su marido o de alguna de las personas indicadas anteriormente?

Sí No



Que no debemos hacer

“¿Por qué no te vas de casa?”

“¿Qué le has hecho para que se enfade?”

“¿Por qué vuelves con él?”

“A mí nunca me pasaría algo así”

“¿Tú le has dicho algo para que se enfade tanto?”

“Vuelve a tu casa, seguro que se le pasa”

GESTACIÓN “SUBROGADA”

5 Pasos para crear tu familia



Contacto

Llámanos o reserva una consulta gratis por Skype

1



Tomar una decisión

Prepárate para tomar una decisión que te embarcará en la mejor y más bonita aventura de tu vida

2



Firma

Al recibir vuestra firma nos comprometemos a realizar tu sueño, gestionado por un excelente equipo médico y legal

3



Esperar y mantener una actitud positiva

La clave del éxito es mantener una actitud positiva, nosotros nos encargamos del resto

4



Amor

La alegría de ser padres a llegado a tu vida, finalmente podrás disfrutar del amor puro que une a padres e hijos

5

[Ver más](#)

Offline



- Welcome
- Surrogacy Process
- Estimated Fees & Costs
- Frequently Asked Questions
- View Sample Surrogate Profile
- View Available Surrogates Now
- Parent Testimonials
- Traveling to California
- Resources and Links
- Expert's Corner
- Intended Parent Blog
- Ready to get started?
- Parent Application
- Births and Pregnancies

SAMPLE SURROGATE PROFILE



Applicant ID # 001289

Iniciar sesión

Phone: +91 - 965 - 039 - 9770



CAUCASIAN EGG DONORS

WELCOME TO NEW LIFE INDIA FERTILITY CLINIC!

New Life India is a part of New Life Global Network Group that successfully operate in Georgia, Ukraine, Estonia, Armenia, Israel and India.

New life India is the only European owned clinic in India with a world-renowned team of Doctors,

Informe de la Relatora Especial sobre la venta y la explotación sexual de niños, incluidos la prostitución infantil, la utilización de niños en la pornografía y demás material que muestre abusos sexuales de niños

Nota de la Secretaría

En su informe, preparado de conformidad con las resoluciones 7/13 y 34/16 del Consejo de Derechos Humanos, la Relatora Especial sobre la venta y la explotación sexual de niños, incluidos la prostitución infantil, la utilización de niños en la pornografía y demás material que muestre abusos sexuales de niños, ofrece una reseña general de las actividades que ha realizado desde su anterior informe, presentado al Consejo en marzo de 2017. En el informe también figura un estudio temático sobre la gestación por sustitución y la venta de niños, así como recomendaciones sobre la manera de hacer efectiva la prohibición de la venta de niños y prevenir que esta tenga lugar.

INFORME ONU ENERO 2018

También cunden la “inquietud” y la preocupación por que ***“la práctica de contratar a madres gestantes de Estados con economías emergentes para que den a luz a hijos de aspirantes a progenitor más adinerados de otros Estados I”***

Las redes comerciales internacionales de gestación por sustitución pasan de una jurisdicción a otra en función de los cambios de la legislación. De hecho, ***“a veces la fecundación in vitro y la transferencia embrionaria tienen lugar en un Estado, tras lo cual la madre de alquiler se traslada a un segundo Estado para dar a luz, mientras que el aspirante o aspirantes a progenitor proceden de un tercer Estado”***.

INFORME ONU: EJEMPLOS DE PRÁCTICAS ABUSIVAS

- “el empleo de madres de alquiler de la India y Tailandia por delincuentes de Australia e Israel condenados por delitos sexuales,
- el empleo por un hombre japonés adinerado de 11 madres de alquiler que dieron a luz a 16 niños en Tailandia y la India,
- el abandono de un recién nacido con discapacidad gestado en un vientre de alquiler en Tailandia
- y el abandono o venta de recién nacidos “sobrantes” gestados en vientres de alquiler y nacidos en partos de mellizos en la India.

Las redes comerciales de gestación por sustitución trasladan a madres de alquiler de un país a otro, a veces cuando están embarazadas, para eludir la legislación nacional; en un caso, las autoridades tailandesas descubrieron y liberaron a 15 mujeres vietnamitas, a raíz de lo cual se presentaron cargos por trata de personas en el contexto de un plan de criadero de bebés.”

A TENER EN CUENTA EN LA SUBROGACIÓN

1. Como afecta el embarazo a la salud mental materna.
2. Como afecta la experiencia en el útero y el ambiente prenatal a la salud mental del bebé
3. El efecto del tipo de parto y nacimiento
4. Posparto y lactancia

Emotional experiences in surrogate mothers: A qualitative study

*Hoda Ahmari Tehran¹ M.Sc., Shohreh Tash² M.Sc., Nahid Mehran³ M.Sc., Narges Eskandari⁴ Ph.D.
Candidate., Tahmineh Dadkhah Tehrani³ M.Sc.*

1. *Research Center for Medicine and Religion, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.*
2. *Fertility and Infertility Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.*
3. *Faculty of Nursing and Midwifery, Qom University of Medical Sciences, Qom, Iran.*
4. *Faculty of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Science, Tehran, Iran*

Abstract

Background: Surrogacy is one of the new techniques of assisted reproduction technology in which a woman carries and bears a child for another woman. In Iran, many Shia clerics and jurists considered it permissible so there is no religious prohibition for it. In addition to the risk of physical complications for complete surrogate mothers, the possibility of psychological complications resulted from emotional attachment to a living creature in the surrogate mother as another injury requires counseling and assessment prior to acceptance by infertile couples and complete surrogate mothers.

Objective: The purpose of this study was to assess the emotional experiences of surrogate mothers.

Materials and Methods: This was a qualitative, phenomenological study. We selected eight complete surrogate mothers in Isfahan. We used convenient sampling method and in-depth interview to collect the information. The data analysis was fulfilled via Colaizzi's seven-stage method. Reliability and validity study of the roots in the four-axis was done.

Sentimientos hacia el embarazo

- Todas las participantes afirmaron que **intentaron no tener sentimientos maternales hacia el bebé en su útero**
- Todas se había preocupado enormemente por la salud del bebé. Miedo a que se complicara algo o a perderlo y no recibir los ingresos.
- *“Tenía mucho miedo a que el bebé fuera retrasado, y entonces no lo fueran a querer y tuviera que quedármelo yo: ¿qué iba a ser de mi con un bebé retrasado?”*
- *Mucho miedo a perderlo en un aborto y no ganar el dinero.*
- *“No cubrieron todos mis gastos”*

Relación con la familia

- *“Mi marido dejó de tener relaciones conmigo...No me dijo porque pero me imaginé que era por miedo a dañar al bebé. Me molestó mucho pero me aguanté para no molestarle...”*
- *“No supe que decirle a mi hija pequeña. Me preguntaba a menudo: Mamá: ¿me vas a traer un hermano o una hermana? No fui capaz de decirle nada”.*
- *“Tenía miedo a que lo supiera el resto de la familia. Nosotros no teníamos mas hijos por dinero, ¿qué iba a decir si me preguntaban? Mi marido me decía que les dijera que había sido un accidente...”*

4

Surrogate mothers

Olga B.A. van den Akker

Middlesex University, London, UK

Clinical vignette

A 42-year-old mother of three children with low educational and occupational achievements has presented to her general practitioner with symptoms of anxiety and depression relating to her last pregnancy. She is unable to disclose the reasons for her symptoms, and does not reveal she has been a surrogate mother some seven years previously until she meets with the psychiatrist. During the psychiatric consultation she reveals that her husband is the only person in her immediate family who has been aware of the surrogate pregnancy. He was in favor of her doing this for an infertile couple in return for reasonable expenses approximating £10,000. However, because they both felt they would be judged by others around them, they had agreed to keep this a secret from everyone. Upon delivery of the baby, the mother came home alone to their other children and claimed she had suffered a neonatal death. She now believes the decision to hide the surrogate arrangement was the wrong thing to do, and fears the consequences if the truth came out. Her anxiety about the implications of the sympathy she (wrongly) received led to the prolonged depression.

CASO CLINICO

Surrogacy: outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families—a systematic review

**Viveca Söderström-Anttila^{1,*}, Ulla-Britt Wennerholm², Anne Loft³,
Anja Pinborg⁴, Kristiina Aittomäki⁵, Liv Bente Romundstad⁶,
and Christina Bergh⁷**

¹Väestöliitto Clinics, Fertility Clinic, Helsinki, Olavinkatu 1b, 00100 Helsinki, Finland ²Department of Obstetrics and Gynaecology, Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska Academy, Gothenburg University, Sahlgrenska University Hospital, Östra (East) SE-416 85 Gothenburg, Sweden

³Fertility Clinic, Section 4071, Copenhagen University Hospital, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, DK-2100 Copenhagen, Denmark ⁴Department of Obstetrics and Gynaecology, Hvidovre Hospital, Institute of Clinical Medicine, Copenhagen University Hospital, Copenhagen, Denmark

⁵Department of Medical Genetics, Helsinki University Central Hospital (HUCH), 00029 HUS, Helsinki, Finland ⁶Spiren Fertility Clinic, Trondheim NO-7010, Norway and Department of Public Health, Norwegian University of Science and Technology, Trondheim, Norway ⁷Department of Obstetrics and Gynaecology, Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska Academy, Gothenburg University, Reproductive Medicine, Sahlgrenska University Hospital, SE-413 45 Gothenburg, Sweden

*Correspondence address. Väestöliitto Clinics, Fertility Clinic, Helsinki, FIN-00100 Helsinki, Finland.
E-mail: viveca.soderstrom-anttila@vaestoliitto.fi

Submitted on July 21, 2015; resubmitted on September 13, 2015; accepted on September 21, 2015

Resultados obstétricos

-cinco estudios que informaron complicaciones del embarazo. Los estudios incluyeron entre 8 y 133 partos después de la subrogación, de un total de **284 partos**.

- Los trastornos hipertensivos en el embarazo (3,2 y el 10%) y la placenta previa / desprendimiento de placenta entre el 1,1 y el 7,9% de los embarazos únicos.. Tasas más altas en gemelares (Parkinson et al., 1998; Dar et al., 2015).

-**Se informaron tres casos de histerectomías**. Los motivos de la histerectomía fueron la atonía uterina, la placenta acreta y la ruptura uterina. Dos de estas tres complicaciones ocurrieron en embarazos múltiples. **Tres histerectomías de 284 partos**

Soderstrom-Anttila, V., Wennerholm, U. B., Loft, A., Pinborg, A., Aittomaki, K., Romundstad, L. B., & Bergh, C. (2016). Surrogacy: Outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families-a systematic review. *Human Reproduction Update*, 22(2), 260-276.

Resultados neonatales

-Los estudios de cohortes incluyeron en total 1308 niños, mientras que la serie de casos incluyó un total de 271 niños.

La edad gestacional promedio fue de 37,2 semanas en comparación con 37,7 semanas para los fetales individuales de FIV y 37,4 semanas para los fetos individuales de OD. La tasa de embarazos múltiples fue 2.6-75.0%

Soderstrom-Anttila, V., Wennerholm, U. B., Loft, A., Pinborg, A., Aittomaki, K., Romundstad, L. B., & Bergh, C. (2016). Surrogacy: Outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families-a systematic review. *Human Reproduction Update*, 22(2), 260-276.

Se niega a abortar a trilliza

http://sfglobe.com/2015/12/16/surrogate-mom-refuses-biological-parents-demand-to-abort-one-of-their-triplets/?src=bc7_47866&t=syn

THE SAN FRANCISCO GLOBE

Friday, June 30, 2017 | 11:43 undefined | iPhone App | Android App

SIGN IN / SIGN UP



Surrogate mom refuses biological parents' demand to abort one of their triplets

By STACEY MATTISH | June 4, 2017

A 26-year-old surrogate mom is being told to abort one of the babies she is carrying.

2. Cómo afecta la experiencia en el útero y el ambiente prenatal a la salud mental del bebé subrogado

- a. Teoría de la programación fetal y neurodesarrollo
- b. Psiquismo prenatal MADRE NO SE VINCULA, DESAPEGO, ¿Cómo AFECTA ESO?
- c. Vínculo prenatal

Mélanie Dandurand :

“Disfruté mucho del embarazo,
aunque **nunca** sentí una conexión maternal”

http://internacional.elpais.com/internacional/2017/02/20/actualidad/1487608787_068654.html

3. Efecto del tipo de parto y nacimiento en subrogación

- a. Partos medicalizados, inducidos
- b. Mas prematuridad, mas inmadurez
- c. Efecto del nacimiento para el bebé
- d. Consecuencias en posparto inmediato de:
 - a. Complicaciones obstétricas y prematuridad
 - b. Separación madre bebé

¿Quién LES CUIDARÁ?¿CÓMO?

RIESGOS PARA LA GESTANTE

VIOLENCIA DE GÉNERO

EMBARAZO DE RIESGO

TRASTORNO MENTAL PERINATAL: ANSIEDAD /DEPRESION EMBARAZO

PARTO INTERVENIDO/MEDICALIZADO

DUELO POSPARTO

TRASTORNO PUERPERAL

SUBROGACION PARA EL BEBÉ = SUMA DE PERDIDAS

FALTA DE VÍNCULO EN EMBARAZO

ESTRÉS MATERNO EN EMBARAZO

EXPOSICION TÓXICOS

PREMATURIDAD

PARTO PROGRAMADO /INDUCIDO/ CESAREA

SEPARACION NEONATAL INMEDIATA + PERDIDA PIEL CON PIEL

PERDIDA LACTANCIA /RIESGOS LACTANCIA ARTIFICIAL

PERDIDA MATERNA = MUERTE/DUELO

MADRE/PADRE DIFICULTAD TRANSICIÓN

PERDIDA ORIGEN/IDENTIDAD



BJOG

An International Journal of
Obstetrics and Gynaecology

DOI: 10.1111/1471-0528.14195

www.bjog.org

Commentary

Surrogacy: a family-building option in search of legitimacy

Linlin Cui,^{a,b,c,d} Lei Li,^{a,b,c,d,e} Eli Y. Adashi,^f Zi-Jiang Chen^{a,b,c,d,g,h,*}

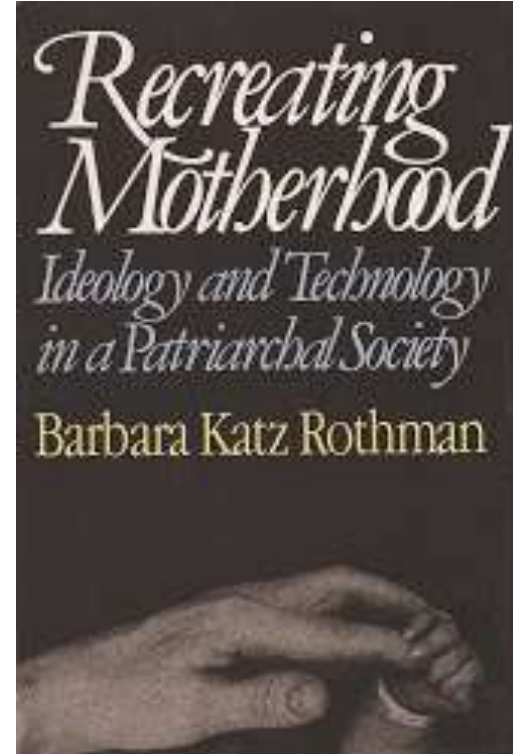
^a Center for Reproductive Medicine, Provincial Hospital Affiliated to Shandong University, Jinan, China ^b Key Laboratory for Reproductive Endocrinology of Ministry of Education, Jinan, China ^c Shandong Provincial Key Laboratory of Reproductive Medicine, Jinan, China

^d National Research Center for Assisted Reproductive Technology and Reproductive Genetics, Jinan, China ^e Department of Biological Sciences, University of Notre Dame, Notre Dame, Indiana, USA ^f The Warren Alpert Medical School, Brown University, Providence, Rhode Island, USA ^g Center for Reproductive Medicine, Ren Ji Hospital, School of Medicine, Shanghai Jiao Tong University, Shanghai, China

^h Shanghai Key Laboratory for Assisted Reproduction and Reproductive Genetics, Shanghai, China

*Correspondence: Dr Z-J Chen, Center for Reproductive Medicine, Provincial Hospital Affiliated to Shandong University, Jingliu Road 157, 250001 Jinan, China. Email chenzjiang@hotmail.com

Accepted 11 May 2016.



Rothman, B. K. (2014). The legacy of patriarchy as context for surrogacy: Or why are we quibbling over this? *The American Journal of Bioethics*, 14(5), 36-37.



PRINCIPALES REFERENCIAS

- Mackinnon, Karen & McIntyre, Marjorie. (2006). From Braxton Hicks to Preterm Labour: The Constitution of Risk in Pregnancy. *The Canadian journal of nursing research = Revue canadienne de recherche en sciences infirmières*. 38. 56-72.
- Stahl K, Hundley V. Risk and risk assessment in pregnancy - do we scare because we care?. *Midwifery*. 2003;19(4):298-309. doi:10.1016/s0266-6138(03)00041-x
- Maloni JA1, Kutil RM. Antepartum support group for women hospitalized on bed rest. *MCN Am J Matern Child Nurs*. 2000 Jul-Aug;25(4):204-10
- Kaasen A, Helbig A, Malt UF, Naes T, Skari H, Haugen GN. Paternal psychological response after ultrasonographic detection of structural fetal anomalies with a comparison to maternal response: a cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:147. Published 2013 Jul 12. doi:10.1186/1471-2393-13-147
- Marokakis, S., Kasparian, N. A., and Kennedy, S. E. (2016) Prenatal counselling for congenital anomalies: a systematic review. *Prenat Diagn*, 36: 662–671.
- Peng Chiong Tan, Syeda Nureena Zaidi, Noor Azmi, Siti Zawiah Omar, Su Yen Khong. Depression, Anxiety, Stress and Hyperemesis Gravidarum: Temporal and Case Controlled Correlates. *PLoS One*. 2014; 9(3): e92036.
- Martínez del Val y col Aproximación psicológica a la hiperémesis gravídica. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, Vol. 32. Núm. 4. Páginas 157-171 (Julio 2005)
- Emami-Sahebi A, Elyasi F, Yazdani-Charati J, Shahhosseini Z. Psychological interventions for nausea and vomiting of pregnancy: A systematic review. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2018;57(5):644-649.
- Rohde A, Dembinski J, Dorn C. Mirtazapine (Remergil) for treatment resistant hyperemesis gravidarum: rescue of a twin pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2003;268(3):219-221.
- Abramowitz A, Miller ES, Wisner KL. Treatment options for hyperemesis gravidarum. *Arch Womens Ment Health*. 2017;20(3):363-372.



PRINCIPALES REFERENCIAS

- Kenner WD¹, Nicolson SE². Psychosomatic disorders of gravida status: false and denied pregnancies. *Psychosomatics*. 2015 Mar-Apr;56(2):119-28
- Schultz MJ¹, Bushati T¹. Maternal physical morbidity associated with denial of pregnancy. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 2015 Jul
- Arnold C, Johnson H, Mahon C, Agius M. The effects of eating disorders in pregnancy on mother and baby: a review. *Psychiatr Danub*. 2019;31(Suppl 3):615-618.
- Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer-Brody S. Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2016;49(3):260-275.
- García del Castillo, I y Olza Fernández I. Psicoterapia Integradora de trastornos de la conducta alimentaria durante el embarazo". *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 2013, núm. 105, pág. 55-69 ISSN: 1695-4238
- Kimmel MC, Ferguson EH, Zerwas S, Bulik CM, Meltzer-Brody S. Obstetric and gynecologic problems associated with eating disorders. *Int J Eat Disord*. 2016;49(3):260-275.
- Fogarty S, Elmir R, Hay P, Schmied V. The experience of women with an eating disorder in the perinatal period: a meta-ethnographic study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):121.
- Claydon EA, Davidov DM, Zullig KJ, Lilly CL, Cottrell L, Zerwas SC. Waking up every day in a body that is not yours: a qualitative research inquiry into the intersection between eating disorders and pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018;18(1):463.
- Velasco, C., Luna, J. D., Martin, A., Caño, A., & Martin-de-Las-Heras, S. (2014). Intimate partner violence against spanish pregnant women: Application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica*, 93(10), 1050-1058.
- Soderstrom-Anttila, V., Wennerholm, U. B., Loft, A., Pinborg, A., Aittomaki, K., Romundstad, L. B., & Bergh, C. (2016). Surrogacy: Outcomes for surrogate mothers, children and the resulting families-a systematic review. *Human Reproduction Update*, 22(2), 260-276.
- Olza, I. Los aspectos médicos de la gestación subrogada desde una perspectiva de salud mental, holística y feminista. *Olza, I. Dilemata*, 28, 1-12.
- Rothman, B. K. (2014). The legacy of patriarchy as context for surrogacy: Or why are we quibbling over this? *The American Journal of Bioethics*, 14(5), 36-37.



DISCLAIMER

- Estas presentaciones son para uso exclusivo de las alumnas y alumnos del Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal. No pueden ser compartidas ni reenviadas ni mucho menos subidas a la red.
- Si deseas utilizar alguna parte con fines de docentes puedes hacerlo siempre y cuando cites la fuente (iboneolza@IESMP) y nos lo comuniques y/o envíes una copia del trabajo si es posible.
- Este trabajo forma parte de un libro en construcción por lo que te ruego seas especialmente cuidadosa con el mismo. Es el resultado de infinitas horas de estudio y trabajo. Si lo comparto es con el fin de facilitar la formación y el aprendizaje que en última instancia favorezca una mejor atención a las madres y los bebés.
- Gracias por tu interés y esfuerzo