

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA Basadas en la evidencia PARA LA PREVENCIÓN, EL CRIBADO Y EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO

VERSIÓN CORTA



Funded by
the European Union



RISEUP-PPD
Research Network
in Peripartum
Depression Disorder



**El documento completo de las
GUÍAS DE PRÁCTICA Basadas en la evidencia PARA LA PREVENCIÓN,
EL CRIBADO Y EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN PERIPARTO
está disponible en:**
<https://www.riseupDPP18138.com/clinical-practice-guidelines.html>

Esta publicación se basa en el trabajo de la COST Action Research Innovation and Sustainable Pan-European Network in Peripartum Depression Disorder (Riseup-DPP), CA18138, apoyada por COST (European Cooperation in Science and Technology).

Agradecimientos

Junta Directiva de la MARES: Jorge Osma, Jesús Cobo Gómez, Gracia Lasheras Pérez, Verónica Martínez Borba, Elena Crespo Delgado, Laura Andreu Pejó, Maria Giralt López, Gemma Parramon Puig, Cristina Sanz Pérez, Emma Motrico Martínez y Carmen Hernández Martínez.

La traducción de esta guía clínica ha sido posible gracias a la colaboración de la Sociedad Marcé Española para la Salud Mental Perinatal (MARES)



Estas guías se elaboraron para apoyar las decisiones sanitarias, orientando a los profesionales sobre las intervenciones basadas en la evidencia para apoyar la toma de decisiones compartida entre ellos y sus pacientes. Se trata de guías basadas en evidencia, fundamentadas en una revisión sistemática de la misma y en una evaluación de los beneficios y perjuicios de las distintas opciones terapéuticas y asistenciales. Por lo tanto, las recomendaciones deben considerarse dentro de los protocolos de intervención disponibles en la literatura, y en cierta medida descritos en

las secciones de síntesis bibliográfica. Sin embargo, las recomendaciones, aunque sean firmes, pueden no aplicarse a todas las circunstancias y a todas las pacientes. Asimismo, algunas recomendaciones podrían reflejar que existen dificultades en la accesibilidad y disponibilidad de los tratamientos psicológicos o resistencia de las mujeres a los tratamientos farmacológicos o psicológicos. Cabe destacar que las guías de práctica clínica no sustituyen al juicio clínico en el diagnóstico y la atención personalizada teniendo en cuenta las circunstancias específicas de cada paciente.



ÍNDICE

A. // Desarrollo de las guías	7
Ámbito de aplicación de las guías	7
¿Por qué se han elaborado estas guías?	7
Destinatarios de las guías	8
Desarrollo de las recomendaciones	9
B. // Introducción	13
Definición, prevalencia, impacto y coste de la depresión periparto	14
Definición de depresión periparto	14
Prevalencia e incidencia	14
Factores de riesgo de la DPP	15
Impacto de la DPP	17
C. // Recomendaciones para la práctica clínica: Lista sucinta de recomendaciones ..	20
D. // Resumen de las recomendaciones clínicas	39
Figura 1. Resumen de las recomendaciones clínicas para las intervenciones durante el embarazo	40
Figura 2. Resumen de las recomendaciones clínicas para las intervenciones en el puerperio	41
Figura 3. Árbol de decisiones clínica para la gestión de la DPP en entornos clínicos	42
E. // Observaciones finales	44
Anexo 1. . El Grupo de Desarrollo de Guías	46



Esta página se ha dejado en blanco intencionadamente



A.DESARROLLO DE LAS GUÍAS



A. // Desarrollo de las guías

Ámbito de aplicación de las guías

Estas guías pretenden sintetizar las pruebas actuales sobre las intervenciones para prevenir, detectar y tratar la depresión unipolar periparto (DPP). Las guías se dirigen a los profesionales de la salud que, en su práctica clínica, atienden a mujeres que planean un embarazo, que estén embarazadas o a mujeres en el primer año posparto, en relación con su riesgo de depresión, o a las que actualmente padecen depresión. A lo largo de esta obra se utiliza el término “mujeres”. Reconocemos que podría haber individuos distintos de los que se identifican como mujeres que planean un embarazo o que están embarazadas; sin embargo, dado que todas las evidencias que se extrajeron en este trabajo se refieren a mujeres, optamos por utilizar mujeres al referirnos a las personas embarazadas. Además, cada vez hay más evidencias de que la DPP también puede afectar a los padres. Sin embargo, las evidencias son aún demasiado escasas para elaborar recomendaciones sobre el tratamiento de la DPP paterna.

¿Por qué se han elaborado estas guías?

Para prevenir la DPP y ofrecer un cribado oportuno, seguido de un tratamiento adecuado, es crucial disponer de guías de práctica clínica que instruyan sobre todos estos pasos, desde la prevención, pasando por el cribado, hasta el tratamiento con diferentes opciones. Una reciente revisión sistemática de las guías para la DPP en los países europeos (Motrico et al., 2022) encontró 14 recomendaciones de práctica clínica en 11 países (Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Italia, Malta, Países Bajos, Noruega, Serbia, España y Reino Unido). De éstas, sólo cinco recomendaciones fueron calificadas con una calidad metodológica adecuada, entre ellas las de Finlandia, Países Bajos y tres del Reino Unido y, en general, la información de prevención fue escasa. Además, sólo una de estas recomendaciones (la de Finlandia) se publicó en los últimos cinco años. Más aún, ninguna de las guías existentes, incluida la publicada en 2023 por el American College of Obstetricians and Gynaecologists (ACOG) («Screening and Diagnosis of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum», 2023; «Treatment and Management of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum», 2023), se centra específicamente en la DPP. Teniendo en cuenta



que la DPP es el trastorno de salud mental más prevalente en el periodo periparto, y dada la gran cantidad de nuevas evidencias en este campo, siguen siendo necesarias guías actualizadas basadas en la evidencia sobre la prevención, el cribado y el tratamiento de la DPP.

La COST Action Research Innovation and Sustainable Pan-European Network in Peripartum Depression Disorder (Riseup-DPP) ha seguido varias líneas de actuación (Fonseca et al., 2020) durante los últimos cuatro años. Una de estas líneas era identificar guías de práctica clínica para abordar la DPP y las lagunas que aún existen en este campo. La ausencia de directrices específicas para el tratamiento de la DPP en los países europeos podría dar lugar a disparidades en el tratamiento de la DPP en Europa y, en consecuencia, a desigualdades para las mujeres con DPP. Esto es especialmente evidente en el caso de las recomendaciones sobre tratamiento farmacológico, dado que la reciente síntesis de las guías de práctica clínica (GPC) europeas para antidepresivos y otros medicamentos psicotrópicos puso de manifiesto las diferencias en las recomendaciones disponibles y la necesidad de unas GPC basadas en la evidencia (Kittel-Schneider et al., 2022). Por ello, hemos elaborado este documento basándonos en la abundante bibliografía internacional basada en prue-

bas disponibles. Además, nos basamos en la experiencia colectiva de médicos, investigadores, especialistas en ética y mujeres que han experimentado personalmente DPP en varios países europeos.

Destinatarios de las guías

Estas guías se dirigen principalmente a profesionales de salud mental (PSM) (como psiquiatras, psicólogos, psicoterapeutas, profesionales en medicina psicosomática y otros PSM), a otros y otras profesionales de salud como matronas o matronos, especialistas en obstetricia, ginecología, pediatría, enfermería, medicina de familia, trabajo social, farmacia y otras que desempeñan un papel clave en el desarrollo y la aplicación de intervenciones para la prevención, el cribado o el tratamiento de la DPP. Otros destinatarios de estas guías son los políticos, los economistas, los responsables políticos y las organizaciones sin ánimo de lucro, incluidas las organizaciones de pacientes, que pueden participar en la toma de decisiones sobre la financiación, el desarrollo y la aplicación de intervenciones para la prevención, el cribado o el tratamiento de la DPP.

Las intervenciones presentadas en estas guías abarcan una amplia gama de estrategias, que incorporan intervenciones biológicas como la farmacoterapia y la estimulación cerebral no invasiva, intervenciones



psicológicas y psicosociales, y otras intervenciones no convencionales y complementarias para la DPP.

Desarrollo de las recomendaciones

El desarrollo de las recomendaciones se basó en el modelo GRADE (Schünemann et al., 2013). Este modelo ofrece un sistema para calificar la calidad de un cuerpo de evidencia en revisiones sistemáticas y otros documentos de síntesis de evidencia, apoyando el desarrollo de recomendaciones basadas en la evidencia disponible. Se sintetizó la evidencia para cada pregunta clave y se presenta en este documento, en formato de texto y resumen.

Para evaluar la calidad de la evidencia, se utilizaron los cuatro niveles del modelo GRADE (alto, moderado, bajo y muy bajo). Dos miembros del RU-GDG de cada estudio evaluaron primero el estudio de forma positiva o negativa según los factores que afectan a la calidad de la evidencia. Según el modelo GRADE, para evaluar la calidad de la evidencia como baja, se consideraron

cinco factores: limitaciones en el diseño o la ejecución de los estudios (riesgo de sesgo), inconsistencia de los resultados, disponibilidad de evidencia indirecta, imprecisión y sesgo de publicación. Por el contrario, se consideró que la gran magnitud de los efectos, el ajuste por factores de confusión y la presencia de un gradiente de respuesta a la dosis aumentaban la calidad de la evidencia, si procedía.

Siguiendo el modelo GRADE, se utilizaron dos tipos de recomendaciones: recomendaciones fuertes y recomendaciones débiles.

Se sugiere una recomendación fuerte cuando el RU-GDG encuentra pruebas sólidas de que los efectos deseables superan con creces a los indeseables. Se sugiere una recomendación débil cuando el RU-GDG no está absolutamente seguro del equilibrio entre efectos deseables e indeseables y de los factores que lo apoyan y, por lo tanto, se justifica una mayor cautela.

Además, podrá añadirse un sistema de puntos por buenas prácticas (GPP) cuando exista una recomendación de buenas prácticas basada en la experiencia del RU-GDG.



Tabla 2. Tipos de recomendaciones que pueden sugerirse.

Recomendación fuerte de la intervención	Los beneficios superan claramente a los daños/riesgos. La gran mayoría de las pacientes se beneficiarán de esta intervención y, por lo tanto, deben recibirla.
Recomendación débil de la intervención	Existe cierta incertidumbre en cuanto al equilibrio entre los beneficios y los daños/riesgos, aunque se espera que algunos pacientes se beneficien de esta intervención. El beneficio puede ser incierto y variará en función de las características de la paciente y de sus valores, preferencias y circunstancias personales. Además, se tienen en cuenta los recursos contextuales que determinan la falta de disponibilidad/ inaccesibilidad de intervenciones de mayor calidad. Cuando una intervención está poco recomendada, se aconseja prestar especial atención y garantizar una toma de decisiones adaptada y compartida entre el o la profesional de salud y la paciente para apoyar de la mejor manera posible la decisión sanitaria más adecuada para cada paciente.
Ninguna recomendación	No hay pruebas suficientes para hacer una recomendación.
Recomendación fuerte en contra de la intervención	Los daños/riesgos y las cargas superan claramente a los beneficios. La mayoría de las pacientes no se beneficiarán de esta intervención y, por tanto, no deben recibirla.
Recomendación débil en contra la intervención	Existe cierta incertidumbre en cuanto al equilibrio entre los beneficios y los daños/riesgos, y se espera que sólo unas pocas pacientes se beneficien de esta intervención. El beneficio puede ser incierto y variará en función de las características de la paciente y de sus valores, preferencias y circunstancias personales. Cuando una intervención está poco recomendada, se recomienda prestar especial atención y garantizar una toma de decisiones adaptada y compartida entre el o la profesional de salud y la paciente para apoyar de la mejor manera posible la decisión sanitaria más adecuada para cada paciente.
Recomendada en el ámbito de la investigación	No hay pruebas suficientes para recomendar el uso (o no uso) de la intervención, pero existe un gran potencial de investigación para reducir la incertidumbre sobre los efectos de la intervención a un coste razonable.
GPP	Recomendaciones de buenas prácticas basadas en la experiencia de los miembros del RU-GDG



Las recomendaciones se presentarán con la siguiente visualización y símbolos:

Tabla 3. Ejemplo de tabla de recomendaciones.

Recomendación general	Fuerza de la recomendación	Calidad de la evidencia	Comentario
Texto de la recomendación	Fuerte o débil	Alto ⊕⊕⊕⊕ Moderado ⊕⊕⊕○ Bajo ⊕⊕○○ Muy bajo ⊕○○○	Un comentario con información adicional sobre la recomendación.



B. Introducción

B. // Introducción

Definición, prevalencia, impacto y coste de la depresión periparto

Definición de depresión periparto

La depresión periparto (DPP) se define formalmente como un trastorno depresivo mayor (TDM) unipolar con inicio durante el embarazo o en las cuatro semanas posteriores al parto (American Psychiatric Association “APA”, 2013). Sin embargo, varios estudios en este campo muestran que puede producirse hasta un año después del parto (Gavin et al., 2005; Gelaye et al., 2016) por lo que, a efectos de este documento, el RU-GDG ha adoptado la definición amplia de DPP que incluye el embarazo y el posparto hasta un año después del parto. Se supone que los síntomas de la DPP son similares a los de la depresión fuera del periodo periparto. Según el sistema de clasificación DSM-5, un diagnóstico de trastorno depresivo mayor (TDM) requiere la presencia de al menos cinco síntomas, de los cuales al menos uno debe ser un estado de ánimo depresivo o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. Otros síntomas pueden incluir cambios significativos de peso o apetito, trastornos del sueño (insomnio o

hipersomnia), fatiga o pérdida de energía, agitación o retraso psicomotor, sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, dificultad para concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida. (APA, 2013).

Aunque la DPP todavía no se considera una entidad independiente del TDM, cada vez hay más pruebas que demuestran que los síntomas típicos de la DPP son distintos de los del TDM. Estos síntomas incluyen aumento de la ansiedad, síntomas psicomotores, pensamientos obsesivos, disminución de la capacidad para concentrarse/tomar decisiones, fatiga y pérdida de energía, y culpa específica por no ser una buena madre, pero con un estado de ánimo menos triste y menos ideación suicida, en comparación con el TDM (Beck & Indman, 2005; Hoertel et al., 2015; Kettunen et al., 2014). Todavía no se ha estudiado suficientemente si la depresión durante el embarazo es distinta de la depresión posparto, pero hay algunas pruebas de que se presentan con síntomas diferentes (Batt et al., 2020; Di Florio & Meltzer-Brody, 2015). Además, la literatura sugiere que la manifestación de los síntomas de la DPP puede diferir en las distintas culturas (Di Florio et al., 2017).

Cabe destacar que hay que diferenciar la DPP de la tristeza posparto, que se da hasta

en el 50% de las mujeres puérperas durante los primeros diez días posparto (Chechko et al., 2023). La tristeza postparto no se consideraba un trastorno mental debido a su estado transitorio, una afección no debilitante que, por lo tanto, no necesita intervenciones profesionales adicionales.

Prevalencia e incidencia

La prevalencia de la depresión posparto varía según los países y las regiones, y hay varios factores que influyen en su aparición. Según un metaanálisis exhaustivo de la depresión posparto realizado por Wang et al. (2021), que incluye 565 estudios de 80 países diferentes, la tasa de prevalencia global es de aproximadamente el 17,4%. En Europa, la prevalencia de síntomas depresivos de moderados a graves por región es diversa. Durante el embarazo, esta tasa oscila entre el 3,5% en Europa septentrional, el 4,9% en Europa occidental y el 5,9% en Europa oriental. Durante el posparto, oscila entre el 3,3% en Europa septentrional, el 5,8% en Europa oriental y el 6,1% en Europa occidental.

El uso de diferentes instrumentos de evaluación podría haber influido en las tasas de prevalencia de depresión posparto halladas. La Escala de Detección de la Depresión Postparto (PDSS) dio lu-

gar a la tasa de prevalencia más alta, del 37,2%, mientras que la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del DSM (SCID) tuvo la tasa de prevalencia más baja, del 10,1%. La Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) fue la herramienta diagnóstica más utilizada, con una tasa de prevalencia del 16,9%.

El tamaño de la muestra de los estudios agrupados también puede influir en las tasas de prevalencia notificadas de depresión posparto. En general, los estudios con más de 1.000 participantes presentaron tasas de prevalencia más bajas (13,0%) en comparación con los estudios con menos de 1.000 participantes (19,4%).

La prevalencia global de la depresión posparto también varió en los distintos periodos de tiempo tras el parto, siendo mayor en los primeros 1-3 meses (17,7%), seguidos de 3-6 meses (15,3%), 6-12 meses (18,2%) y más de 12 meses (18,0%).

Otro factor predictivo influyente hallado por Z. Wang et al. (2021) fue el nivel de desarrollo del país. Curiosamente, los países desarrollados o las zonas de renta alta mostraron tasas más bajas de depresión posparto. Además, en la prevalencia de la depresión posparto influyeron las variaciones culturales, las diversas



prácticas de notificación, los distintos puntos de vista sobre los problemas de salud mental, el estigma que rodea a la salud mental, la clase socioeconómica, la pobreza, el acceso limitado a los servicios sociales, la nutrición deficiente, los elevados niveles de estrés y los factores biológicos.

También se ha estudiado ampliamente la prevalencia de la depresión durante el embarazo. Según una reciente revisión sistemática y metaanálisis (Yin et al., 2021), la prevalencia conjunta de cualquier tipo de depresión durante el embarazo en 173 estudios fue del 20,7%, con una prevalencia conjunta de depresión mayor del 15,0%. A escala mundial, los países de renta alta mostraron una tasa de prevalencia de la depresión durante el embarazo del 8,1%, y en la región europea fue del 17,9%. Al analizar las distintas etapas del embarazo, se observó que la prevalencia de la depresión era del 21,2% durante el primer trimestre, del 15,8% durante el segundo y del 18,9% durante el tercero.

Factores de riesgo de la DPP

Los factores de riesgo de la DPP suelen considerarse desde los ámbitos biológico, psicosocial y ambiental («Screening and

Diagnosis of Mental Health Conditions During Pregnancy and Postpartum», 2023). Los principales factores de riesgo de depresión prenatal son el bajo nivel socioeconómico, el embarazo no deseado, los antecedentes de trastornos mentales y la experiencia de violencia (Míguez & Vázquez, 2021; Yin et al., 2021). Algunos de los factores anteriores, pero también los antecedentes de síndrome premenstrual, las variaciones del polimorfismo 5-HTTLPR, la diabetes gestacional, la anemia durante el embarazo, el parto prematuro y el tipo de parto (vaginal o cesárea) constituyen factores de riesgo de depresión posparto (Gastaldon et al., 2022; Hutchens & Kearney, 2020) mientras que, por otra parte, una caída muy brusca de las hormonas tras el parto se considera en parte responsable de la depresión posparto, los cambios hormonales durante el embarazo son más graduales. Se ha demostrado una relación inversa entre los niveles de estradiol y la expresión del gen de la monoamino oxidasa A en modelos animales, así como la actividad de la MAO-A en un estudio PET (Positron Emission Tomography) en humanos en el periodo inmediatamente posterior al parto. Se trata de los primeros indicios de cómo la brusca caída de los niveles hormonales tras el parto podría



contribuir al desarrollo de la depresión a través de una mayor degradación de neurotransmisores monoaminérgicos como la serotonina. Los hallazgos en la etapa del embarazo continúan siendo menores ya que los estudios en humanos durante este periodo son aún más difíciles desde el punto de vista ético que en el periodo posparto. El nivel de progesterona, que se multiplica por 20 durante el embarazo, también vuelve a descender al nivel del ciclo menstrual unos días después del parto (para una visión general, véase Sacher et al., 2020). Esto también podría desencadenar fluctuaciones en el equilibrio de los neurotransmisores y contribuir así a los síntomas depresivos, pero no hay evidencias suficientes al respecto.

Los primeros estudios que analizaron los cambios estructurales en el cerebro durante y después del embarazo se centraron en la hipófisis como órgano de control del eje del estrés y realizaron análisis regionales que mostraron un aumento del volumen durante la última etapa del embarazo y los primeros días después del parto en comparación con el inicio del embarazo y el período posterior al parto. Los análisis de todo el cerebro demostraron la plasticidad del volumen de materia gris tras el embarazo. La comparación de los datos estructurales

antes del parto y antes de la concepción mostró una disminución significativa del tamaño cerebral y un aumento del tamaño ventricular, mientras que la comparación de las imágenes previas al parto con las de seis meses después del parto indicó un aumento del tamaño cerebral y ventricular. Estos cambios dinámicos e inicialmente fisiológicos también podrían contribuir a desencadenar síntomas depresivos en mujeres vulnerables, pero aún no hay suficientes evidencias en relación con la depresión durante el embarazo. Hay varios mecanismos de riesgo biológicos potenciales que han demostrado estar asociados con la depresión posparto materna, niveles más bajos de BDNF (factor neurotrófico derivado del cerebro, Brain-Derived Neurotrophic Factor) en sangre (Lee et al., 2021), mayor sensibilidad a las fluctuaciones periparto de progesterona/ alopregnanolona (Rathi et al., 2022), antecedentes de síndrome premenstrual (SPM) (Hahn et al., 2021) y alteraciones (capilares) del cortisol (Stickel et al., 2021). Estudios recientes muestran un gran solapamiento genético con la depresión unipolar en general, pero también genes asociados diferencialmente en la DPP, como los genes expresados en el tejido ovárico. La identificación de los mecanismos neurobiológicos de la DPP

contribuiría a desarrollar biomarcadores predictivos y a generar nuevos objetivos de prevención y tratamiento en el futuro (Kiewa et al., 2022).

Impacto de la DPP

Impacto en las madres, los niños y la familia

La literatura ha documentado el impacto negativo de la DPP en las madres y las familias (Rodríguez- Muñoz, et al. 2023). La DPP afecta a la madre y a su bienestar con síntomas como culpa, pérdida de interés por hacer actividades, vergüenza, irritabilidad o incluso ideación suicida (Fonseca et al., 2020; Legazpi et al., 2022). Además, La literatura ha identificado que la DPP se asocia a consumo de tabaco y otras drogas y a un control inadecuado del embarazo (Marcos-Nájera et al., 2020; Slomian et al., 2019).

La bibliografía ha especificado que los hijos de mujeres con síntomas de depresión tenían más probabilidades de tener una gestación más corta, un menor peso al nacer, una puntuación de Apgar más baja o más tiempo en la incubadora (Aoyagi & Tsuchiya, 2019; Dowse et al., 2020; Slomian et al., 2019). Además, los problemas en las interacciones madre-hijo, incluyendo dificultades en el vínculo o la lactancia, o problemas asociados al rol materno, pare-

cen ser más frecuentes en mujeres que presentan síntomas depresivos (Höflich et al., 2022; Nakić Radoš et al., 2023; Slomian et al., 2019). En estudios de niños mayores, las consecuencias de la DPP materna para la descendencia son emocionales, problemas de conducta, cognitivos y de lenguaje o necesidades educativas especiales (Bauer et al., 2015; Slomian et al., 2019). Los padres también sufren los efectos de la depresión posparto materna. Los impactos de la DPP materna en los padres se han relacionado especialmente con un mayor riesgo de problemas relacionales, incluyendo baja satisfacción marital, dificultades para hacer frente a las emociones maternas (Wang et al., 2021) y depresión paterna (Thiel et al., 2020). En resumen, existen numerosas pruebas que demuestran los efectos perjudiciales de la DPP materna para la madre, el bebé, la pareja y la familia en su conjunto.

Impacto en el contexto más amplio/sociedad

Además de las consecuencias de la DPP para la madre, los hijos y su familia, es necesario señalar que la DPP tiene importantes costes económicos para la sociedad. En un informe económico sobre los costes de por vida de la DPP y la ansiedad, Bauer et al. (2016) examinaron las consecuencias y los costes de la ansiedad y la depresión en las



mujeres durante el embarazo y 12 meses después del parto. Los autores utilizaron un enfoque de modelización de decisiones y adoptaron una perspectiva vitalicia, lo que significa que los costes incluían los gastos relacionados con la madre y el hijo a lo largo de la vida. Los resultados ponen de relieve el elevado coste de la depresión periparto, con un coste total estimado de más de 75.000 libras (unos 88.000 euros en 2023) por mujer diagnosticada. Los autores identificaron que la mayoría de los costes no estaban relacionados con la madre, sino con los efectos adversos sobre el niño. Los

costes relacionados con la madre están vinculados a los gastos sanitarios y sociales (que recaen especialmente en el sector público), la pérdida de productividad y la pérdida de calidad de vida relacionada con la salud. Los costes relacionados con el niño o la niña están vinculados a la asistencia sanitaria, las dificultades de desarrollo y los problemas de salud mental y educativos. Este estudio puso de relieve el alto coste de la enfermedad mental periparto, y sugiere que las acciones emprendidas para prevenir la depresión durante el periparto son probablemente rentables, especialmente para el sector público (Bauer et al., 2015).



**C. Recomendaciones para
la práctica clínica:
lista detallada de
recomendaciones**



C. // Recomendaciones para la práctica clínica: Lista detallada de recomendaciones

#	Recomendación	Fuerza de la recomendación	Calidad de la evidencia	Comentarios
Prevención de la DPP				
Intervenciones psicológicas y psicosociales de carácter preventivo				
1	Las intervenciones psicológicas y psicosociales son muy recomendables para prevenir la DPP entre las mujeres embarazadas y puérperas con riesgo de desarrollar DPP, así como entre las mujeres embarazadas y puérperas sin síntomas y sin factores de riesgo conocidos.	Fuerte	Moderado ⊕⊕⊕○	Aunque hay evidencias moderadas sobre las intervenciones psicológicas y psicosociales, no hay información sobre la rentabilidad de estas intervenciones, por lo que esto debe tenerse en cuenta a la hora de decidir sobre su implementación.
2	Las intervenciones psicológicas están poco recomendadas para prevenir la DPP entre las mujeres con síntomas depresivos subclínicos.	Débil	Bajo ⊕⊕○○	La recomendación es débil, basada en la falta de evidencia sobre la eficacia de las intervenciones preventivas en mujeres con síntomas subclínicos. Aunque ofrecer intervenciones preventivas puede tener efectos positivos, no se sabe con certeza si es eficaz para prevenir la DPP en mujeres con síntomas subclínicos. Sólo una revisión sistemática y un metaanálisis examinaron la efectividad de las intervenciones preventivas de la DPP para las mujeres con síntomas depresivos subclínicos y sus resultados no fueron concluyentes.



#	Recomendación	Fuerza de la recomendación	Calidad de la evidencia	Comentarios
Intervenciones psicofarmacológicas de carácter preventivo				
3	No se recomienda utilizar medicación antidepresiva para la prevención de la depresión posparto en mujeres con depresión previa.	Fuerte	Bajo ⊕⊕○○	La evidencia disponible para apoyar el inicio de antidepresivos después del parto para la prevención de la depresión postparto es limitada.
4	No se recomienda el uso de antidepresivos para prevenir la depresión durante el embarazo.	Fuerte	Muy bajo ⊕○○○	No se recomienda el uso de antidepresivos para prevenir la depresión durante el embarazo.
Intervenciones preventivas basadas en suplementos dietéticos				
5	No tenemos ninguna recomendación sobre el uso de suplementos dietéticos para prevenir la DPP.	Ninguna		No existen evidencias que apoyen el efecto de los suplementos dietéticos en la prevención de la DPP.
Intervenciones preventivas basadas en la actividad física				
6	La actividad física está poco recomendada para prevenir la DPP entre las mujeres embarazadas y puérperas de la población general.	Débil	Moderado ⊕⊕⊕○	La actividad física está poco recomendada para prevenir la DPP entre las mujeres embarazadas y puérperas de la población general.
Intervenciones para el cribado de la DPP				
Intervenciones para el cribado de la DPP				
7	Se recomiendan encarecidamente los programas de detección de la depresión durante el embarazo y el posparto.	Fuerte	Moderado ⊕⊕⊕○	Debido a consideraciones éticas, el cribado debe aplicarse siempre que pueda garantizarse un diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuados.



#	Recomendación	Fuerza de la recomendación	Calidad de la evidencia	Comentarios
Programas de cribado para mujeres de alto riesgo				
8	Los programas de detección de la presencia de factores de riesgo de vulnerabilidad a la DPP están poco recomendados.	Débil	Muy bajo ⊕○○○	El cribado de las mujeres es importante después de recibir información sobre cómo interpretar los resultados del cribado y qué intervenciones preventivas pueden ofrecerse.
Intervenciones para tratar la DPP				
Tratamiento psicológico				
9	La terapia cognitivo-conductual (TCC) se recomienda encarecidamente para el tratamiento de los síntomas depresivos durante el embarazo y el posparto.	Fuerte	Alto ⊕⊕⊕⊕	La mayoría de las mujeres consideraron aceptable el tratamiento psicológico y se mostraron satisfechas. La principal ventaja es que, para la mayoría de las mujeres, cualquier efecto indeseable será probablemente trivial, y no se esperan efectos adversos para las mujeres embarazadas, las madres y los fetos/bebés.
10	Las terapias de TCC de tercera generación, incluidas las técnicas de activación conductual y mindfulness, están poco recomendadas para el tratamiento de los síntomas depresivos durante el embarazo y el posparto.	Débil	Bajo ⊕⊕○○	Falta información sobre la aceptabilidad y la satisfacción con las terapias de TCC de tercera generación. Sin embargo, no se esperan efectos indeseables y adversos para las mujeres embarazadas, las madres y los fetos/bebés.
11	La terapia interpersonal (TIP) está poco recomendada para el tratamiento de los síntomas depresivos durante el embarazo y el posparto.	Débil	Bajo ⊕⊕○○	Falta información sobre la aceptabilidad y la satisfacción con la TIP. Sin embargo, no se esperan efectos indeseables y adversos para las mujeres embarazadas, las madres y los fetos/bebés.



#	Recomendación	Fuerza de la recomendación	Calidad de la evidencia	Comentarios
Tratamiento farmacológico embarazo				
Embarazo				
12	Se recomienda encarecidamente la medicación antidepresiva en el embarazo, tras una cuidadosa consideración de la relación riesgo-beneficio individual para cada mujer y su feto. La toma de decisiones sobre la intervención antidepresiva debe tener en cuenta los antecedentes de recurrencia de la depresión y la gravedad de los síntomas, la respuesta previa a la intervención y la preferencia individual.	Fuerte	Bajo ⊕⊕○○	No se dispone de evidencia procedente de revisiones sistemáticas y metaanálisis sobre la eficacia de la intervención antidepresiva en el embarazo. Existe evidencia moderada sobre la seguridad reproductiva de los antidepresivos en el embarazo sobre los resultados maternos y de la descendencia. Es necesario evaluar el riesgo-beneficio individual de la intervención para cada mujer, pero debe considerarse la medicación antidepresiva en mujeres con síntomas depresivos de moderados a graves o tras la falta de respuesta a intervenciones no farmacológicas.
13	Se recomienda encarecidamente a las mujeres con depresión grave y/o recurrente que no interrumpan la medicación antidepresiva durante el embarazo debido al mayor riesgo de recaída.	Fuerte	Bajo ⊕⊕○○	La evidencia apoya el elevado riesgo de recaída de la depresión con la interrupción de la intervención, particularmente en casos de depresión grave o recurrente.



#	Recomendación	Fuerza de la recomendación	Calidad de la evidencia	Comentarios
14	La evidencia apoya el elevado riesgo de recaída de la depresión con la interrupción de la intervención, particularmente en casos de depresión grave o recurrente.	Fuerte		Existe un riesgo elevado de recaída materna o empeoramiento de la depresión en el embarazo tras la interrupción de la intervención antidepresiva en mujeres con depresión grave y recurrente. Los médicos deben informar a las mujeres sobre los posibles riesgos para su propia salud mental para apoyarlas en la toma de decisiones sobre su tratamiento.
15	Se recomienda encarecidamente que las mujeres embarazadas sean tratadas con antidepresivos a la dosis eficaz más baja y posiblemente como monoterapia.	GPP		
16	Se recomienda llevar a cabo un control regular de los niveles de fármacos y aspirar a un nivel bajo de fármacos efectivo durante la gestación.	GPP		
17	Se recomienda evitar la interrupción brusca del antidepresivo al reconocer el embarazo.	GPP		



#	Recomendación	Fuerza de la recomendación	Calidad de la evidencia	Comentarios
18	Se recomienda encarecidamente que los clínicos proporcionen información a las mujeres sobre los posibles riesgos de la exposición a antidepresivos en el embarazo sobre la salud materno-infantil frente a los riesgos potenciales que plantea la depresión materna.	Fuerte	Moderado ⊕⊕⊕○	Tanto la depresión materna como la intervención antidepresiva en el embarazo pueden aumentar el riesgo de múltiples resultados negativos para la salud en las diadas madre-hijo. Las mujeres deben estar informadas sobre ambos conjuntos de riesgos para poder tomar decisiones clínicas informadas sobre su tratamiento antidepresivo. Sin embargo, no hay datos sobre intervenciones que informen o no a las mujeres sobre los riesgos y beneficios potenciales de la medicación frente a la DPP no tratada.
19	Se recomienda encarecidamente que todas las mujeres sometidas a intervenciones antidepresivas y su descendencia sean objeto de un estrecho seguimiento durante el embarazo, así como que el parto se realice en un centro obstétrico especializado con unidad de cuidados intensivos neonatales.	Fuerte	Moderado ⊕⊕⊕○	Existe un riesgo elevado de mala adaptación neonatal al nacer en los recién nacidos expuestos prenatalmente a una intervención antidepresiva, así como en las madres con trastornos depresivos en general, lo que apoya la recomendación de dar a luz en un centro obstétrico especializado.



#	Recomendación	Fuerza de la recomendación	Calidad de la evidencia	Comentarios
Posparto				
20	Se recomienda encarecidamente tratar la depresión durante el puerperio con medicación antidepresiva, tras una cuidadosa consideración de la relación riesgo-beneficio individual para cada mujer y su hijo o hija si es amamantado. La toma de decisiones sobre la intervención antidepresiva debe tener en cuenta los antecedentes de recurrencia y gravedad de la depresión en la mujer, la respuesta previa a la intervención y la preferencia individual, así como el estado de salud del niño o niña que amamanta.	Fuerte	Bajo ⊕⊕○○	Se dispone de pocos datos sobre la eficacia de la intervención antidepresiva en el posparto. Sin embargo, a diferencia de los datos sobre seguridad reproductiva de los antidepresivos durante el embarazo, existen muchos menos datos sobre la seguridad a corto y largo plazo de las niñas y los niños expuestos a antidepresivos durante la lactancia. Sin embargo, el riesgo de depresión no tratada y los beneficios de la lactancia materna sobre esos resultados negativos deben sopesarse en cada mujer y cada niño individualmente. En caso de que una mujer no amamante, existen escasas pruebas de la eficacia del tratamiento antidepresivo para la depresión posparto, sin embargo, tampoco hay que tener en cuenta el riesgo para el niño o la niña.



#	Recomendación	Fuerza de la recomendación	Calidad de la evidencia	Comentarios
21	Se recomienda encarecidamente utilizar brexanolona para el tratamiento de la depresión posparto de moderada a grave si está disponible y si la mujer la acepta como opción de tratamiento.	Fuerte	Moderado ⊕⊕⊕○	La recomendación fuerte se basa en la eficacia clínica de esta intervención. Sin embargo, hay que tener en cuenta algunos aspectos que pueden afectar a su uso: (i) la necesidad de atención hospitalaria, que puede ser menos aceptable para las mujeres, debido a la posibilidad de separación del recién nacido; (ii) la interrupción de la lactancia materna durante 3 días, que también puede afectar a la aceptabilidad de la intervención por parte de las mujeres; (iii) el coste muy elevado, que hace que la intervención sea menos accesible que otras; (iv) hay escasez de evidencia sobre la seguridad de la exposición a la brexanolona a través de la leche materna en el lactante. La brexanolona no está autorizada actualmente en Europa. La brexanolona se recomienda encarecidamente para casos de depresión moderada a grave, su uso requiere una cuidadosa discusión entre la mujer y su psiquiatra.



#	Recomendación	Fuerza de la recomendación	Calidad de la evidencia	Comentarios
Intervenciones de estimulación cerebral no invasiva				
Estimulación magnética transcraneal repetitiva (EMTr)				
Embarazo				
22	La EMTr está poco recomendada para el tratamiento de los síntomas depresivos de leves a moderados.	Débil	Muy bajo ⊕○○○	La EMTr podría ser beneficiosa y los riesgos de efectos adversos para la mujer o el feto son poco probables. La evidencia de su eficacia es muy escasa. Nuestra recomendación considera que en contextos clínicos en los que podría ser difícil acceder a tratamientos psicológicos o existe resistencia de las mujeres a intervenciones farmacológicas o psicológicas, la EMTr podría ser un tratamiento alternativo, si es accesible y está disponible, para mujeres con síntomas depresivos de leves a moderados.



#	Recomendación	Fuerza de la recomendación	Calidad de la evidencia	Comentarios
Posparto				
23	La EMTr está poco recomendada para el tratamiento de los síntomas depresivos de leves a moderados en el periodo posparto.	Débil	Bajo ⊕⊕○○	La EMTr podría ser beneficiosa y los riesgos de efectos adversos para la madre o el niño lactante son poco probables. La evidencia de su eficacia es escasa. Nuestra recomendación considera que en contextos clínicos en los que podría ser difícil acceder a tratamientos psicológicos o existe resistencia de las mujeres a intervenciones farmacológicas o psicológicas, la EMTr podría ser un tratamiento alternativo, si es accesible y está disponible, para mujeres con síntomas depresivos de leves a moderados en el periodo posparto.



#	Recomendación	Fuerza de la recomendación	Calidad de la evidencia	Comentarios
Estimulación transcraneal por corriente continua (tDCS)				
Embarazo				
24	La estimulación transcraneal por corriente continua (tDCS) está poco recomendada para el tratamiento de los síntomas depresivos leves a moderados en mujeres embarazadas.	Débil	Bajo ⊕⊕○○	La tDCS podría ser beneficiosa y los riesgos de efectos adversos para la madre o el feto son poco probables. La evidencia de su eficacia es escasa. Nuestra recomendación considera que en contextos clínicos en los que podría ser difícil acceder a tratamientos psicológicos o existe resistencia de las mujeres a intervenciones farmacológicas o psicológicas, la tDCS podría ser un tratamiento alternativo, si es accesible y está disponible, para mujeres con síntomas depresivos de leves a moderados durante el embarazo.
Posparto				
25	No hay suficientes evidencias para hacer una recomendación con respecto al uso de tDCS en el tratamiento de la depresión para las mujeres en el posparto.	Ninguna recomendación		La tDCS podría ser beneficiosa y los riesgos de efectos adversos para la madre o el bebé son poco probables. La evidencia de su eficacia es escasa. Nuestra recomendación considera que en contextos clínicos en los que podría ser difícil acceder a tratamientos psicológicos o existe resistencia de las mujeres a intervenciones farmacológicas o psicológicas, la tDCS podría ser un tratamiento alternativo, si es accesible y está disponible, para mujeres con síntomas depresivos de leves a moderados durante el posparto.



#	Recomendación	Fuerza de la recomendación	Calidad de la	Comentarios
Q3.3.3 Terapia electroconvulsiva (TEC)				
Embarazo				
26	Se recomienda encarecidamente la TEC para el tratamiento de la depresión grave resistente al tratamiento o potencialmente mortal en mujeres embarazadas. El tratamiento debe realizarse bajo estricta vigilancia obstétrica.	Fuerte	Muy bajo ⊕○○○	La TEC es una opción de acción relativamente rápida en los casos graves de depresión durante el embarazo y, a pesar de los riesgos moderados de efectos adversos (para la madre y el feto) y complicaciones del embarazo/parto, los beneficios parecen superar a los efectos adversos si las mujeres no respondieron al tratamiento habitual previo o necesitan tratamiento urgente debido a situaciones de riesgo vital. Por lo tanto, la TEC se recomienda encarecidamente y debe ofrecerse en hospitales especializados a las mujeres que presenten una depresión grave (con o sin rasgos psicóticos) que no haya respondido al tratamiento habitual previo o que necesiten tratamiento urgente debido a situaciones de riesgo vital.



#	Recomendación	Fuerza de la recomendación	Calidad de la evidencia	Comentarios
Posparto				
27	Se recomienda encarecidamente la TEC para el tratamiento de la depresión grave resistente al tratamiento o potencialmente mortal en el periodo posparto.	Fuerte	Muy bajo ⊕○○○	La TEC es un tratamiento de acción relativamente rápida que parece ser beneficioso en casos graves de depresión posparto. Los riesgos de efectos adversos (convulsiones prolongadas debidas a la medicación coadministrada y pérdida transitoria de la memoria, sobre todo tras las primeras sesiones de TEC) son escasos. La TEC debe ofrecerse en hospitales especializados a las mujeres que presenten una depresión grave (con o sin rasgos psicóticos) que no haya respondido al tratamiento habitual previo o que necesiten tratamiento urgente debido a situaciones de riesgo vital.
Terapia de luz brillante (BLT)				
Embarazo				
28	No hay evidencia sobre la eficacia de la BLT en el embarazo, por lo que no podemos hacer una recomendación.	Ninguna recomendación		No se dispone de revisiones sistemáticas y metanálisis que respalden la eficacia de la BLT para reducir los síntomas depresivos en las mujeres embarazadas.



#	Recomendación	Fuerza de la recomendación	Calidad de la	Comentarios
Posparto				
29	No hay evidencia sobre la eficacia de la BLT en el posparto, por lo que no podemos hacer una recomendación.	Ninguna recomendación		No se dispone de revisiones sistemáticas y metanálisis que respalden la eficacia de la BLT para reducir los síntomas depresivos en púerperas.
Intervenciones de tratamientos alternativos y complementarios				
Actividad física				
Embarazo				
30	La actividad física está poco recomendada para el tratamiento de los síntomas depresivos leves a moderados en mujeres embarazadas sanas.	Débil	Muy bajo ⊕○○○	La actividad física podría ser beneficiosa para mujeres sanas y el riesgo para el feto es improbable. Nuestras recomendaciones se basan en la evidencia disponible de muy baja calidad para mujeres con una gravedad incierta de los síntomas depresivos y que supone un buen estado de salud física.
Posparto				
31	Se recomienda débilmente la actividad física de intensidad baja a moderada para el tratamiento de los síntomas depresivos leves a moderados en el posparto, ya que podría ser beneficiosa, y no se han descrito riesgos de efectos adversos.	Débil	Bajo ⊕⊕○○	La actividad física podría ser beneficiosa para mujeres sanas y los riesgos para el neonato son improbables. Nuestras recomendaciones se basan en una evidencia disponible de calidad baja a moderada y para mujeres con síntomas depresivos de gravedad indeterminada. En estas condiciones, la actividad física supervisada y especializada podría ser un tratamiento alternativo accesible para las mujeres con síntomas depresivos de leves a moderados durante el posparto.



#	Recomendación	Fuerza de la recomendación	Calidad de la evidencia	Comentarios
Yoga				
Embarazo				
32	El yoga se recomienda débilmente para el tratamiento de los síntomas depresivos de leves a moderados, ya que podría ser beneficioso, y no se han descrito riesgos de efectos adversos.	Débil	Bajo ⊕⊕○○	El yoga podría ser beneficioso para mujeres sanas y el riesgo para el feto es improbable. Nuestras recomendaciones se basan en la calidad baja de la evidencia disponible para las mujeres con síntomas depresivos de gravedad incierta.
Posparto				
33	No hay evidencia sobre la eficacia del yoga en el posparto, por lo que no podemos hacer una recomendación.	Ninguna recomendación		No se dispone de revisiones sistemáticas que respalden la eficacia del yoga para reducir los síntomas depresivos en puérperas.
Masaje				
Embarazo				
34	El masaje está poco recomendado para el tratamiento de los síntomas depresivos de leves a moderados durante el embarazo.	Débil	Bajo ⊕⊕○○	Esta recomendación se basa en evidencia de baja calidad que mostró efectos positivos en la reducción de los síntomas depresivos en mujeres embarazadas. Los efectos encontrados fueron de tamaño moderado y el riesgo para el feto es improbable.
Posparto				
35	No hay evidencia sobre la eficacia del masaje en el posparto, por lo que no podemos hacer una recomendación.	Ninguna recomendación		No se dispone de revisiones sistemáticas y metaanálisis que respalden la eficacia del masaje para reducir los síntomas depresivos en puérperas.



#	Recomendación	Fuerza de la recomendación	Calidad de la evidencia	Comentarios
Musicoterapia				
Embarazo				
36	No hay evidencia sobre la eficacia de la musicoterapia durante el embarazo, por lo que no podemos hacer una recomendación.	Ninguna recomendación		No existen estudios que respalden la eficacia de la musicoterapia para reducir los síntomas depresivos en mujeres embarazadas.
Posparto				
37	No hay información sobre la eficacia de la musicoterapia como tratamiento independiente. La musicoterapia está poco recomendada como intervención adicional cuando se combina con otras intervenciones (como el tratamiento psicológico, la medicina china o la farmacoterapia) para el tratamiento de los síntomas depresivos de leves a moderados, ya que podría ser beneficiosa, y no se informan riesgos de efectos adversos.	Débil	Bajo ⊕⊕○○	La musicoterapia puede ser beneficiosa como complemento de otros tratamientos. Nuestras recomendaciones se basan en la calidad baja de la evidencia disponible para las mujeres con síntomas depresivos de gravedad incierta.
Apoyo de pares				
Embarazo				
38	No hay evidencia sobre la eficacia del apoyo de pares en el embarazo, por lo que no podemos hacer una recomendación.	Ninguna recomendación		Sólo hay un estudio que respalda la eficacia del apoyo de pares para reducir los síntomas depresivos en las mujeres embarazadas.



#	Recomendación	Fuerza de la recomendación	Calidad de la evidencia	Comentarios
Posparto				
39	No hay evidencia que respalde una recomendación sobre el apoyo tradicional de pares en persona. El apoyo de pares basado en la tecnología está poco recomendado para el tratamiento de los síntomas depresivos de leves a moderados en el período posparto.	Débil	Muy bajo ⊕○○○	No hay evidencia que respalde una recomendación sobre el apoyo tradicional de pares en persona. El apoyo de pares basado en la tecnología está poco recomendado para el tratamiento de los síntomas depresivos de leves a moderados en el período posparto.
Hierbas chinas				
Embarazo				
40	No hay evidencia sobre la eficacia del uso de hierbas chinas en el embarazo, por lo que no podemos hacer una recomendación.	Ninguna recomendación		No existen estudios que respalden la eficacia y los riesgos reproductivos de las hierbas chinas para reducir los síntomas depresivos en mujeres embarazadas.



#	Recomendación	Fuerza de la recomendación	Calidad de la evidencia	Comentarios
Posparto				
41	Las hierbas chinas solas y en combinación están poco recomendadas para el tratamiento de los síntomas depresivos de leves a moderados en el periodo posparto.	Débil	Bajo ⊕⊕○○	Existe evidencia de que determinadas hierbas chinas podrían ser beneficiosas como tratamiento independiente y también en tratamiento combinado (con antidepresivos) y presentan riesgos bajos de efectos adversos agudos, en mujeres que no están en periodo de lactancia. Hay que tener especial precaución con las hierbas chinas específicas que también contienen hierba de San Juan, ya que en combinación con otros antidepresivos, podría provocar el síndrome serotoninérgico.
Acupuntura				
Embarazo				
42	No hay evidencia sobre la eficacia del uso de acupuntura en el embarazo, por lo que no podemos hacer una recomendación	Ninguna recomendación		La evidencia sobre la eficacia de la acupuntura durante el embarazo es contradictoria.
Posparto				
43	No hay evidencia sobre la eficacia del uso de acupuntura en el posparto, por lo que no podemos hacer una recomendación	Ninguna recomendación		La evidencia sobre la eficacia de la acupuntura en el posparto es contradictoria.



#	Recomendación	Fuerza de la recomendación	Calidad de la evidencia	Comentarios
Ácidos grasos				
44	Los ácidos grasos están poco recomendados para el tratamiento de los síntomas depresivos de leves a moderados durante el embarazo y en el periodo posparto.	Débil	Bajo ⊕⊕○○	Los ácidos grasos podrían ser beneficiosos y se señalan riesgos bajos de efectos adversos.



D. Resumen de las recomendaciones Clínicas

D. // Resumen de las recomendaciones clínicas

A continuación, presentamos tres figuras que ofrecen una visión esquemática de las recomendaciones clínicas para prevenir, detectar y tratar la DPP durante el embarazo (Figura 1) y en el puerperio (Figura 2).

Figura 1. Resumen de las recomendaciones clínicas para las intervenciones durante el embarazo

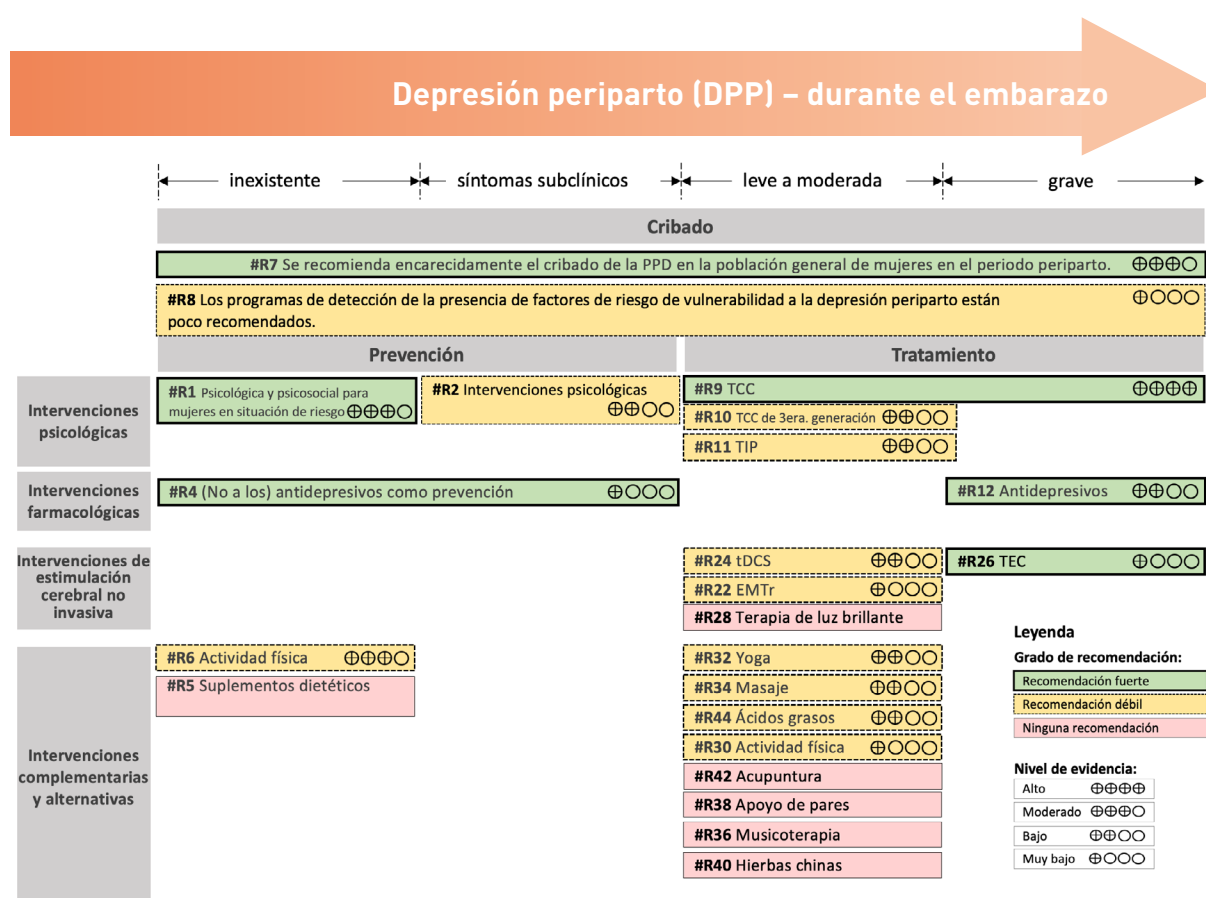
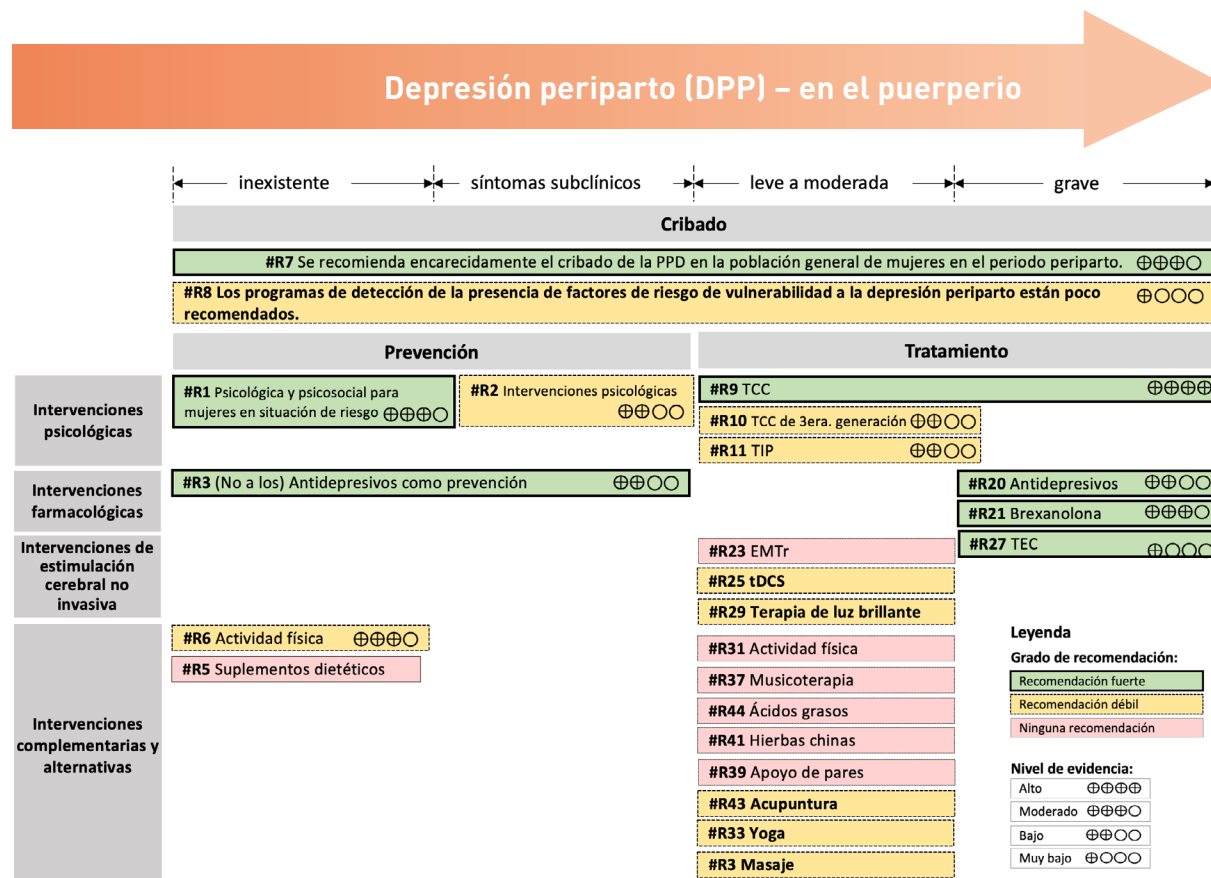


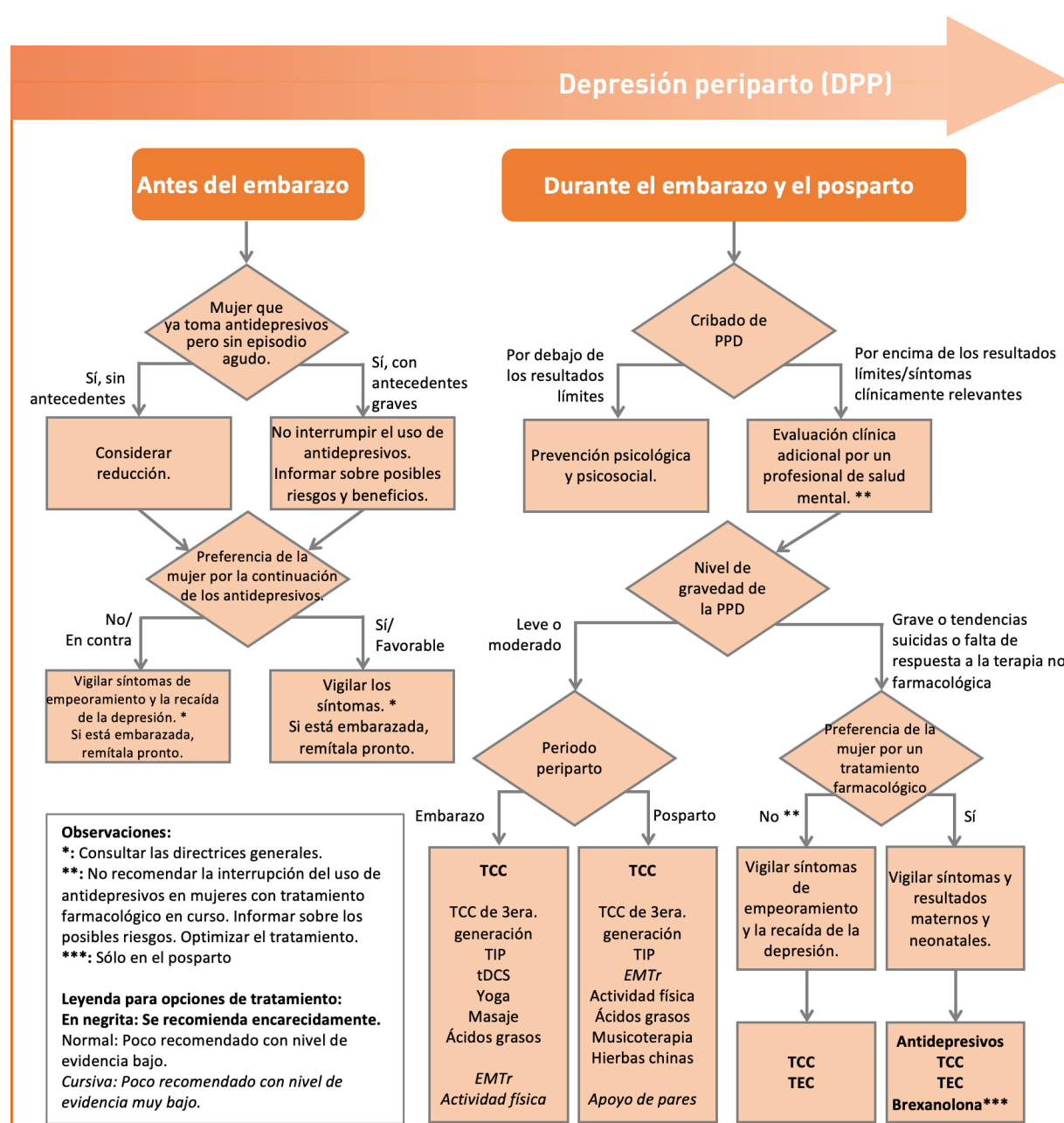
Figura 2. Resumen de las recomendaciones clínicas para las intervenciones en el puerperio



A continuación, ofrecemos un diagrama de flujo de decisiones para el tratamiento de la DPP en mujeres con o sin depresión previa que planean un embarazo, están embarazadas, o en el puerperio. Las intervenciones propuestas se basan en las

recomendaciones expuestas anteriormente. Este diagrama de flujo proporciona una justificación para la gestión de la DPP, pero requiere una cuidadosa consideración del país, el contexto y el entorno específicos en los que se llevarán a cabo las intervenciones.

Figure 3. Guía clínica para la gestión de la DPP en entornos clínicos





E. Observaciones finales

E. // Observaciones finales

Nuestras Guías de práctica clínica basadas en la evidencia para la prevención, el cribado y el tratamiento de la DPP representan un avance sustancial hacia una atención de salud mental periparto mejorada y de alta calidad. Sin embargo, su eficacia per se es limitada debido a tres factores generales:

- 1) disparidades en los conocimientos existentes y en los datos disponibles entre países y regiones;
- 2) disparidades en la disponibilidad de recursos locales para la atención a la salud mental periparto;
- 3) disparidades de las condiciones contextuales/sociales de las mujeres.

Las disparidades en los conocimientos existentes y los datos disponibles no se limitan a las variaciones globales, sino que también se manifiestan dentro de las regiones y los países individuales, incluso dentro de Europa. Estas disparidades se suman a la compleja naturaleza del abordaje integral de la depresión periparto. A pesar de nuestros mejores esfuerzos durante el desarrollo de estas Guías basadas en la evidencia, reconocemos que el panorama de la disponibilidad de datos e investigación en salud mental periparto está sesgado hacia

los datos accesibles, y falta incluir a aquellos que no están fácilmente representados en los estudios (por ejemplo, minorías, inmigrantes, personas que viven en zonas de conflicto). Reconocer estas disparidades intrarregionales e intranacionales es esencial para comprender las limitaciones de los trabajos actuales y tener en cuenta plenamente las características, circunstancias y necesidades únicas de poblaciones específicas, en estrategias eficaces mejoradas para la prevención, el cribado y el tratamiento de la depresión periparto.

Además, las disparidades en la disponibilidad de recursos locales para la atención de la salud mental periparto se suman al reto de abordar la depresión periparto. El acceso a servicios sanitarios adecuados, a profesionales de la salud mental formados y actualizados y a redes de apoyo sólidas puede variar significativamente de una comunidad a otra. Estas disparidades de recursos crean oportunidades desiguales en lo que se refiere a la prevención, la detección precoz y la intervención y atención adecuadas para las personas que sufren depresión periparto. Para garantizar que todas las mujeres reciban la atención y el apoyo que necesitan durante este periodo crítico, los



responsables políticos y los gestores sanitarios deben trabajar para minimizar estas carencias de recursos, con el objetivo de lograr un acceso equitativo a los servicios de salud mental para todos, independientemente de la ubicación geográfica o el estatus socioeconómico.

Además, es esencial reconocer las disparidades en las condiciones contextuales y sociales que experimentan las mujeres, que influyen significativamente en su vulnerabilidad a la depresión periparto. Las experiencias y dificultades de las mujeres durante el embarazo y el posparto pueden variar enormemente en función de factores como la situación socioeconómica, el acceso a la educación, las oportunidades de empleo y las redes de apoyo social. Además, las normas culturales y las expectativas so-

ciales ejercen una presión considerable que afecta al bienestar mental de las mujeres. Estas disparidades contextuales y sociales subrayan la necesidad de un enfoque integral de la salud mental en el embarazo y el posparto que no sólo aborde los aspectos clínicos, sino que también tenga en cuenta estos factores sociales y culturales que contribuyen a aumentar el riesgo de depresión periparto.

Reconocer y abordar estos tres factores generales y las disparidades que cada uno de ellos conlleva es fundamental para garantizar que todas las mujeres reciban la atención y el apoyo integrales que necesitan durante esta fase crítica de sus vidas, que en última instancia afecta al menos a dos generaciones a la vez.



Apéndice 1. El Grupo de desarrollo de guías

Nombre	Funciones	Afiliación
Rena BINA	Profesional del trabajo social clínico, investigadora	Escuela de Trabajo Social, Universidad Bar Ilan, Ramat Gan, Israel
Ana GANHO ÁVILA	Psicóloga clínica, psicoterapeuta, investigadora <i>Presidente del RiseupDPP Cost Action</i>	Centre for Research in Neuropsychology and Cognitive Behavioural Intervention, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Coimbra, Coimbra, Portugal
Sarah KITTEL-SCHNEIDER	Psiquiatra de adultos	Departamento de Psiquiatría y Ciencias Neuroconductuales, University College Cork, Cork, Irlanda
Mijke P. LAMBREGTSE-VAN DEN BERG	Psiquiatra, Psiquiatra de Niños y Adolescentes, Profesor Asociado	Centro Médico de la Universidad Erasmus, Rotterdam, Países Bajos
Ilaria LEGA	Psiquiatra, Investigadora	Istituto Superiore di Sanità, Rome, Italy
Angela LUPATTELLI	Profesora de Farmacoepidemiología y Medicamentos en el Embarazo	Departamento de Farmacia, Universidad de Oslo, Oslo, Noruega
Mariana MOURA RAMOS	Psicóloga clínica, psicoterapeuta, investigadora <i>Líder del Grupo de Desarrollo de Guías RiseupDPP</i>	Unidad de Psicología Clínica, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Portugal; Centro de Investigación en Neuropsicología e Intervención Cognitivo-Conductual, Universidad de Coimbra, Portugal



Name	Roles	Affiliation
Sandra NAKIĆ RADOŠ	Psicóloga clínica, investigadora <i>Co-líder del Grupo de Desarrollo de Guías RiseupDPP</i>	Departamento de Psicología, Universidad Católica de Croacia, Zagreb, Croacia
Maria F. RODRIGUEZ-MUÑOZ	Profesora de Psicología Clínica	Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España
Greg SHEAF	Especialista en información	Biblioteca del Trinity College de Dublín, Irlanda
Alkistis SKALKIDOU	Profesora de Obstetricia y Ginecología; Consultora Senior en Obstetricia y Ginecología	Departamento de Salud de la Mujer y el Niño, Universidad de Uppsala, Uppsala, Suecia; Servicio de Ginecología Ambulatoria, Hospital Universitario Akademiska, Uppsala
Ana UKA	Psicóloga e investigadora	Centro de Investigación para el Desarrollo Sostenible y la Innovación, Escuela Universitaria "Beder", Tirana, Albania
UUSITALO, Susanne	Especialista en ética	Departamento de Filosofía, Historia Contemporánea y Ciencias Políticas, Universidad de Turku, Finlandia
Laurence VAN DEN ABEELE	Representante de pacientes	Make Mothers Matter, Delegación de la UE, Bruselas, Bélgica

