

La Sección ofrece en las Noticias, una selección de artículos, fundamentalmente de la prensa especializada. Se revisan polémicas, como el riesgo de Autismo y los ISRS, así como las últimas novedades sobre la influencia de la ansiedad o la depresión en el embarazo, entre otros tópicos interesantes. A destacar el análisis exhaustivo del Registro Sueco sobre la utilización de fármacos activos sobre el SNC, lo cual es una oportunidad para revisar un tema en constante evolución. La oportuna traducción del artículo sobre el posicionamiento de la Sociedad Marcé Internacional en la evaluación y detección de la depresión en mujeres durante el periodo perinatal, es una aportación inexcusable a seguir por profesionales y gestores de la salud.

I. Noticias de Salud Mental Perinatal

Gracia Lasheras^{1,3}, Borja Farré-Sender^{2,3}, Estel Gelabert⁴, Liliana Ferraz⁴,
Gemma Mestre^{2,5}, Ingrid Rovira⁶

¹Psiquiatra. H. Universitario Quirón Dexeus (HUQD). Coordinadora de la Sección

²Psicólogo. HUQD

³Sección de Salud Mental Perinatal y Reproductiva (SSMPR)

⁴Psicóloga. Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. UAB. Colaboradora SSMPR

⁵Psicóloga. Consejo de Redacción. Colaboradora SSMPR

⁶Psicóloga. H. Clínic de Barcelona, sede Maternitat. Colaboradora SSMPR

1. Uso de Inhibidores de la Selección de la Recaptación de Serotonina durante el embarazo y riesgo de autismo

Use of Selective Serotonin Reuptake Inhibitors during Pregnancy and Risk of Autism

Hviid A, Melbye M, Pasternak B.

The New England Journal of Medicine 19;369(25):2406-15, Dec 2013

Se ha encontrado una asociación entre el uso de antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) durante el embarazo y el riesgo de trastornos del espectro autista (TEA) en la descendencia. Se realizó un estudio de cohorte de todos los nacidos vivos en Dinamarca desde el 1996 hasta 2005 (626.875 nacimientos), en el que se obtuvo una ratio de incidencia de TEA del 122,6 por cada 100.000 nacidos expuestos a ISRS durante el embarazo, con un total de 52 casos en 42.400 personas/año expuestos a ISRS que fueron diagnosticados de TEA. En comparación con los dos grupos controles de madres, se obtuvieron resultados interesantes: un grupo control de madres no estuvo expuesto a ISRS ni antes (entre los 2 años y 6 meses previos al embarazo) ni durante el embarazo, y el otro grupo control estuvo expuesto antes (dentro del periodo de 2 años y 6 meses antes del embarazo), pero no durante el embarazo. Los del primer grupo, no tuvieron un mayor riesgo de que el niño sufriera algún TEA (Cociente de Tasas Ajustado Plenamente (CTPA)=1,20; IC(95 %)=0,90-1,61), en cambio, el grupo de **madres expuestas a ISRS antes del embarazo, presentaban un mayor riesgo** de sufrir este trastorno (CTAP=1,46; IC(95 %)=1,17-1,81).

Fueron excluidos del estudio todos los niños con enfermedades genéticas asociadas a un mayor riesgo de sufrir TEA (el síndrome del cromosoma X frágil, esclerosis tuberosa, el síndrome de Angelman, síndrome de Down, neurofibromatosis y los síndromes de Prader-Willi y DiGeorge) y el síndrome de rubéola congénita.

La **conclusión** de los autores es que no han detectado una asociación significativa entre el uso materno de ISRS *durante el embarazo* y la aparición de TEA en la descendencia, ya que pueden haber otros factores determinantes, como la exposición previa a estos; sin embargo, no se puede descartar un riesgo relativo de hasta el 1,61 sobre la base del límite superior del IC, por lo que la asociación merece más estudio (financiado por *Danish Health and Medicine Authority*).

2. La influencia de la ansiedad generalizada y de la ansiedad relacionada con el parto en los resultados obstétricos

The influence of general anxiety and childbirth-specific anxiety on birth outcome

Reck C, Zimmer K, Dubber S, Zipser B, Schlehe B, Gawlik S.
Archives of Women's Mental Health 16(5):363-9, April 2013

El embarazo y el parto son acontecimientos importantes en la vida de la mujer y pueden venir acompañados por un aumento de la ansiedad. Aunque el periodo del embarazo generalmente no parece aumentar la prevalencia de los trastornos mentales del Eje I (DSM-IV), se debe tener en cuenta que la ansiedad relacionada con el parto y la ansiedad generalizada subsindrómica pueden aumentar ante la presencia de un parto inminente, y a su vez generar un impacto negativo en los resultados obstétricos.

El **objetivo** de este estudio ha sido determinar si los síntomas ansiosos durante el embarazo tienen un impacto en la duración y en el método de parto; para ello se analizaron una serie de variables médicas y de ansiedad en una muestra de 88 mujeres alemanas. La sintomatología ansiosa previa al parto se evaluó mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI, ansiedad generalizada) y el Cuestionario de Ansiedad Relacionada con el Embarazo (*Pregnancy Related Anxiety Questionnaire* PRAQ-R, sintomatología ansiosa específica del embarazo); así mismo, los resultados obstétricos fueron recogidos de las historias clínicas, registrándose dos parámetros: la duración total de parto (dilatación y expulsión fetal) y la incidencia de intervencionismo en el embarazo o en el parto (ventosa, cesárea planificada y no planificada).

Los **resultados** indicaron que la ansiedad relacionada con el parto (evaluada mediante la PRAQ-R) es un importante predictor de la duración total del parto, mientras que la ansiedad generalizada (evaluada mediante el STAI) no tuvo ningún efecto. La incidencia de intervenciones durante el parto se explicó por la variable paridad, sin que la ansiedad tuviera un valor predictivo.

Los resultados de este estudio indican que además de factores médicos, la presencia de ansiedad relacionada con el parto durante el embarazo tiene un papel importante en el proceso de parto. Los autores destacan la relevancia de estos resultados en cuanto a la necesidad de implementar intervenciones psicológicas específicas para reducir la ansiedad relacionada con el parto y de esta forma influir positivamente en los resultados obstétricos.

3. Una evaluación prospectiva de los sofocos nocturnos durante el embarazo y posparto

Prospective evaluation of nighttime hot flashes during pregnancy and postpartum

Rebecca C. Thurston, James F. Luther, Stephen R. Wisniewski, Heather Eng, Katherine L. Wisner.
Fertility and Sterility 100(6): 1667-72, December 2013

Los sofocos son el síntoma clásico de la menopausia y la mayoría de las mujeres refieren haberlo sufrido en algún momento a lo largo de la transición climática; se asocian con alteraciones del

sueño, irritabilidad y vergüenza, y en general provocan un impacto negativo en la calidad de vida a nivel físico, social y emocional. El **objetivo** de este estudio ha sido determinar la prevalencia, el curso y los factores de riesgo para los sofocos nocturnos durante el embarazo y el posparto. Para ello, los autores utilizaron una entrevista clínica, medidas físicas y cuestionarios administrados a las semanas 20, 30 y 36 del embarazo, y en las semanas 2, 12 y 26 después del parto, en una muestra de 429 mujeres.

Los **resultados** reportaron que el 35 % de las mujeres sufrían sofocos nocturnos durante el embarazo y el 29 % durante el postparto. Los análisis de modelos multivariantes indicaron que las mujeres más jóvenes (odds ratio [OR] 0,94; intervalo de confianza [IC] del 95 %, 0,88-0,99), tenían un índice de masa corporal previo al embarazo más elevado (OR 1,05; IC 95 %, 1.1 a 1.10), un nivel educacional inferior a educación universitaria (OR 2.58; IC 95 %, 1,19-5,60) y eran más propensas a reportar sofocos nocturnos durante el embarazo. Por otro lado, un número más elevado de síntomas depresivos se asociaron con los sofocos nocturnos durante el embarazo (OR 1.08; IC 95 %, 1.4 a 1.13) y el postparto (OR 1.19; IC 95 %, 1.14 a 1.25).

Los autores **concluyen** que los sofocos, normalmente considerados como un síntoma de la menopausia, se presentan en más de un tercio de las mujeres durante el embarazo y/o durante el periodo postparto. Los factores predictores de los sofocos, incluyendo los síntomas depresivos, bajo nivel educativo y mayor índice de masa corporal, son similares a aquellos descritos para la menopausia.

Se recomiendan estudios futuros que investiguen el papel de los factores hormonales y emocionales para los sofocos durante el periodo del embarazo y postparto.

4. Vínculo madre-hijo durante el primer año; asociación entre síntomas de depresión postnatal y vínculo durante las primeras semanas

Mother-child bonding at 1 year; associations with symptoms of postnatal depression and bonding in the first few weeks

O'Higgins M, Roberts IS, Glover V, Taylor A.

Archives of Womens Ment Health 16(5):381-92, Oct 2013

Algunas madres experimentan sentimientos neutros o negativos hacia su recién nacido. El presente trabajo ha estudiado la asociación entre los síntomas depresivos puerperales y el vínculo materno filial, así como la persistencia de estos sentimientos durante el primer año. Para evaluar el vínculo se utilizó la *Mother-Infant Bonding Scale* (MIBQ) en cuatro ocasiones: entre la 1ª y 4ª semana, a las 9 semanas, a las 16 semanas y 1 año después del parto. La muestra final estuvo compuesta por 50 mujeres deprimidas (puntuaciones en la *Edinburgh Postnatal Depression Scale*; EPDS \geq 13) a las 4 semanas postparto, y 29 mujeres no deprimidas.

Se observó una asociación estadísticamente significativa entre las puntuaciones en síntomas depresivos a las 4 semanas postparto y las puntuaciones en el vínculo a las 1-4 semanas, a las 9 semanas, y al año postparto [χ^2 (1) = 9,85, p <0,01, 5,44, p <0,05 y 5,21, p <0,05]. Así, una mujer con puntuaciones en el EPDS \geq 13 a las 4 semanas tendría 5 veces más probabilidades de experimentar un vínculo alterado (MIBQ $>$ 2) en ese momento; del mismo modo, las puntuaciones obtenidas en el vínculo durante las primeras semanas se asociaron con las obtenidas en el resto de momentos temporales [χ^2 (1) = 17.26, p <0.001, 7.89, p <0.01 y 13.69, p <0.001]. Sin embargo, los resultados del modelo de regresión sugirieron que la vinculación temprana, y no los síntomas depresivos, es el principal predictor del vínculo materno filial al año después del parto.

Los autores **concluyeron** que las mujeres deprimidas después del parto pueden tener dificultades en vincularse con su bebé, y esto puede persistir durante al menos 1 año. Por otro lado, destacaron la importancia de la identificación temprana de las alteraciones en el vínculo de forma independiente.

5. Riesgo elevado de complicaciones obstétricas en mujeres embarazadas con depresión

Elevated risk of adverse obstetric outcomes in pregnant women with depression

Kim DR, Sockol LE, Sammel MD, Kelly C, Moseley M, Epperson CN.

Archives of Women's Mental Health 16(6):475-82, Dec 2013

En este estudio se evaluó la asociación entre síntomas depresivos durante el embarazo y resultados neonatales anómalos en un grupo de mujeres afroamericanas. Para ello se realizó un estudio de cohorte retrospectivo constituido por 261 mujeres embarazadas afroamericanas evaluadas mediante la *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) en su primera visita prenatal. Las historias clínicas fueron revisadas para obtener información sobre complicaciones obstétricas durante el embarazo y resultados neonatales adversos, particularmente la presencia de preeclampsia, parto prematuro (<37 semanas), retraso del crecimiento intrauterino (RCIU < 10 %) y bajo peso al nacer (<2500g). Se recogieron otros factores de riesgo potenciales como características sociodemográficas (edad, paridad), factores de riesgo psicológicos (EPDS, antecedentes de trastorno mental, exposición a sustancias psicotrópicas durante el embarazo), factores de riesgo médicos/obstétricos (enfermedades crónicas, antecedentes de parto prematuro, diabetes gestacional, trastorno tiroideo durante el embarazo) y factores de riesgo conductuales (tabaco, alcohol y drogas de uso recreacional durante el embarazo).

Los **resultados** de los modelos de regresión mostraron una asociación estadísticamente significativa entre puntuaciones en el EPDS ≥ 10 y mayor riesgo de preeclampsia, parto prematuro y bajo peso al nacer.

Los autores **concluyeron** que los síntomas depresivos durante el embarazo aumentan el riesgo de resultados neonatales adversos, aunque la relación existente entre ambos no está completamente establecida: por una parte, sería posible que la depresión dificultara la realización de conductas saludables, aumentando el riesgo de estos resultados adversos, y por otra, las alteraciones en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal también contribuirían a un ambiente uterino anómalo.

Dado el diseño retrospectivo del estudio y el pequeño tamaño de la muestra, estos resultados deberían ser confirmados en estudios de cohorte prospectivos con un mayor tamaño muestral.

6. Exposición al metilfenidato durante el primer trimestre: un estudio de cohortes

First-trimester exposure to methylphenidate: a population-based cohort study

Pottegård A, Hallas J, Andersen JT, Løkkegaard EC, Dideriksen D, Aagaard L, Damkier P.

The Journal of Clinical Psychiatry 75(1):88-93, Jan 2014

El uso del metilfenidato (MFD) para el tratamiento del trastorno por déficit de atención, con o sin hiperactividad, ha ido en aumento durante la última década en los países occidentales; ello abarca a la población adulta, e incluidas mujeres en la etapa del embarazo. Se sabe muy poco acerca de los posibles efectos negativos de la exposición del MFD durante el embarazo, y este es el principal **objetivo** de este estudio: averiguar una posible asociación entre malformaciones congénitas y mujeres embarazadas expuestas a MFD en el primer trimestre del embarazo. Para ello, toman una muestra a partir del *Danish National Patient Register*, del *Danish National Prescription Registry*, del *Medical Birth Registry* y del *Danish Civil Registration System*, reuniendo una número inicial de 460 000 mujeres en un periodo comprendido entre 2005 y 2012. Tras aplicar exhaustivos criterios de inclusión y exclusión, en el que se incluyen criterios como el uso de otros fármacos, curso del parto, fecha de prescripción, toma del MFD, etc., quedan para el análisis final un total de 222 madres con exposición al MFD durante el primer trimestre de embarazo y un grupo control de 2220. Los **resultados** muestran que no hay un aumen-

to estadísticamente significativo de malformaciones mayores o malformaciones cardíacas (medidas a partir los criterios de la *European Surveillance of Congenital Anomalies*).

La **conclusión** es que, no hay evidencia de que la exposición al MFD en el primer trimestre del embarazo sea un factor de riesgo de malformación congénita, tal y como concluían 4 estudios precedentes con muestras de madres suecas. Sin embargo, los datos son escasos para dar estimaciones de posibles malformaciones específicas.

7. Violencia Doméstica y Trastornos Mentales Perinatales

Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis

Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G.

Plos Medicine 10(5), May 2013. Open Access.

Los trastornos mentales en el período perinatal son uno de los problemas de salud más frecuentes vinculados tanto con el embarazo como con el puerperio, que se asocian con distintos efectos adversos sobre el feto tales como un bajo peso al nacer o posteriores problemas conductuales o emocionales del niño.

Distintos estudios han hallado que la presencia de violencia doméstica durante el período perinatal está fuertemente asociada con resultados obstétricos adversos, pero no hay evidencia de su vinculación con trastornos mentales perinatales. A fin de profundizar en la temática en cuestión, Howard y cols. llevaron a cabo un estudio cuyo **objetivo** era estimar la prevalencia y las probabilidades de haber experimentado violencia doméstica en mujeres con trastornos mentales en la etapa prenatal y postnatal; concretamente se centraron en la asociación entre violencia doméstica y ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático (TEPT), psicosis y trastornos de la conducta alimentaria (TCA).

Tras una revisión completa y sistemática de los estudios experimentales y observacionales existentes en distintas bases de datos electrónicas, los autores **concluyeron** que existía una asociación entre los altos niveles de síntomas propios de los distintos trastornos mentales, concretamente los trastornos de ansiedad, depresión y TEPT, y haber sido víctima de violencia doméstica. Las mujeres con una posible depresión, tanto en el período prenatal como el postnatal, tenían mayor probabilidad de haber experimentado violencia doméstica a lo largo de su vida adulta, sobre todo durante el pasado año o durante el embarazo. Además, observaron que las mujeres que sufrían violencia doméstica durante el embarazo triplicaban la probabilidad de padecer depresión en el período postnatal. Por tanto, aunque no se encontraron estudios sobre TCA ni psicosis, los autores observaron una asociación significativa entre ambas variables; sin embargo, no se pudieron obtener conclusiones claras sobre la direccionalidad causal dada la elevada heterogeneidad de los estudios.

8. Utilización de fármacos activos sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) durante el embarazo

The Use of Central Nervous System Active Drugs During Pregnancy

Källén B, Borg N, Reis M.

Pharmaceuticals 6:1221-86, Oct 2013. Open Access

Los fármacos activos sobre el SNC se utilizan con relativa frecuencia durante el embarazo; el uso de alguno de ellos durante el primer trimestre del embarazo puede aumentar el riesgo de malformaciones congénitas, y durante el tercer trimestre puede estar asociado a parto prematuro, trastornos de

crecimiento intrauterino y morbilidad neonatal. También se ha descrito que la exposición prenatal a algunos psicofármacos puede afectar al desarrollo posterior del cerebro con daño neuropsicológico a largo plazo.

Este extenso trabajo realiza un completa revisión bibliográfica de los efectos adversos sobre la descendencia relacionados con la exposición durante las distintas etapas del embarazo a opiáceos, anti-parkinsonianos, antiepilépticos, neurolépticos, hipnóticos, benzodiazepinas, antidepresivos y otros fármacos activos sobre el SNC, y tiene como **objetivo** presentar los resultados de un análisis exhaustivo del Registro Médico de Nacimiento Sueco (1996-2011), cuyos datos de exposición se basan en entrevistas realizadas a mujeres durante el tercer trimestre del embarazo y en un registro de medicamentos prescritos.

Los **resultados** de este trabajo ponen de manifiesto que, tras controlar las variables de tabaquismo y consumo de alcohol, las mujeres que usan fármacos activos sobre el SNC durante el embarazo temprano presentan un aumento muy pequeño del riesgo de malformaciones congénitas infantiles, con la excepción de las propiedades teratogénicas conocidas de algunos fármacos anticonvulsivos. Los hallazgos más destacables de este trabajo son los siguientes:

1. Se encuentra una asociación entre la exposición a tramadol y pié equinavaro, no extensible a otros opioides. Este efecto no está descrito en la literatura existente.

2. Se objetiva una clara relación entre la exposición prenatal a los anticonvulsivos y diferentes tipos de malformación, existiendo un riesgo más elevado en politerapia que en monoterapia, específicamente vinculado al ácido valproico, pero observable también con otros anticonvulsivos. Esta observación está bien apoyada por la literatura previa, por lo que el ácido valproico deberá evitarse durante el embarazo en los casos en que sea posible. La creciente evidencia apoya un efecto teratogénico del topiramato, pero se necesitan más datos. La carbamazepina o lamotrigina en monoterapia parecen estar asociados con un bajo riesgo de malformación.

3. Entre los neurolépticos, el flupentizol se asocia con un mayor riesgo malformación, sobre todo de tipo urogenital, asociación descrita en este estudio, pero no en otros previos.

4. El viejo debate sobre el posible efecto teratogénico de litio aún no está definitivamente resuelto.

5. Se encuentra una asociación entre el uso de las benzodiazepinas y la estenosis pilórica, que no ha sido descrita en otras fuentes. Esta observación necesita confirmación.

6. El uso de clomipramina o paroxetina se asocia con un mayor riesgo de problemas cardiovasculares y septales; esta última se ha descrito en algunos, pero no todos los estudios anteriores.

7. Se observa un efecto "protector" para las malformaciones con la combinación de hipnóticos agonistas de los receptores benzodiazepínicos (zolpidem, zopiclona) y antidepresivos, así como con el uso de dixyrazine o proclorperazina. Este último hallazgo es explicable como una confusión por indicación (se aplican para hiperémesis gravídica, en mujeres sin trastorno psicopatológico).

B. Källén *et al.*, **concluyen** que resulta conveniente realizar un mayor número de investigaciones en esta línea dado que, el hecho de observar una asociación clara entre un fármaco y una propiedad teratogénica permite evitar, en la medida de lo posible, la exposición a este durante todo el embarazo y, en caso de exposición, intensificar las pruebas para un diagnóstico prenatal específico. Existe, pues, una clara necesidad de atención neonatal y se recomienda una reducida exposición a dichos fármacos sin poner en riesgo el bienestar de la madre.

II. Declaración del posicionamiento de la Sociedad Marcé Internacional 2013: evaluación psicosocial y detección de la depresión en mujeres durante el periodo perinatal

Marcé International Society Position Statement 2013: PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT AND DEPRESSION SCREENING IN PERINATAL WOMEN

Fuente original: Austin MP, Marcé Society Position Statement Advisory Committee, 2014. [Marcé International Society position statement on psychosocial assessment and depression screening in perinatal women](#). Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2014 Jan;28(1):179-87.

Traducción: Liliana Ferraz. *Psicóloga. Departament de Psicologia Clínica i de la Salut. UAB. Colaboradora SSMPR*

Adaptación: Borja Farré-Sender¹; Josep M^a Farré²; Susana Subirá³.

¹Psicólogo HUQD. SSMPR

²Psiquiatra HUQD. Editor

³Psiquiatra. Prof. Titular Fac. Psicología UAB. SSMPR

La traducción y adaptación cuentan con el permiso expreso de los autores.

La posibilidad de llevar a cabo una evaluación psicosocial universal (incluyendo la detección de la depresión) en mujeres durante el periodo perinatal ha suscitado interés y un prolífico debate (1). La siguiente declaración de posicionamiento tiene como objetivo establecer los argumentos que contribuyen al debate así como proporcionar una guía para ayudar en la toma de decisiones por parte de los clínicos, los políticos y de los servicios de salud.

Objetivos de la Declaración del Posicionamiento

- Definir los principios y conceptos generales implicados en la evaluación psicosocial y detección de la depresión.
- Perfilar el debate actual sobre los beneficios y riesgos de este área de especialización, incluyendo los beneficios clínicos y las implicaciones éticas y culturales, y los recursos que conlleva una evaluación psicosocial universal en el ámbito de la atención primaria de salud.
- Proporcionar un documento que apoye activamente la creación de servicios de salud mental perinatal en el ámbito de la atención primaria.

Este documento **no** se propone hacer recomendaciones específicas sobre la evaluación psicosocial y la detección de la depresión (estos tendrán que ser diseñados a nivel local y en función de los recursos y los modelos de atención existentes), ni pretende resumir la amplia investigación basada en la evidencia que es relevante para este debate.

Antecedentes

El periodo perinatal (el embarazo y el primer año después del parto) es una época de gran esfuerzo adaptativo para los padres, y supone un gran reto si además existen factores de riesgo psicosociales (o morbilidad) previos. Los principales de una mala adaptación emocional perinatal incluyen los antecedentes de ansiedad previa (prenatal) o de depresión mayor, padecer otro trastorno de salud mental o el abuso de sustancias, ausencia de soporte social, problemas en la relación de pareja, historia de

trauma (incluyendo los acontecimientos vitales estresantes en la infancia o la edad adulta y la violencia doméstica), aislamiento (físico, mental y cultural), pobreza y personalidad vulnerable (que generan, por ejemplo baja autoestima o niveles elevados de ansiedad) (2-5).

La presencia de morbilidad psicosocial en el embarazo (especialmente niveles elevados de ansiedad y estrés) puede tener un impacto negativo sobre el desarrollo fetal que genera repercusiones cognitivas, emocionales y conductuales en el recién nacido, tal y como se desprende de una serie de estudios prospectivos de cohortes (6). La depresión posparto puede también tener un impacto negativo en el desarrollo de los niños (7).

En muchos países desarrollados, el embarazo y el puerperio son períodos ideales para la educación de la salud debido al frecuente contacto con los profesionales de la salud. Los nuevos y expectantes padres suelen estar muy motivados en la búsqueda de ayuda para realizar cambios potenciales dirigidos al bien de sus hijos y a la reducción de una posible disfunción familiar intergeneracional. Así, el período perinatal proporciona a los clínicos una oportunidad única para abordar la salud *psicológica, social y física* de sus pacientes, y considerar la *evaluación psicosocial universal* como parte del *cuidado habitual durante la maternidad y el posparto*. La detección temprana y el tratamiento de la morbilidad psicosocial son especialmente importantes para el funcionamiento de la unidad familiar y la delicada relación padres-hijo, y permite influir de manera positiva en la salud de la futura estirpe. Asimismo es importante detectar y tratar las circunstancias sociales adversas (siempre que sea posible) y la historia actual o pasada de violencia y/o trauma (8, 9). Hasta la fecha, las investigaciones se han centrado principalmente en la depresión postparto y, por este motivo, apenas se ha investigado acerca del papel de la violencia interpersonal y el trauma como factores mediadores o de riesgo.

La depresión mayor —a menudo acompañada por trastornos de ansiedad y por una personalidad vulnerable— es la condición más frecuente que se presenta en el período postnatal (10, 11), pudiendo estar asociada a resultados negativos para la madre, la pareja, el lactante y la familia. Estos episodios pueden surgir por primera vez en el postparto, o como recurrencia de una condición pre-existente. En los países desarrollados, la prevalencia de depresión mayor es del 12,7 % durante los nueve meses de embarazo y del 7,1 % en los primeros 3 meses del postparto (12).

Los estudios poblacionales demuestran un mayor riesgo de aparición de episodios psiquiátricos *nuevos*, especialmente depresión mayor y psicosis puerperal, durante los primeros meses del posparto (13). Por otro lado, el riesgo de *recaída de un trastorno afectivo previo*, frecuentemente asociado a la supresión del tratamiento farmacológico, aumenta significativamente tanto en el embarazo como en el período postnatal (14-16), especialmente en el caso del trastorno bipolar (17). La mortalidad materna asociada a morbilidad psicosocial (incluyendo uso de sustancias y violencia interpersonal) se ha convertido en una de las principales causas de mortalidad materna en los países desarrollados (18, 19). Asimismo, un ingreso hospitalario por un episodio psiquiátrico grave aumenta hasta 70 veces el riesgo de suicidio en el primer año del postparto, en comparación con otros momentos de la vida de una mujer (20).

La base científica para la detección de la depresión en el período perinatal se ha estudiado exhaustivamente en el proceso de elaboración de las Guías de Práctica Clínica Británica 2007 (4), Escocesa 2012 (5) y Australiana 2011 (21), todas ellas elaboradas bajo una revisión sistemática de la literatura (RSL). Estas tres Guías varían en su grado de recomendación a favor o en contra del uso de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS, 22); Las Guías Australianas recomiendan su uso general en su programa de detección integrado, mientras que las Guías Escocesas (SIGN) y Británicas (NICE) sugieren su uso apenas como un complemento en la práctica clínica. La revisión sistemática de la AHRQ 2013 de la detección de la depresión postnatal (23) concluye que si bien los instrumentos actuales para la *detección de depresión* son bastante sensibles y específicos para su detección en el posparto, no disponemos de pruebas suficientes que permitan valorar los pros y contras de su utiliza-

ción, así como para determinar si el uso de instrumentos y/o estrategias de evaluación específicas supondría mejores resultados.

Mientras que las guías australianas señalan el uso de programas de evaluación psicosocial universal como forma de buenas prácticas, así como la evaluación del binomio madre-hijo, ni el SIGN ni la NICE comentan la importancia de una evaluación psicosocial más amplia como se define en la presente declaración de posicionamiento. Para una información más detallada, se presenta un resumen de las recomendaciones de cada una de las guías de práctica clínica en el Anexo y en la Tabla 1. Es importante tener en cuenta que la importancia de estas recomendaciones varía dependiendo de la calidad de las pruebas existentes en el momento de su desarrollo; de ahí la variabilidad en el grado de recomendación de las diferentes guías para, por ejemplo, el uso de la EPDS.

DEFINICIONES Y CONCEPTOS CLAVE EN LA SALUD MENTAL PERINATAL

Antes de continuar con el debate, es necesario definir la terminología y los conceptos que han surgido durante las últimas dos décadas en el ámbito de la salud mental perinatal.

1. El período perinatal: Se ha definido de diferentes maneras, pero para los objetivos de este documento se define como el período que abarca el *embarazo y el primer año después del parto*. El uso del término "perinatal" en el contexto psicosocial destaca la importancia de considerar el bienestar emocional materno-infantil en un momento en el que el riesgo materno de aparición y/o recurrencia de un trastorno afectivo es altísimo, la vulnerabilidad social y emocional materna se acentúa, y se trata de un momento crítico en el desarrollo del vínculo materno-filial. También pone de relieve el valor de la intervención temprana (idealmente durante el embarazo) y la importancia de detectar problemas psicosociales que puedan tener un impacto negativo a nivel materno, obstétrico, en el bebé y/o en la familia.

2. Morbilidad psicosocial: Para los efectos de este documento, abarca todo el espectro de la morbilidad por trastornos psiquiátricos diagnosticables (por ejemplo, depresión mayor, psicosis, ansiedad y trastorno bipolar) a factores de riesgo psicosociales (como se describe en la sección de antecedentes), pero también puede incluir el abuso de sustancias, la personalidad vulnerable y/o los trastornos de personalidad y una mala adaptación a la maternidad/paternidad.

3. Prevención: La prevención sanitaria tiene como objetivo reducir la carga de las enfermedades crónicas mediante la identificación temprana de aquellas personas con sintomatología o factores de riesgo, así como aplicar las intervenciones apropiadas. Esta es la premisa fundamental subyacente a los beneficios de la evaluación psicosocial universal y de la detección de la depresión.

4. Programas de evaluación psicosocial: Suponen la evaluación de la situación actual y previa de los factores de riesgo psicosociales, sociales y culturales que influyen en la salud mental de las mujeres a lo largo del período perinatal (1). Esta evaluación debe abarcar el espectro más amplio de la morbilidad, desde las enfermedades mentales graves menos prevalentes (esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos de la personalidad, etc.) a trastornos de mayor prevalencia como la depresión y los trastornos de ansiedad, hasta la presencia de factores de riesgo que puedan dificultar la adaptación a la maternidad y paternidad. *En el momento de la evaluación, y a diferencia del screening, la evaluación psicosocial no se propone identificar a las mujeres con un posible diagnóstico en particular.* Más bien nos da una idea multidimensional de las circunstancias psicosociales de la mujer para luego decidir la mejor opción acerca de los cuidados. Dado su carácter multidimensional, es esencial que se lleve a cabo como parte de un programa de atención integral (ver definición más abajo). La evaluación psicosocial podrá realizarse como parte de la entrevista clínica o mediante un instrumento estructurado.

5. Detección de la Depresión: La detección de un episodio depresivo se considera, generalmente, como *un componente* de la evaluación psicosocial en el contexto perinatal, y no se debería contemplar

Tabla 1
Guías Actuales de la Práctica Clínica: principales planteamientos y elementos de los modelos de asistencia y de evaluación psicosocial

Guías y Metodología	Enfoque general	Principales elementos del modelo	Evaluación psicosocial: recomendaciones
<p>GPC británicas de salud Mental pre y posnatales (NICE 2007; en revisión para la actualización en 2015).</p> <p>RSL indica Recomendaciones Graduales y evidencia el asesoramiento multidisciplinar.</p>	<p>Coordinación de una red de profesionales de la salud y de los servicios 1º, 2º, 3º (Modelo administrado de red)</p> <p>Modelo de atención paso a paso (1º → 3º)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Elementos de red comunes, pero los protocolos de derivación específicos varían. • Vías de asistencia a especialistas y 2ª opinión de los 10 protocolos establecidos. • Compartir protocolos de asistencia y programas de formación. Reuniones multidisciplinarias. 	<ul style="list-style-type: none"> • Preg. Whooley 1) síntomas depresivos, desesperanza o anhedonia en el último mes; 2) historia previa y familiar de MHI grave para predecir episodios de MHI grave • Puede usar la EPDS pero apenas como un complemento. • No pregunta acerca del riesgo psicosocial general. • Enfoque al vínculo madre-hijo y familia escaso o inexistente.
<p>Guía escocesa para los Trastornos Afectivos (SIGN 2012)</p> <p>RSL indica Recomendaciones y Puntos para Buena Práctica.</p>	<p>Red Clínica Nacional para establecer las normas de atención especializada, las vías de derivación y manejo, competencias de los profesionales y el acceso equitativo a los servicios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Debate de opiniones y reuniones multidisciplinarias de colaboración. • Criterios para a) atención dentro de los 10 protocolo b) derivación psicosocial • Modelo respaldado por la formación del personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar de forma rutinaria los síntomas depresivos en el embarazo y el puerperio. • La EPDS o las preguntas Whooley se pueden utilizar como apoyo a la evaluación de los problemas emocionales. • Detectar el riesgo de trastorno mental grave de inicio temprano en el posparto. • Poca o ninguna atención a la interacción madre-hijo, o al impacto en la familia.

<p>GPC australianas para Depresión Perinatal y Trastornos Relacionados (2011) además de asesoramiento multidisciplinar.</p> <p>RSL indica Recomendaciones graduales + Puntos para Buena Práctica.</p>	<p>ICP de acuerdo con las necesidades (desde casos de riesgo leve a moderado, a MHI grave o comorbilidad compleja).</p> <p>Apoyo psicosocial a la capacidad clínica de los 10 cuidados de salud; providenciar formación y supervisión así como 2º y 3º opciones de tratamiento.</p> <p>Enfoque centrado en la familia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Criterios claramente establecidos para el manejo de los 10 cuidados de atención y para la derivación a servicios psicosociales. • La mayoría de la atención providenciada a través de los 10 cuidados de atención; apoyo por parte de los servicios psicosociales. • Plano de caso de las mujeres MHI con grave • Conferencias multidisciplinarias de casos • Modelo respaldado por la formación y supervisión del personal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación psicosocial habitual mediante preguntas estructuradas que abarquen factores de riesgo generales para la morbilidad psicosocial y mediante la EPDS (para los síntomas depresivos e de ansiedad), durante el embarazo y 6-12 semanas del posparto. • Identificar MHI y el riesgo a una adaptación pobre a la maternidad/paternidad. • Enfoque específico en la interacción madre-hijo, maternidad/paternidad e impacto en la familia.
--	--	--	--

como el objetivo único de esta evaluación. La *detección* puede ser *universal*, es decir, realizada en todas las mujeres. Esta manera de proceder se contrapone a detecciones específicas que sólo se llevan a cabo en grupos de mayor riesgo (por ejemplo, jóvenes, solteras, o madres con abuso de sustancias). La detección sólo se debería realizar si se dispone de un instrumento apropiado, validado y de fácil uso integrado a una evaluación diagnóstica y tratamiento (si procede) para la situación clínica que se pretende detectar (24, 25). Los instrumentos de detección o de cribado se utilizan para detectar síntomas que tienen una alta probabilidad de asociarse a un diagnóstico, utilizando el punto de corte óptimo. Es importante destacar que un *instrumento de screening* no es una herramienta de diagnóstico, ya que éste requiere una evaluación clínica completa.

6. Atención "integrada": La utilización de este término en el ámbito perinatal destaca la importancia de:

a) Integración de las especialidades de salud y entre los sistemas primarios, secundarios y terciarios de atención en la salud.

b) Integración de los componentes de un programa de evaluación psicosocial que incluya: la evaluación (detección de la depresión propiamente); la formación y supervisión de los clínicos; una guía clara para la toma de decisiones del clínico que contemple la planificación de la atención más adecuada en cada caso y las vías de derivación;

c) Integración de los diferentes periodos (prenatal y postnatal) y servicios (por ejemplo, el hospital y la comunidad);

d) Integración de la evaluación psicosocial con el cuidado maternal 'habitual' (físico) y el cuidado postnatal.

EL DEBATE ACTUAL

Los dos temas clave del debate actual sobre el ámbito perinatal entre los clínicos, los investigadores y los políticos son: 1) Los beneficios (clínicos y de coste) vs. las desventajas de a) una evaluación psicosocial universal b) la detección de la depresión; y 2) Llevar a cabo esta actividad en un contexto con recursos limitados.

1. Las ventajas vs. desventajas de una evaluación psicosocial universal y de la detección de la depresión:

El debate sobre la *detección universal de la depresión* contempla una serie de factores: el *mal uso* potencial de un instrumento de *screening* como un instrumento de diagnóstico (lo que conduce a un diagnóstico erróneo y a un aumento de la prevalencia); la *imprecisión* como resultado de una falta de robustez, en términos de propiedades psicométricas, del *instrumento de screening*, es decir, sensibilidad, especificidad, y valor predictivo positivo (VPP es decir, el número de *detecciones positivas* que efectivamente acaban teniendo un diagnóstico), y el punto de corte óptimo desde el punto de vista clínico. La estimación más reciente de la VPP está alrededor del 62 % (26), lo que significa que aproximadamente un 38 % de las mujeres que puntúan ≥ 13 en la EPDS pueden ser diagnosticadas erróneamente de depresión mayor si no se realiza otra evaluación adicional. Este hecho ha llevado a algunos autores a considerar el riesgo potencial de "*sobrepateologizar*" la presencia de síntomas postnatales. La otra preocupación importante está relacionada con la disponibilidad de recursos que apoyen los programas de *screening* de la depresión perinatal.

De acuerdo con los datos disponibles en la actualidad, en el Reino Unido se considera que el *screening* universal de la depresión con la EPDS (+/- las preguntas Whooley - véase el Apéndice 1) tiene potencialmente más desventajas que ventajas (28) y no se considera rentable según los datos de los que se dispone (29). Curiosamente, el Grupo de Trabajo de Prevención de EE.UU. (30) se muestra

partidario del *screening* de la depresión en la *población general*, dada la evidencia a favor de los beneficios clínicos, cuando se lleva a cabo en un ámbito de atención más especializado (31). Este enfoque no ha sido aún evaluado en el contexto perinatal.

La *evaluación psicosocial*, como parte de la maternidad y del cuidado postnatal, supone indagar sobre el bienestar psicosocial general de la mujer (incluyendo su estado actual y el del pasado en lugar de, exclusivamente, una posible depresión actual). Es un indicio claro para la mujer de que el clínico se interesa por su bienestar general. Hay argumentos de peso a favor de considerar esta evaluación como parte de la evaluación rutinaria, donde el cuidado físico y emocional se integra en el contexto de la atención primaria de salud. Aunque no todos estarán de acuerdo con el uso rutinario de un instrumento de *screening* para la depresión (por las razones expuestas anteriormente) la mayoría de los clínicos argumentan que la evaluación psicosocial tiene valor en sí misma (independientemente de la disponibilidad de los servicios psicosociales integrales) como medio para:

a) *Abrir el debate* sobre temas psicosociales, incluyendo aquellos que impactan más ampliamente en la familia (por ejemplo, la violencia de pareja, el apoyo, la búsqueda de ayuda) y que pueden ser abordados por profesionales de la salud fuera del ámbito de salud mental.

b) *La sensibilización y educación* de las mujeres embarazadas y/o madres y sus cuidadores sobre el hecho de que las condiciones psiquiátricas y psicosociales merecen una atención especial; que las dificultades en la interacción madre-hijo pueden surgir en este periodo; que si estos problemas surgen, hay tratamientos y redes de apoyo disponibles.

El debate sobre la *evaluación psicosocial universal* es menos polémico y tiende a centrarse en la necesidad de definir metodologías y modelos de atención (por ejemplo, el uso de cuestionarios estructurados frente a la entrevista general no estructurada, como parte de un modelo de atención integral) que se adapten a las circunstancias locales. Los ejemplos de instrumentos de evaluación psicosocial estructurados incluyen el ALPHA (32), el ANRQ (33) y el ARPA (34). En aquellos centros donde se llevan a cabo programas de evaluación psicosocial, los clínicos de atención primaria deberán recibir formación para el entrenamiento en habilidades de evaluación psicosocial y supervisión clínica continuada por parte de un profesional de la salud mental. Estos modelos de atención integrada en la evaluación que deben incluir un entrenamiento fundamental, han comenzado a implementarse en Australia, especialmente en las unidades de maternidad y atención a la primera infancia, aunque todavía no han sido evaluados (33-35).

En definitiva, la formación y el apoyo a la atención primaria de salud, probablemente reducirá la frecuencia de las derivaciones a los servicios de salud mental, ya que los profesionales tendrán más seguridad y experiencia en el manejo de las mujeres con riesgo psicosocial moderado, depresión o ansiedad.

Es también relevante para el debate, la creciente evidencia de que las intervenciones de baja intensidad (p.e. los programas de Internet), el apoyo social, el apoyo de los colegas y la autoayuda, son eficaces en el tratamiento, las formas leves de los trastornos del estado de ánimo o de los trastornos adaptativos (36-38), y pueden evitar la sobrecarga de trabajo percibida por los servicios de salud en su conjunto. Finalmente, se necesitan estudios de seguimiento más amplios para evaluar los costes y beneficios del bienestar de las madres, los bebés y sus familias y la sociedad en general.

2. La evaluación psicosocial y la detección de la depresión en países poco desarrollados:

En la mayoría de los 112 países de baja o medio-baja renta per cápita (donde viven la mayoría de las mujeres del mundo) no hay servicios suficientes para un embarazo y parto seguro y, mucho menos, para la detección de los problemas psicosociales. En algunos de estos países, los servicios de salud mental se limitan a instituciones de custodia que proporcionan soporte de baja calidad e, incluso, lo

que a veces se considera como atención abusiva según los estándares mundiales. Debemos, por lo tanto, ser conscientes del contexto en el que se lleva a cabo la evaluación psicosocial y reducir al mínimo el potencial de empeorar la difícil situación de la mujer, debido a una mayor estigmatización o incluso abuso (39).

Del mismo modo, la identificación de factores de riesgo psicosocial en países con recursos limitados (incluidos los relacionados con la escasa nutrición y la asistencia prenatal) tiene el potencial de repercutir tanto en la salud física como mental de la mujer en el embarazo, mejorando así los resultados obstétricos y los del recién nacido (40, 41). En países económicamente más avanzados, son muchas las tareas que se pueden llevar a cabo por los profesionales de los servicios de atención primaria, tanto en lo que se refiere a la detección de la depresión como en la evaluación psicosocial en su sentido más amplio.

Por último, tenemos que ser conscientes de que los instrumentos de evaluación de la depresión (en su mayoría desarrollados en contextos occidentales) actúan de manera muy distinta en países con recursos más limitados, en los cuales puede haber una comprensión muy diferente de conceptos como "depresión". En estas situaciones, las mujeres pueden tener a su alcance un menor número de palabras para describir sus experiencias y necesidades emocionales. Teniendo en cuenta que sus vidas están inmersas en la dificultad permanente, las preguntas que evalúan si se sienten peor de lo habitual son invariablemente contestadas con un "no". Es necesario revisar el uso de diferentes puntos de corte de los instrumentos de evaluación en estos contextos (42). Se recomienda desarrollar métodos de detección específicos y basados en las necesidades y aceptación de cada cultura específica.

En resumen, si bien no hay una respuesta sencilla a la pregunta de si "existe la posibilidad de una evaluación psicosocial universal (incluyendo la detección de la depresión), sin los servicios de referencia pertinentes", no llevar a cabo dicha evaluación, bien sea debido a la complejidad de los problemas o a la falta de recursos en salud mental, supone ser negligente con el papel fundamental del bienestar psicosocial en la madre y el neonato.

Cada vez hay un mayor acuerdo, aunque no unánime, en la Sociedad Marcé Internacional, en el compromiso de emplear una evaluación psicosocial universal en mujeres durante el periodo perinatal siempre y cuando se lleve a cabo dentro de un modelo de atención integral. El valor intrínseco de esta evaluación es en general reconocida por los clínicos en términos psicoeducativos hacia las mujeres y sus familias, y de "iniciar el diálogo" sobre las cuestiones psicosociales. El cómo deberá funcionar esta evaluación exactamente, deberá decidirse desde los servicios de salud territoriales (para más detalle véase más adelante en el siguiente recuadro)

DIRECCIONES FUTURAS: CONSTRUYENDO LAS BASES DE LA EVIDENCIA

Con la finalidad de informar a los clínicos que buscan orientación y a los responsables políticos sobre las prioridades de financiación se necesita:

- Desarrollar y evaluar los métodos para realizar una evaluación psicosocial integrada (incluyendo instrumentos de evaluación estructurados y programas de formación) adecuada a entornos específicos y a las estructuras de organización de los servicios de salud.
- Desarrollar una gama de opciones de tratamiento con una base científica que apoye la evaluación sistematizada; desde la autoayuda e intervenciones de baja intensidad a un mayor acceso a los servicios especializados de salud mental perinatal e infantil.
- Recopilar datos de coste/eficacia relacionados con la evolución de las madres y los recién nacidos, tanto en relación con la detección de la depresión como respecto a una evaluación psicosocial más amplia.

- Desarrollar una mayor evidencia científica en los países con recursos limitados y validar los instrumentos adecuados para mejorar el reconocimiento de la morbilidad psicosocial. Igualmente, se tienen que tener en cuenta las estrategias para la reducción de la violencia y la educación a nivel de las necesidades emocionales universales, que seguramente podrá beneficiar a muchas mujeres sin necesidad de un tratamiento individual.

Principios orientadores que sustentan los Programas de Evaluación Psicosocial y los Programas de Detección de la Depresión
Declaración de la postura de la Sociedad Marcé Internacional 2013

Cuando se proporciona atención y evaluación psicosocial universal a mujeres en periodo perinatal en el ámbito de la atención primaria, se deben considerar los siguientes principios:

- La importancia de combinar la evaluación de la salud *física y emocional*, así como del bienestar de las mujeres en el periodo perinatal.
- El impacto de la morbilidad psicosocial sobre la transición hacia la *maternidad/paternidad y el apego y desarrollo infantil*.
- *Los programas de evaluación psicosocial universal* que combinen una evaluación del contexto psicosocial/factores de riesgo y detección de una posible depresión actual, así como de integrar dicha evaluación con un seguimiento adicional.
- No existe *un modelo único para la evaluación psicosocial*. Los métodos para la evaluación psicosocial que serán más efectivos serán aquellos que se utilicen a nivel local, que sean razonables, fáciles de aplicar e interpretar y que, además, puedan ser integrados dentro de los modelos/programas de asistencia locales.
- *Momento y frecuencia de la evaluación*: Preferiblemente tanto durante el embarazo (como parte de la atención materna de rutina) como durante un período apropiado en el posparto (por ejemplo, 3 meses).
- Es esencial una *correcta formación y un apoyo adecuado a los servicios de atención primaria de salud* (que realizan una evaluación psicosocial integrada) por parte de los servicios de salud mental.
- La evaluación de los *antecedentes de trastornos afectivos o de psicosis puerperal* deberá estar incluida en cualquier tipo de evaluación psicosocial, dado el mayor riesgo de recurrencia en el periodo postnatal.
- Se debe tener en consideración la *seguridad de las madres y bebés* en todo momento.
- No realizar una correcta evaluación psicosocial debido a la complejidad de los problemas que puedan surgir y/o a la falta de recursos psicosociales, supone pasar por alto el papel fundamental del bienestar psicosocial materno y neonatal. Esta evaluación tiene un valor intrínseco en cuanto a educar a las mujeres y a las familias, así como de iniciar el diálogo sobre las cuestiones psicosociales.
- Un punto clave de la intervención es la movilización de los apoyos sociales, hecho que es independiente de la participación formal de los profesionales.
- Los programas deben facilitar el acceso a una serie de intervenciones psicosociales de bajo coste en atención primaria, que puedan proporcionar asistencia a las mujeres con problemas leves a moderados (mayoría de los casos).
- Se debe adoptar para cada caso un enfoque de colaboración donde se tendrán en cuenta las preferencias de la madre, con respecto a las opciones de derivación y/o el plan de tratamiento.

- Los programas deben garantizar que la atención psicosocial perinatal es culturalmente sensible y centrado en la familia.
- La forma idónea sería que existiera la derivación por parte del sector primario a los servicios psicosociales perinatales especializados, teniendo en cuenta un modelo de atención paso a paso.
- Es necesario desarrollar una base de evidencia que indique el mejor enfoque de los programas de evaluación psicosocial y los modelos asistenciales adecuados y adaptados a las necesidades locales, así como considerar la evaluación de los costes y beneficios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Austin, M.P., Antenatal screening and early intervention for 'perinatal' distress, depression and anxiety: where to from here? *Archives of Women's Mental Health*, 2004. 7: P. 1-6.
2. O'Hara, M., Swain, A., Rates and risk of post-partum depression: a meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 1996. 8: p. 37-54.
3. Milgrom, J., et al., Antenatal risk factors for postnatal depression: A large prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 2008. 108(1-2): p. 147-157.
4. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), Antenatal and postnatal mental health: The NICE guidelines on clinical management and service guidance CG45. National Collaborating Centre for Mental Health. The British Psychological Society & Royal College of Psychiatrists, 2007.
5. Scottish Intercollegiate Guidelines network (SIGN), Management of perinatal mood disorders (SIGN Publication no. 127). March 2012, Edinburgh: Available from URL: <http://www.sign.ac.uk>.
6. Talge, N.M., Neal, C., Glover, V., Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: How and why? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 2007. 48(3-4): p. 245-261.
7. Murray, L. and Cooper, P.J., Postpartum depression and child development. *Psychol Med*, 1997. 27(2): p. 253-60.
8. Howard, L., et al., Domestic Violence and Perinatal Mental Disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 2013. 10(5): p. 1-16.
9. Seng, J.S., et al., Post-traumatic stress disorder, child abuse history, birthweight and gestational age: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2011. 118(11): p. 1329-1339.
10. Austin, M.P., et al., Depressive and anxiety disorders in the postpartum period: how prevalent are they and can we improve their detection? *Archives of Women's Mental Health*, 2010. 13(5): 395-401.
11. Wisner, K.L., et al., Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*, 2013. (epub ahead of print).
12. Gaynes, B.N., et al., Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evidence Report / Technology Assessment*, 2005. 118: p. 1-225.
13. Munk-Olsen, T., et al., New parents and mental disorders: a population-based register study. *JAMA*, 2006. 296(21): p. 2582-9.
14. Cohen, L.S., et al., Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA*, 2006. 295(5): p. 449-507.
15. Viguera, A.C., et al., Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and nonpregnant women after discontinuing lithium maintenance. *American Journal of Psychiatry*, 2000. 157: p. 179-184.
16. Viguera, A.C., et al., Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *Am J Psychiatry*, 2007. 164(12): p. 1817-24.
17. Munk-Olsen, T., et al., Risks and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Archives of General Psychiatry*, 2009. 66(2): p. 189-195.
18. Oates, M., Suicide: the leading cause of maternal death. *British Journal of Psychiatry*, 2003. 183: p. 279-281.

-
19. Austin, M.P., et al., Maternal mortality and psychiatry morbidity in the perinatal period: challenges and opportunities for prevention in the Australian setting. *Medical Journal of Australia*, 2007. 186: 364-367.
 20. Appleby, L., P.B. Mortensen, and E.B. Faragher, Suicide and other causes of mortality after postpartum psychiatric admission. *British Journal of Psychiatry*, 1998. 173: p. 209-211.
 21. Austin, M.P., N. Highet, and the Guideline Expert Advisory Committee, Australian Clinical Practice Guidelines for Depression and related disorders – Anxiety, Bipolar Disorder and Puerperal Psychosis – in the Perinatal Period. A Guideline for Primary Care Health Professionals, 2011, Melbourne: beyond-blue: the national depression initiative.
 22. Cox., J.L, et al., Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 1987. 150(6): 782-6.
 23. Myers, E.R., et al., Efficacy and Safety of Screening for Postpartum Depression. *Comparative Effectiveness Review 106.*, 2013, Agency for Healthcare research and Quality: Rockville, MD.
 24. Wilson, J.M.G. and G. Jungner, Principles and practices of screening for disease. Geneva: World Health Organization; Public Health Papers No. 34., 1968.
 25. Raffle, A.E. and J.A. Muir Gray, Screening: Evidence and practice. 2007, Oxford University Press.
 26. Milgrom, J., J. Mendelsohn, and A.W. Gemmill, Does postnatal depression screening work? Throwing out the bathwater, Keeping the baby. *Journal of Affective Disorders*, 2011. 132(3): 301-10.
 27. Matthey, S., Are we overpathologising motherhood? *Journal of Affective Disorders*. 120: p. 263-6.
 28. Hill, C., An evaluation of screening for postnatal depression against NSC criteria, 2010 UK National Screening Committee London.
 29. Paulden, M., et al., Screening for postnatal depression in primary care: cost effectiveness analysis. *BMJ*, 2009. 2210(340): p. b5203
 30. U.S. Preventive Services Task Force, Screening for Depression in Adults: Recommendation Statement. *Annals of Internal Medicine*, 2009. 151(11): p. 784-792.
 31. Wells, K.B., et al., Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. (Erratum appears in *JAMA* 2000 Jun 28; 283(24):3204). *JAMA*, 2000. 283(2): p. 212-20.
 32. Carroll, J.C., et al., Effectiveness of the Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) form in detecting psychosocial concerns: a randomized controlled trial. *CMAJ*, 2005. 173(3): P. 253-9.
 33. Austin, M.P., et al., The Antenatal Risk Questionnaire (ANRQ): Acceptability and use for psychosocial risk assessment in the maternity setting. *Women & Birth*, 2013. 26: p. 17-25.
 34. Matthey, S., et al., Routine psychosocial assessment of women in the antenatal period: frequency of risk factors and implication for clinical services. *Arch Women Ment Health*, 2004. 7(4): p. 223-9.
 35. Austin, M.P., et al., Antenatal psychosocial assessment for reducing antenatal and postnatal mental health morbidity. *Cochrane database of Systematic Reviews*, 2008(4).
 36. Dennis, C.L. and E. Hodnett, Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*, 2007(4): p. CD006116.
 37. Dennis, C.L., et al., Effects of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial. *BMJ*, 2009. 338(jan15_2): p. a3064.
 38. Dennis, C.L., Intensive postpartum support for postnatal depression has the most beneficial outcome-meta-analysis. *Evidence-based Obstetrics & Gynecology*, 2006. 8(3-4): p. 94-95.
 39. Fisher, J., et al., Pregnancy, childbirth and the postpartum period. Mental health aspects of women's reproductive health: a global review of the literature. Geneva: WHO Library, 2009.
 40. Rahman, A., et al., Maternal depression increases infant risk of diarrhoeal illness: - a cohort study. *Arch Dis Child*, 2007. 92(1): p. 24-8.
 41. Patel, V., et al., Treatment and prevention of mental disorders in low-income and middle-income countries. *The Lancet*, 2007. 370(9591): p. 991-1005.
 42. Fischer, J. et al., Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin WHO*, 2012. 90: 139G-149G.

MIEMBROS ASESORES DE LA DECLARACIÓN DEL POSICIONAMIENTO

Marie-Paule Austin (directora) St John of God Health Care Prof Perinatal & Women's Mental Health, University NSW, Australia. Presidente Australiano de las Guías Australianas de la Depresión Perinatal y Trastornos Asociados (beyondblue).

Gisele Apter, Directora de Perinatal & Child Psychiatry Erasme Hospital, University Paris Diderot, Francia.

Bryanne Barnett, Psiquiatra Perinatal, St John of God Health Care & University NSW, Sydney, Australia.

Angela Bowen, Directora del Maternal Mental Health & A/Professor Nursing, University of Saskatchewan, Canadá.

Roch Cantwell, Psiquiatra Perinatal, Southern General Hospital, Glasgow, Escocia, Presidenta de las Guías SIGN.

Prabha Chandra, Profesor en Psiquiatría, National Institute of Mental Health & Neurosciences, Bangalore, India.

Linda Chaudron, Profesora, Psiquiatra, Pediatra, Obstetra/Ginecóloga, University of Rochester, EEUU.

Jane Fisher, Profesora Jean Hailes Women's Health, Monash University, Melbourne, Australia.

Jane Hanley, Presidenta de la Sociedad Internacional Marcé, College of Human and Health Sciences, Swansea University, Wales, Gran Bretaña.

Nicole Highet, Director Ejecutivo del Centre for Perinatal Excellence (COPE), Australia.

Jane Honikman, Fundadora de Postpartum Support International, EEUU.

Jeannette Milgrom, Profesor y Director de Parent-Infant Research Institute, University Melbourne, Australia.

Anne-Laure Sutter-Dallay, Jefe de Psiquiatría Perinatal, University of Bordeaux, Francia.

Katherine Wisner, Profesora de Psiquiatría Asher & Obstetricia/Ginecología, Northwestern University, EEUU.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos el apoyo de la Sociedad Internacional Marcé y a St John of God Health Care en la recopilación de los comentarios del Comité Asesor.

REFERENCIAS SUGERIDAS

Declaración del posicionamiento de la Sociedad Marcé Internacional (2013). Evaluación Psicosocial y Detección de la Depresión en mujeres durante el Periodo Perinatal.

ANEXO

RESUMEN DE LAS GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA A NIVEL NACIONAL PARA LA EVALUACIÓN PSICOSOCIAL Y SCREENING DE LA DEPRESIÓN (VÉASE TAMBIÉN LA TABLA 1)

En los últimos 10 años se han elaborado tres Guías de Práctica Clínica a nivel Nacional (GPC). Además, contamos con una extensa revisión del uso de la EPDS para el screening de la depresión perinatal en los EE.UU (AHRQ 2013 que no se resumirá aquí). Cada una de estas GPC se basa en una revisión sistemática de la literatura (RSL), e incluye una serie de recomendaciones jerarquizadas basadas en la evidencia y una serie de puntos de buenas prácticas. Cada GPC aborda dos ámbitos clave:

1) Modelo de atención psicosocial. Cada una de Guías recomienda un enfoque similar en los siguientes puntos:

- Programas de *evaluación psicosocial predominantemente en atención primaria e integrados*, en los que los clínicos de atención primaria puedan remitir a los servicios de salud mental los casos de atención a nivel secundario y terciario.
- Planificación de casos y manejo de los *casos complejos con trastorno psicosocial relevante o grave*.
- Enfoque de equipo multidisciplinar que permita la participación del ámbito primario y de los clínicos psicosociales, así como la integración entre las distintas especialidades.
- Programas respaldados por personal en formación continuada y bajo la supervisión del sector de salud mental.

2) El enfoque y método de evaluación. Existen diferencias significativas entre las Guías con respecto a este punto, tal y como se refleja a continuación:

Australiana (NHMRC aprobada en 2011)

- Identifica claramente al bebé y a la familia como parte de la evaluación y del modelo de actuación (frente a las Guías británicas y escocesas).
- Recomienda el uso de la EPDS en ambos periodos, pre y posnatal, para identificar una posible depresión (y trastorno de ansiedad), utilizando el habitual punto de corte para el posparto.
- Identifica la importancia del uso de un instrumento estructurado para la evaluación psicosocial junto con la EPDS, y de que estos instrumentos sean adecuados para mujeres y clínicos.

Guías británicas y galesas (NICE 2007; en revisión; próxima versión en 2015)

- No recomienda el uso habitual de la EPDS aunque sí menciona que se puede utilizar como “complemento” a la evaluación psicosocial.
- Avala el uso de dos preguntas específicas. Las “*preguntas Whoole*”, para la detección de una posible depresión en el período perinatal, de la siguiente manera: *En el último mes, ¿se ha sentido molesta a menudo por?: 1) Sentirte triste, deprimida o sin esperanza 2) Tener poco interés o placer en hacer las cosas*. Si la respuesta es afirmativa a las preguntas 1 y/o 2, se plantea: *¿le gustaría recibir ayuda con algunos de estos problemas?*
- Además de las preguntas Whooley, realizar la evaluación de los antecedentes previos personales o familiares de trastorno psicosocial grave.
- Se recomienda el uso de la atención por pasos y los modelos en red.
- Las Guías no incluyen una mención específica al bebé o la familia como parte del modelo asistencial.

Guías escocesas (SIGN 2012)

- Se recomienda evaluar posibles síntomas depresivos durante el embarazo y periodo posnatal, aunque destaca que la RSL no aporta pruebas suficientes que recomienden el uso de instrumentos específicos (por ej. la EPDS).
- La EPDS y las preguntas Whooley pueden utilizarse para supervisar y facilitar el análisis de los problemas emocionales.
- Detectar el riesgo de trastorno mental grave de inicio temprano en el posparto.
- Las Guías aconsejan que siempre que exista evidencia de deterioro en la relación madre-hijo, se ofrezca una actuación adicional dirigida específicamente a esta intervención.