



MINISTERIO
DE SALUD

**Lineamientos técnicos para la atención integral de la
mujer con trastornos mentales y del comportamiento
prevalentes en el periodo perinatal**

San Salvador, El Salvador 2023



MINISTERIO
DE SALUD

Lineamientos técnicos para la atención integral de la mujer con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el periodo perinatal

San Salvador, El Salvador 2023



MINISTERIO
DE SALUD

2023 Ministerio de Salud



Atribución-NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)

Está permitida la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o formato, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial. Debe dar crédito de manera adecuada. Puede hacerlo en cualquier formato razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen apoyo de la licencia.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede Consultarse en el Centro Virtual de Documentación Regulatoria en: <http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Ministerio de Salud
Calle Arce No. 827, San Salvador. Teléfono: 2591 7000
Página oficial: <http://www.salud.gob.sv>

Autoridades

Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *Ad honorem*

Dr. Carlos Gabriel Alvarenga Cardoza
Viceministro de Gestión y Desarrollo en Salud *Ad honorem*

Dra. Karla Marina Díaz de Naves
Viceministra de Operaciones en Salud *Ad honorem*

Equipo técnico

Dra. María Magdalena Archila Dra. Hazel Valdez Licda. Sandra de Arteaga	Unidad de Salud Mental
Dr. Carlos Roberto Torres Lic. Edwin López Dra. Zonia Trigueros	Dirección de Regulación
Dra. Beatriz Sandoval	Dirección Nacional de Hospitales
Lic. Hernán Ascencio	Unidad de Enfermería
Dra. Patricia Ivette Guardado Flores Dra. Victoria Carolina Ramírez Dra. Verónica Irene Soto de Hernández Licda. Silvia de Domínguez	Dirección Materno Perinatal y Niñez
Licda. Vilma Dorys Alfaro de García	Hospital Nacional Ilobasco, "Dr. José Luis Saca"
Dra. Ivonne Ávila DelCid	Unidad de Salud Barrios
Dra. Tania Abrego	Hospital Nacional Psiquiátrico "Dr. José Molina Martínez"
Dra. Ana Julia Cruz Jurado Licda. Mirna Recinos	Hospital Nacional de La Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez"
Dr. Willy González	Hospital Nacional General de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José Antonio Saldaña"
Licda. Deysi Emely Perla de González	Región Paracentral de Salud
Dra. Rocío de Hernández Dra. Guadalupe de Garay	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Cap. y Lic. Miguel Ángel Monjarás Calix	Hospital Militar Central/Comando de Sanidad Militar
Licda. Cindy Eunice Vásquez	ISRI/CRINA
Licda. Magdely Mármol Ventura	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
Licda. Nikol Mercado	Especialista de Salud Mental del Proyecto Creciendo Saludable Juntos

Comité consultivo

Dra. Nely Madrid	Unidad Atención Integral en Salud a la Adolescencia
Licda. Bertha Maribel Rivas	Unidad de Salud Unicentro
Licda. Shuchit Indira Córdova	Hospital Nacional General de Neumología y Medicina familiar "Dr. José Antonio Saldaña"
Licda. Glenda Eunice García Mejía	Unidad de Promoción de Vida Sana y Bienestar
Licda. Isolina Pérez Hernández	Hospital Nacional Rosales
Dra. Sonia Patricia Martínez	Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez"
Licda. Natalia Díaz	Unidad de Salud "Dr. Carlos Díaz del Pinal"
Mtra. María Aurelia González	Consultora del Proyecto Creciendo Saludable Juntos

Índice

Contenido	Pag.
Acuerdo	7
I. Introducción	9
II. Objetivos	10
III. Ámbito de aplicación	10
IV. Marco conceptual	10
V. Contenido técnico	16
Promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales y del comportamiento durante el periodo preconcepcional	16
Tamizaje y valoración del riesgo psicosocial durante el embarazo y puerperio	17
Diagnóstico y tratamiento de las mujeres con trastornos mentales:	17
• Trastornos mentales comunes	18
• Trastornos mentales graves	31
• Criterios de referencia	37
VII. Disposiciones finales	40
VIII. Vigencia	40
IX. Bibliografía	41
X. Anexos	46



Ministerio de Salud

Acuerdo n.º 1942

El Órgano Ejecutivo en el Ramo de Salud

Considerandos

- I.** Que el artículo 65 de la Constitución de la República, establece que la salud de los habitantes de la República es un bien público, y que tanto el Estado como las personas están obligadas a velar por su conservación y restablecimiento.
- II.** Que el Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, en el artículo 42, numeral 2 establece que el Ministerio debe dictar las normas y técnicas en materia de salud, así como ordenar las medidas y disposiciones necesarias para el resguardo de salud.
- III.** Que el Código de Salud prescribe en sus artículos 33, 41 numeral 4 y 54, que corresponde al Ministerio, el organizar, reglamentar y coordinar el funcionamiento y las atribuciones de todos los servicios técnicos y administrativos de sus dependencias, a través de su personal, debe atender en la mejor forma a toda persona que solicite sus servicios profesionales, para lo cual dicho personal debe encontrarse en buen estado de salud de mental; y que de igual forma debe organizar y desarrollar actividades de salud mental para el estudio, investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades y trastornos mentales o problemas psicológicos de la población.
- IV.** Que la Ley del Sistema Nacional Integrado en Salud, en los artículos 3 y 13 establece que el Sistema está integrado por instituciones públicas y privadas que de manera directa e indirecta se relacionan con la salud, siendo el Ministerio de Salud, el ente rector del mismo, por lo que está facultado para coordinar, integrar y regular el mismo;
- V.** Que La Ley Nacer con Cariño para un Parto Respetado y un Cuidado Cariñoso y Sensible para el Recién Nacido, fue creada con el fin de garantizar el cumplimiento de derechos humanos relativos a la maternidad e infancia.

VI. Que el literal "k" del artículo 12 de la Ley de Salud Mental, establece que corresponde al MINSAL, promover y facilitar la participación activa y consciente de la población en las acciones preventivas y de atención en la salud mental.

VII. Que de acuerdo con los considerandos anteriores es necesario emitir los lineamientos técnicos que sirvan para la atención integral de las mujeres que sufren de trastornos mentales y de comportamiento prevalente en el período preconcepcional, embarazo, parto y puerperio.

POR TANTO, en uso de las facultades legales, ACUERDA emitir los siguientes:

**Lineamientos técnicos para la atención integral de la mujer con
trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el periodo
perinatal**

I. Introducción

El Sistema Nacional Integrado de Salud, en adelante SNIS, comprometido con la garantía del derecho a la salud de la población salvadoreña y reconociendo la necesidad de atención prioritaria durante el periodo preconcepcional, embarazo, parto y puerperio (período perinatal), interviene durante estos periodos, para contribuir con la reducción de la morbilidad y mortalidad en esta población.

Los problemas de salud mental durante estos periodos, representan una de las situaciones más complejas a las que puede enfrentarse el personal de salud. Este deberá evaluar los diagnósticos concomitantes, abordajes, posibles complicaciones del trastorno psiquiátrico en la madre y el riesgo en el desarrollo fetal, además posibles complicaciones asociadas al uso de psicofármacos durante el embarazo y la lactancia, así como sus efectos en el establecimiento del apego inicial con la hija e hijo. Resulta importante que el personal de salud tenga siempre presente que cualquier mujer independientemente de su edad, nivel socioeconómico, cultural y étnico, puede desarrollar un trastorno mental durante el periodo perinatal.

La salud mental de las madres es indispensable para el desarrollo, crecimiento y estabilidad emocional de hijas e hijos, muchas mujeres sufren y experimentan emociones por cambios inevitables en el embarazo, parto y puerperio.

Los trastornos de salud mental frecuentemente pasan desapercibidos durante la etapa perinatal, por lo cual las usuarias del SNIS no reciben el tratamiento adecuado y oportuno, debido a que no se toma en cuenta dicha condición, con el fin de ofrecer atención integral, la salud mental debe visibilizarse y atenderse.

La *Ley Crecer Juntos para la Protección Integral de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia*, en el artículo 27, literal h, establece: Desarrollar programas permanentes para la promoción de la salud mental, la prevención de sus alteraciones y la atención psicológica y psiquiátrica especializada para embarazadas, niñas, niños, adolescentes y su familia, en los establecimientos de salud de todos los niveles.

Para garantizar la atención integral en salud durante el periodo perinatal, el SNIS ha elaborado los presentes lineamientos, que establecen las disposiciones para la atención de las mujeres con trastornos mentales comunes y graves, desarrollo de la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las mujeres que presenten trastornos de ansiedad, estrés postraumático, depresión, psicosis, trastorno bipolar, entre otros.

En los presentes lineamientos se entenderá por salud mental perinatal el estado de la salud mental de la mujer antes, durante y después del embarazo, así como, la salud mental del recién nacido y el vínculo que se establece entre madre e hijo, por tanto, debe darse seguimiento y vigilancia hasta los dos años posteriores al parto.

II. Objetivos

General

Establecer disposiciones para la atención integral de la salud mental de las mujeres en el periodo perinatal en los establecimientos del SNIS, basados en la Política Crecer Juntos y la legislación vinculada.

Específicos

1. Definir líneas de trabajo para la promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales y del comportamiento durante el periodo perinatal.
2. Implementar la aplicación de tamizaje y valoración de riesgo psicosocial para la identificación de trastornos mentales y del comportamiento, durante el periodo perinatal.
3. Definir el diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las mujeres con trastornos mentales y del comportamiento durante el periodo perinatal.

III. Ámbito de aplicación

Los presentes lineamientos son de obligatorio cumplimiento para el personal de salud del SNIS, en los diferentes niveles de atención.

IV. Marco conceptual

1.-Cambios fisiológicos y ajuste emocional durante el embarazo

La mujer vive la maternidad como un proceso de continuo cambio y adaptación, en aspectos, físicos y hormonales, al que se suman exigencias sociales.

Durante el embarazo se desarrollan cambios anatómicos, fisiológicos, bioquímicos, psicológicos y emocionales.

Entre estas adaptaciones se encuentran, cambios anatómicos en el tracto vaginal, metabolismo hídrico, sistema hematológico, sistema cardiovascular, aparato respiratorio, aparato urinario, tracto gastrointestinal y el sistema endócrino.

De los cambios antes descritos, el sistema endócrino tiene un papel fundamental en la salud mental durante el embarazo, parto y puerperio.

El embarazo se caracteriza por un aumento en los niveles de hormonas esteroideas femeninas, específicamente estradiol y progesterona¹.

La progesterona incrementa de diez a cien veces su nivel normal entre el segundo y cuarto mes de gestación, de manera que el cerebro queda "inundado" con esta hormona, este efecto tranquilizante, junto con el incremento del estrógeno, protegen frente a las hormonas del estrés durante la gestación².

Los niveles de prolactina se elevan alrededor de quince veces sobre lo normal durante el embarazo. Entre sus funciones se encuentran la preparación del alvéolo mamario para la producción láctea, provoca un aumento temporal del apetito de la madre como mecanismo para proveer nutrientes al feto y energía extra para la madre durante el embarazo; y también almacena dicha energía en forma de grasa como preparación para la lactancia, por otro lado, reduce la respuesta del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal al estrés, ya que estimula la neurogénesis e inhibe la ovulación; a su vez tiene un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la conducta maternal³.

La oxitocina actúa activando el sistema parasimpático, de manera que entre sus acciones se encuentra la disminución de la ansiedad, la aprehensión y la reactividad al estrés, así que puede servir para contrarrestar el sistema defensivo asociado al estrés⁴.

Durante el primer trimestre es común que la mujer experimente un cansancio notable, así como somnolencia, náuseas e incluso vómito durante la mañana, se estima que aproximadamente 80% de las mujeres tienen náusea y vómito durante el embarazo⁵.

En el segundo trimestre, pasada la reacción inicial, la mujer puede permitirse fantasear y reflexionar sobre su hijo.

Algunos autores han sugerido que la mujer realiza un trabajo psicológico de adaptación en tres etapas: La primera es: "estoy embarazada" (algo que sólo le pasa a ella y a su cuerpo); la segunda es: "estoy esperando un bebé" (es decir, ya incluyendo a otro ser distinto de ella y por ahora dentro de su cuerpo) y la tercera sería: "estoy esperando un bebé de..." (Esta etapa incluye además del bebé al padre de éste o hace lugar a la noción de paternidad)⁶.

En el tercer trimestre, hay una serie de tareas pendientes que es necesario considerar y realizar. El feto ocupa un espacio cada vez mayor en la cavidad abdominal y esto da lugar a nuevos síntomas, entre los que se encuentran cambios en la marcha de la mujer, en su postura y la necesidad de tener comidas cada vez más pequeñas y frecuentes, debido a que el útero empuja a otros órganos, la respiración también es más elaborada, por la elevación del diafragma unos cuatro centímetros por arriba de lo usual y por los efectos de la progesterona⁷.

Las capacidades adaptativas y los factores socio culturales de la mujer, son la base que va a definir en gran medida la forma en la que va a enfrentarse a la transición a la maternidad y, por lo tanto, a los cambios que lleva consigo⁷.

Desde el punto de vista de la salud mental, una de las características de esta etapa es una creciente sensibilidad emocional, así como la necesidad de revisar y comprender los vínculos familiares para desarrollar un apego seguro con el recién nacido. La mujer debe concientizarse acerca de tres realidades

durante la gestación: la aparición de un nuevo ser, las profundas modificaciones biológicas, anatómicas y funcionales que alteran la imagen corporal y conducen a transformación física y su nuevo rol social.

El embarazo representa un cambio en la vida de la mujer y de su pareja si la tuviese y además se le considera un periodo crítico del desarrollo psicológico, porque pone a prueba el nivel de madurez emocional de la mujer, su identidad y la relación con su madre; asimismo, representa una

oportunidad de crecimiento psicológico para ella.

En este sentido, la salud emocional de la embarazada podrá evaluarse principalmente a partir de su capacidad para enfrentar este suceso y de su posibilidad de adaptarse a los cambios que éste conlleva⁸.

Es importante tener presente que las adaptaciones emocionales de las adolescentes durante el embarazo, parto y puerperio, pueden verse interferidas de acuerdo a su inmadurez física y psicológica.⁹

2. El contexto de salud de la mujer

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha mostrado la relación entre salud mental y salud reproductiva, estableciendo en sus informes la relación que tienen sobre ambas, tales como falta de decisión por parte de las mujeres en situaciones reproductivas, embarazos sin atención, abortos inseguros, enfermedades de transmisión sexual y complicaciones perinatales, entre otras.

Entre los trastornos de salud mental que se pueden presentar durante el periodo perinatal se encuentran: depresión, trastornos de ansiedad, estrés postraumático, bipolar, fobias y psicosis puerperal, entre otros.

El estrés causado por fallecimiento de un familiar, separación, desempleo, enfermedad, migración, ausencia de redes de apoyo social, antecedentes de trastornos psicológicos o psiquiátricos, antecedentes de abuso físico, emocional o sexual, abuso de drogas o alcohol, discapacidad física o psicosocial, personalidad disfuncional o los diferentes estilos de adaptación y el comportamiento parental pueden contribuir a su aparición.

Factores obstétricos como el momento, tipo de parto, así como el temperamento infantil después del nacimiento, también tienen influencia en el apareamiento de los trastornos de salud mental, los trastornos pueden tornarse crónicos y repercutir en los embarazos futuros.

El estado de ánimo materno durante el embarazo y las enfermedades mentales pueden repercutir en el desarrollo del recién nacido, tanto durante el embarazo, como después del nacimiento. La evaluación de los factores de riesgo psicosocial y síntomas de angustia de las pacientes en los controles regulares del embarazo genera la oportunidad de vincular a las pacientes con los servicios apropiados¹⁰.

La OMS recopiló en febrero de 2012 una serie de artículos relacionados a la prevalencia de trastornos mentales durante el embarazo en países de ingresos bajos y medios-bajos, encontrando una prevalencia media ponderada de 15.6% en el periodo prenatal y 19.8% en el periodo posnatal.

Además, identifica como factores de riesgo asociados: desventajas socio económicas, embarazo no deseado, juventud de la madre, no estar casada, ausencia de empatía y apoyo por parte de la pareja, familia política hostil, sufrir violencia por parte de la pareja, apoyo emocional, en algunos entornos dar a luz a una niña y tener antecedentes de problemas de salud mental.

Entre los factores de protección se encontraron, mayor educación, trabajo estable y tener una pareja amable y de confianza¹¹.

3. Cuidado efectivo de la salud mental en el periodo perinatal

Los principios que subyacen a la prestación efectiva de la atención de salud mental en el embarazo, parto y puerperio incluyen:

1. Establecer una relación terapéutica.
2. Provisión de servicios de salud mental orientados a la recuperación y notificación oportuna sobre casos asociados a cualquier tipo de violencia.
3. Proporcionar apoyo e información culturalmente seguros.

3.1 Establecer una relación terapéutica

Proporcionar atención psicosocial en el periodo preconcepcional, embarazo, parto y puerperio, implica establecer y mantener una relación terapéutica entre el personal de la salud y la mujer, su pareja, familiar cercano o cuidador y la comunidad a la que pertenece. Es probable que la continuidad del cuidador, su pareja o familiar mejore o facilite la relación terapéutica.

Es importante recordar que los aspectos clave de la relación terapéutica incluyen el desarrollo de confianza, confidencialidad, cooperación mutua, escucha activa y empoderamiento ¹².

Es importante que el personal de salud tenga claro lo siguiente:

- Comprender el rango normal de emociones comunes en las diversas etapas durante el período preconcepcional, embarazo, parto y puerperio, para que puedan identificar la presencia de síntomas de ansiedad y depresión.
- Ofrecer a la paciente tiempo suficiente y de calidad para evaluar, escuchar y construir una buena relación.
- Determinar y abordar cualquier concepto erróneo o necesidad de información, alentar a las mujeres a expresar sus sentimientos sobre el embarazo y maternidad, validar cualquier preocupación y apoyar su estado emocional manteniendo una actitud sin prejuicios y abordar cualquier sentimiento de estigma.

Cuando se requiere tratamiento de salud mental, mantener el proceso de colaboración y comunicación continua, con el establecimiento de objetivos y tareas acordados con las mujeres, el personal de salud y su familia. Si la referencia para salud mental es necesaria, el proceso debe ser coordinado, sin que la paciente perciba falta de apoyo del personal de salud que la refiere.

Involucrar la salud mental en el cuidado de las mujeres

Los factores que mejoran la experiencia de una mujer de acceder y participar en la atención de salud mental en el periodo perinatal, incluyen darle la oportunidad de desarrollar relaciones de confianza con el personal de salud que reconocen y refuerzan el papel de la mujer cuidando a su recién nacido sin prejuicios, fomentando esperanza y optimismo sobre el tratamiento ¹³. Dar información de calidad para las mujeres y sus familiares, por parte del personal de salud, sobre la provisión de atención individualizada y su tratamiento.

3.2 Provisión de servicios de salud mental orientados a la recuperación y notificación oportuna sobre casos asociados a cualquier tipo de violencia

Los principios en la atención de salud mental orientada a la recuperación son:

- ✓ Singularidad individual: la recuperación consiste en tener oportunidades, vivir una vida significativa, satisfactoria, con propósito y ser valorado como miembro de la comunidad, los resultados son personales y únicos, con énfasis en la inclusión social y la calidad de vida, las personas son los protagonistas de la atención que reciben.
- ✓ Elecciones reales: las personas toman decisiones sobre cómo quieren llevar su vida como construir puntos fuertes y tomar con responsabilidad su vida, la capacidad de cuidado se equilibra con el apoyo para que las personas tomen riesgos positivos viviéndolos como nuevas oportunidades.
- ✓ Enfoque de derechos: implica escuchar, aprender y actuar con base a lo que los individuos comunican; promover y proteger sus derechos; apoyar a las personas para mantener actividades sociales, recreativas, ocupacionales y vocacionales; infundir esperanza en un individuo sobre su futuro.
- ✓ Dignidad y respeto: implica cortesía, respeto y honestidad en todas las interacciones; tener sensibilidad, empatía y respeto por los valores, creencias y cultura de cada individuo, desafiando la discriminación.
- ✓ Asociación y comunicación: implica trabajar en asociación con las personas y sus cuidadores; valorando la importancia de compartir información y comunicación clara; trabajando juntos de manera positiva y realista para ayudar a las personas a darse cuenta de sus propias esperanzas, metas y aspiraciones.
- ✓ Evaluar la recuperación: implica que las personas y sus cuidadores sigan su propio progreso y servicios utilizando las experiencias individuales de cuidado para informar actividades de mejora de la calidad de vida.

Notificación oportuna sobre casos asociados a cualquier tipo de violencia.

La mayoría de las personas que asisten a los servicios de salud mental viven o han vivido la experiencia de eventos estresantes o disruptivos de tipo físico, psicológico o emocional.

La atención informada por violencia está fundamentada en la comprensión y la capacidad de respuesta al impacto del estresor, con énfasis en la seguridad física, psicológica y emocional tanto para los proveedores, sobrevivientes, creando oportunidades para reconstruir una sensación de control y empoderamiento¹⁴.

Para efectos de notificación se debe cumplir lo establecido en los "*Lineamientos técnicos de atención Integral a todo tipo de violencia*".

Todo embarazo en adolescentes implica un abuso sexual, sobre todo en menores de 14 años, estos últimos son de notificación obligatoria para el personal de salud a la junta de vigilancia del Consejo Nacional de la Primera Infancia, Niñez y Adolescencia (CONAPINA) en las primeras 48 horas, de

igual forma los embarazos, en personas con discapacidad intelectual también son de notificación obligatoria a la Fiscalía General de la República (FGR), quienes deberán brindar atención calificada y oportuna, evitando situación de estigma social o de revictimización.

3.3 Proporcionar apoyo e información culturalmente seguros.

Los puntos claves a abordar con las pacientes, son las condiciones que alteran la salud mental y los tratamientos disponibles.

En cualquier interacción de salud, una mujer tiene derecho a:

- Aceptar o no el tratamiento, tomando siempre en cuenta su capacidad de discernimiento.
- Recibir explicaciones fácilmente comprensibles sobre los detalles de su problema de salud, cualquier propuesta de tratamientos o procedimientos y los resultados de toda prueba realizada.
- Tener acceso a toda la información de salud sobre ella y su recién nacido.
- Ser tratada con respeto, dignidad y saber que su información de salud es confidencial.
- El personal de salud y las pacientes necesitan comunicarse y colaborar en un trabajo de equipo, incluyendo a su pareja o cuidador- cuando ella elija - es una parte importante de este proceso.
- La consistencia de la información, especialmente si esto es proporcionado por diferentes profesionales de la salud, es muy importante para el seguimiento del caso en los distintos niveles de atención, sin que la paciente sienta que ha sido derivada y abandonada por su médico tratante.

Tomar una decisión o dar su consentimiento debe ser un proceso continuo de discusión entre la paciente, su responsable (en los casos que aplique) y el personal de la salud involucrado en su cuidado. En caso que la paciente durante el periodo perinatal, requiera tratamiento relacionado a los problemas de salud mental, ingreso hospitalario o cualquier procedimiento, debe quedar registrado en el documento de consentimiento informado o caso contrario la no autorización.

Fortalecer la continuidad de la atención.

Para fortalecer el continuo de la atención, el personal de salud debe completar correctamente la documentación de referencia, retorno e interconsulta, con la información necesaria. Además de la educación que se debe brindar a la usuaria, su pareja, familia y cuidador.

4. Papel del padre en el embarazo

Las preocupaciones más comunes del futuro padre, suelen estar relacionadas con revisar temas de su infancia y adolescencia, los hombres que han tenido una relación muy difícil con su padre, deben asumir el reto de transformarse para no repetir las conductas erróneas vividas durante su crianza.

Puede ser que tengan claro cierto número de responsabilidades, como velar por el futuro y asegurarse de que no falte nada material; puede ser que tengan menos idea de cómo responder a las emociones cambiantes de su compañera, cómo apoyarla emocionalmente y cómo expresar sus

propios sentimientos.

El estrés parece tener un impacto negativo en los sentimientos del padre hacia el recién nacido, por lo que es conveniente intervenir con los futuros padres, cuando su compañera está embarazada, ayudarlos a disminuir su ansiedad y a enfrentar la nueva situación con apoyo psicosocial.

Es importante tener presente que las adaptaciones emocionales de los adolescentes frente a la paternidad, pueden demorar más debido a su inmadurez psicológica. En las sociedades modernas se ve con mayor frecuencia que el compañero (generalmente el padre del recién nacido asiste al parto), un factor más en la formación del apego es el contacto físico entre el padre y el neonato. Asistir o acompañar el parto incrementa la sensibilidad del padre hacia el niño.

La depresión materna, particularmente en el posparto, es un factor predisponente para la depresión paterna, por lo tanto, requiere abordaje de estrategia familiar.

Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el post parto, tiene los siguientes derechos: e) a recibir el correspondiente control prenatal y estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el mismo, el trabajo de parto, parto y puerperio. Art. 5 Ley Nacer con Cariño para un Parto respetado y un Cuidado Cariñoso y sensible para el Recién Nacido

Nacer con cariño constituye un cambio de paradigma en la atención perinatal hacia el establecimiento de una cultura que reconoce a los padres y a la familia, junto al equipo de salud como protagonista de la atención de la mujer embarazada, madre y recién nacido, define la atención como una de las prioridades, estimula los derechos de la mujer y el bebé, avaladas por la mejor evidencia científica disponible, siempre y cuando las condiciones de la mujer embarazada y el bebé por nacer o el recién nacido lo permitan, respetando los derechos de la madre.

V. Contenido técnico

1.-Promoción de la salud mental y prevención de trastornos mentales y del comportamiento durante el periodo preconcepcional

El profesional de salud responsable de la atención debe considerar los siguientes elementos:

- ✓ La salud mental es parte fundamental de todos los planes individualizados de atención integral a la mujer en edad reproductiva.
- ✓ Fomentar la psicoeducación para fortalecer la salud mental a través del autocuidado y de una red de apoyo saludable, así como del desarrollo de la inteligencia emocional. Anexo 1
- ✓ Los procedimientos de detección oportuna de factores de riesgo en salud mental están diseñados para identificar la presencia de trastornos clínicos en general. Anexo 2
- ✓ En cada control que realice la mujer en edad reproductiva se deberá evaluar el consumo de sustancias psicoactivas y depresión perinatal (Anexo 3), con el objetivo de identificar factores de riesgo y su correspondiente referencia al especialista en salud mental, según resultados.

2.- Tamizaje y valoración del riesgo psicosocial durante el embarazo y puerperio

- ✓ El personal de salud responsable de la atención de una mujer en el embarazo, parto y puerperio, debe facilitar un intercambio efectivo de información entre todos los servicios involucrados, con la mujer y la familia.
- ✓ Reconocer cómo el embarazo y el parto pueden afectar su condición de salud mental, incluido el riesgo de recaída, tener en cuenta que un trastorno mental y su tratamiento pueden afectar a la mujer, el feto y al recién nacido, además de la crianza de los hijos.¹⁵
- ✓ Todas las intervenciones para la salud mental de las mujeres en el embarazo deben ser oportunas, conforme a su necesidad de atención.
- ✓ Toda mujer en edad reproductiva con un trastorno mental previo al embarazo, debe ser referida a la consulta de alto riesgo reproductivo (CARR).

La planificación de la atención para una mujer con un trastorno mental y del comportamiento en el embarazo y puerperio debe ser con un enfoque holístico, multidisciplinario con participación de todo el personal de salud involucrado, la mujer, pareja o cuidador.

Las mujeres experimentan cambios emocionales durante el embarazo y hasta un año posterior al parto, puede ser parte del proceso de adaptación a los cambios fisiológicos y emocionales de esta nueva etapa, las cuales por lo general son manejables por ellas mismas. Diferente es el desarrollo de síntomas depresivos durante este período perinatal que comprende el embarazo y hasta doce meses posterior al parto. La depresión perinatal constituye un trastorno de alta prevalencia que puede tener efectos negativos tanto para la salud de la madre, del hijo y de los miembros de la familia.¹⁶

La evaluación psicosocial durante el embarazo debe realizarse con la Escala de experiencia en el embarazo conocida como PES por sus siglas en inglés es (Pregnancy Experience Scale),¹⁷ durante el primer control prenatal, posterior a la inscripción en el establecimiento de salud, esta escala evalúa el estrés y la valencia emocional hacia el embarazo que pueden experimentar las mujeres durante la gestación. Anexo 3

El uso de las escalas de detección, son instrumentos que tienen el objetivo de pesquisar en forma precoz cuadros depresivos u otros en mujeres durante el curso de un embarazo o en el posparto y permiten identificar a las mujeres que presentan un mayor riesgo de desarrollo de depresión con la finalidad de poder intervenir en forma preventiva y temprana, debiendo aplicarse la escala para Depresión perinatal (Whooley-NICE), una vez en cada trimestre del embarazo y luego en el puerperio entre las 4 y 6 semanas y Escala de Edimburgo, en el control de ingreso o en el segundo control de embarazo, repitiéndose su aplicación a las 4 a 6 semanas posteriores si el puntaje obtenido está entre los 10 y 12 puntos. Anexo 4 y 5

3.- Diagnóstico y tratamiento de las mujeres con trastornos mentales

Para poder organizar los procesos de atención para las mujeres con trastornos mentales en el periodo preconcepcional, embarazo, parto y puerperio, se han definido categorías clínicas

operacionales que correspondan con la complejidad y capacidades resolutivas de los establecimientos del SNIS, adoptando la siguiente clasificación:

a) Trastorno mental común (TMC)

Para la atención a la mujer durante el periodo preconcepcional, embarazo, parto y puerperio se entenderá por todas aquellas entidades nosológicas que se caracterizan por síntomas y síndromes tales como: trastornos adaptativos, de ansiedad (ansiedad generalizada, estrés postraumático, obsesivo compulsivo y fobias) depresión leve y moderada.

b) Trastorno mental grave (TMG)

Para la atención a la mujer durante el periodo preconcepcional, embarazo, parto y puerperio se englobarán diagnósticos psiquiátricos con persistencia sintomática en el tiempo, que presentan graves dificultades como consecuencia de la enfermedad, reduciendo la calidad de vida, funcionamiento social, laboral, familiar de la persona afectada y en el cuidado del recién nacido.

Siendo estos: psicosis posparto, trastorno afectivo bipolar, de personalidad límite, depresión grave, autolesiones o suicidio.

Antes de realizar el diagnóstico de un trastorno mental, se debe descartar cualquier condición médica que curse con síntomas psiquiátricos y de igual manera considerar que el uso de sustancias psicoactivas también puede estar presente, ser una patología por sí misma o empeorar una ya existente, debe tomarse en cuenta que una patología propia del embarazo, parto y puerperio, no excluye la presencia de un trastorno mental y viceversa.

a) Trastornos mentales comunes

Generalidades

La psiquiatría perinatal se sitúa en la interface de la psiquiatría del adulto y la del niño y tiene por objeto los trastornos mentales, en uno de los padres, durante el periodo perinatal, así como la especificidad del desarrollo fetal, recién nacido y lactante en esta tríada.¹⁸

El abordaje terapéutico es complejo debido a los siguientes aspectos:

- Asocia un objetivo curativo y uno preventivo, teniendo dos objetivos indisolubles: el adulto enfermo y el vínculo padre/madre-recién nacido, ambos en situación de riesgo.
- La necesidad de integrar diferentes disciplinas que obligan a una comprensión multifactorial de los trastornos. Entre otras: psiquiatría, ginecología-obstetricia, genetista, medicina familiar, medicina general, psicología, trabajo social, doula, pediatras, promotores de salud, parteras profesionales y educación para la salud.

La decisión de utilizar tratamiento farmacológico durante el embarazo o lactancia, debe basarse en una valoración individualizada que pondere los beneficios esperados, los riesgos potenciales, las posibles alternativas terapéuticas y las consecuencias de la exposición a la enfermedad materna no tratada.¹⁹

a1-Trastorno de ansiedad

Pueden causar considerable sufrimiento para la gestante, su compañero y toda la familia. Además, interfieren con la posibilidad que goce la relación con su recién nacido y afectan negativamente la calidad de las interacciones entre ellos²⁰.

Los trastornos de ansiedad durante el embarazo pueden tener una influencia negativa en los resultados obstétricos, fetales y perinatales, incluyendo un agravamiento de los síntomas normales del embarazo (náuseas y vómitos), aumento del consumo de alcohol y tabaco, así como hábitos alimenticios poco saludables. Hay aumento de la incidencia de preeclampsia y de parto prematuro, aumento de depresión posnatal y trastornos del humor²¹.

Niveles altos de ansiedad materna durante el embarazo, están asociados con mayor exposición del feto al cortisol materno y el riesgo de resultados adversos del desarrollo neurológico, por efectos de la programación fetal²². Los principales trastornos de ansiedad son: trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo y fobias.

a1.1 Trastorno de ansiedad generalizada

Definición

Consiste en la sensación de angustia y malestar emocional que la mujer experimenta casi todo el tiempo. Es de naturaleza crónica y puede acompañarse de la sensación subjetiva de angustia y preocupación constante, entre otras múltiples manifestaciones somáticas.

Educación

Es importante reconocer los factores de riesgo asociados al apareamiento de trastornos de ansiedad, entre los principales se encuentran:

1. Antecedentes personales de trastorno de ansiedad, en un embarazo anterior.
2. Antecedentes personales de un trastorno de ansiedad, no relacionado con el embarazo y puerperio.
3. Antecedentes familiares en primer grado, de un trastorno de ansiedad, en el embarazo y puerperio.

Factores contribuyentes:

- Estresores de la vida
- La falta de apoyo social
- Inadecuadas relaciones interpersonales
- Antecedentes familiares de trastornos de ansiedad
- Recién nacidos con problemas de salud o temperamento difícil percibido por la madre
- Problemas de salud materna (crónica o aguda)²³.
- Antecedentes de déficit cognitivos.

- Experiencias traumáticas
- Consumo de sustancias psicoactivas.

Prevención

Reconocer los factores de riesgo asociados, evitar el consumo de alcohol, cafeína, tabaco y otras drogas, practicar estilos de vida saludable (alimentación balanceada, ejercicio, higiene de sueño medidas conductuales para mejorar la calidad del sueño), consultar al inicio de síntomas para evitar complicaciones.

Diagnóstico clínico

Es un padecimiento grave que produce mucho sufrimiento a la mujer. Hay poca información empírica sobre su relación con el período perinatal; las preocupaciones se extenderán a temas relacionados con los temores propios del embarazo, el bienestar del recién nacido, la satisfacción en su papel de madre. La persona afectada casi nunca está tranquila y siente una angustia flotante de que algo está mal o podría salir mal.

Los temores se refieren a múltiples áreas (familia, trabajo, relaciones con otras personas, autoimagen) y la preocupación ocurre sin motivo aparente, además son excesivos e incontrolables²⁴.

La ansiedad y la preocupación se asocian a tres o más de los seis síntomas siguientes:

- Inquietud o sensación de estar atrapado (con los nervios de punta)
- Facilidad para fatigarse
- Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio)

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento²⁵.

Tratamiento no farmacológico

Como parte del tratamiento no farmacológico se deben implementar las siguientes intervenciones:

- Terapia de relajación
- Terapias cognitivas conductuales (reestructuración cognoscitiva, que implica enseñar a la mujer a reconocer la irracionalidad de sus preocupaciones con respecto al presente y futuro; auto-vigilancia, que implica detectar pensamientos negativos, catastróficos e improbables y su exposición gradual a varias de las situaciones atemorizantes, es decir que la mujer imagine intencionalmente las situaciones catastróficas a las que teme)
- Terapias individuales, familiares o grupales (grupos psicoterapéuticos o autoayuda).

Tratamiento farmacológico

En caso de requerir de medicamentos, se debe evaluar la utilización de antidepresivos (inhibidores de la recaptación de serotonina). En casos muy graves, se debe utilizar ansiolíticos de tipo benzodiacepinas, de preferencia por muy corto tiempo y no durante el primer trimestre del embarazo, en caso de uso prolongado y dosis elevadas, se debe reducir gradualmente la dosis en el último trimestre del embarazo, para prevenir la abstinencia neonatal. Anexo 5-6

Autocuidado

El personal de salud debe educar a la paciente en las siguientes técnicas de autocuidado:

- Aprender a controlar el estrés y si es posible disminuir los estresores
- Higiene de sueño
- Evitar medicamentos como antihistamínicos, descongestionantes y mucolíticos
- Reducir el consumo de cafeína
- Eliminar el consumo de sustancias como marihuana, cocaína, tabaco y alcohol y otras drogas.

a1.2- Trastornos de pánico

Definición

Consiste en una patología que cursa con ataques de pánico o crisis de angustia, los cuales son episodios súbitos, diurnos o nocturnos, de miedo e intenso malestar, en ausencia de peligro real, que se acompaña de una descarga neurovegetativa con síntomas físicos y cognitivos, sensación de peligro o muerte inminente y urgente necesidad de escapar, suele durar de quince a treinta minutos, alcanzando su máxima expresión en los primeros diez.

En general los trastornos de pánico son más frecuentes en la mujer que en el hombre, durante toda la edad reproductiva. El trastorno de pánico tiene una prevalencia de 2% entre la población general.

Educación

El personal de salud debe enseñar a la mujer a reconocer los factores de riesgo asociados al apareamiento de trastornos de ansiedad, entre los factores principales se encuentran:

- Antecedentes personales de trastorno de ansiedad en un embarazo anterior.
- Antecedentes personales de trastorno de ansiedad, no relacionado con el embarazo y puerperio.
- Antecedentes familiares (primer grado) de trastorno de ansiedad.

Prevención

Reconocer los factores de riesgo asociados, evitar el consumo de alcohol, cafeína, tabaco y otras drogas, practicar estilos de vida saludable (alimentación balanceada, ejercicio, higiene del sueño medidas conductuales para mejorar la calidad del sueño), consultar al inicio de síntomas para evitar complicaciones

Diagnóstico clínico

Los episodios de pánico pueden surgir sin ninguna advertencia, ni asociación con situaciones que le provoquen ansiedad; pueden ser impredecibles o bien presentarse en algunas situaciones específicas que le dan temor a la mujer, como subir en un autobús, salir a la calle o estar en un lugar con demasiada gente (agorafobia). En algunos casos la mujer puede llegar pensar que se encuentra gravemente afectada por una enfermedad física, al experimentar un episodio de taquicardia y confundirlo con un infarto cardíaco o alguna otra enfermedad que puede causar la muerte. El episodio es de corta duración, de algunos minutos, pero cada experiencia interna puede ser verdaderamente abrumadora.

Antes de realizar un diagnóstico definitivo, es importante descartar diagnósticos médicos, como prolapso de la válvula mitral e hipertiroidismo, entre otros.

El diagnóstico del trastorno de pánico, se establece cuando existen varios ataques graves de ansiedad vegetativa, al menos durante un mes, en circunstancias donde no existe un peligro objetivo y no deben presentarse, solo en situaciones conocidas o previsibles.

Los cambios hormonales y bioquímicos concomitantes al embarazo generalmente tienen un impacto en la gravedad o precipitación del trastorno de pánico. Entre los factores que podrían contribuir a aliviarlo está el aumento en la concentración de progesterona que ocurre durante el embarazo.

Tratamiento no farmacológico

Las estrategias psicoterapéuticas que se deben implementar son las de índole cognitivo conductual, estrategias psicoeducativas y métodos para anticipar la aparición de los ataques, entre las que se incluyen, técnicas de respiración, visualización dirigida y meditación, así como reestructuración cognoscitiva y exposición gradual de los agentes causantes del miedo, cuando estos existen, además psicoterapia de grupo.

Tratamiento farmacológico

En el embarazo los medicamentos utilizados para la ansiedad son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) Deben evitarse las benzodiazepinas o usarse por tiempo breve en casos de gravedad y su uso debe ser supervisado por el psiquiatra. Anexo 6-7

Autocuidado

El personal de salud debe educar a la mujer en las siguientes técnicas de autocuidado:

- Aprender a controlar el estrés, y si es posible disminuir los estresores
- Higiene de sueño
- Promover estilos de vida saludable
- Evitar la automedicación
- Reducir el consumo de cafeína
- Eliminar el consumo de sustancias como marihuana, cocaína, tabaco y alcohol

a1.3 Trastorno por estrés postraumático

Definición

Se trata de un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida de un acontecimiento estresante o una situación excepcionalmente catastrófica o amenazante, que causaría por sí misma malestar generalizado en casi todas las personas.

Se caracteriza por síntomas de evasión de recuerdos desagradables, sensación de peligro y ansiedad constante, así como la idea de revivir los episodios traumáticos previos. La persona responde con temor ante experiencias desencadenantes, a veces ante estímulos aparentemente triviales, que le recuerdan las experiencias abrumadoras previas.

Educación

El personal de salud debe educar en el manejo de situaciones estresantes provenientes del ambiente psicosocial, fomentar el soporte familiar, proveer a la mujer y su familia la información necesaria acerca de su enfermedad y manejo.

Prevención

Para disminuir el impacto del trastorno de estrés postraumático se deben proporcionar los primeros auxilios psicológicos de forma oportuna. Asimismo, se debe realizar el tamizaje para identificar posible situación de violencia conforme a lo establecido en los *Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia*.

Diagnóstico clínico

Aproximadamente 20 a 30% de las mujeres que acuden a una sala de partos tienen el antecedente de haber sufrido abuso sexual y muchas de ellas pueden ser revictimizadas por la experiencia del nacimiento (*Leeners y cols. 2003*).

Se estima que una proporción considerable de mujeres con antecedente de trauma psicológico no tienen recuerdos conscientes de ello, las experiencias van desde ser víctima directa, por ejemplo, de abuso sexual, hasta de manera indirecta, como el haber presenciado uno o muchos eventos abrumadores.

Entre los síntomas de trastorno por estrés postraumático se encuentran: flashback (reviviscencia), pesadillas, ansiedad, sensación de pánico, temores a que se repita la experiencia, recuerdos perturbadores, conductas de evitación, entre otros.

En ocasiones los recuerdos aparecen en la conciencia por primera vez durante el embarazo o el parto. Se ha propuesto que esto tiene que ver con los cambios corporales, como el aumento de volumen del abdomen o de las glándulas mamarias, fenómenos que claramente no están bajo el control de la mujer. Puede observarse una excesiva tolerancia al dolor por mecanismos disociativos o por el contrario, tanta angustia que se percibe el dolor en forma exagerada. La mujer puede tener una anestesia psicógena de una parte del cuerpo o sentirse como una espectadora de su parto.

Las mujeres que han sufrido maltrato físico, pueden temer a la maternidad, por cuestionarse si ellas mismas pudieran llegar a maltratar a sus hijos, no ser buenas madres o sentir aversión hacia el recién nacido.

La mujer puede llegar a solicitar una cesárea para evitar revivir experiencias relacionadas con los órganos sexuales. Otras presentaciones de la experiencia traumática en relación con el embarazo y parto pueden ser miedo al recién nacido y evitar contacto con él o bien anhelar que el recién nacido sea quien la proteja y apoye emocionalmente.

Es frecuente que el trastorno por estrés postraumático coexista con depresión, tanto antes como después del parto. Existe mayor riesgo de éste cuando hay antecedente de maltrato o trauma emocional en la infancia.

Tratamiento no farmacológico

El tratamiento no farmacológico incluye psicoterapia individual o grupal. Se debe evitar la revictimización. Es necesario validar las experiencias que reporta la mujer y manifestar empatía con las vivencias que revela, así como respetar los deseos que exprese en cuanto a su parto, pues sus preferencias pueden estar basadas en su sintomatología.

También pueden intentarse estrategias terapéuticas que involucren técnicas de relajación, visualización dirigida. Lo mismo aplica para la terapia de desensibilización y reestructuración cognitiva de experiencias traumática, cuya eficacia es generalmente reconocida.

Tratamiento farmacológico

La terapia con psicofármacos puede ser un adjunto, cuando es necesario, debido a la gravedad de los síntomas, sobre todo con medicamentos como los antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS). Anexo 5-6

Terapia Electroconvulsiva con Analgesia y Relajación (TECAR).

Depende de la complicación que presente la mujer. Si se tratara de un trastorno de estrés postraumático acompañado de una depresión mayor resistente a tratamiento farmacológico o con ideación suicida, podría ser elegible para la realización de TECAR. Anexo 8

Autocuidado

Proporcionar información sobre autocuidado, por ejemplo, consejos orientados a una dieta balanceada, horas de sueño, hidratación, entre otros.

En general el personal de salud debe educar a la paciente en las siguientes técnicas de autocuidado:

- Aprender a controlar el estrés, mediante técnicas de relajación y si es posible disminuir los estresores: conyugales, legales, familiares y sociales.
- Higiene de sueño
- Eliminar el consumo de sustancias como marihuana, cocaína, tabaco, alcohol u otras drogas.
- Integrarse a grupos psicoterapéuticos o de autoayuda.
- Evitar estímulos que retroalimenten el trauma.

a1.4 Trastorno obsesivo compulsivo

Definición

La característica esencial de este trastorno es la presencia de pensamientos intrusivos que la persona reconoce como propios (obsesiones), generadores de ansiedad o angustia que debe ser disminuida con rituales o acciones muchas veces inapropiadas (compulsiones).

Educación

El trastorno obsesivo compulsivo (TOC) tiende a pasar desapercibido para los demás, hasta que los síntomas son de gravedad suficiente como para interferir en el funcionamiento psicosocial de la persona afectada. Cuando esto ocurre durante el período perinatal, tal vez haya aún mayores barreras para que la mujer revele su malestar de manera espontánea, por tener sentimiento de vergüenza o fracaso ante lo que debería ser un período exclusivamente feliz y positivo.

Los síntomas suelen mantenerse en secreto hasta que se presentan conductas obvias de mala adaptación o un intenso sufrimiento psíquico para la persona afectada o quienes la rodean. Se ha informado de casos en los que el TOC no existía antes de la transición a la maternidad y que se inicia en el período posparto²⁶.

Prevención

Los factores de riesgo son múltiples e incluyen los genéticos y de vulnerabilidad neurobiológica. Es posible que los cambios hormonales después del embarazo hagan que los neurotransmisores se alteren y por ende aumenten los casos de aparición en el postparto²⁷, potencializados por los retos psicosociales de la transición a la parentalidad. Por tanto, el personal de salud debe preguntar acerca de la aparición de ideas con características obsesivas y que estas hayan generado alguna conducta impulsiva o compulsión.

Diagnóstico clínico

Las manifestaciones clásicas de este trastorno son los pensamientos o imágenes que la persona reconoce como propias, molestas, intrusivas sobre distintas temáticas como miedo de hacer daño a alguien, contaminación, dudas constantes, ideas obscenas, simetría, entre otras.

Las compulsiones consiguientes se refieren a las conductas que liberan la ansiedad generada por las obsesiones tales como lavarse continuamente, descontaminarse y conductas de verificación constante. En la etapa perinatal los pensamientos intrusivos están relacionados con la idea de dañar al recién nacido, lo cual genera mucha angustia en la madre.

Así mismo, cuando la mujer padece el trastorno obsesivo compulsivo previo al embarazo, es posible que empeore en el posparto²⁶.

Tratamiento no farmacológico

La terapia cognitiva conductual es una herramienta útil y puede producir cambios a largo plazo. Uno de los objetivos de las terapias es demostrar a la paciente que tiene ideas obsesivas y que éstas pueden ser corregidas. Se puede empezar por enseñar el mecanismo de operación de las obsesiones y compulsiones.

Tratamiento farmacológico

En general, cuando es necesario, se deben utilizar inhibidores de la recaptación de serotonina, como sertralina y fluoxetina. Siempre se debe valorar el balance entre los beneficios y los riesgos. Anexo 6-7

Autocuidado

El personal de salud debe educar a la paciente en las siguientes técnicas de autocuidado:

- Aprender a controlar el estrés y si es posible disminuir los estresores
- Higiene de sueño
- Practicar técnicas de expresión emocional verbal o escrita
- Integrarse a grupos psicoterapéuticos o de autoayuda.
- Eliminar el consumo de sustancias como cafeína, marihuana, cocaína, tabaco, alcohol y otras drogas
- Recomendar tomarse tiempo para sí misma
- Implementar la meditación.

a1.5 Fobias

Definición

Temor angustioso e incontrolable ante ciertos actos, ideas o situaciones, que se consideran absurdos y se aproximan a la obsesión. La fobia específica durante el embarazo, se conoce como tocofobia.

Tocofobia

Es el miedo al dolor y al sufrimiento durante el **embarazo y el parto**; provocado en ocasiones por las historias que cuentan otras mujeres que han vivido partos difíciles.

En nuestra cultura tradicionalmente se ha descrito el parto como un momento traumático y peligroso.

A todo esto, se añade el miedo a morir durante el parto, a los cambios físicos, a los desgarros vaginales o a que el bebé nazca con problemas graves de salud o malformaciones.

Educación

El personal de salud debe proveer información a la mujer y la familia sobre algunas complicaciones que se pueden presentar durante el embarazo, parto y puerperio, identificar factores de riesgo, conocer emociones que la mujer experimenta desde la etapa preconcepcional. Es importante tener en cuenta los tipos de miedo al parto o tocofobia.

La tocofobia primaria: Es el miedo y temor profundo a un embarazo y parto, suele comenzar en la adolescencia desde la experiencia de la madre o de otras personas que lo describen como una experiencia dolorosa y difícil.

La tocofobia secundaria: Se relaciona más directamente con la propia experiencia previa de un parto traumático, una mala práctica obstétrica o una depresión posparto.

Prevención

El personal de salud debe identificar los factores de riesgo para la detección temprana entre ellas, ansiedad excesiva, pobre red de apoyo, ideas frecuentes que expresen miedo al embarazo y parto, partos complicados de familiares.

Diagnóstico clínico

La tocofobia habitualmente implica sentimientos de temor o pánico ante la idea de embarazo o parto, incomodidad ante la presencia de mujeres embarazadas, negación a pasar por el parto a menos que se garantice cesárea o algún sedante, incremento de la ansiedad o depresión durante el embarazo, rechazo ante la idea de un bebé creciendo en el interior, miedo a perder el control del cuerpo y autoimagen durante el embarazo, desear tener hijos pero rechazar el embarazo y fobia a los hospitales y procedimientos sanitarios.

Tratamiento no farmacológico

En el tratamiento no farmacológico se deben implementar, técnicas de relajación, consejería, terapia cognitivo conductual, intervenciones individuales, familiares y grupales (grupos de apoyo y auto ayuda), psicoterapia de apoyo y psicoeducación.

Para lograr los objetivos del tratamiento, es fundamental hacer una evaluación diagnóstica integral, incluyendo tanto salud física, manifestaciones emocionales, fisiológicas y conductuales de la mujer, antecedentes personales y familiares, así como la situación de vida actual.

Tratamiento farmacológico

La primera elección de psicofármacos para tratar la tocofobia en el embarazo y puerperio son los antidepresivos (inhibidores selectivos de recaptación de serotonina, ISRS), también pueden utilizarse ansiolíticos de tipo benzodiazepinas, pero de preferencia por muy corto tiempo y no durante el primer trimestre del embarazo, en caso de uso prolongado y dosis elevadas, se recomienda reducir gradualmente la dosis en el último trimestre del embarazo, para prevenir la abstinencia neonatal. Anexo 6-7

Autocuidado

El personal de salud debe educar a la mujer en las siguientes técnicas de autocuidado:

- Aprender a controlar el estrés, si es posible disminuir los estresores
- Higiene del sueño
- Evitar automedicarse
- Eliminar el consumo de sustancias como, cafeína, marihuana, cocaína, tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas
- Tomarse tiempo para sí misma
- Implementar meditación, musicoterapia u otra actividad que le resulte placentera
- Terapia ocupacional.

a2- Depresión en el periodo perinatal

Se deben considerar dos situaciones importantes en relación a la depresión:

1. Una mujer con diagnóstico de depresión previo al embarazo (trastorno depresivo)
2. Una mujer que inicia los síntomas depresivos durante el embarazo o período posparto (depresión posparto).

Independientemente el período en que se diagnostique, la depresión puede impactar negativamente a la madre, al recién nacido y la familia.

Definición

Depresión durante el embarazo y puerperio es la aparición de un episodio depresivo mayor durante el embarazo (conocido también como período prenatal) y/o después del parto (conocido también como período posparto o posnatal)²⁷. Puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, incluso durante el primer año posterior al nacimiento.

Inicia con los síntomas de la tristeza posparto, pero no resuelven al cabo dos semanas, por el contrario, se vuelven más severos. Dichos síntomas, requieren tratamiento individual para la madre, así como labor educativa para la familia.

La depresión en el embarazo se asocia, a suicidio materno. Las complicaciones obstétricas en mujeres deprimidas (independientemente del uso de antidepresivos), se incrementan ligeramente incluyendo riesgo de hipertensión gestacional, parto prematuro, recién nacido con bajo peso al nacer y muerte perinatal.

En la etapa perinatal la depresión abarca mucho más allá del término conocido como tristeza posparto²⁸, también conocida como *Baby Blues* o maternidad azul es expresión de factores de regulación hormonal y de exigencia emocional ante el nuevo rol, el cual ocurre en el 50-80% de las madres y que normalmente inicia entre el tercer y quinto día posparto y puede extenderse hasta las cuatro primeras semanas, con disminución paulatina de los síntomas se caracteriza por llanto sin un motivo aparente, cambios en el estado de ánimo y ansiedad.

Dichos sentimientos son una respuesta esperada ante el nacimiento del niño y normalmente los síntomas, resuelven en el curso de una a dos semanas, sin necesidad de tratamiento. Solo un pequeño porcentaje de estas mujeres, desarrollan depresión posparto. Anexo 5

La depresión en el embarazo en cambio, requiere soporte emocional y tratamiento individualizado para la madre, así como labor educativa para la familia y apoyo farmacológico cuando resulte oportuno. La depresión posparto o perinatal, se asocia a suicidio materno en los casos extremos. Las complicaciones obstétricas en mujeres con depresión (independientemente del uso de antidepresivos) se incrementan ligeramente incluyendo riesgo de hipertensión gestacional, parto prematuro, recién nacido con bajo peso al nacer y muerte perinatal.

Educación

El personal de salud debe educar a la mujer y la familia sobre los factores de riesgo para el desarrollo de depresión en el embarazo, parto y puerperio:

- Historia personal de depresión: este es el principal factor de riesgo relacionado con la depresión durante el embarazo y un fuerte predictor de depresión posparto.
- Antecedentes familiares de depresión: alrededor del 50% de mujeres que experimentan depresión posparto, tienen un antecedente familiar de trastornos mentales ²⁹.
- Vulnerabilidad neuro hormonal: alteraciones en el ritmo circadiano y trastornos del sueño en la madre, disfunción tiroidea entre otros
- Vulnerabilidad cognitiva: mayor tendencia a la ansiedad, evitación del daño, perfeccionismo

El objetivo de la educación a las mujeres con un diagnóstico de depresión ya sea preexistente o diagnosticado durante el embarazo y puerperio, es ayudarlas a ellas y a sus familias a comprender los síntomas de la enfermedad, conocer los factores de riesgo asociados, hacerles saber que existen tratamientos disponibles y que pueden reforzar sus estrategias de afrontamiento para aplicarlas de una manera efectiva en su vida diaria.

Prevención

El personal de salud debe identificar factores de riesgo para la detección temprana y evitar complicaciones, entre ellos ansiedad excesiva, pobre red de apoyo social, relación familiar conflictiva, estresores vitales recientes, como pérdida de un familiar cercano o amigo, violencia de pareja, embarazo no deseado o sentimientos adversos hacia el embarazo, problemas de salud agudos o crónicos en la madre y factores de estrés socioeconómico.

Diagnóstico clínico

Los cambios emocionales normales durante el embarazo, pueden ser confundidos con depresión o por otro lado, los síntomas somáticos del embarazo pueden ser enmascarados:

- Embarazo: síntomas somáticos del embarazo y de depresión pueden coincidir, por ejemplo, insomnio, falta de energía, dificultades para concentrarse, cambios en el apetito, náuseas, entre otros.
- Puerperio: síntomas adaptativos normales, tristeza posparto, alteraciones del sueño, llanto y fatiga extrema entre otros.

Los síntomas específicos que el personal de salud debe considerar para diferenciar entre un trastorno depresivo y cambios esperados durante el embarazo y puerperio son:

- Ideación suicida³⁰
- Ánimo depresivo marcado y persistente tristeza, irritabilidad o incapacidad para experimentar placer.
- Llanto frecuente.
- Incapacidad marcada para concentrarse y tomar decisiones.
- Descuido de aseo y cuidado personal.
- Sentimientos de desesperanza y de sentirse constantemente agobiada por las responsabilidades de la maternidad.

- Sentimientos de culpa o de incapacidad para asumir su rol como madre.
- Pensamientos acerca de ser una madre “mala” o “terrible”.
- Aislarse de la familia, amigos y redes de apoyo.
- Coexistencia de síntomas de ansiedad: tensión muscular, dificultad para respirar, mareos, náuseas, sensación de boca seca, sensación de estar al límite, preocupación excesiva acerca del recién nacido u otros familiares, incapacidad para dormir aun cuando el recién nacido está dormido, consultas frecuentes al médico por diversos malestares físicos en su salud o la del recién nacido.
- Pensamientos o imágenes acerca de lastimarse a sí misma o al recién nacido, ya sea de forma accidental o intencional.

Tratamiento no farmacológico

Se deben implementar técnicas de relajación, consejería, terapia cognitivo conductual, intervenciones individuales, familiares y grupales en espacios terapéuticos de escucha y sostén emocional.

Para lograr los objetivos del tratamiento, es fundamental hacer una evaluación diagnóstica integral incluyendo tanto salud física, manifestaciones emocionales y conductuales de la mujer, antecedentes personales y familiares, así como la exigencias de la vida actual.

Tratamiento farmacológico

La primera elección de psicofármacos para tratar la depresión en el embarazo y el puerperio, son los antidepresivos inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS). En algunos casos, también pueden utilizarse ansiolíticos de tipo benzodiazepinas, pero de preferencia por muy corto tiempo y no durante el primer trimestre del embarazo, en caso de uso prolongado y dosis elevadas, se recomienda reducir gradualmente la dosis en el último trimestre del embarazo, para prevenir la abstinencia neonatal. Anexo 5-6

Criterios de seguimiento

El tratamiento debe mantenerse por un periodo mínimo de seis meses, luego de la remisión de los síntomas, con seguimiento durante un año por psiquiatría. La mujer debe ser referida a la consulta de alto riesgo reproductivo (CARR).

Autocuidado

El autocuidado se basa en hacer cambios positivos en la vida de quien está cursando por un episodio depresivo, para contribuir a disminuir los síntomas.

Los pasos más importantes a seguir en el autocuidado son:

- Consejería sobre estilo de vida saludable, incluyendo nutrición adecuada, ejercicio físico y descanso, entre otras.

- Tiempo para sí misma: ésta es un área que las madres normalmente rechazan. Sin embargo, es importante que la mujer establezca un espacio dentro de su jornada diaria, para atender sus necesidades personales.
- Apoyo: la red de apoyo social juega un papel fundamental para ayudar a las nuevas madres a ajustarse a los cambios en el estilo de vida que vienen con el inicio de la maternidad. Mantener relaciones saludables se convierte en un factor protector contra la depresión y otras enfermedades mentales.

b) Trastornos mentales graves

Generalidades

La psicosis puede estar presente antes del embarazo en mujeres que tienen un diagnóstico previo, como esquizofrenia o iniciar en la etapa del embarazo o en el puerperio como en la psicosis posparto.³¹ La psicosis posparto hace referencia a la aparición repentina de síntomas psicóticos después del parto. Es comúnmente asociado con el trastorno bipolar, un trastorno psicótico breve o un trastorno depresivo mayor. Sin embargo, el primer episodio de psicosis posparto también puede ser una presentación del trastorno esquizoafectivo o esquizofrenia, aunque es menos probable³².

El trastorno bipolar es considerado uno de los trastornos mentales más severos en el embarazo, parto y puerperio. Se estima que entre un 25 a 40% de las mujeres con trastorno bipolar tiene un episodio de psicosis posparto³³. El trastorno bipolar se caracteriza por la presencia de episodios reiterados (al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del paciente están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo, un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otros, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión).

Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuatro a cinco meses³⁴. Las mujeres con antecedente de trastorno bipolar, tienen más probabilidades que las mujeres sin esta condición, de experimentar algunos resultados adversos del embarazo, como hipertensión gestacional, hemorragia obstétrica, restricción severa del crecimiento fetal (< 2 – 3 percentil) (aunque esto puede estar relacionado con el hábito de fumar) y morbilidad neonatal³⁵

Las mujeres con diagnóstico de esquizofrenia o trastorno bipolar tienen más probabilidades que las mujeres en la población general de embarazadas, de presentar complicaciones obstétricas (preeclampsia, diabetes gestacional)³⁶

Educación

Planificación previa a la concepción

La planificación previa a la concepción debe comenzar al momento del diagnóstico de una enfermedad mental grave en mujeres en edad fértil. Muchas de estas mujeres necesitarán

explicaciones claras sobre la importancia de la anticoncepción y se debe referir oportunamente a la consulta de alto riesgo reproductivo.

Además, el personal de salud debe proporcionar información sobre los efectos de algunos medicamentos en la fertilidad, el riesgo de recaída en el embarazo o después del nacimiento (particularmente si los medicamentos son suspendidos) y las complejidades de crianza de hijos en el contexto de una enfermedad mental grave. Estos comentarios son particularmente aplicables a mujeres con esquizofrenia o cualquier otro diagnóstico de psicosis severo, incluyendo trastorno bipolar.

Prevención cuidado prenatal

Además de los principios generales ya descritos, existen consideraciones claves para proporcionar atención prenatal a mujeres con trastornos mentales severos, que incluyen:

- Monitorear los signos tempranos de recaída, particularmente porque los medicamentos a menudo se suspenden (por la mujer o su médico) antes o durante el tratamiento en el embarazo.
- Educación sobre nutrición
- Eliminar el consumo de tabaco, café, alcohol y uso de sustancias ilícitas en el embarazo
- Controlar el aumento excesivo de peso y la diabetes gestacional, en mujeres que toman antipsicóticos, teniendo en cuenta la derivación a un profesional de la salud apropiado si se identifica un aumento de peso excesivo. (perinatólogo, internista o nutricionista).
- Derivación para la planificación de atención multidisciplinaria con la antelación suficiente en el embarazo (especialmente si el embarazo no está planificado) para construir relaciones de confianza y desarrollar una red de seguridad para la madre, recién nacido, pareja o cuidadores.

Cuidado posnatal

Se requiere un monitoreo estricto en el primer mes después del nacimiento para las mujeres con enfermedad mental severa, especialmente aquellas con trastorno bipolar, con una revisión periódica en los 24 meses siguientes al parto. La preservación del sueño es una consideración importante. Si se produce recaída de una enfermedad mental grave, se recomienda el ingreso conjunto a una unidad de madre y recién nacido³⁷. En algunos casos, puede ser necesario que las mujeres dejen de amamantar si su descompensación es grave, requieren sedación nocturna o interrupción del sueño (para alimentar al recién nacido) pues, tendría un efecto adverso en su estado mental.

El personal de salud debe educar a la mujer y su familia en las habilidades de crianza, incluyendo el rol del padre o de otros cuidadores; promover el vínculo seguro madre-hijo es una consideración importante para las mujeres con enfermedades mentales graves y sus familias. Es muy importante la anticipación y asesoría conjunta obstétrica y psiquiátrica ante un nuevo embarazo.

b1-Trastorno bipolar

Manifestaciones clínicas

El trastorno bipolar tipo I, se caracteriza por uno o más episodios maníacos con o sin episodios de depresión grave. Para el diagnóstico de esta modalidad son necesarios uno o más episodios maníacos o mixtos. No es necesario un episodio depresivo como requisito para el diagnóstico, aunque frecuentemente aparezca.

El trastorno bipolar tipo II, se caracteriza por episodios de hipomanía, así como al menos un episodio de depresión mayor. Los episodios hipomaniacos no llegan a los extremos de la manía, es decir, que no provocan alteraciones sociales u ocupacionales y carecen de rasgos psicóticos, además de un historial con al menos un episodio de depresión mayor. El trastorno bipolar tipo II se caracteriza por al menos un episodio de hipomanía y otro de depresión³⁸.

Fases del trastorno bipolar:

Episodio maníaco: exaltación del estado de ánimo de al menos dos semanas de duración, con aumento de las actividades no orientadas hacia metas, si los contradicen suelen enojarse y pensar que el mundo está en su contra, ideas fugaces o pensamiento acelerado (taquipsiquia), irritabilidad, autoestima alta no apropiada, menor necesidad de dormir, agitación, logorrea (hablar más de lo usual o tener la necesidad de continuar hablando), incremento en la actividad involuntaria, inquietud excesiva, aumento involuntario de peso, bajo control del temperamento, patrón de comportamiento irresponsable, hostilidad, aumento en la actividad dirigida al plano social o sexual, compromiso excesivo y dañino en actividades placenteras que tienen un gran potencial de producir consecuencias y disfunción de la actividad global de la persona (andar en juergas, tener múltiples compañeros sexuales, consumir alcohol y otras drogas), en casos graves llegando a presentar síntomas psicóticos, delirios de grandeza, paranoides y alucinaciones, entre otros.

Episodio hipomaniaco: es un estado parecido a la manía, pero más leve, con duración de menos de una semana, se produce cambio del estado de ánimo habitual hacia la euforia o la irritabilidad, además de hiperactividad, disminución de la necesidad de sueño, incremento de la sociabilidad, de la actividad física, actividades placenteras, libido e impaciencia. La hipomanía no requiere hospitalización, no presenta síntomas psicóticos y no genera una grave disfunción familiar, social o laboral.

Episodio depresivo: baja autoestima, desánimos continuos, ensimismamiento, sentimientos de desesperanza o minusvalía, sentimientos de culpabilidad excesivos o inapropiados, fatiga (cansancio o aburrimiento) que dura al menos dos semanas a meses, lentitud exagerada (inercia), somnolencia diurna persistente, insomnio, problemas de concentración, fácil distracción por sucesos sin trascendencia, dificultad para tomar decisiones y confusión general enfermiza, pérdida del apetito, pérdida involuntaria de peso.

En los episodios depresivos graves pueden presentarse pensamientos anormales sobre la muerte, ideación suicida o intentos de suicidio, así como síntomas psicóticos. El riesgo de suicidio es más alto en los cuadros mixtos, ya que coexiste el ánimo depresivo con la agitación psicomotriz.

Al no existir el retardo de pensamiento y de acción que caracteriza a la mayoría de las depresiones, existe mayor probabilidad del suicidio³⁹.

Tratamiento farmacológico

Episodios agudos o mixtos de manía

Objetivos:

1. Controlar los síntomas para permitir el retorno a los niveles normales de funcionamiento psicosocial.
2. Controlar rápidamente la agitación, la agresividad y la impulsividad.
3. Antes del inicio de medicación con estabilizadores de ánimo y antipsicóticos, se recomienda realizar exámenes de laboratorio.

En los episodios de manía graves o mixtos, debe indicarse un estabilizador de ánimo combinado con un antipsicótico. Anexo 6-7

En casos severos y resistentes a tratamiento, se debe considerar el uso de terapia electroconvulsiva de forma temprana. Anexo 8

Episodios depresivos agudos

Objetivos:

1. Conseguir la remisión de los síntomas de depresión grave y que el paciente recupere su funcionamiento psicosocial normal.
2. Evitar que se precipite la aparición de un episodio maniaco o hipomaniaco. No se está indicada la monoterapia con antidepresivos.

Ciclaje rápido:

- Se deben identificar y tratar los trastornos médicos como el hipotiroidismo o el consumo de alcohol o sustancias que puedan contribuir a la ciclación,
- Si es posible disminuir la dosificación de la medicación, en especial los antidepresivos que puedan contribuir al ciclaje.
- Se debe indicar el tratamiento con estabilizadores del estado del ánimo.
- Si no hay mejoría en un periodo de siete a diez días, se debe agregar un antipsicótico u otro estabilizador del estado del ánimo.
- En casos severos se debe considerar la terapia electroconvulsiva. Anexo 7

b2- Psicosis posparto

Manifestaciones clínicas

Se presenta con mayor frecuencia entre los 15 y 35 años, el diagnóstico se hace a través de una entrevista clínica, identificando cualquiera de los siguientes síntomas: inicio agudo con pródromos mínimos, apariencia confusa y perpleja, fluctuaciones intensas del humor, ideas delirantes centradas en el recién nacido, alucinaciones visuales, táctiles y olfativas, predominancia de síntomas maniacos, mejor funcionamiento premórbido que en mujeres con trastornos mentales crónicos, discurso desorganizado, alteraciones en la psicomotricidad, aislamiento social, falta de motivación, trastornos del sueño y expresión emocional disminuida. Generalmente los síntomas inician 72 horas posteriores al parto, hasta un mes de forma súbita⁴⁰. Las mujeres que presentan psicosis posparto usualmente tienen pobre autocrítica de su padecimiento y necesitan hospitalización por su seguridad y la del recién nacido.

Tratamiento no farmacológico y autocuidado

El cuidado de las mujeres con trastornos mentales graves suele ser complejo y requiere un abordaje integral y multidisciplinario. El personal de salud debe realizar psicoeducación durante el embarazo, hacer énfasis en los signos de alarma psiquiátricos y obstétricos, generar planes familiares en caso de descompensación, sobre el cuidado del recién nacido. Un seguimiento cercano en el periodo posparto es fundamental para detectar síntomas psicóticos en la conducta de la madre hacia su hijo. La decisión de brindar o suspender lactancia materna debe tomarse luego de un análisis individual sobre severidad de la enfermedad, apoyo familiar, adherencia al tratamiento y capacidad de detectar oportunamente efectos de los medicamentos en el recién nacido. Se deben implementar terapias de pareja o familiar antes, durante y después del embarazo.

Tratamiento farmacológico

Los trastornos psicóticos se tratan desde el inicio con medicación, la mayoría de los casos requieren atención en un hospital con capacidad para atender emergencias obstétricas⁴¹. La primera línea de tratamiento son los antipsicóticos (anexo 6-7). Las benzodiacepinas, se pueden utilizar por periodos cortos, básicamente para controlar los efectos secundarios de los antipsicóticos. Para mujeres con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo o trastorno bipolar en episodio maníaco con síntomas psicóticos, se debe agregar un modulador del afecto (anexo 6-7).

Terapia Electroconvulsiva con Analgesia y Relajación (TECAR)

Para las pacientes que presentan psicosis, está indicada la TECAR en los siguientes casos:

- Efectos secundarios graves a los medicamentos como síndrome neuroléptico maligno, agranulocitosis, entre otros.
- Falta de adherencia o rechazo a los medicamentos
- Falla terapéutica
- Riesgo suicida u homicida⁴²

La TECAR durante el embarazo se ha utilizado con seguridad para el bebé y se considera beneficiosa en trastornos psicóticos severos⁴³. Puede ser considerada dependiendo de la severidad de los síntomas como primera línea de tratamiento⁴⁴. Anexo 8

b3-Trastorno límite de la personalidad

Definición

Trastorno límite de la personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un estado de ánimo inestable y caprichoso. Este trastorno se subdivide en los subtipos límite e impulsivo.

Educación

El trastorno límite de la personalidad es a largo plazo una condición compleja y variable, con amplio impacto negativo sobre la función social y profesional de quien la padece. Requiere un abordaje multidisciplinario ya que a menudo existe comorbilidad con trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, abuso de sustancias, trastorno bipolar y trastorno de estrés postrauma.

Se recomienda brindar psicoeducación y consejerías a la mujer y su familia.

El trastorno límite de la personalidad está asociado con altos niveles de morbilidad y mortalidad (tasas de por vida de aproximadamente el 70% para los actos de autolesión, 80% para los intentos de suicidio y 10% para el suicidio) (Kroger et al 2011).

La etiqueta de “trastorno límite de la personalidad” debe utilizarse con precaución, ya que a menudo tiene connotaciones negativas (especialmente para el personal de salud) y puede estar asociada con estigmatización. Por el contrario, es importante identificar a las pacientes con esta condición, ya que, su familia será de apoyo durante el período de embarazo, parto y puerperio.

Prevención

Un primer paso puede ser una discusión del diagnóstico cuando hay claridad que este, ya que el enfoque preventivo es fundamental y se deberá referir a la mujer a la Consulta de Alto Riesgo Reproductivo.

Como el trastorno límite de la personalidad se asocia con varios resultados obstétricos y neonatales adversos, un equipo multidisciplinario de salud debe realizar el monitoreo de las pacientes con este trastorno antes y durante el embarazo (*Pare-Miron et al 2016*).

Este enfoque tendría como objetivo optimizar la gestión de los síntomas y comportamientos desafiantes y frente a la frecuencia de abuso de sustancias y otras condiciones de riesgo.

Consideraciones en la planificación previa a la concepción, incluyen reconocer la capacidad de la mujer para la crianza de sus hijos, su red social u otro tipo de apoyo disponibles en el período prenatal, la necesidad de intervenciones para su pareja o familiar y el tratamiento para ayudar al control de la inestabilidad emocional.

Diagnóstico clínico

Las mujeres que tienen el trastorno límite de la personalidad a menudo han sido víctimas de abuso sexual, físico, emocional, abandono o negligencia en la infancia. Además de la inestabilidad emocional, su comportamiento se caracteriza por los esfuerzos para superar su miedo al abandono; relaciones intensas e inestables; participar en actividades impulsivas (abuso de alcohol y drogas o promiscuidad sexual); realizar autolesiones o comportamientos suicidas, inapropiada e intensa ira o la dificultad para controlarla; síntomas psicóticos transitorios, ideación paranoide relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves. Estos síntomas son particularmente difíciles de manejar en el primer nivel de atención y las conductas dirigidas al personal de salud pueden hacer que sea difícil trabajar de manera óptima con las mujeres y su familia.

El período posnatal temprano puede ser particularmente preocupante para las mujeres con trastorno límite de la personalidad, ya que pueden encontrar intrusivo e inquietante el llanto normal del recién nacido. Las mujeres con trastorno límite de la personalidad son más propensas a tener dificultades en el cuidado emocional del niño y en el desarrollo del apego seguro (*Newman 2015*).

Estas madres tienen antecedentes de haber vivenciado un trauma sexual y explotación en las relaciones y ser víctimas de violencia doméstica (*Newman 2015*). Es importante asegurarse de la protección del niño ante posibles riesgos, ya que estas mujeres suelen ser madres sobreprotectoras o teatrales respecto a la atención de la salud del niño.

Tratamiento no farmacológico

Mientras que los tratamientos psicológicos especializados (terapia cognitivo conductual) son el tratamiento de elección para el trastorno límite de la personalidad, estos toman tiempo para producir un efecto y también se requieren otros enfoques psicológicos más genéricos para que las mujeres sean asistidas en el control de su inestabilidad emocional y estén mejor preparadas para el embarazo y la maternidad.

Tratamiento farmacológico

En general, los tratamientos farmacológicos no parecen ser eficaces en la alteración del inicio en el curso del trastorno límite de la personalidad (*NHMRC 2012*). Sin embargo, pueden ser útiles a corto plazo en el control de los síntomas más agudos. Si un tratamiento farmacológico se prescribe para una mujer con trastorno de personalidad límite, debe considerarse la posibilidad de evitar los medicamentos que pueden ser letales en sobredosis (debido al alto riesgo de suicidio) o están asociados con la dependencia de sustancias, por lo que su manejo debe ser por médico psiquiatra de acuerdo a los *Lineamientos técnicos para la promoción de la salud mental, prevención, identificación temprana y abordaje de la conducta suicida en las adolescentes y mujeres jóvenes con énfasis en el embarazo*.

Terapia Electroconvulsiva con Analgesia y Relajación (TECAR) Anexo 8

Podría estar indicada en episodios depresivos graves con ideación o intento suicida fallido.⁴⁵

Autocuidado

Retomar las medidas de autocuidado generales: alimentación nutritiva, higiene del sueño, evitar consumo de alcohol, tabaco y drogas ilícitas, lograr la autogestión de las emociones, involucramiento de familiares y cuidadores, constancia en los controles prenatales y adherencia a los tratamientos tanto farmacológicos como no farmacológicos.

4. Criterios de referencia

Ruta de atención de la mujer en el periodo perinatal que presenta algún trastorno psiquiátrico:

A toda paciente con antecedentes de algún trastorno psiquiátrico estable, inscrita en control prenatal en establecimientos de primer Nivel de Atención

- Evaluación en control prenatal por ginecoobstetra (GO) que le corresponda.
- Interconsulta con psicología o psiquiatría, según red que le corresponda.
- Continuar controles por el trastorno psiquiátrico según lo indique el psiquiatra o psicología en interconsulta, quien garantizará el retorno a GO, con las indicaciones tanto farmacológicas, como no farmacológicas, según plan individualizado.
- Dar seguimiento realizando visitas domiciliarias, por personal médico y enfermería, en caso que no se presente a sus controles.

A toda paciente con antecedentes de algún trastorno psiquiátrico inestable o en crisis, inscrita en control perinatal:

- Referir urgentemente al hospital para evaluación por GO según red correspondiente, descartar trastorno orgánico y solicitar interconsulta con psiquiatría.
- Para la interconsulta con psiquiatría, referir urgentemente al hospital que cuente con unidad hospitalaria de salud mental en adelante UHSM.
- Realizar evaluación conjunta entre GO y psiquiatría.
- En caso de requerir ingreso hospitalario, la mujer debe permanecer en un servicio de ginecología y obstetricia, siendo la función del psiquiatra como interconsultante.
- Continuar controles por el trastorno psiquiátrico, según indique psiquiatra en interconsulta, quien garantizará el retorno a GO con las indicaciones tanto farmacológicas como no farmacológicas y según plan individualizado.
- Al indicar el alta se debe informar al personal de los establecimientos del Primer Nivel de Atención de manera efectiva y oportuna para su seguimiento comunitario con psicología y psiquiatría, según sea el caso .

En las mujeres sin antecedentes de trastornos mentales o conductuales, que los presente por primera vez y se encuentren inestables, en el período perinatal, se deben realizar las siguientes acciones:

- Referir urgentemente al hospital, para evaluación por GO, según red correspondiente, descartar trastorno orgánico y solicitar interconsulta con psiquiatría.
- Si en el hospital al que se refiere cuenta con psiquiatra, debe ser evaluada conjuntamente. Si no hay psiquiatra y la paciente amerita interconsulta de emergencia, se debe referir previa coordinación, al hospital de la red con UHSM con disponibilidad en el horario requerido.
- En caso de no ser posible lo anterior, referir al Hospital Nacional Psiquiátrico, previa coordinación la cual puede ser por vía telefónica.
- En caso de requerir ingreso hospitalario, la mujer debe permanecer en el servicio de ginecología y obstetricia, siendo el psiquiatra interconsultante
- Al indicar el alta se debe informar al personal de los establecimientos del Primer Nivel de Atención de manera efectiva y oportuna para su seguimiento comunitario por el personal médico y de enfermería.
- Se debe dejar control con GO y psiquiatra según caso.
- Las mujeres ya diagnosticadas con trastorno psiquiátrico, que se encuentren inestables y sean detectadas en la comunidad, por personal de salud durante el embarazo o puerperio, deben ser referidas inmediatamente al establecimiento de salud más cercano para evaluación y realización de exámenes complementarios para descartar trastorno orgánico y decidir conducta. Anexo 9-10

A las mujeres hospitalizadas con trastorno psiquiátrico que se encuentren estable y en quienes se ha descartado una condición clínica o metabólica durante el embarazo o puerperio, se les deben realizar las siguientes acciones:

- Evaluar de manera conjunta por psiquiatría y GO.
- En caso de no contar con UHSM, referir urgentemente al hospital de la red que tenga UHSM, para evaluación, tratamiento y definición del plan individualizado a seguir.

- La mujer debe permanecer en el servicio de ginecología y obstetricia, siendo el psiquiatra interconsultante.
- El seguimiento de las embarazadas o púerperas con trastornos mentales graves, debe realizarse en hospitales con UHSM del Segundo Nivel de Atención.

A las mujeres con trastorno psiquiátrico inestable que se encuentran hospitalizadas y a quienes se les ha comprobado una condición clínica o metabólica durante el embarazo o puerperio, se les debe realizar las siguientes acciones:

- Referir urgentemente al hospital regional o de tercer nivel de atención para tratamiento y evaluación por GO, quien decidirá conducta a seguir.
- El GO debe realizar interconsulta con psiquiatría para evaluación conjunta.
- En caso de requerir ingreso hospitalario, la mujer debe permanecer en servicios de ginecología y obstetricia, siendo la función del psiquiatra ser interconsultante.

Atención de la mujer en el momento del parto:

Para la atención del parto, si la mujer se encuentra estable en el componente de salud mental, tendrá su parto en el hospital del SNIS; en caso de estar inestable, debe ser referido a un hospital de la SNIS que cuente con UHSM. (Anexo 9)

- Las mujeres con diagnóstico de trastorno mental común o grave a las 36 semanas de gestación deben recibir recomendaciones del psiquiatra previas al parto.
- Es fundamental, el apoyo de un acompañante durante el trabajo de parto, previamente capacitado en los controles prenatales.

Atención de la mujer en el puerperio:

En las mujeres que asisten al primer control posparto, se debe brindar consejería ante la presencia de signos y síntomas de enfermedades mentales y del comportamiento relacionados con psicosis y depresión posparto y la búsqueda activa de factores de riesgo en el control posparto a los 42 días aplicar la escala de Edimburgo (anexo 5).

Además, se debe informar y educar sobre anticoncepción, inscripción y seguimiento.

VI. Disposiciones finales

a) Sanciones por el incumplimiento

Es responsabilidad dar cumplimiento a los presentes lineamientos técnicos, caso contrario se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa respectiva.

b) Revisión y actualización

Los presentes Lineamientos técnicos serán revisados y actualizados cuando existan cambios o avances en los tratamientos y abordajes, o en la estructura orgánica o funcionamiento del MINSAL o cuando se determine necesario por parte del Titular.

c) De lo no previsto

Todo lo que no esté previsto por los presentes lineamientos técnicos, se resolverá a petición de parte, por medio de escrito dirigido al Titular de esta Cartera de Estado, fundamentando la razón de lo no previsto, técnica y jurídicamente.

d) Derogatoria

Derogase los *Lineamientos técnicos para la atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el embarazo, parto y puerperio, de fecha mayo 2019.*

VII. Vigencia

Los presentes lineamientos técnicos entrarán en vigencia a partir de la fecha de la firma de los mismos, por parte del Titular de esta Cartera de Estado.



Dr. Francisco José Alabi Montoya
Ministro de Salud *ad honorem*

VIII. Bibliografía

1. Romero Alba Concepción, Aler Gay Concepción y Olza Fernández Isabel. Maternidad y Salud. Ciencia, Conciencia y Experiencia. 2012. páginas 1-176. https://www.elpartoestuestro.es/sites/default/files/recursos/documents/maternidad_y_salud_cce.pdf
2. Brizendine louann. El cerebro femenino. Ediciones RBA. 2018. 368 paginas. <https://www.buscalibre.es/libro-el-cerebro-femenino/9788490569504/p/49891682>
3. Arévalo L, Campbell P. Placental effects on the maternal brain revealed by disrupted placental gene expression in mouse hybrids. 2020. <https://royalsocietypublishing.org/doi/10.1098/rspb.2019.2563>. <http://dx.doi.org/10.1098/rspb.2019.2563>
4. Brunton Paula j y Russell, Jonh A. Endocrine induced changes in brain function during pregnancy. Epub 2010. Vi. página 4. DOI: 10.1016/j.brainres.2010.09.062
5. Koch Kenneth L y Frissonna Cristina L. Nausea and vomiting during pregnancy. Gastroenterol Clin North Am. 2003 Mar;32(1):201-34, vi. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12635417/> DOI: [10.1016/s0889-8553\(02\)00070-5](https://doi.org/10.1016/s0889-8553(02)00070-5)
6. Dayan Jacques, Gwenaëlle Andro y Dugnat Michel. Psychopathologie de La Périnatalité Et de La Parentalité. 1999. 576 páginas. <https://www.elsevier-masson.fr/psychopathologie-de-la-perinatalite-9782294015250.html>
7. Morales D Marín, Rodríguez Bullones M^a A, Carmona Monge F J, Carretero Abellán M^a I, Moreno Moure M^a A, Peñacoba Puente C. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. NURE Investigación. 2008. Página 20. www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/422/413/
8. Gómez López María Eugenia y Aldana Calva Evangelina. Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. Psicología y Salud. México. 2013. página 10. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/739>
9. Navarrete C E, Lara-Cantú M^a A, Navarro C, Gómez M^a E y Morales F. Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el postparto. 2012. 9 páginas. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2012/nn126llh.pdf>
10. Austin Marie-Paule, Priest Susan R, y Sullivan Elizabeth A. Evaluación psicosocial prenatal para la reducción de la morbilidad en salud mental perinatal. 2008. Número 4. Oxford. DOI:10.1002/14651858.cd005124.pub2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18843682/>

11. Boletín de la Organización Mundial de la Salud Recopilación de artículos: 2 Volumen 90 012 Volumen 90, Número 2, febrero 2012, 77-156.
12. Austin M-P, Highet N and the Expert Working Group. Mental Health Care in the Perinatal Period. Australian Clinical Practice Guideline. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence, 2017. Pág. 16-17-19. <https://cope.org.au/wp-content/uploads/2017/10/Final-COPE-Perinatal-Mental-Health-Guideline.pdf>
13. Viggars Mengin Odette, et al. Experience of care for mental health problems in the antenatal or postnatal period for women in the UK: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. NIH revista national library of medicine. 2015.[10.1007/s00737-015-0548-6](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26000000/)
14. Bateman J, Henderson C y Kezelman C Trauma-Informed Care and Practice: Towards a cultural shift in policy reform across mental health and human services in Australia https://mhcc.org.au/wp-content/uploads/2018/05/nticp_strategic_direction_journal_article_vf4_-_jan_2014_.pdf
15. Williams, Janeth. BC Women's Hospital. BC MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE SERVICES Best Practice Guidelines for Mental Health in the Perinatal Period. 2014. Pág. 37-44 https://reproductivementalhealth.ca/sites/default/files/uploads/resources/files/mental_health_guideline_web.pdf
16. Krauskopf Vania y Valenzuela Paula. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES. Vol 31, 2020, pág. 139-149. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300183>
17. Dipietro Janet A, Christensen Anna L. & Costigan Kathleen A. The pregnancy experience scale – brief version. 2009. Pages 262-267. <https://doi.org/10.1080/01674820802546220>
18. Asociación Española de Neuropsiquiatría. Psiquiatría perinatal y del niño de 0 a 3 años. Madrid, España, 2015. <http://www.tienda-aen.es/wp-content/uploads/2015/06/cd002.pdf>
19. García-Esteve, Manual de psiquiatría perinatal. Editorial panamericana. 2016. <https://www.medicapanamericana.com/es/libro/manual-de-psiquiatria-perinatal>
20. Maldonado-Durán J.Martín, Ian Brockington. LA SALUD MENTAL Y SUS DIFICULTADES EN LA ETAPA PERINATAL. 1a edición. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, 2011, cap. 9, Trastorno de ansiedad generalizada. Pág. 179-180-198. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf

21. Marc I, Toureche N, Ernst E, Hodnett ED, Blanchet C, Dodin S, Njoya MM. Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 7. Art. No.: CD007559. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21735413/https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007559.pub2/full>
22. O'Donnell Kieran J, Bugge Jensen Anna, Freeman Laura, et al. Maternal prenatal anxiety and downregulation of placental 11 β -HSD2. Psychoneuroendocrinology. 2012. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22001010/>
23. Williams, Janeth. BC Women's Hospital. BC MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE SERVICES Best Practice Guidelines for Mental Health in the Perinatal Period. 2014. Pág. 37-44 https://reproductivementalhealth.ca/sites/default/files/uploads/resources/files/mental_health_guidline_web.pdf
24. Maldonado-Durán J.Martín, Ian Brockington. LA SALUD MENTAL Y SUS DIFICULTADES EN LA ETAPA PERINATAL. 1a edición. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, 2011, cap. 9, Trastorno de ansiedad generalizada. Pág. 179-192-198. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf
25. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5 R, 5ª. Edición, Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2022. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
26. Brandes M., Soares C.N. y Cohen L.S.. Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management. Woman's Mental Health, 2004, pág. 102-110. <https://doi.org/10.1007/s00737-003-0035-3>
27. Williams, Janeth. BC Women's Hospital. BC MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE SERVICES Best Practice Guidelines for Mental Health in the Perinatal Period. 2014. Pág. 17-36 https://reproductivementalhealth.ca/sites/default/files/uploads/resources/files/mental_health_guidline_web.pdf
28. Williams, Janeth. BC Women's Hospital. BC MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE SERVICES Best Practice Guidelines for Mental Health in the Perinatal Period. 2014. Pág. 17-36 https://reproductivementalhealth.ca/sites/default/files/uploads/resources/files/mental_health_guidline_web.pdf

29. Krauskopf Vania y Valenzuela Paula. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES. Vol 31, 2020, pág. 139-149.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864020300183>
30. Williams, Janeth. BC Women´s Hospital. BC MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE SERVICES Best Practice Guidelines for Mental Health in the Perinatal Period.2014. Pág. 17-36
https://reproductivementalhealth.ca/sites/default/files/uploads/resources/files/mental_health_guidline_web.pdf
31. Maldonado-Durán J. Martín, Ian Brockington. LA SALUD MENTAL Y SUS DIFICULTADES EN LA ETAPA PERINATAL. 1a edición. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, 2011, cap. 9, Trastorno de ansiedad generalizada. Pág. 222-222-219.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51594/9789275332498_spa.pdf
32. Austin M-P, Highet N and the Expert Working Group. Mental Health Care in the Perinatal Period. Australian Clinical Practice Guideline. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence, 2017. Pág. 16-17-19.
<https://cope.org.au/wp-content/uploads/2017/10/Final-COPE-Perinatal-Mental-Health-Guideline.pdf>
33. García-Esteve. Manual de psiquiatría perinatal, Editorial panamericana. 2016
<https://www.medicapanamericana.com/mx/libro/manual-de-psiquiatria-perinatal>
34. Williams, Janeth. BC Women´s Hospital. BC MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE SERVICES Best Practice Guidelines for Mental Health in the Perinatal Period.2014. Pág. 45-51
https://reproductivementalhealth.ca/sites/default/files/uploads/resources/files/mental_health_guidline_web.pdf
35. Rusner M, Berg M, Begley C (2016) bipolar disorder in pregnancy and childbirth: a systematic review of outcomes. BMC Pregnancy Childbirth 16(1): 331.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27793111/>
36. Nguyen TN, Faulkner D, Frayne JS et al (2013) Obstetric and neonatal outcomes of pregnant women with severe mental illness at a specialist antenatal clinic. Med J Aust 199(3 Suppl): S26–9
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25369845/>
37. García-Esteve, Manual de psiquiatría perinatal, Editorial panamericana 2016
<https://www.medicapanamericana.com/mx/libro/manual-de-psiquiatria-perinatal>
38. Clasificación internacional de las enfermedades 10 edición. OMS, 1992. Pág. 316-365
<https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

39. Williams, Janeth. BC Women´s Hospital. BC MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE SERVICES Best Practice Guidelines for Mental Health in the Perinatal Period.2014. Pág. 19-36
https://reproductivementalhealth.ca/sites/default/files/uploads/resources/files/mental_health_guidline_web.pdf
40. Cohen LS, Wang B, Nonacs R, Viguera AC, Lemon EL, Freeman MP. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. Psychiatri Clin North Am. 2010;33(2): 273 -293
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20385337/>
41. Williams, Janeth. BC Women´s Hospital. BC MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE SERVICES Best Practice Guidelines for Mental Health in the Perinatal Period.2014. Pág. 52-57
https://reproductivementalhealth.ca/sites/default/files/uploads/resources/files/mental_health_guidline_web.pdf
42. Crespo, José Manuel. La terapia electroconvulsiva en el embarazo: eficaz, rápida y segura. 2019
<https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/la-terapia-electroconvulsiva-en-el-embarazo-eficaz-rapida-y-segura-6139>
43. Crespo, José Manuel. La terapia electroconvulsiva en el embarazo: eficaz, rápida y segura. 2019
<https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/la-terapia-electroconvulsiva-en-el-embarazo-eficaz-rapida-y-segura-6139>
44. Crespo, José Manuel. La terapia electroconvulsiva en el embarazo: eficaz, rápida y segura. 2019
<https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/la-terapia-electroconvulsiva-en-el-embarazo-eficaz-rapida-y-segura-6139>
45. Fernández, Beatriz Aramburú. La Terapia Dialéctica Conductual para el Trastorno Límite de la Personalidad. Psicología Conductual, Vol 4 N° 1, 1996, pp 123-140.
https://www.trastornolimites.com/images/stories/pdf/TDC_para_el_trastorno_limite_de_la_perso.pdf

IX. Anexos

Anexo 1

Recomendaciones de la salud mental durante el periodo perinatal

- I. Haz ejercicio físico bajo supervisión medica
- II. Mantén actitud optimista, busca estímulos positivos y actividades que te produzcan bienestar.
- III. Evita conflictos que le generen estrés elevado con personas cercanas, con la familia, amigos, compañeros de trabajo, entre otros.
- IV. Activa tu cerebro aprendiendo algo nuevo cada día (practica pasatiempo, lectura).
- V. Aliméntate adecuadamente y cuida tu salud mental para mejorar tu estado de ánimo. Consume alimentos tales como: avena, ayote, espinaca, pescado, pollo, lácteos, guineo, piña y aguacate.
- VI. Reduce el consumo de café, evita el alcohol las drogas y el tabaco.
- VII. Vive con objetivos (diseña un proyecto de vida).
- VIII. Realiza técnicas de relajación (la que consideres que más te tranquiliza), tomate tiempo para ti misma, considera: un deporte, lectura, arte, salir de paseo con tus seres queridos.
- IX. Busca ayuda de un familiar, amigo/amiga de confianza o de un profesional de la salud y de salud mental ante problemas que no puedas solucionar, duelos, mala relación de pareja, problemas de carácter, resentimientos, violencia intrafamiliar, entre otros.

Anexo 2

Factores de riesgo que pueden afectar la salud mental durante el periodo perinatal

Embarazo:

- 1- Embarazo no deseado
- 2- Interrupción del proyecto de vida
- 3- Madre sin una red de apoyo
- 4- Violencia contra la mujer
- 5- Embarazo en adolescente
- 6- Consumo de sustancias legales e ilegales
- 7- Problemas socioeconómicos
- 8- Enfermedades mentales previas
- 9- Enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, otros)
- 10- Complicaciones maternas preeclampsia y eclampsia
- 11- Infecciones repetitivas o recurrentes
- 12- Multíparas
- 13- Patologías ginecológicas previas (quistes de ovario, pólipos endometriales, miomas o fibromas, entre otras)
- 14- Amenaza de aborto, parto prematuro, cambios en la posición del bebé
- 15- Antecedentes familiares de consumo de sustancias psicoactivas
- 16- Violencia en familia de origen
- 17- Violencia Intrafamiliar

Parto:

- 1- Parto prematuro
- 2- Duelo por muerte fetal
- 3- Complicaciones maternas durante el parto: parto difícil, preeclampsia, eclampsia
- 4- Enfermedades crónicas

Puerperio:

1. Duelo por muerte neonatal
2. Hemorragia posparto
3. Duelo por hijo con malformaciones congénitas
4. Depresión posparto en parto anterior
5. Psicosis posparto en el parto anterior
6. Ansiedad ante el cuidado del bebe
7. Presentar síntomas como insomnio
8. Limitado o falta de apoyo (familiar y/o de la pareja)
9. Economía del hogar
10. Madre sola

Anexo 3

Escala de experiencia en el embarazo, versión breve PES

0= Nada ; 1= Algo ; 2= Bastante; 3= Mucho				
¿Cuánto de cada uno de las siguientes opciones le hace sentir feliz, positiva o animada?				
	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1. ¿Cuánto se está moviendo el bebé?	0	1	2	3
2. Conversaciones con la pareja acerca los nombres del bebé	0	1	2	3
3. Opiniones de los demás acerca de su embarazo / apariencia	0	1	2	3
4. Han pensado en hacer arreglos respecto a la cuna	0	1	2	3
5. Sentimientos acerca de estar embarazada en este momento	0	1	2	3
6. Visitas al médico / enfermera	0	1	2	3
7. Sentimientos espirituales/religiosos sobre el embarazo	0	1	2	3
8. Cortesía / asistencia de otros porque está embarazada	0	1	2	3
9. Piensa en la apariencia del bebé	0	1	2	3
10. Hablar con el cónyuge acerca de los problemas de embarazo / parto	0	1	2	3
Sumatoria de aspectos positivos				
¿Cuánto de cada uno de las siguientes opciones le ha hecho sentirse infeliz, negativa o molesta?				
	Nada	Algo	Bastante	Mucho
11. Duerme lo suficiente	0	1	2	3
12. Relaciones sexuales	0	1	2	3
13. Molestias normales del embarazo (ardor en el estómago, incontinencia)	0	1	2	3
14. Su peso	0	1	2	3
15. Cambios en el cuerpo durante el embarazo	0	1	2	3
16. Pensamientos acerca de si él bebe está normal	0	1	2	3
17. Piensa en el parto	0	1	2	3
18. Capacidad para hacer tareas/tareas físicas	0	1	2	3
19. Preocupación por síntomas físicos (dolor, manchas, etc.)	0	1	2	3
20. La ropa y los zapatos no encajan	0	1	2	3
Sumatoria de aspectos negativos				

Fuente: PES; Di Pietro, Ghera, Costigan y Hawkins, 2004. (Traducción y adaptación propia, equipo técnico)

Cálculo de la escala:

1. Sumar los aspectos positivos
2. Sumar los aspectos negativos
3. Dividir los aspectos negativos (numerador) sobre los aspectos positivos (denominador) según la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Sumatoria de los aspectos negativos}}{\text{Sumatoria de los aspectos positivos}} = \text{Valoración de riesgo}$$

Como ejemplo:

Si en el primer control prenatal luego de aplicar la PES, se obtiene un total de 30 puntos de aspectos positivos y 27 de sumatoria de aspectos negativos, al aplicar la formula el resultado es 0.9 correspondiente a un riesgo bajo,

$$27 / 30 = 0.9$$

Interpretación de la escala:

Las puntuaciones mayores a 1 o iguales se clasificarán como riesgo y las puntuaciones inferiores a 1 se clasifican como de bajo riesgo.

Anexo 4

Tamizaje para Depresión Perinatal (Whooley-NICE)

- 1- Durante el último mes: ¿se ha sentido desanimada, triste o con sentimientos de desesperanza?
- 2- Durante el último mes: ¿ha sentido desinterés o poca satisfacción por las cosas que suele hacer?

En caso de responder afirmativo a una de las anteriores, realizar la siguiente pregunta:

- 3- ¿Sería útil para Ud. recibir ayuda (Le gustaría recibir ayuda)? Si es afirmativo, derivar a los establecimientos de salud que corresponda, que cuenten con profesionales de salud mental.
- Considerar este breve cuestionario una vez en cada trimestre del embarazo y luego en el puerperio entre las 4 y 6 semanas.

Anexo 5

Cuestionario Sobre Depresión Postnatal Edimburgo (EPDS)

Entrevistador:.....

Fecha :

Fecha de parto:

Queremos saber cómo se ha sentido en LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no solamente cómo se siente hoy.

1. He sido capaz de reír y ver el lado bueno de las cosas

- Tanto como siempre
- No tanto ahora
- Mucho menos
- No, no he podido

2. He mirado el futuro con placer

- Tanto como siempre
- Algo menos de lo que solía hacer
- Definitivamente menos
- No, nada

3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas no salían bien

- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, algunas veces
- No muy a menudo
- No, nunca

4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo

- No, para nada
- Casi nada
- Sí, a veces
- Sí, a menudo

5. He sentido miedo y pánico sin motivo alguno

- Sí, bastante
- Sí, a veces
- No, no mucho
- No, nada

6. Las cosas me oprimen o agobian

- Sí, la mayor parte de las veces
- Sí, a veces
- No, casi nunca
- No, nada

7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultad para dormir

- Sí, la mayoría de las veces
- Sí, a veces
- No muy a menudo
- No, nada

8. Me he sentido triste y desgraciada

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- No muy a menudo
- No, nada

9. He sido tan infeliz que he estado llorando

- Sí, casi siempre
- Sí, bastante a menudo
- Sólo en ocasiones
- No, nunca

10. He pensado en hacerme daño a mí misma

- Sí, bastante a menudo
- A veces
- Casi nunca
- No, nunca

Como interpretar el puntaje de la EPDS

Por medio del cuestionario de la EPDS se les pide a las mujeres que informen por su cuenta sus experiencias durante la última semana usando 10 preguntas simples. Después que su paciente haya respondido las 10 preguntas, sume el total de las respuestas para calcular el puntaje de la EPDS. Una mujer que obtiene un puntaje de 12/13 o superior muy probablemente sufra depresión en el período anterior al parto. A partir de los datos, se sugiere que disminuir el límite a un puntaje de 9/10 puede aumentar la detección de los síntomas de la DPP. Las mujeres con un diagnóstico positivo de síntomas de DPP deben ser evaluadas más a fondo por un proveedor de atención clínica para confirmar si tienen o no depresión clínica. Las herramientas de detección no sustituyen la evaluación clínica y los puntajes justo por debajo del límite no deben tenerse en cuenta para indicar la ausencia de depresión, especialmente si el proveedor de atención médica tiene otros motivos para considerar este diagnóstico.

Anexo 6

Medicamentos psiquiátricos de uso en el embarazo y lactancia

Sistema de clasificación de los psicofármacos (Food and Drugs Administration, Estados Unidos) según el riesgo asociado a su uso en el embarazo.

Categoría	Psicofarmaco	Interpretación
A	Ninguno	Estudios controlados demuestran ausencia de riesgo
B	clozapina, fluoxetina, Sertralina,	No hay evidencia de riesgo en humanos, pero los datos son insuficientes. Estudios en seres humanos no muestran incremento del riesgo fetal a pesar de hallazgos adversos en animales, o en ausencia de estudios adecuados en humanos, los estudios en animales no evidencian riesgo fetal. La posibilidad de daño fetal es remota, pero existe.
C	clomipramina, amitriptilina, Imipramina, Duloxetina, clorpromazina, haloperidol, Flufenazina, olanzapina, Risperidona.	El riesgo no puede ser descartado. Faltan estudios adecuados en seres humanos, y los estudios en animales evidenciaron riesgo fetal o faltan estudios. Existe posibilidad de daño fetal si la droga se emplea en el embarazo, pero los beneficios potenciales pueden justificar el riesgo potencial.
D	diazepam, Lorazepam, clonazepam, Midazolam litio, Carbamacepina.	Evidencia positiva de riesgo en seres humanos. De todas maneras, los beneficios potenciales de su uso durante el embarazo pueden sobrepasar el riesgo potencial.
X	Valproato (como profilactico de migraña)	Contraindicado en el embarazo Estudios en seres humanos y animales demuestran clara evidencia de riesgo fetal significativo.

FUENTE: García-Esteve, Manual de psiquiatría perinatal, Editorial panamericana 2016

Sistema de clasificación de los psicofármacos (Food and Drugs Administration, Estados Unidos) durante la lactancia.

Categoría	Psicofarmaco	Interpretación
L1	Ninguno	Seguro
L2	Haloperidol, ácido valproico, carbamacepina, , sertralina. Amitriptilina, Clomipramina, Imipramina benzodiazepinas (Lorazepam, Diazepam, Clonazepam).	Más seguro
L3	Clorpromazina, fluoxetina flufenacina, Olanzapina Risperidona, clozapina	Moderadamente seguro
L4	Litio, Midazolam.	Posiblemente peligroso
L5	Ninguno	Contraindicado

FUENTE: García-Esteve, Manual de psiquiatría perinatal, Editorial panamericana 2016

Anexo 7

Generalidades de tratamiento farmacológico en embarazo y lactancia, medicamentos de cuadro básico del Ministerio de Salud de El Salvador.

Medicamentos	Dosis (mg/día)	Consideraciones generales
Antidepresivos:		La administración de antidepresivos durante el embarazo debe reservarse para depresiones graves. Se recomienda en algunos casos interrumpir los antidepresivos una semana antes del parto, pero en general se pueden mantener para prevenir síntomas depresivos durante el puerperio.
Fluoxetina (B)	20 – 40	
Sertralina (B)	50 – 200	
Benzodiazepinas:		Respecto al empleo de benzodiazepinas en el embarazo, se debe de evitar en el primer trimestre de la gestación por la posible teratógenia asociada, así como también se evitará su utilización antes del parto por el posible síndrome perinatal (de dependencia) y además en el periodo del parto, se informa sobre hipotonía, apnea neonatal, síndrome de abstinencia neonatal y desregulación de la temperatura, han llevado a recomendar la paulatina disminución y la suspensión de los mismos. Aunque sigue siendo controversial debido al beneficio para las madres en la etapa puerperal.
Diazepam (D)	4-40	
Lorazepam (D)	2-6	
Clonazepam (D)	0,5-4	
Moduladores del afecto:		Para el ácido valproico (categoría D, como modulador del afecto)
Acido Valproico	750-1.500 vigilando niveles séricos	
Carbamacepina (D)	400-1.600 vigilando niveles séricos	
Antipsicóticos:		El tratamiento de la psicosis durante el embarazo consiste típicamente con haloperidol, que no parece incrementar el riesgo de malformaciones congénitas cuando se administra en el primer trimestre de gestación. Por el contrario, la exposición a clorpromazina incrementa ese riesgo.
Haloperidol (C)	0.5 -20	
Clorpromazina (C)	100 - 1000	
Olanzapina (C)	10-20	
Risperidona (C)	0.5 - 6	
Clozapina (B)	100- 400	

FUENTE:García-Esteve, Manual de psiquiatría perinatal, Editorial panamericana 2016

Anexo 8

Medidas para la Terapia Electroconvulsiva con Analgesia y Relajación (TECAR)

La técnica de la terapia electroconvulsiva ha evolucionado y en la actualidad incluye el uso de anestésicos, relajantes musculares, oxigenación y monitorización del paciente. La Terapia Electroconvulsiva con Analgesia y Relajación (TECAR) es efectiva, segura y bien tolerada y está indicada en el tratamiento de diversos trastornos afectivos, sobre todo en depresión, esquizofrenia, síndromes catatónicos y otros trastornos mentales que no responden al tratamiento usual.

En personas con depresión resistente al tratamiento, la TECAR es una excelente alternativa, así como, en el caso de pacientes con comorbilidades médicas en las que se dificulta el uso de psicofármacos.

La TECAR se ha utilizado con éxito en mujeres embarazadas o población geriátrica, ya que tiene una baja probabilidad de complicaciones y reduce la necesidad de psicofármacos.

Produce un alivio rápido de los síntomas, se aplica diariamente, según la evaluación individualizada del médico tratante y puede utilizarse en forma más espaciada una vez terminada la primera fase del tratamiento, para evitar la recaída del paciente; esto recibe el nombre de terapia de continuación, que, si se prolonga por más de seis meses, se denomina terapia de mantenimiento.

Las complicaciones cardiovasculares son arritmias e hipertensión arterial sostenida, que en general son benignas y autolimitadas; sin embargo, requieren una vigilancia estrecha y en algunos casos, manejo farmacológico.

Otra complicación frecuente es la cefalea, que se presenta hasta en el 45% de los casos. Además, pueden aparecer convulsiones prolongadas, mialgias, náuseas y delirium post-ictal.

También suelen presentarse alteraciones en la memoria anterógrada y retrógrada, en su mayoría, se resuelven en forma espontánea.

Las mujeres con trastornos mentales graves en quienes se encuentra indicada la TECAR, deben ser ingresadas en el servicio de ginecología y obstetricia del hospital donde recibe dicho tratamiento, previa coordinación y evaluación conjunta con psiquiatría para manejo.

Para la implementación de la TECAR, se deben cumplir los siguientes requisitos:

a.-Principios básicos de la ética médica

Es un tratamiento útil en algunas patologías (principio de beneficencia).

Tiene un perfil favorable riesgo-beneficio (principio de no-maleficencia) y sus indicaciones actuales son muy precisas.

Se puede aplicar en nuestro medio a cualquier paciente que así lo requiera (principio de justicia).

Respeto el principio de autonomía mediante la obligatoriedad del consentimiento informado.

b.-Área de tratamiento (equipamiento)

El área de tratamiento en las unidades de TEC debe disponer del equipo, el material y los fármacos siguientes que se pueden usar de forma habitual:

Equipamiento	Material	Fármacos
Respirador (disponibilidad inmediata) Monitor con ECG, presión arterial no invasiva Monitor fetal Oxímetro de pulso; Capnógrafo Aspirador/vacío Bomba de infusión para administración de fármacos (según disposición) Desfibrilador Imán Material de reanimación cardiopulmonar Gases: oxígeno	Manejo estándar de las vías respiratorias: mascarilla facial, laringoscopio y cánulas orofaríngeas de varias medidas Manejo difícil de las vías respiratorias: dispositivos preglóticos y respirador manual (AMBU) Fonendoscopio Protector bucal Sondas para aspiración Sondas nasogástricas Material de venopunción	Propofol Tiopental sódico Etomidato Neostigmina Midazolam Diazepam Succinilcolina Bloqueantes neuromuscular es despolarizante s (besilato de cisatracurio)
Otros medicamentos	Sueros	Fármacos de emergencia
Antihipertensivos Antianginosos (Nitroglicerina, Dinitrato de Isosorbide) Broncodilatadores Clorfeniramina Ranitidina Insulina Glucosa al 50% Ketamina	Cristaloides Coloides Bicarbonato	Adrenalina Efedrina Hidrocortisona Metilprednison a Flumazenilo Naloxona Clonazepam Nitroglicerina

Fuente: Modificado de Guía de Buena Práctica Clínica sobre TECAR. Generalitat de Catalunya. 2014

c.-Anestesia

Debe aplicarse siempre anestesia general con la finalidad de:

- Facilitar la génesis de una crisis adecuada y eficaz.
- Ocasionar la inconsciencia durante el período de relajación muscular, incluida la crisis.
- Minimizar la contracción muscular para prevenir los efectos secundarios derivados de la misma (mialgias, fracturas, dislocaciones óseas).
- Controlar la respuesta cardiovascular.

Los riesgos de los agentes anestésicos para el bebé son menores que los riesgos de los tratamientos psicofarmacológicos y que los riesgos de la enfermedad mental no tratada, en el proceso de consentimiento Informado deben exponerse los efectos teratógenos y la toxicidad neonatal potencial derivada del tratamiento.

En las unidades en las que se administra la TECAR a mujeres embarazadas tiene que haber recursos a los que se pueda acceder fácilmente para resolver las urgencias obstétricas y

neonatales. Debido a que una complicación posterior a la administración de la TEC muy frecuente en el bebé es la bradiarritmia, mientras que en la madre es la aparición de síntomas de parto prematuro, por eso es importante el monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal antes y después de la TECAR y controles ecográficos.

En las fases finales de la gestación está indicada la intubación, ya que se incrementa el riesgo de regurgitación y de aspiración por vaciado gástrico prolongado. Se recomienda una buena hidratación previa, evitar el suero glucosado, hacer una oxigenación adecuada, evitar la hiperventilación y colocar a la paciente en decúbito lateral izquierdo.

Medicación: La succinilcolina no atraviesa la barrera placentaria en dosis normales. Se recomienda determinar los niveles de pseudocolinesterasa plasmática. No se recomienda el uso de atropina de forma rutinaria. En relación con el riesgo teratógeno, la TECAR se considera relativamente segura.

Entre los medicamentos a evitar durante el primer trimestre figuran las benzodiazepinas, que, además, se asocian a situaciones de hipotonía, apnea y desregulación de la temperatura neonatal. La succinilcolina tiene muy poco efecto sobre el feto y, aunque faltan estudios en este sentido, parece que ni los barbitúricos ni el propofol tienen riesgo teratógeno en el caso de exposiciones cortas. Debe evitarse el tratamiento con AINES por el riesgo de cierre del conducto arterioso. En caso de náuseas, se puede usar la metoclopramida.

Puerperio y mujer lactante, normalmente, no es necesario interrumpir el proceso de lactancia a raíz de un tratamiento con TECAR (American Psychiatric Asociación, 2001). En general, los anestésicos utilizados en la TECAR suponen un riesgo muy bajo para el lactante.

d.-Equipo multidisciplinario

El equipo presente durante el procedimiento, debe estar conformado por personal de enfermería, psiquiatría, obstetricia, anestesista o anestesiólogo.

Medidas previas a la TECAR

Suspender la medicación por lo menos siete días previos al procedimiento.

Realizar evaluación previa por psiquiatría, medicina interna, obstetricia o perinatología y anestesia.

Realizar el consentimiento informado.

No ingerir alimentos sólidos 6 horas antes del procedimiento o líquidos claros 2 horas antes del procedimiento.

En embarazos mayores o iguales a 20 semanas de gestación, se debe realizar monitoreo fetal, con toma de trazo previo al procedimiento y cinco minutos posterior al haber finalizado (recordar que durante el procedimiento el aparato de MFE no debe estar colocado a la madre).

El MFE debe ser correlacionado con la edad gestacional.

Colocar catéter de vena periférica y mantener una buena hidratación.

Fase final de la gestación realizar intubación (en este período aumenta el riesgo de aspiración).

No se recomienda la atropina rutinaria.

Evitar las benzodiazepinas (primer trimestre).

Evitar antiinflamatorios no esteroideos (AINE).

La succinilcolina, el tiopental sódico y el propofol tienen poco efecto sobre el bebé por nacer.

e.-Medidas durante la TECAR

Situar a la mujer en decúbito supino con las piernas separadas y los brazos paralelos al tronco. Monitorizar obligatoriamente el ECG, oxímetro de pulso y realizar el control de la presión arterial; si es posible, debe realizarse la capnografía durante todo el procedimiento. Asegurarse que el aparato de TECAR funciona correctamente, que no presente problemas de voltaje.

Colocar los electrodos de monitorización del EEG, después de haber limpiado la superficie de la piel con alcohol o acetona.

Comprobar el buen funcionamiento de los registros.

Preoxigenar a la mujer con oxígeno al 100%, intentando obtener una saturación tan próxima como sea posible al 100% antes de la administración de la anestesia.

Realizar la inducción anestésica con los fármacos que menos afecten al umbral y la duración de la convulsión o bien tiopental sódico (1,5 a 2,5 mg/kg) o bien propofol (0,75-1,5 mg/kg). Una vez la mujer se encuentre inconsciente, se administra la succinilcolina a la dosis de 0,5-0,75 mg/kg. La dosis de estos fármacos debe ajustarse según el peso, la respuesta convulsiva y la recuperación anestésica.

Tras la inducción anestésica, hay que mantener las vías respiratorias permeables, una oxigenación correcta y una ligera hiperventilación, ya que la hiperoxia y la hipocapnia favorecen la convulsión. Hay que realizar asistencia ventilatoria manual con presión positiva mediante una mascarilla con oxígeno al 100%.

Una vez desaparecidas las fasciculaciones, debe colocarse el protector bucal comprobando que la lengua y los labios queden libres. El protector bucal debe tener una zona amplia para separar los labios y la lengua y un canal para la entrada de oxígeno y el catéter de aspiración.

Si se aplica durante el tercer trimestre, en el cual está indicada la colocación de tubo orofaríngeo, se debe realizar la adecuada colocación del protector bucal para evitar una fractura dental o lesión de tejido blando bucal.

Con la mujer ya inconsciente, tras las fasciculaciones y con el protector bucal puesto, se administra el estímulo eléctrico.

Durante la aplicación del estímulo se recomienda sujetar suavemente la mandíbula en hiperextensión, los hombros, la pelvis y dejar que se muevan las extremidades, pero evitando que se separen mucho del cuerpo.

Cuando acabe la convulsión eléctrica, el profesional de anestesiología debe volver a aplicar la asistencia ventilatoria y oxigenación del paciente hasta que se recupere. En caso que la mujer esté intubada verificar permeabilidad del tubo orotraqueal.

Una vez finalizado el procedimiento y la mujer esté consciente, tenga una buena ventilación espontánea, buen control de constantes vitales, debe ser trasladada al área de recuperación para vigilancia materna estricta y monitoreo fetal estricto.

f.-Medidas posteriores a la TECAR

Se debe mantener vigilancia materna estricta y monitoreo fetal estricto por 4 a 6 horas posterior a la aplicación (en área de recuperación), luego la paciente debe ser trasladada al área de hospitalización del servicio de Ginecología y Obstetricia, para observación, hasta completar las sesiones indicadas por el psiquiatra

Evaluación por ginecología posterior a la TECAR

Vigilar las complicaciones que se presenten (amenaza de parto prematuro entre otras).

Cuando la mujer esté totalmente recuperada (consciente, orientada, colaboradora, con las constantes vitales estables), hay que levantarla de la cama y colocarla con respaldo a 45 grados.

Se inicia la dieta líquida y cuando tolere, se retira la vía endovenosa.

Si la mujer tolera bien la dieta líquida y está recuperada del procedimiento, se puede dar de alta de la sala de recuperación a su servicio u hospital de origen.

Para las mujeres en el periodo posparto, la TECAR, es una opción segura para el recién nacido ya que permite continuar con el horario de lactancia materna, realizando únicamente interrupciones cortas durante la aplicación del tratamiento.

Anexo 9

Unidades Hospitalarias de Salud Mental (UHSM)

Región de salud	Hospital
Occidental	Hospital Nacional "San Juan de Dios" de Santa Ana
	Hospital Nacional "Francisco Menéndez" de Ahuachapán
	Hospital Nacional "Dr. Jorge Mazzini", Sonsonate
Central	Hospital Nacional San Rafael
Metropolitana	Hospital Nacional de San Bartolo, "Enfermera Angélica Vidal de Najarro"
	Hospital Nacional "Dr. Juan José Fernández", Zacamil
	Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar "Dr. José A. Saldaña", Planes de Renderos, Panchimalco
	Hospital Nacional Rosales
	Hospital Nacional de la Mujer "Dra. María Isabel Rodríguez"
Oriental	Hospital Nacional "San Juan de Dios" de San Miguel
	Hospital Nacional "San Pedro" de Usulután

Anexo 10

Distribución de recurso humano de salud mental en los establecimientos Minsal

Región	SIBASI	Establecimiento	Recursos
Occidental	Ahuachapán	USE Tacuba	1 psicólogo
		USE San Francisco Menéndez	1 psicólogo
		USE Guaymango	1 psicólogo
		USI Ahuachapán	1 psicólogo
		Hospital "Francisco Menéndez"	3 psicólogos 1 psiquiatra
	Santa Ana	USE Chalchuapa	1 psicólogo
		USI Coatepeque	1 psicólogo
		Hospital "San Juan de Dios" de Santa Ana	2 psiquiatras 5 psicólogos
		Hospital de Chalchuapa	1 psicólogo
		Hospital de Metapán	1 psicólogo
	Sonsonate	USI Sonzacate	1 psicólogo
		USE Sonsonate "Dr. Leandro Alberto López Vigil"	1 psicólogo
		USI San Julián	1 psicólogo
		USI San Antonio del Monte	1 psicólogo
		USI Armenia	1 psicólogo
USE Izalco		1 psicólogo	
	Hospital de Sonsonate	2 psicólogos 1 psiquiatra	
Central	La Libertad	USI Lourdes Colón	1 psicólogo
		USE Puerto de La Libertad	1 psicólogo
		USI San Juan Opico	1 psicólogo
		USE "Díaz del Pinal" Santa Tecla	1 psicólogo
		Hospital San Rafael	3 psicólogos 2 psiquiatras
	Chalatenango	USI Chalatenango	1 psicólogo
		USE Concepción Quezaltepeque	1 psicólogo
		USE Dulce Nombre de María	1 psicólogo
		USE Guarjila	2 psicólogos
		USE La Palma	1 psicólogo
		USI Nueva Concepción	1 psicólogo
		Hospital de Chalatenango	2 psicólogos
Metropolitana	Norte	USI Aguilares	1 psicólogo
		USE Apopa	1 psiquiatra
		USI Distrito Italia	1 psicólogo
		Hospital de San Bartolo	1 psiquiatra 2 psicólogos
	Centro	USI Lourdes	1 psicólogo
		USE Barrios	1 psicólogo
		Hospital El Salvador	9 psicólogos
		US San Antonio Abad	2 psicólogos
		US Ciudad Delgado	1 psicólogo
		Hospital de la Mujer	1 psiquiatra 2 psicólogos
		US Ayutuxtepeque	1 psicólogo

		USI Mejicanos	1 psicólogo	
		USE San Miguelito	1 psicólogo	
		Hospital Rosales	6 psicólogos	
		Hospital Benjamín Bloom	2 psiquiatras 3 psicólogos	
		Hospital de Zacamil	3 psicólogos	
	Sur	USI Panchimalco	1 psicólogo	
		USE San Jacinto	2 psicólogos	
		Hospital Saldaña	1 psiquiatra 2 psicólogos	
	Oriente	USI Soyapango	1 psicólogo	
		USI Unicentro	1 psicólogo	
		US Amatepec	1 psicólogo	
		Hospital José Molina	4 psicólogos 20 psiquiatras	
Paracentral	San Vicente	USE Verapaz	1 psicólogo	
		USI Apastepeque	1 psicólogo	
		USI Periférica de San Vicente	1 psicólogo	
		USI Tecoluca	1 psicólogo	
		Hospital de San Vicente	2 psicólogos	
	Cuscatlán	USI Suchitoto	1 psicólogo	
		USI San Rafael Cedros	1 psicólogo	
		Hospital de Cojutepeque	3 psicólogos	
		USE San Pedro Perulapán	1 psicólogo	
	La Paz	USI Zacatecoluca	1 psicólogo	
		USE Olocuilta	1 psicólogo	
		USI Rosario de La Paz	1 psicólogo	
		Hospital de Zacatecoluca	3 psicólogos	
	Cabañas	USE Ilobasco	1 psicólogo	
		Hospital Ilobasco	2 psicólogos	
		USI Victoria, Santa Marta	1 psicólogo	
		USE Sensuntepeque	1 psicólogo	
		Hospital de Sensuntepeque	1 psicólogo	
	Oriental	Usulután	USE Berlín	1 psicólogo
			USE Concepción Batres	1 psicólogo
USI San Agustín			1 psicólogo	
US Monseñor Romero			1 psicólogo	
US Nueva Granada			1 psicólogo	
Hospital Santiago de María			3 psicólogos	
US Usulután			1 psicólogo	
US Ciudad Mujer			1 psicólogo	
Hospital San Pedro			3 psicólogo 1 psiquiatra	
San Miguel		USI Chinameca	1 psicólogo	
		USI Jucuapa	1 psicólogo	
		US San Miguel	1 psicólogo	
		USE Ciudad Barrios	1 psicólogo	
		USE El Zamoran	1 psicólogo	
		US Ciudad Mujer San Miguel	1 psicólogo	
	US Dr. Martín Zaldívar	2 psicólogos		

		Hospital de San Miguel	2 psiquiatras 4 psicólogos
	Morazán	USE Corinto	1 psicólogo
		USI Sociedad	1 psicólogo
		USE Osicala	1 psicólogo
		USE Perquín	1 psicólogo
		US Morazán	1 psicólogo
		Hospital Francisco Gotera	3 psicólogos
		USE Sensembra	1 psicólogo
	La Unión	USE Anamoros	1 psicólogo
		Hospital de la Unión	2 psicólogos
		Hospital Santa Rosa de Lima	1 psicólogo