

Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos

Perinatal mental health and recommendations for integral care in gyneco-obstetric hospitals

Nilson A. Contreras-Carreto^{1,2}, Pablo Moreno-Sánchez^{1,3}, Evelin Márquez-Sánchez¹, Viridiana Vázquez-Solares¹, Mauricio Pichardo-Cuevas⁴, Martha L. Ramírez-Montiel⁵, Selene Segovia-Nova¹, Tania A. González-Yóquez^{1,4} y Javier Mancilla-Ramírez^{1,2,4*}

¹Dirección General de Calidad y Educación en Salud (DGCEs), Secretaría de Salud; ²Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional; ³Fundación de Cáncer de Mama, A. C.; ⁴División de Enseñanza e Investigación, Hospital de la Mujer, Secretaría de Salud; ⁵Clínica de la Mujer, Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca, Secretaría de Salud. Ciudad de México, México

Resumen

La salud mental es la aptitud por la cual los individuos reconocen sus habilidades y son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, contribuir a sus comunidades y gozar del mayor bienestar posible. Por ello, es fundamental para la salud integral del individuo y su evaluación constante. Recientemente se ha prestado especial atención a la salud mental de las mujeres, puesto que se ha observado una mayor propensión a sufrir depresión y trastornos de ansiedad durante y posterior al embarazo. El estado de mayor vulnerabilidad sucede en la adolescencia, el embarazo, el puerperio y la perimenopausia. Una adecuada salud mental durante la gestación ha mostrado efectos benéficos en la resolución del embarazo y en la salud del recién nacido. En este trabajo se revisan aspectos fundamentales en la definición de salud mental perinatal, sus determinantes, los principales trastornos mentales en este periodo vital, su papel en los resultados perinatales y la importancia de su evaluación. Se exponen también algunas recomendaciones básicas para la atención adecuada de la salud mental en los hospitales ginecoobstétricos.

Palabras clave: Salud mental materna. Trastornos mentales perinatales. Atención en salud mental. Hospitales ginecoobstétricos.

Abstract

Mental health is defined as the ability by which individuals recognize their own abilities and cope with the normal stress of life, work productively and fruitfully, contribute to their communities and enjoy the greatest possible well-being. Therefore, it is essential as a part of the health of the individual and its constant evaluation. Recently, special attention has been drawn to the study of the mental health of women, given the greater probability to suffer depression and anxiety disorders during and after pregnancy. The most vulnerable state occurs in adolescence, pregnancy, puerperium and perimenopause; Adequate mental health during pregnancy has shown beneficial effects in the resolution of pregnancy and in the health of the newborn. Regarding this paper, the fundamental aspects in the definition of perinatal mental health were reviewed, its determinants, the main

Correspondencia:

*Javier Mancilla-Ramírez

Prol. Salvador Díaz Mirón 374

Col. Santo Tomas, Alcaldía Miguel Hidalgo

C.P. 11340, Ciudad de México, México

E-mail: drmancilla@gmail.com

Fecha de recepción: 04-01-2021

Fecha de aceptación: 14-04-2021

DOI: 10.24875/CIRU.21000003

Cir Cir. 2022;90(4):564-572

Contents available at PubMed

www.cirugiaycirujanos.com

0009-7411/© 2021 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permayer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

mental disorders in this vital period, its role in perinatal outcomes and the importance of its evaluation. Some basic recommendations for adequate mental health care in gyneco-obstetric hospitals are also proposed.

Keywords: Maternal mental health. Mental disorders in pregnancy. Mental health care. Gyneco-obstetric hospitals.

Introducción

El embarazo es tal vez una de las experiencias más trascendentes para la mujer. Durante este periodo se enfrentará a diversos cambios fisiológicos, psicológicos y sociales, lo que la convierte en un ser particularmente vulnerable. En México, al igual que en otros países en vías de desarrollo, las políticas públicas se encuentran encaminadas a disminuir la morbilidad materna y perinatal, así como a reducir la incidencia del embarazo adolescente. Sin embargo, al igual que los profesionales de la salud cuidan la salud física de la mujer, es fundamental el cuidado multidisciplinario de su salud mental (SM), ya que esta interviene en gran manera en el desenlace adecuado del embarazo.

Los trastornos mentales perinatales (TMP) son un grave problema de salud pública en todo el mundo y tienen una mayor prevalencia en los países de medianos a bajos ingresos, como México, principalmente en las mujeres más pobres y con antecedentes psiquiátricos. Con relación a los TMP, se estima una prevalencia internacional de depresión perinatal del 10-21%, de estrés postraumático del 3-14%, de trastorno de ansiedad del 15%, de trastornos de la conducta alimentaria del 3-5% y de esquizofrenia y trastorno bipolar del 0.5%^{1,2}.

En el estudio realizado por De Castro et al.³ en 2016 se analizó el nivel de cobertura nacional y regional en la atención de la depresión perinatal, evaluando 211 unidades obstétricas del segundo y tercer nivel de atención de la Secretaría de Salud, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el IMSS-Oportunidades. Se observó que, a pesar de que en el 64% de los hospitales obstétricos se brindaba algún tipo de atención a la SM, únicamente en el 37% de ellos se contaba con protocolos de detección de TMP y en el 40% se brindaba atención primaria. En este estudio se evidenció una importante brecha en SM, principalmente entre las regiones Sur y Norte de México. La Ciudad de México y el Estado de México son las entidades con mayor cobertura de atención en SM; sin embargo, solo el 20% de las unidades tienen protocolos

implementados para la evaluación y la atención de los TMP. Lo anterior contrasta con el acceso a la SM perinatal en otros países, como los Estados Unidos de América, Francia, Alemania o Bélgica, donde la cobertura es mayor del 70%³.

Por tal motivo, el objetivo de este artículo es describir los TMP y enfatizar la importancia de la evaluación y la atención clínica de la SM de la mujer gestante en los hospitales obstétricos.

Conceptos básicos en salud mental

En 1954, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió la salud como un «estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»⁴. Esta definición se basa en el concepto del individuo como un ser biopsicosocial que requiere bienestar y equilibrio en cada una de las dimensiones que lo integran. Al respecto de la SM, es muy complejo proponer una definición que satisfaga a todos los profesionales⁵. Si bien la OMS afirma que en la definición de la SM deben tomarse en cuenta conceptos como bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y habilidad de realización intelectual y emocional, la SM es en sí una «habilidad por la cual los individuos reconocen sus habilidades y son capaces de hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a sus comunidades»^{4,5}. De este modo, la SM no solo es un concepto, sino que es una posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y de las comunidades, y permitirles alcanzar sus propios objetivos. Por ello, la salud mental perinatal (SMP) es más que la mera ausencia de trastornos mentales; es un componente vital de las personas y se encuentra íntimamente ligado al bienestar físico y social, de tal modo que no hay salud sin SM⁵.

Definición de salud mental perinatal

De acuerdo con lo establecido por la OMS, se propone en este trabajo que la SMP corresponde al grado de adaptación de la mujer a su condición de gestante, al funcionamiento armónico de su actividad

psíquica y su correspondiente integración tanto individual como social, lo que lleva a un estado de bienestar personal y capacita para la futura maternidad⁵.

La SM es una condición humana que permite el gozo de la vida en las plenas facultades psíquicas del individuo. Esta debe entenderse como un derecho que atañe al Estado, pero que también debe protegerse por la comunidad, la familia y la propia persona. Esto se debe a que repercute directamente sobre la conducta y la convivencia en armonía personal y social. Así, realizar acciones estructuradas de forma dirigida en SM podría prevenir situaciones como violencia social e intrafamiliar, delincuencia, conductas sexuales de riesgo, deserción escolar, afectación de los derechos humanos, estigma social y discriminación, entre muchas otras. Al respecto, factores como la pobreza, la transición demográfica, los conflictos socioeconómicos, la violencia en todos sus ámbitos o la presencia de patologías orgánicas impactan directamente en la psique del individuo. Por ende, dichas situaciones elevan la demanda y el costo de atención en SM, lo que a su vez repercute en el desarrollo y la economía de los países⁶.

Aspectos emocionales de la maternidad

Para la mujer, convertirse en madre es una ardua tarea psicológica, sobre todo si es el primer embarazo, cuando pasa del papel de solo mujer a la labor de convertirse activamente en madre. Por ello, con el nacimiento del hijo se podría decir que también nace la madre. Es precisamente durante la gestación cuando la mujer sufre una serie de modificaciones psíquicas y conductuales que cambian su forma de pensar y de sentir, y su estilo de vida. Ello implica el cambio definitivo del «yo» al «nosotros», lo que habitualmente es un proceso poco fácil⁷.

La preparación para la maternidad inicia desde los juegos infantiles «de ser madre» hasta el momento mismo de la noticia del embarazo. La gestación conlleva una revolución de sentimientos que van desde la felicidad, el miedo, la incertidumbre y el rechazo hasta la completa ambivalencia. Según diversas estadísticas, hasta el 30% de todos los embarazos no han sido planeados, por lo que, en estas circunstancias, los sentimientos negativos hacia la gestación pueden ser más frecuentes^{8,9}.

El proceso hacia la resolución del embarazo es complicado. Durante el primer trimestre, hasta el 80% de las mujeres pueden presentar antojos frecuentes, cansancio, somnolencia, náuseas y vómitos que,

dependiendo de la intensidad de los síntomas, pueden provocar en la gestante cierto grado de dependencia y llegar a requerir cuidados especiales. Pasada esta reacción inicial, es común que la mujer presente fantasías acerca de su futuro hijo y trate de comunicarse con él, hablando y compartiendo las experiencias de su día a día. Físicamente, se observa un incremento en el peso corporal y un crecimiento progresivo del abdomen y de las glándulas mamarias⁹.

En el tercer trimestre, el feto ha crecido a tal grado que provoca nuevos síntomas. Se producen cambios en la marcha de la mujer y en la postura corporal, y trastornos respiratorios y gastrointestinales por el crecimiento abdominal, entre otras alteraciones. En este periodo, la mujer se visualiza como una unidad con su futuro hijo e inicia el proceso de «preparación del nido»⁹.

Describir toda la dimensión emocional durante el embarazo es una tarea compleja. Este es un periodo en el que las personas esperan que la mujer se sienta realizada y en completo estado de felicidad; desafortunadamente, esto es solo un mito y un ideal que no siempre se puede alcanzar para muchas mujeres¹⁰.

Los diversos cambios físicos, fisiológicos y patológicos hacen que algunas mujeres experimenten un abrupto cambio en su estilo de vida, pero también un cambio radical en su rutina diaria y en sus relaciones sociales. A lo anterior se agrega la responsabilidad del cuidado y la provisión del recién nacido (con mayores sentimientos negativos cuando se suma a la responsabilidad del cuidado de otros hijos o se es madre soltera), así como la disminución de las horas efectivas de descanso y sueño, llevando a un estado de irritabilidad con alteraciones del ciclo circadiano, alteración del estado de ánimo e incluso profundos estados depresivos y psicosis⁹.

Por lo anterior, el embarazo es considerado como un periodo «crítico» y de alta sensibilidad psicológica que hace a la mujer vulnerable y con una gran necesidad de apoyo emocional^{8,10}. En este tiempo, la mujer procesa las emociones más intensamente que antes de la gestación, sobre todo al final del embarazo, y diversas situaciones de tensión y ansiedad incrementan la vulnerabilidad y afectan el bienestar de la mujer: tensiones económicas y malas condiciones de vida, violencia intrafamiliar y doméstica, adicciones en la mujer o en su pareja, falta de apoyo psicosocial y de redes de apoyo, patologías crónicas y trastornos mentales preexistentes o de inicio durante el embarazo^{8,9}.

Diversos autores describen que el estrés excesivo y crónico en la mujer y en el bebé *in utero* y durante

la vida extrauterina puede provocar aborto espontáneo, prematuridad, preeclampsia-eclampsia, bajo peso al nacer, programación fetal para estrés y ansiedad, mayor incidencia de trastornos emocionales y conductuales en los hijos, y trastornos en el sistema inmunitario¹⁰⁻¹³.

Trastornos mentales perinatales

Para su mayor comprensión, se describen a continuación los TMP dependiendo de si se presentan durante el embarazo o en el puerperio.

Trastornos mentales durante el embarazo

La OMS declaró en 2016 el primer miércoles de mayo de cada año como Día Mundial de la Salud Mental Materna, con la finalidad de sensibilizar a la población acerca de su importancia y mejorar los recursos destinados por los gobiernos para la prevención, la detección y el tratamiento de los trastornos mentales durante el embarazo y el primer año tras el nacimiento¹⁴.

Sin duda, la SMP podría considerarse como la gran olvidada del sistema sanitario, pues su evaluación debería ser tan sistemática como la realización de ultrasonidos obstétricos o el tamiz para la detección de diabetes gestacional. Al respecto, pocas veces el personal de salud pregunta a la madre acerca de si ha sufrido algún episodio depresivo previamente o durante el embarazo actual, y tampoco acerca de cómo se siente en el momento de la consulta o si existen preocupaciones sobre su embarazo o futura maternidad¹⁵. Dicha situación invisibiliza el problema y, por lo tanto, retrasa su evaluación, afectando el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento clínico.

Debido a que en la gran mayoría de las instituciones y hospitales que otorgan servicios de atención ginecoobstétrica no se cuenta con un área específica de SMP, en México existen pocas o nulas estadísticas acerca de los trastornos mentales que suceden durante el embarazo.

Conocer el panorama actual de los trastornos mentales durante el embarazo es fundamental para los profesionales de la salud, ya que, según los datos nacionales, afectan a alrededor del 30% de la población en general en algún momento de su vida, y en su gran mayoría se trata de trastornos mentales con una adecuada respuesta al tratamiento, como son la ansiedad y la depresión, y que representan un costo social elevado no solo por los gastos en salud que

representan, sino también por el desempleo, el ausentismo laboral y escolar, y la pérdida de productividad global que representan. Para la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el gasto en salud por atención de los diversos trastornos mentales puede llegar hasta un 4% del producto interior bruto nacional¹⁶.

Se considera que hasta el 21.7% de las mujeres sufren depresión durante el embarazo, con una duración media de 7 meses posparto^{7,12}. Uno de los factores asociados a la depresión es la disminución de las horas efectivas de sueño o de la calidad de este. Se ha observado que el insomnio se presenta hasta en el 50% de las mujeres embarazadas y tiene su mayor incidencia en el tercer trimestre de la gestación^{17,18}.

En cuanto a los trastornos de ansiedad, se presentan hasta en el 10-15% de las mujeres en algún momento del embarazo y el puerperio. El trastorno por estrés postraumático puede aparecer en el posparto hasta en el 3% de las mujeres con parto vaginal, incrementándose hasta el 6% en las que requieren cesárea de emergencia, con pérdida obstétrica (óbito) o cuyo recién nacido padece una enfermedad grave o precisa de cuidados intensivos¹⁷.

El retraso en la atención de los diversos trastornos mentales perinatales puede llevar al infanticidio o al suicidio, siendo este último la principal causa de muerte materna durante el primer año posparto. Por ello, los trastornos mentales durante el embarazo son un serio problema de salud pública en todo el mundo^{18,19}.

Cuando no se cumplen las expectativas de felicidad se sufre inadaptación al embarazo o a la lactancia. También se puede presentar incapacidad para cumplir las obligaciones actuales y las que de ella se esperan en el futuro inmediato. Sumado a lo anterior, si existen trastornos mentales preexistentes o desarrollados durante la gestación o posterior al parto se puede producir en la mujer un profundo sufrimiento, y afectar la relación madre-hijo o la dinámica familiar. Todos estos factores se ven potenciados por el retraso en el diagnóstico de los trastornos mentales y por un tratamiento inadecuado¹⁹.

En el recién nacido, se ha demostrado que los trastornos mentales en la madre tienen un efecto negativo en su desarrollo físico, emocional, social y cognitivo. Además, diversos estudios prospectivos demuestran que los hijos de madres deprimidas, ansiosas o con estrés durante el embarazo tienen mayor riesgo de presentar problemas emocionales en la infancia y en

la vida adulta, o trastorno por déficit de atención e hiperactividad^{10,20}.

Trastornos mentales durante el puerperio

Entre estos trastornos se encuentran la tristeza posparto, la depresión posparto y la psicosis posparto, los cuales pueden presentarse hasta en el 80% de las mujeres, con síntomas de intensidad variable que van desde leves molestias hasta el infanticidio o el suicidio^{12,13,21}.

TRISTEZA POSPARTO

La tristeza posparto o *baby blues* se ha relacionado con factores estresantes durante el último mes de la gestación, trastornos del sueño, antecedente de síndrome premenstrual, depresión en embarazos anteriores u óbito. Tiene una prevalencia del 50-80% y aparece a los 2-4 días posparto. Remite clínicamente de modo espontáneo después de 2-3 semanas y se caracteriza por labilidad emocional, irritabilidad, ansiedad, desesperación, tristeza o llanto fácil. Debe informarse a la paciente y la familia de que la remisión puede ser espontánea, pero que si aumenta la intensidad de la sintomatología o si el cuadro no ha remitido después de un periodo máximo de 3 semanas debe buscarse la ayuda de un profesional especializado en SMP^{21,22}.

DEPRESIÓN POSPARTO

Se presenta en el 30-56% de las mujeres púperas. Los factores de riesgo para depresión posparto son diversos: antecedente de trastornos mentales (principalmente ansiedad y depresión), síntomas depresivos durante el embarazo, complicaciones obstétricas, embarazo no planeado o no deseado, falta de apoyo familiar o social, problemas familiares o sociales, pobre relación marital, abandono de la pareja (separación o divorcio), pobre o nulo apoyo emocional de la pareja, estrés, dificultades o preocupaciones económicas, antecedente de abuso (físico, emocional o sexual), duelo no resuelto, mala relación con la madre, antecedente de pérdidas perinatales, trastornos tiroideos, problemas de salud del recién nacido y dificultades para el cuidado del recién nacido o de los otros hijos^{12,13,23,24}.

El cuadro clínico puede iniciar inmediatamente después del alumbramiento o incluso se han reportado

casos de inicio 1 año después del parto. Aparece con cualquier tipo de parto y con cualquier número de gestación. El trastorno suele ser minimizado por la mujer, por la familia e incluso por el personal de salud, lo que conlleva su subdiagnóstico y el retraso en el tratamiento. Los signos de alarma incluyen quejas psicósomáticas, cansancio, dolores diversos, múltiples llamadas pidiendo ayuda, tristeza, preocupación constante y miedo^{12,13,19,21,22}.

Otros síntomas son llanto frecuente, anhedonia, ansiedad y ataques de pánico, cambio en los patrones de alimentación y sueño, sentimiento de indefensión e incompetencia, autorreproches, reticencia a la búsqueda de ayuda, irritabilidad, dificultad para vincularse con el recién nacido, sentimientos de ambivalencia hacia el hijo, dificultad para la lactancia, imposibilidad para el cuidado del recién nacido, pensamientos obsesivos y conductas compulsivas hacia el hijo y hacia sí misma, pensamientos negativos hacia el hijo, sentimientos de culpa, pensamientos de daño hacia el hijo e ideación suicida¹⁶. En la literatura se describen los primeros 3 meses posparto como el periodo de mayor vulnerabilidad en la mujer^{21,23,24}.

Para su diagnóstico existen algunos instrumentos elaborados para tal fin, entre los que se encuentran:

- Entrevista Clínica Estructurada (SCID, *Structural Clinical Interview for DSM*).
- Inventario de depresión de Beck (BDI, *Beck Depression Inventory*).
- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos en su versión de 7 ítems (CESD 7, *Center for Epidemiological Studies-Depression Scale*).
- Cuestionario Sobre la Salud del Paciente en su versión de 9 ítems (PHQ-9, *Patient Health Questionnaire*).
- Escala de Depresión de Hamilton (HAM-D, *Hamilton Depression Rating Scale*).
- Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS, *Hospital Anxiety and Depression Scale*).
- Escala de Depresión de Montgomery-Asberg (MADRS, *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale*).
- Cuestionario de Salud General de Goldberg en su versión de 12 ítems (GHQ 12, *General Health Questionnaire*).
- Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS, *Edinburgh Postnatal Depression Scale*).

De estos, el más utilizado y que ha sido diseñado específicamente para mujeres púperas, validado al

español y para población latinoamericana, es el instrumento EPDS. Sin embargo, la observación de la dinámica madre-hijo es la principal herramienta complementaria para corroborar el diagnóstico^{21,23,25,26}.

Existen dos ejes terapéuticos principales: 1) psicoterapia individual o grupal, y 2) tratamiento farmacológico. En la primera se ha utilizado con mayor frecuencia la psicoterapia interpersonal o cognitiva-conductual, con buenos resultados. Para el plan terapéutico es recomendable tomar en cuenta los siguientes aspectos: brindar información completa, clara y precisa a la mujer, su pareja y familia; enfocar la terapia en el control, la disminución y la eliminación de la sintomatología; psicoeducación en el rol de madre y disminución del miedo y la angustia que ello pueda generar; proteger, mejorar o fortalecer el vínculo madre-hijo y con su pareja si la tuviese; promover el buen funcionamiento familiar; controlar, disminuir o eliminar los estresores actuales; y buscar, aprovechar y fortalecer las redes de apoyo familiares, sociales e institucionales^{25,26}.

En lo referente al tratamiento farmacológico de la depresión posparto, los medicamentos más utilizados son los antidepresivos tricíclicos y los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina para tratar los síntomas depresivos, además del uso de benzodiazepinas para la ansiedad y el insomnio. Es indispensable valorar el seguimiento de la lactancia en las mujeres con tratamiento psicofarmacológico^{21,25,26}.

PSICOSIS POSPARTO

La psicosis posparto es un episodio afectivo con síntomas psicóticos y presenta una tasa aproximada de 2/1000 embarazos. Se desarrolla habitualmente entre la segunda y la cuarta semanas, incluso hasta el sexto mes posparto. Se ha observado que las mujeres con antecedente de un episodio de psicosis previo en cualquier momento de su vida tienen un 35% mayor de riesgo de presentar un nuevo episodio durante el embarazo o en el puerperio. Otros factores de riesgo son el antecedente de trastorno bipolar o de esquizofrenia, la historia familiar de trastornos afectivos y las complicaciones médicas durante la gestación, el parto o el puerperio^{21,25}.

El trastorno se caracteriza por un cuadro de delirio paranoide o de grandeza, cambios en el estado de ánimo, pensamiento alterado y comportamiento desorganizado. Además, puede incluir agitación y

estupor, euforia y ansiedad, verborrea o mutismo, perturbación en la percepción del tiempo, trastornos del sueño, pérdida del contacto con la realidad, delirios o alucinaciones, y deseos, tentativa o culminación del infanticidio. El tratamiento psicofarmacológico debe ser enérgico; habitualmente se utilizan antipsicóticos, estabilizadores del ánimo y benzodiazepinas. También podría llegar a requerir hospitalización y terapia electroconvulsiva, y en un segundo momento terapia psicosocial. Las consecuencias de una mala atención de la psicosis posparto pueden ser desastrosas para la mujer, el recién nacido y la familia. También se describen cuadros de ideación suicida durante el periodo depresivo, principalmente entre el segundo y el sexto mes posparto^{10,21,25,26}.

Estrategias de intervención basadas en la evidencia

La mejor forma de evaluar los aspectos psicológicos de la embarazada es mediante la observación directa. Sin embargo, la evaluación del factor psicológico es objetivada y económicamente factible mediante el uso de instrumentos de tamizaje. De una adecuada evaluación dependerá la idoneidad de las estrategias terapéuticas por implementar²⁵.

Al respecto, la investigación clínica y sociosanitaria en SMP permite incrementar el conocimiento para su aplicación al diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades. Su fin último es que el conocimiento obtenido sea realmente transformador y útil de manera masiva para la salud pública²⁷. Principalmente en depresión perinatal (durante el embarazo y el posparto) se han obtenido buenos resultados con la implementación permanente de las siguientes estrategias:

- Creación de áreas especializadas en SM perinatal (*odds ratio* [OR]: 0.30)²⁸.
- Programas de visitas domiciliarias (OR: 0.71).
- Servicios de consejería y seguimiento telefónico (OR: 0.36).
- Programas de *coaching* interactivo (OR: 0.41).
- Servicios de psicoterapia individual y grupal de tipo cognitivo-conductual (OR: 0.51) e interpersonal (OR: 0.71).
- Talleres de intervención madre-recién nacido (OR: 0.47).
- Implementación de servicios de terapias de relajación y programas de actividad física (OR: 0.49)²⁹⁻³¹.

Recomendaciones para la atención de la salud mental en los hospitales ginecoobstétricos

La OMS publicó en 2015 una guía para el tratamiento de la depresión perinatal con el título *Thinking Healthy. A manual for psychosocial management of perinatal depression (mhGAP-IG)*, en la cual se hacen diversas recomendaciones basadas en la evidencia con énfasis en intervenciones psicológicas de baja intensidad para implementar a lo largo del proceso del embarazo y hasta el décimo mes de vida del recién nacido. Independientemente del TMP que se desee abordar, el Plan de Acción para la Salud Mental en el mundo de la OMS (2013-2020) recomienda una atención social y de la SM comprehensiva e integrada, así como la implementación de estrategias para la promoción y la prevención, incluyendo la SM materna, del recién nacido, la pareja y el núcleo familiar³². Esta guía es útil para la planeación y la intervención de estrategias para la evaluación y el manejo de trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias en futuras gestantes, con enfoque en atención primaria y con la finalidad de implementar un programa basado en la terapia cognitiva-conductual³².

En síntesis, la guía *mhGAP-IG* realiza las siguientes recomendaciones³²:

- Las intervenciones psicosociales son la primera línea terapéutica, en especial en el caso de la depresión perinatal, que es el TMP con mayor prevalencia.
- El tratamiento psicofarmacológico debe evitarse en la medida de lo posible, y en caso de ser necesario debe individualizarse tomando en cuenta los factores farmacológicos, maternos, psicosociales, socioeconómicos y culturales de la mujer, su pareja y el impacto familiar.
- Incorporar a los principios generales del cuidado la comunicación sensible, clara y empática con la mujer y sus familiares, y no olvidar la importancia del apoyo social.
- Brindar psicoeducación relacionada con la prevención de la sobremedicación y la mejora del apego terapéutico.
- Se debe iniciar la terapia cognitiva-conductual lo más pronto posible, si este recurso está disponible.
- Iniciar tratamientos complementarios, como actividad física estructurada, relajación y resolución de problemas.
- Se debe reactivar o fortalecer la red familiar, social e institucional para la embarazada.

En México, a pesar de que se cuenta con la guía de *Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Depresión Prenatal y Posparto en el Primero y Segundo Niveles de Atención*, esta no especifica los mecanismos para su implementación, por lo que su utilidad para la planeación de recursos y la implementación de las estrategias necesarias es limitada. Hasta el momento, la única estrategia global de intervención es la educación en todos los niveles y el tamizaje en el primer contacto con la embarazada y hasta 4-6 semanas posteriores al parto^{14,33}.

De acuerdo con el Plan de Acción en Salud Mental 2013-2020 de la OMS se proponen seis acciones fundamentales para mejorar la atención de la SMP:

- Lograr una cobertura universal para todas las mujeres embarazadas y púérperas.
- Las políticas, acciones, estrategias e intervenciones para el tratamiento, la prevención y la promoción de la SM deben cumplir con un enfoque de género y derechos humanos.
- Elegir, adecuar e individualizar el tratamiento de acuerdo con la mejor evidencia científica.
- La planeación estratégica en SM deben tener en cuenta las necesidades sociales y de salud en todas las etapas de la vida.
- Empoderar a las usuarias de los servicios de salud para el desarrollo, la implementación y el monitoreo de políticas públicas en SMP^{34,35}.

Por otra parte, de acuerdo con el Programa de Acción Específico en Salud Mental 2013-2018 del Gobierno de México se proponen los siguientes cinco objetivos específicos:

- Modernizar los servicios de atención obstétrica para que incluyan servicios efectivos de SM, con enfoque comunitario, integral y multidisciplinario.
- Realizar acciones de prevención de trastornos mentales y mejora de la SM y bienestar en las distintas etapas del ciclo vital de la mujer.
- Capacitar a los profesionales de la salud en TMP, su diagnóstico, prevención terapéutica en atención primaria y rehabilitación.
- Impulsar la formación y la capacitación de investigadores y especialistas en SMP.
- Fomentar la investigación en modelos de atención ginecoobstétrica que integren la SMP en su estrategia de gestión³⁶.

Conclusiones

Muy pocos hospitales suelen tener áreas de SM bien identificadas y funcionales para la evaluación

mental de la mujer en el periodo pregestacional, durante el embarazo y posterior a este. De aquellos que disponen de servicios de atención psicológica y psiquiátrica, las pacientes son referidas a otras instituciones para su reevaluación y continuar el tratamiento, pero en pocas ocasiones puede comprobarse que la referencia ha sido efectiva y la paciente se encuentra recibiendo atención en una institución más adecuada o con mejores recursos. No obstante, en su gran mayoría las pacientes no acuden a estas instituciones por los gastos que implica, la lejanía o la dificultad de acceso, o por el estigma familiar y sociocultural infringido por acudir a una institución de SM, lo que podría originar situaciones de discriminación.

Una de las limitaciones de este trabajo es la heterogeneidad de los estudios sobre el tema, pues las métricas dependen del autor que las reporta y de las características de la institución y la población estudiada. Sin embargo, un elemento común es considerar los TMP como un grave problema de salud pública, en especial la depresión perinatal. A pesar de no tratarse de una revisión sistemática, se presentan en este artículo los principales elementos para informar y sensibilizar al profesional de la salud acerca de la importancia de la SMP, y sus efectos benéficos para la madre, los cuales, en el caso del recién nacido, tienen impacto hasta la vida adulta.

Resulta entonces necesario evaluar sistemáticamente si las estrategias implementadas a nivel institucional y de política pública logran los objetivos y las metas planteadas, lo cual es un factor prioritario para hacer más eficiente la atención primaria de salud. También se recomienda fortalecer la investigación en los siguientes rubros:

- Investigación de los atributos predictivos de los factores demográficos, psicosociales, clínicos, genéticos y biológicos en la génesis, el desarrollo y la recurrencia de los TMP.
- Evaluación de las acciones de los profesionales de la SM, especialmente en el primer nivel de atención.
- Eficacia y seguridad de las intervenciones.
- Calidad de la atención en SM perinatal.
- Estrategias de rehabilitación y prevención de la cronicidad de los TMP.

A modo de conclusión, se enfatiza que el conocimiento de los trastornos de la SM en el embarazo o el puerperio, el reconocimiento de los signos de alarma por parte del personal de salud, así como de la mujer y su familia, aunado al compromiso de seguimiento y evaluación diagnóstica dirigida en cada contacto con la paciente en este periodo crítico, facilitarán

el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado e individualizado, lo que a su vez mejorará la calidad de la atención de la mujer, tanto en el ámbito ambulatorio como en el hospitalario, para disminuir la morbilidad materna y perinatal.

Las recomendaciones aquí presentadas no solo son útiles para mejorar el servicio otorgado por los hospitales ginecoobstétricos, sino que también son aplicables a las diversas instituciones del país que atienden de manera directa o indirecta a mujeres que desean embarazarse, que se encuentran gestando o que son atendidas durante el puerperio.

Financiamiento

Este manuscrito no recibió financiamiento público ni privado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no presentar conflicto de intereses.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Fisher J, Cabral M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, et al. Prevalencia y determinantes de los trastornos mentales perinatales frecuentes en mujeres en países de ingresos bajos y medios-bajos: examen sistemático. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2012;90:77-156.
2. Arranz A, Sanz M, Collado T, Camacho A, García LI, Gratacós E. Atención al parto y posparto hospitalario en mujeres con un trastorno mental. *C Med Psicosom*. 2014;111:94-110.
3. De Castro F, Place JM, Allen-Leigh B, Rivera-Rivera L, Billings D. Provider report of the existence of detection and care of perinatal depression: quantitative evidence from public obstetric units in Mexico. *Salud Publica Mex*. 2016;58:468-71.
4. Organización Mundial de la Salud. *Invertir en salud mental*. Ginebra: OMS; 2004.
5. Melián A, Cabanyes J. *Salud mental. Orientaciones para el equilibrio psíquico*. En: Cabanyes J, Monge M, editores. *La salud mental y sus cuidados*. 4-ª ed. Pamplona: EUNSA; 2010. p. 125-39.
6. Instituto Nacional de las Mujeres. *Panorama de la salud mental en las mujeres y los hombres mexicanos*. Ciudad de México: Inmujeres; 2006.
7. Ministerio de Salud de Costa Rica. *Política nacional de salud mental 2012-2021*. San José: Gobierno de Costa Rica; 2012.
8. Maldonado M, Lartigue T. Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto. En: Maldonado M, Brockington I, editores. *La salud mental y sus dificultades en la etapa perinatal*. Organización Panamericana de la Salud; 2011. p. 1-17.

9. Maldonado M, Saucedo J. Fenómenos de "Programación" in utero: alto nivel de estrés psicosocial y desnutrición durante el embarazo. En: Maldonado M, Brockington I, editores. La salud mental y sus dificultades en la etapa perinatal. Organización Panamericana de la Salud; 2011. p. 21-35.
10. De Vicente A, Castilla C, Villamarín S, Verdullas S. La maternidad: mucho más que una revolución emocional. Infocop. 2016;(73):4-5.
11. Maldonado J. Salud mental perinatal. Organización Panamericana de la Salud; 2011.
12. Galindo N, Leff G, Cruz C, Cordova A, Mancilla J, Ramírez A, et al. Immune function in pregnant women with affective disorders. *Curr Psychiatr Rev*. 2014;10:258-73.
13. Flores M, Galindo N, Córdova A, Leff P, Cruz C, Mancilla J. Depression and anxiety during pregnancy: clinical aspects. *Curr Psychiatr Rev* 2013;9:325-30.
14. Lara MA. 1.º de mayo: Día Mundial de la Salud Mental Materna. 2019. (Consultado el 03-12-2020.) Disponible en: http://www.inprf.gob.mx/en-senanzanew/info_cursos/2019/sm_materna_2019.pdf
15. Osma J. La salud mental perinatal, durante el embarazo y posparto, es la gran olvidada de nuestro sistema sanitario. Entrevista a Jorge Osma. Infocop. 2016;(73):11-4.
16. Carreño S, Medina ME. Panorama epidemiológico de los trastornos mentales, su impacto entre el balance trabajo-familia. 2018. (Consultado el 14-12-2020.) Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/estreslaboral/1erjornada/07-Panorama-Trastornos-Mentales.pdf>.
17. Flores M. La salud mental en la mujer embarazada. *Perinatol Reprod Hum*. 2013;27:143-44.
18. Chan E, Cisneros C, Martín S, Reyes A. El insomnio como factor de riesgo para la depresión en mujeres embarazadas. *Perinatol Reprod Hum*. 2013;27:171-6.
19. Caparros R. Depresión postparto: un problema de salud pública mundial. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;(48):1.
20. Lasheras G, Farré B, Gelabert E, Ferraz L, Mestre G, Rovira I. Noticias de salud mental perinatal. *C Med Psicosom*. 2015;(113):51-8.
21. Medina E. Diferencias entre la depresión postparto, la psicosis postparto y la tristeza postparto. *Perinatol Reprod Hum*. 2013;27:185-93.
22. Espinoza M, Reyes OV, Villegas D, Yumha D. Tristeza en el puerperio. *Rev Obstet Ginecol - Hosp. Santiago Oriente Dr. Luis Tisné Brousse*. 2015;10:65-72.
23. Mendoza C, Saldívia S. Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Rev Med Chile*. 2015;143:887-94.
24. Kokkinaki T. Maternal and paternal postpartum depression: effects on early infant-parent interactions. *J Preg Child Health*. 2016;2:e126.
25. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. CENETEC. Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primer y segundo niveles de atención. 2014. (Consultado el 20-12-2020.) Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/SS-666-14-Depre-postparto/GRR_INTEGRACION_DPP_DEFINITIVA.pdf.
26. Morales MC, Garay I, González DA, Meza ME, Ixtla MB, Martínez ML, et al. Evaluación del riesgo de depresión postparto en un hospital ginecoobstétrico. *Evid Med Invest Salud*. 2014;7:105-9.
27. Betancourt J, Ramis R, Mirabal M. Investigación traslacional y transdisciplinaria en salud pública. *Rev Cub Salud Publica*. 2014;40:239-48.
28. US Preventive Services Task Force. Interventions to prevent perinatal depression: US Preventive Services Task Force recommendation statement. *JAMA*. 2019;321:580-7.
29. O'Connor E, Senger C, Henninger M, Coppola E, Gaynes B. Interventions to prevent perinatal depression: evidence report and systematic review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2019;321:588-601.
30. Langan R, Goodbred A. Identification and management of peripartum depression. *Am Fam Physician*. 2016;93:852-8.
31. Stewart D, Robertson E, Dennis CL, Grace SL, Wallington T. Postpartum depression: literature review of risk factors and interventions. Toronto: University Health Network; 2003. (Consultado el 24-03-2021.) Disponible en: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/lit_review_postpartum_depression.pdf
32. World Health Organization. Thinking Healthy. A manual for psychosocial management of perinatal depression. 2015. (Consultado el 24-03-2021.) Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/152936>
33. Jadresic E. Depresión perinatal: detección y tratamiento. *Rev Med Clin Condes*. 2014;25:1019-28.
34. Oficina de Información Científica y Tecnológica para el Congreso de la Unión. Salud Mental en México. INCYTU. 2017;7:1-6.
35. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. 2013. (Consultado el 20-12-2020.) Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/97488/9789243506029_spa.pdf?sequence=1.
36. Secretaría de Salud. Programa de Acción Específico. Salud Mental 2013-2018. 2014. (Consultado el 21-12-2020.) Disponible en: http://consame.salud.gob.mx/Descargas/Pdf/Salud_Mental.pdf