

# Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil

Traducción realizada a partir de la publicación “Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/).



## Información sobre la publicación:

Traducción realizada a partir de la publicación “Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

*Esta traducción no fue creada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no es responsable del contenido o la precisión de esta traducción. La edición original en inglés será la edición vinculante y auténtica*

# Índice

1. Introducción.....	1
1.1 ¿A quién va dirigida esta guía?.....	1
1.2 Propósito.....	2
1.3 Uso de la guía.....	2
2. Salud mental perinatal:.....	4
2.1 Frecuencia de los trastornos mentales perinatales.....	8
2.2 Consecuencias.....	8
2.3 Síntomas comunes.....	8
2.4 Determinantes sociales y otros factores de riesgo.....	9
2.5 Factores de protección.....	10
3. Prestación de asistencia.....	12
3.1 Atención escalonada.....	15
3.2 Entornos favorables.....	17
3.3 Promoción y prevención.....	18
3.4 Tratamiento.....	22
4. Integración de los programas:.....	29
4.1 Planificación.....	30
4.2 Preparación de la aplicación.....	36
5. La atención de necesidades especiales.....	46
5.1 Antecedentes de problemas de salud mental.....	46
5.2 Uso de sustancias:.....	47
5.3 Autolesiones o pensamientos suicidas.....	48
5.4 Discapacidad y enfermedad física.....	48
5.5 VIH/SIDA.....	49
5.6 Embarazo en adolescentes.....	50
5.7 Embarazo y aborto no deseados.....	50
5.8 Perder un bebé.....	51
5.9 Nacimiento prematuro, mala salud infantil.....	52
5.10 Dificultad para establecer vínculo.....	52
5.11 Violencia doméstica y de género.....	53
5.12 Pobreza.....	54
5.13 Entornos humanitarios.....	55
5.14 Pandemias.....	56
5.15 Aislamiento social.....	58
6. Seguimiento y evaluación.....	59
Bibliografía:.....	63
ANEXO 1.....	71
Ejemplo de metodología para un equipo de trabajo.....	71
ANEXO 2.....	72
Ejemplo de plantilla para un presupuesto.....	72
ANEXO 3.....	73
Ejemplos de indicadores para el seguimiento y la evaluación.....	73

## Acrónimos

VG	violencia de género
S&E	seguimiento y evaluación
mhGAP	Mental Health Gap Action Programme
SMI	salud materno-infantil
ONG	organismo no-gubernamental
SMP	salud mental perinatal
OMS	Organización Mundial de la Salud

# 1. Introducción

Muchas mujeres experimentan cambios en su salud mental durante el periodo perinatal. Una mala salud mental puede afectar negativamente a la salud de las mujeres y al bienestar de sus bebés y familias. Del mismo modo, la mala salud o las circunstancias difíciles en la vida de las mujeres, sus bebés y sus familias pueden repercutir negativamente en la salud mental de las mujeres. Los servicios de salud materno-infantil durante el periodo perinatal brindan una oportunidad única para que los proveedores de servicios se pongan en contacto con las mujeres y les presten apoyo.

*En esta guía, el periodo perinatal se refiere a la duración del embarazo y al año posterior al nacimiento.*

Esta guía se ha redactado para proporcionar información sobre el modo en que el personal de los servicios de salud materno-infantil puede promover, prevenir, tratar y atender la salud mental. El apoyo a una buena salud mental puede mejorar los resultados sanitarios, y la calidad de los servicios de salud materno-infantil para todas las mujeres puede mejorarse creando un entorno en el que se sientan seguras para hablar de cualquier dificultad que experimenten en un ambiente respetuoso y afectuoso, libre de estigmatización. Esto puede aumentar la asistencia y mejorar el compromiso con la atención a las mujeres y sus bebés.

La mayoría de las mujeres necesitan un apoyo de salud mental de baja intensidad que puede prestarse en los servicios de atención a la salud materno-infantil. Por ejemplo, se les puede dar información sobre la gestión del estrés y el recurso al apoyo de amigos y familiares. Algunas mujeres pueden experimentar dificultades de salud mental durante un periodo más prolongado, y necesitarán apoyo adicional en los servicios de salud materno-infantil o por parte de profesionales especializados en salud mental mediante derivación, cuando sea posible.

Esta guía ayudará a identificar formas de apoyo a las mujeres usuarias de los servicios de salud materno-infantil. Se puede adaptar a los distintos niveles de recursos, financiación y proveedores de servicios, así como a la cultura, los procedimientos y las políticas locales.

## 1.1 ¿A quién va dirigida esta guía?

La guía se ha redactado principalmente para gestores de programas, administradores de servicios de salud y responsables políticos encargados de planificar y gestionar los servicios para mujeres y lactantes durante el periodo perinatal, que deseen integrar la atención de salud mental en los servicios de salud materno-infantil o reforzar la prestación de servicios existente. Se incluyen gestores clínicos y administradores de servicios sanitarios en hospitales, centros de salud de distrito y de atención primaria, así como organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones comunitarias que prestan servicios de salud materno-infantil (SMI). También será un recurso útil para los proveedores de atención sanitaria y los profesionales de la salud afines.

*Los especialistas en salud mental reciben formación específica y están titulados como psicólogos, enfermeros psiquiátricos o psiquiatras.*

## 1.2 Propósito

La guía está pensada para ser utilizada en el desarrollo y mantenimiento de servicios de salud mental integrados y de alta calidad para las mujeres durante el periodo perinatal. Reúne la mejor evidencia disponible para apoyar a los proveedores de SMI en la promoción de la buena salud mental, la identificación de síntomas de problemas de salud mental y la respuesta adaptada a su contexto. La guía enumera los pasos necesarios para planificar la integración de la atención a la salud mental perinatal (SMP) y para evaluar su impacto. No incluye apoyo ni orientación sobre la prestación de intervenciones de salud mental, que se abordarán en recursos separados para contextos específicos, como materiales de formación y ayudas para el trabajo.

*Todos los elementos de esta guía deben tenerse en cuenta a la hora de planificar un servicio completo de SMI o un centro individual. La integración requiere tiempo y una serie de pasos. La participación de diversas partes interesadas es esencial. En algunos casos, hay que vencer resistencias.*

## 1.3 Uso de la guía

La guía consta de las siguientes secciones:



**PERINATAL MENTAL HEALTH**  
*What it is and why it is important*

SALUD MENTAL PERINATAL  
*¿Qué es y por qué es importante?*



**PROVISION OF CARE**  
*Promotion, prevention and treatment of PMH conditions in MCH services*

PRESTACIÓN DE ASISTENCIA  
*Promoción, prevención y tratamiento de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil*



**INTEGRATION OF PROGRAMMES**  
*Planning effective integration of PMH care into MCH services*

INTEGRACIÓN DE PROGRAMAS  
*Planificación de la integración eficaz de la atención mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil*



**PROVISION OF CARE FOR SPECIFIC NEEDS**  
*Provision of tailored, inclusive care to vulnerable groups*

PRESTACIÓN DE ASISTENCIA A NECESIDADES ESPECÍFICAS  
*Prestación de una atención adaptada e integradora a los grupos vulnerables*



**MONITORING AND EVALUATION**  
*Ways to ensure that PMH services are effective*

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN  
*Formas de garantizar la eficacia de los servicios de salud materno-infantil*

Fuente de la imagen: “Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

La guía se ha diseñado para ampliar las orientaciones publicadas anteriormente sobre la integración de la atención de salud mental en los centros sanitarios. Aunque proporciona información específica para los servicios de salud materno-infantil, está concebida para utilizarse conjuntamente con los recursos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre promoción, prevención y tratamiento de las afecciones mentales:

Título y descripción	Nº de referencia
Conjunto de herramientas comunitarias del Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP): Intervenciones para la promoción y prevención de la salud mental	1
Guía de intervención mhGAP v2.0: Una guía para apoyar la prestación de una atención de alta calidad para las afecciones mentales, neurológicas y por consumo de sustancias por parte de proveedores de atención sanitaria no especializados en entornos con recursos limitados. Incluye recomendaciones para el tratamiento de enfermedades mentales en el periodo perinatal.	2
Manual de operaciones del mhGAP: Ofrece información específica sobre el apoyo a la integración de los servicios de salud mental y física, con orientaciones prácticas y herramientas para la planificación, preparación, ejecución, seguimiento y evaluación.	3
Recomendaciones sobre la atención materna y neonatal para una experiencia postnatal positiva: Una guía para mejorar la atención posnatal de las mujeres y los recién nacidos, que recomienda intervenciones de detección y prevención de afecciones comunes de salud mental	4
Guía para mejorar el desarrollo de la primera infancia: Incluye la recomendación de integrar las intervenciones psicosociales de apoyo a la salud mental materna en los servicios de salud y desarrollo de la primera infancia.	5
Orientación sobre los servicios comunitarios de salud mental: Guía para reforzar la atención de salud mental comunitaria con un enfoque de la prestación de servicios de salud mental centrado en la persona y basado en los derechos humanos	6

## 2. Salud mental perinatal:

Muchas mujeres experimentan cambios en su salud mental durante el embarazo y durante el primer año tras el parto.

Una de cada 5 mujeres experimentará problemas de salud mental durante el embarazo y durante el primer año tras el parto.

*La mayoría de las mujeres sólo necesitan un leve apoyo de salud mental.*

### Síntomas comunes de una salud mental pobre:

- Sentirse triste
- No sentir placer con experiencias que antes sí la producían
- Poca energía o motivación
- Aburrimiento excesivo
- Dormir demasiado o demasiado poco
- Comer demasiado o demasiado poco
- Dificultad de concentración
- Dificultad a la hora de tomar decisiones
- Sentimientos de culpabilidad y desesperanza
- Sensación de que algo malo va a ocurrir
- Molestias o dolores corporales no específicos
- Sentirse inútil

Proporción de mujeres afectadas baja	Problemas de salud de moderados a serios	Intensidad de intervención
	Problemas de salud con síntomas leves	
	Problemas temporales de salud mental	
	Buena salud mental	

La OMS ha publicado manuales para que los agentes de salud comunitarios, las comadronas, las enfermeras y los médicos realicen intervenciones breves eficaces.

- Guía de intervención de mhGAP (problemas de salud mental)
- Pensar con salud (depresión perinatal)
- Gestión de problemas plus (depresión, ansiedad y estrés)
- Terapia con grupos interpersonales (depresión)
- Autoayuda Plus (estrés)

***Los servicios de salud materno-infantil están en una posición única para apoyar a las mujeres en su salud mental***

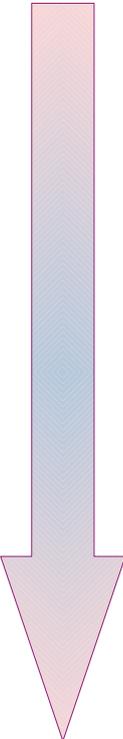
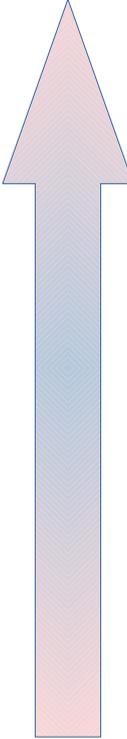
Todo el mundo tiene derecho a una buena salud mental y a un tratamiento adecuado. Todas las mujeres deben beneficiarse de una atención sanitaria respetuosa y libre de abusos. La salud mental suele entenderse como un espectro que abarca desde la buena salud mental hasta las luchas cotidianas y los trastornos mentales y psicosociales más graves (Fig. 1).

**Fig. 1. Espectro de las enfermedades mentales y requisitos de atención conexos**



Fuente de la imagen: “Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

Traducción:

<b>Proporción de mujeres afectadas</b> 	Trastornos mentales de moderados a graves: numerosos síntomas de enfermedad mental a largo plazo que afectan significativamente a la capacidad de funcionamiento de la mujer	 <b>Intensidad de intervención</b>
	Trastornos mentales con síntomas leves: síntomas de enfermedad mental que afectan en cierta medida a la capacidad funcional de la mujer durante al menos 2 semanas	
	Problemas temporales de salud mental: Problemas que afectan a la capacidad funcional de la mujer durante menos de 2 semanas.	
	Buena salud mental: la mujer puede experimentar dificultades, pero se siente capaz de afrontarlas.	

## 2.1 Frecuencia de los trastornos mentales perinatales

El embarazo, el parto y la paternidad temprana pueden ser estresantes porque pueden cambiar la identidad, la salud física y la situación económica de la mujer. La ansiedad y la depresión perinatales son frecuentes y se calcula que afectan a 1 de cada 10 mujeres en los países de ingresos altos (7, 8) y a 1 de cada 5 en los países de ingresos bajos y medios (PIBM), lo que indica la importancia de apoyar la salud mental perinatal en todo el mundo (9, 10).

Las mujeres que ya tienen problemas de salud mental pueden experimentar un empeoramiento de sus síntomas durante el periodo perinatal. Otras pueden experimentar una mala salud mental por primera vez durante este periodo.

## 2.2 Consecuencias

El empeoramiento de la salud mental de una mujer durante el periodo perinatal puede afectar a su bienestar y al de su bebé y su familia. Una mala salud mental se asocia a un mayor riesgo de complicaciones obstétricas (por ejemplo, preeclampsia, hemorragia, parto prematuro y muerte fetal) y de suicidio (11, 12). Además, es menos probable que las mujeres acudan a las citas prenatales y postnatales (13). Un trastorno mental no tratado en la mujer puede dar lugar a un mal resultado en el parto, como bajo peso del bebé, y a un mayor riesgo de enfermedades físicas y dificultades emocionales y de comportamiento en la infancia (11, 14). Los lactantes también pueden correr un mayor riesgo de tener dificultades para alimentarse y establecer vínculos afectivos con sus padres.

## 2.3 Síntomas comunes

La mala salud mental durante el periodo perinatal puede presentarse de muchas maneras. (Véase la Guía de intervención mhGAP (2)). Los síntomas pueden ser generales:

- sentirse triste, llorar con facilidad o más de lo habitual
- no encontrar placer en experiencias o actividades que antes disfrutaba
- falta de energía o motivación
- preocuparse o «pensar demasiado».
- dormir más o menos
- comer más o menos
- menor concentración
- dificultad para tomar decisiones
- sentimientos de culpa o desesperanza
- sensación de inutilidad
- pensar que algo malo está a punto de ocurrir o que el futuro es desesperanzador
- pensamientos de autolesión o suicidio
- dolores y molestias corporales no específicos y otros síntomas físicos
- sentirse perturbado por recuerdos o sueños sobre malas experiencias

Algunos síntomas pueden ser más específicos:

- no poder dejar de preocuparse por el bebé
- sensación de no poder o no querer cuidar del bebé
- pensamientos negativos sobre el bebé

En los casos graves, las mujeres pueden experimentar alucinaciones o psicosis, pensamientos suicidas o depresión grave. Las mujeres con estos síntomas requieren intervenciones más intensivas por parte de los proveedores de servicios.

El apoyo de salud mental que muchas mujeres necesitan puede proporcionarse durante una consulta rutinaria de SMI. Por ejemplo, se puede dar información sobre cómo controlar el estrés y utilizar el apoyo de amigos y familiares. Las mujeres que experimentan muchas dificultades durante mucho tiempo necesitarán apoyo adicional, ya sea dentro de los servicios de SMI o de un especialista en atención a la salud mental.

## 2.4 Determinantes sociales y otros factores de riesgo

Algunas mujeres pueden correr un mayor riesgo de padecer una mala salud mental durante el periodo perinatal debido a circunstancias externas o a otras condiciones de salud (15) (Fig. 2). Los servicios de salud mental deben ser conscientes de las circunstancias que indican que una mujer puede necesitar intervenciones de salud mental más intensivas. Tales circunstancias se analizan en detalle en las publicaciones de la OMS “Guía sobre los determinantes sociales de la salud mental” (16) y en el informe “Salud mental materna y salud y desarrollo infantil en los países de ingresos bajos y medianos” (17).

*Fig. 2. Ejemplos de factores de riesgo de mala salud mental perinatal*

- Experiencias de parto difíciles
- Embarazo en la adolescencia
- Discriminación de género
- Pobreza
- Mala alimentación
- Escasas oportunidades educativas
- Malas condiciones de salud física
- Poco o ningún apoyo social
- Desastres naturales
- Violencia de género y otros conflictos
- Embarazo no deseado
- Dificultades de fertilidad
- Consumo de sustancias

## 2.5 Factores de protección

La salud mental no es simplemente la ausencia de trastornos mentales, sino un estado de bienestar en el que las personas pueden desarrollar su potencial, hacer frente al estrés cotidiano y contribuir a su comunidad. Ciertos factores pueden ayudar a las personas a proteger y promover la salud mental en el periodo perinatal (Fig. 3). Véase OMS Salud mental: Fortalecer nuestra respuesta (18) para más información.

El periodo perinatal es un momento de la vida de la mujer en el que es probable que tenga un mayor contacto con los servicios sanitarios. Por lo tanto, es fundamental que esos servicios presten apoyo de salud mental a todas las mujeres a un nivel adecuado a sus necesidades.

Fig. 3. Ejemplos de factores de protección contra la mala salud mental perinatal



Fuente de la imagen: “Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

Traducción:

<b>Fuerte apoyo social</b>	<b>Oportunidades educativas</b>	<b>Oportunidades de generar ingresos</b>	<b>Experiencias positivas en el parto</b>	<b>Servicios de salud materno-infantil de alta calidad</b>
Presencia de una familia, unos amigos y una comunidad que se preocupan	Posibilidad de asistir a la escuela y terminarla	Capacidad para pagar lo esencial	Sentirse informada y capaz de tomar decisiones	Profesionales sanitarios competentes y empáticos que traten a las mujeres con respeto y dignidad

## 2.6 Disponibilidad de asistencia

Aunque los trastornos mentales son frecuentes, la mayoría de las mujeres reciben la atención que necesitan (14). Algunas de las razones por las que las mujeres con trastornos mentales no son identificadas y tratadas son la falta de especialistas en salud mental, sobre todo en los Países de bajos y medianos ingresos, y la escasa formación en salud mental de otros profesionales sanitarios. Si se forma a los profesionales sanitarios de los servicios de salud materno-infantil para que identifiquen los síntomas de los trastornos mentales y realicen las intervenciones apropiadas en los contactos habituales durante el periodo perinatal, podrán subsanar la brecha existente en la atención de salud mental y mejorar la salud mental y física de las mujeres y sus hijos.

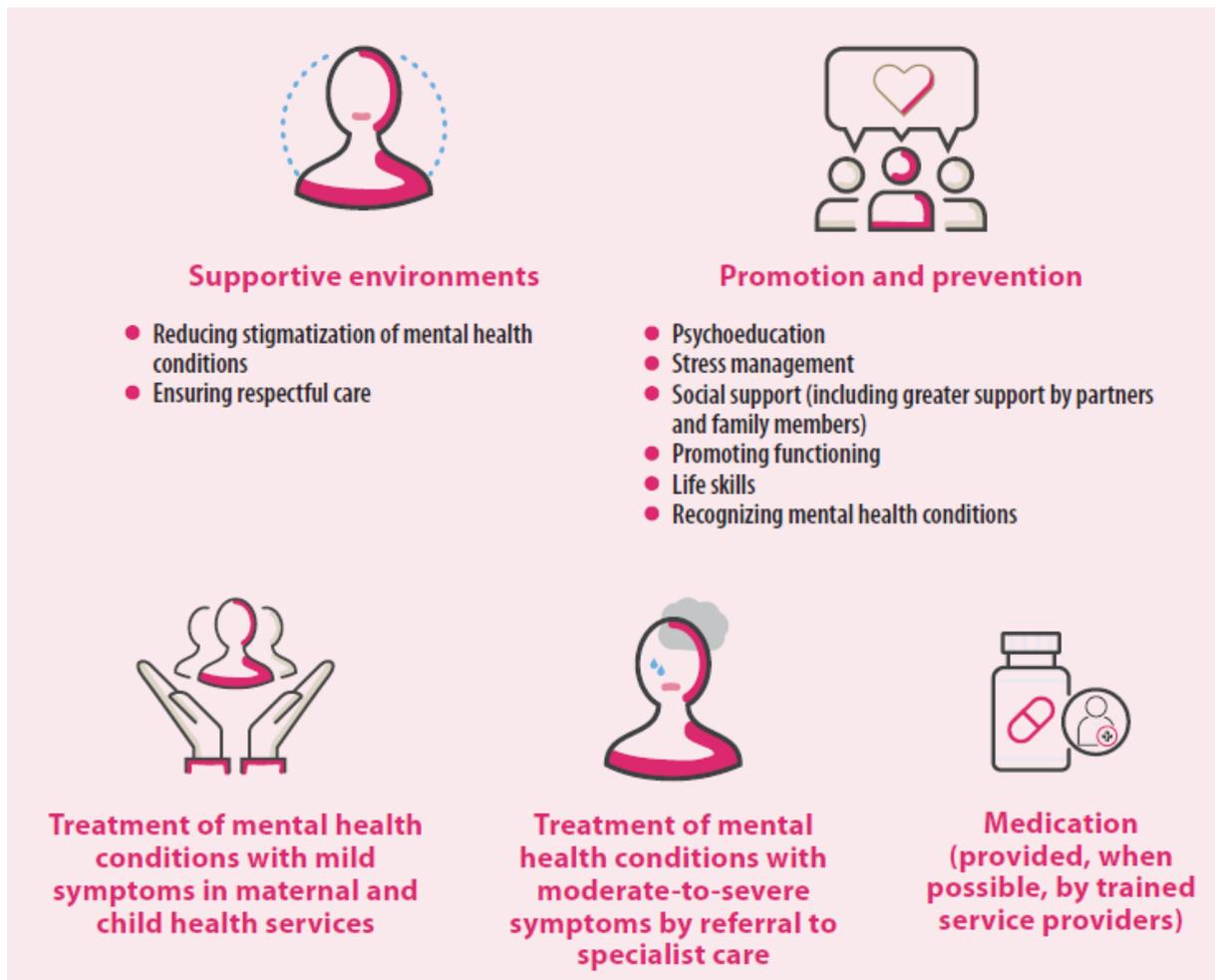
La detección sistemática y el apoyo psicosocial general por parte de los profesionales de la salud materno-infantil son apropiados para todas las mujeres en el periodo perinatal, garantizando que se sientan capaces de hablar de sus problemas de salud mental y gestionarlos. Un

tratamiento más intensivo o especializado es adecuado para las mujeres con enfermedades mentales más graves y de larga duración. Es lo que se denomina «enfoque de atención escalonada» (véase el apartado 3).

Se ofrece información adicional en varias publicaciones de la OMS:

<b>Título y descripción</b>	<b>Nº de referencia</b>
Guía de intervención mhGAP v2.0: Una guía para apoyar la prestación de una atención de alta calidad para las condiciones mentales, neurológicas y de uso de sustancias por parte de proveedores de salud no especialistas en entornos con recursos limitados. Incluye recomendaciones para el tratamiento de enfermedades mentales en el periodo perinatal.	2
Determinantes sociales de la salud mental: documento temático	16
Salud mental materna y salud y desarrollo infantil en países de ingresos bajos y medios: informe de la reunión	17
Salud mental: reforzar nuestra respuesta: hoja informativa	18

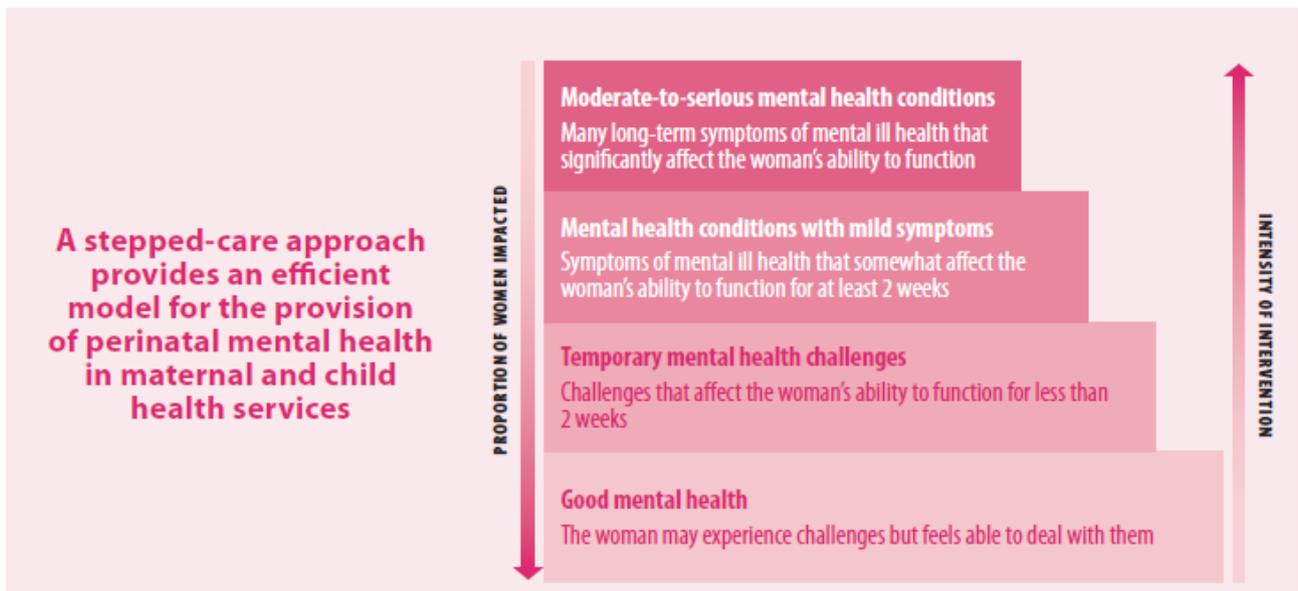
### 3. Prestación de asistencia



Fuente de la imagen: “Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

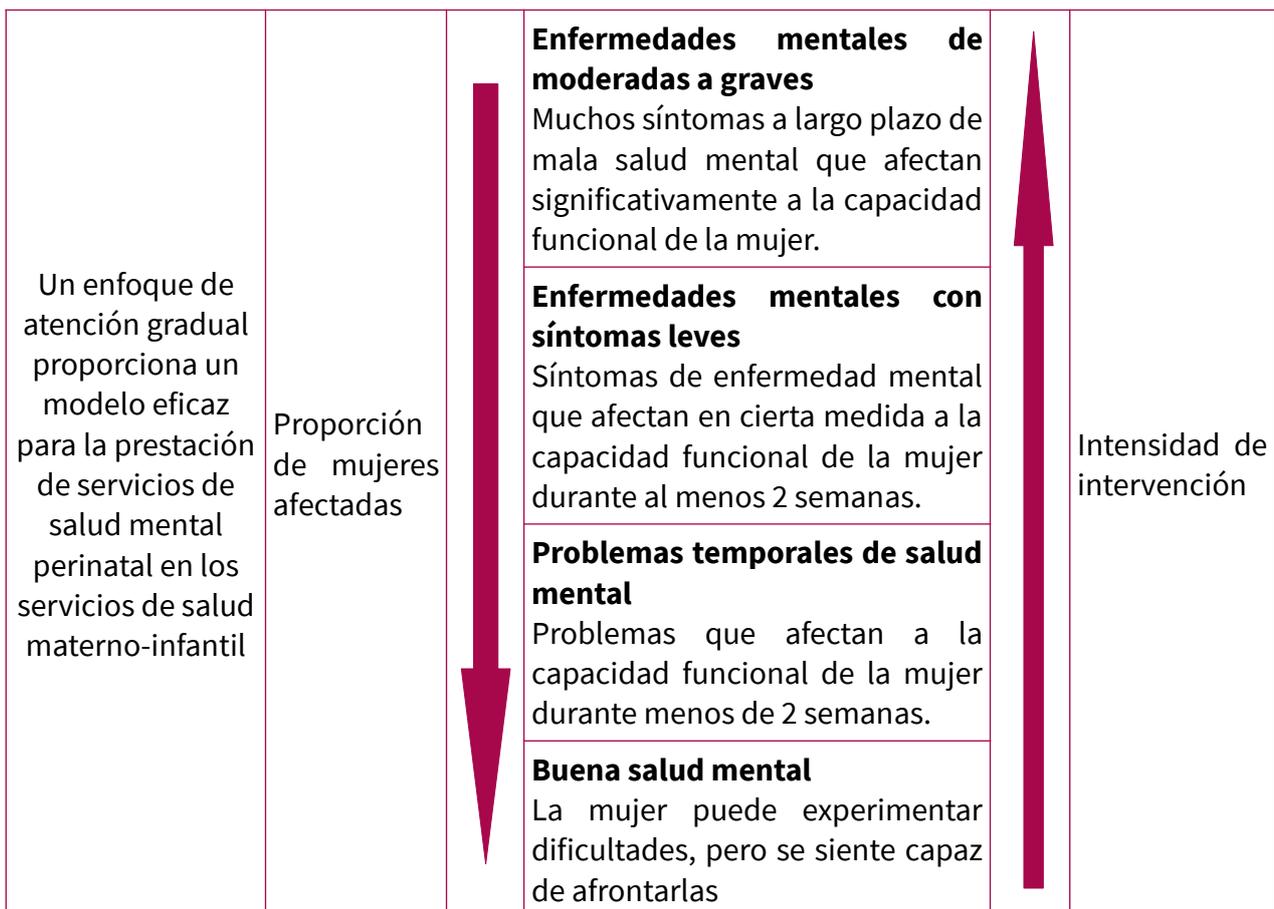
Traducción:

<p><b>Entornos de apoyo:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Reducir la estigmatización de las enfermedades mentales</li> <li>- Garantizar una atención respetuosa</li> </ul>	<p><b>Promoción y prevención:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psicoeducación</li> <li>- Gestión del estrés</li> <li>- Apoyo social (incluido un mayor apoyo por parte de la pareja y los familiares)</li> <li>- Promoción del funcionamiento</li> <li>- Habilidades para la vida</li> <li>- Detección de trastornos mentales</li> </ul>
<p><b>Tratamiento de los trastornos mentales con síntomas leves en los servicios de salud materno-infantil</b></p>	<p><b>Tratamiento de enfermedades mentales con síntomas de moderados a graves mediante derivación a atención especializada</b></p>
	<p><b>Medicación (suministrada, cuando sea posible, por proveedores de servicios formados)</b></p>



Fuente de la imagen: "Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil". Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

Traducción:



En esta sección se examinan las intervenciones basadas en la evidencia que pueden incluirse en un paquete para la integración de la salud materno-infantil en los servicios de SMI. Un análisis de la situación será útil para desarrollar un paquete factible de intervenciones que se base en las necesidades de las mujeres que acuden a los servicios de SMI durante el período perinatal. Todas las intervenciones deben adaptarse al contexto y a la cultura del lugar en el que se van a prestar.

### 3.1 Atención escalonada

Un enfoque de atención escalonada da lugar al uso más eficiente de los proveedores de servicios de SMI y de los recursos para la prestación de atención de salud mental (fig. 4) (19). Este método de prestación garantiza la provisión de intervenciones basadas en pruebas que requieren menos recursos a la mayoría de las personas. Las intervenciones que requieren más recursos se proporcionan a las personas con mayores necesidades de atención de salud mental. El paquete de atención de salud mental con un enfoque de atención escalonada incluye intervenciones para la promoción de la salud mental y la prevención de las afecciones mentales durante el periodo perinatal, la identificación de las afecciones mentales y el tratamiento. El tratamiento puede dispensarse en los servicios de SMI o en otros lugares.



Fuente de la imagen: “Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

Traducción:

Fig. 4. Un enfoque de atención escalonada de la salud mental perinatal

 <p>PROPORCIÓN DE MUJERES AFECTADAS</p>	<p><b>Enfermedades mentales de moderadas a graves</b>                  Muchos síntomas de enfermedad mental a largo plazo que afectan significativamente a la capacidad funcional de la mujer</p>	<p><b>Paso 4: Tratamiento de enfermedades mentales con síntomas de moderados a graves</b>                  - Tratar los trastornos mentales graves derivándolos a otros servicios.</p>	 <p>INTENSIDAD DE LA INTERVENCIÓN</p>
	<p><b>Enfermedades mentales con síntomas leves</b>                  Síntomas de enfermedad mental que afectan en cierta medida a la capacidad funcional de la mujer durante al menos 2 semanas.</p>	<p><b>Paso 3: Tratamiento de los trastornos mentales con síntomas leves</b>                  - Ofrecer intervenciones psicosociales breves y basadas en la evidencia en los servicios de salud materno-infantil a las mujeres que presenten síntomas leves.                  - Remitir a atención especializada a las mujeres cuyos síntomas no mejoren.</p>	
	<p><b>Problemas temporales de salud mental</b>                  Problemas que afectan a la capacidad funcional de la mujer durante menos de 2 semanas.</p>	<p><b>Paso 2: Intervenciones preventivas para mujeres vulnerables</b>                  - Proporcionar intervenciones breves y basadas en hechos comprobados en los servicios de salud materno-infantil a las mujeres que presenten síntomas que no alcancen el umbral de un trastorno mental leve.</p>	
	<p><b>Buena salud mental</b>                  La mujer puede experimentar dificultades, aunque se siente capaz de afrontarlas.</p>	<p><b>Paso 1: Promoción de una buena salud mental</b>                  - Proporcionar una atención respetuosa y no estigmatizante.                  - Promover intervenciones de salud mental para todas las mujeres.                  - Identificar a las mujeres que experimentan síntomas de salud mental y a las mujeres con mayor riesgo de padecer enfermedades mentales (por ejemplo, adolescentes, trabajadoras del sexo, mujeres con VIH, mujeres que sufren violencia...).</p>	

Estudio de caso: Aplicación de la atención escalonada a la salud mental perinatal (20, 21)

Título: Atención gradual para la depresión perinatal en atención primaria

Entorno: Chile (a nivel nacional)

Descripción: En 2003, Chile introdujo un programa nacional para la detección y el tratamiento de la depresión en los centros de atención primaria. Se publicaron directrices específicas para la detección precoz y el tratamiento de la depresión durante el embarazo y el periodo postnatal. El modelo incluye la detección universal de la depresión por matronas y enfermeras. Derivación a un médico general y/o psicólogo para confirmar el diagnóstico o a una unidad especializada si está indicada una depresión grave. Las mujeres con síntomas de moderados a leves son atendidas en atención primaria en terapia individual o de grupo, y se les suministra medicación psicotrópica según sea necesario.

Las mujeres que responden bien al tratamiento son objeto de seguimiento durante al menos 6 meses antes de ser dadas de alta del programa. Se realizaron entrevistas hasta 5 años después del inicio del programa para evaluar su aplicación.

Retos: El contexto socio-político y los medios de comunicación tienen una gran influencia en la percepción pública de la salud mental y deben aprovecharse para reducir la estigmatización y promover el debate sobre la salud mental perinatal para maximizar el beneficio de la intervención.

Lecciones aprendidas: En este programa, el 89% de las embarazadas que acudieron a centros de salud públicos se sometieron a pruebas de detección de la depresión. Otros países de ingresos bajos y medianos pueden empezar a incorporar intervenciones de salud mental en los servicios de atención primaria siguiendo la experiencia de Chile.

## 3.2 Entornos favorables

La eficacia de la atención en salud mental depende de la creación de un servicio seguro y sin prejuicios en el que las mujeres se sientan respetadas y escuchadas. En un entorno así, las mujeres pueden estar más dispuestas a hablar de su salud mental y a utilizar los servicios disponibles.

### Estigmatización

La estigmatización es la proyección de estereotipos negativos de las personas por determinadas características, lo que puede provocar su rechazo y un trato deficiente. Las personas con trastornos mentales son estigmatizadas en muchas culturas (22).

Las mujeres con trastornos de salud mental pueden ser percibidas como malas madres o madres inadecuadas. Como resultado de la estigmatización, las mujeres pueden no estar dispuestas a revelar sus problemas de salud mental o a acceder a los servicios (23). La integración de la salud mental postparto en los servicios de salud materno-infantil y el compromiso con la salud mental en cada contacto con los servicios de salud ayudarán a normalizar las condiciones de salud mental y a reducir la estigmatización.

## Atención respetuosa

La atención respetuosa de la maternidad garantiza los derechos de las mujeres a la intimidad, la dignidad, la autonomía, sus creencias y sus preferencias. Puede garantizarse mediante la formación y la colaboración con los proveedores de servicios de salud materno-infantil para identificar, comprender y abordar los obstáculos a una atención respetuosa, así como identificando y celebrando las buenas prácticas. La promoción del respeto y la dignidad debe estar en el centro de la prestación de servicios de salud mental. La atención respetuosa promueve la buena salud mental para todos y no requiere recursos. La atención respetuosa incluye la confidencialidad de los datos de las mujeres frente a cualquier persona que no participe en su atención y la realización de todos los procedimientos con consentimiento. Durante una consulta, las personas comparten información personal y confían en que los profesionales la utilizarán para ayudarlas. Sin confianza, es menos probable que la gente busque ayuda cuando la necesita.

En todo el mundo se han denunciado casos de malos tratos y falta de respeto a las mujeres por parte del personal sanitario en entornos de maternidad. Esto puede incluir (24):

- maltrato físico (por ejemplo, golpes, bofetadas, empujones, puñetazos)
- maltrato verbal (por ejemplo, gritos, insultos o palabras malsonantes)
- cuidados no consentidos
- cuidados indignos
- discriminación
- abandono o negligencia
- detención (por ejemplo, mantener a una mujer en el hospital hasta que se paguen los honorarios)
- cuidados no confidenciales

Los servicios son responsables de garantizar que este tipo de comportamiento no se permita y que existan mecanismos para exigir responsabilidades a los agresores. Las mujeres deben ser conscientes de su derecho a una atención respetuosa y sentirse capacitadas para denunciar anónimamente los malos tratos por parte de los proveedores de servicios.

### 3.3 Promoción y prevención

Tanto la promoción como la prevención de las afecciones mentales pueden reducir el malestar físico y psicológico y mantener los recursos humanos y económicos de las personas, las familias, el sistema sanitario y otros ámbitos (25). La promoción de la salud mental incluye el apoyo a las personas para que desarrollen sus habilidades personales o estrategias para afrontar los problemas y refuercen las que ya tienen (por ejemplo, los factores de protección). La promoción también incluye la creación de entornos que favorezcan el bienestar mental. Esto incluye políticas sociales y estrategias para crear empleo, prevención y reducción de la violencia, apoyo a la educación de mujeres y niñas e iniciativas contra la discriminación (26). La promoción de la salud mental durante el periodo perinatal puede apoyar las actividades de las mujeres como miembros de la comunidad, cuidadoras y trabajadoras, y contribuir a reforzar sus recursos (por ejemplo, ingresos, conexiones sociales, activos) y su bienestar mental.

La prevención aumenta la concienciación sobre los síntomas de los trastornos mentales y las señales de alerta para garantizar una intervención precoz. El objetivo es detener el desarrollo o el empeoramiento de los síntomas asociados a las enfermedades mentales (27).

Los SMI pueden desempeñar un papel vital en la promoción y prevención de la salud mental de las mujeres durante el periodo perinatal, ya que las mujeres tienen muchos contactos con estos servicios. La promoción y la prevención también pueden llevarse a cabo en la comunidad mediante servicios de apoyo informales, que pueden formar parte de la vía asistencial. La mayoría de los tipos de proveedores de servicios de salud materno-infantil pueden recibir formación y apoyo para promover y prevenir las afecciones relacionadas con la salud mental y reproductiva, incluidas las comadronas, los agentes de salud comunitarios y los compañeros. Los proveedores de SMI pueden realizar intervenciones de promoción y prevención de la salud mental en el marco de charlas en las salas de espera, actividades de divulgación en la comunidad y campañas de salud perinatal e infantil.

### **Psicoeducación**

La psicoeducación consiste en compartir información sobre las enfermedades mentales y las formas de apoyar el bienestar mental(28). Capacita a las mujeres para reconocer los síntomas y buscar ayuda si es necesario. También proporciona a las mujeres las habilidades para contrarrestar el daño psicológico, incluyendo una asertividad saludable, la comprensión de su derecho a ser tratadas con respeto en todas las esferas de su vida y que las restricciones basadas en el género son perjudiciales. También se aborda la estigmatización, incluida la creencia de que las mujeres con problemas de salud mental son «vagas» o «malas» madres o parejas. También se comparte información sobre estrategias de autocuidado y afrontamiento, opciones de tratamiento disponibles, sus beneficios y posibles efectos secundarios.

Si la mujer lo autoriza, la psicoeducación puede y debe incluir a su pareja y familiares cercanos. La psicoeducación para los familiares debe incluir información sobre cómo apoyar a la mujer durante el periodo perinatal.

### **Gestión del estrés**

Los altos niveles de estrés o vivir constantemente en condiciones estresantes pueden afectar a la salud física y mental. Las personas desarrollan de forma natural formas de afrontar el estrés; sin embargo, algunas pueden no darse cuenta de cuándo estas estrategias son útiles (por ejemplo, hablar con un amigo de confianza, pasar un rato tranquilo en la naturaleza o en meditación u oración, actividades creativas, ejercicio) y cuándo no lo son (por ejemplo, consumir alcohol o drogas). La práctica de la atención plena, la relajación y los ejercicios de respiración pueden ser útiles. La OMS ha publicado manuales sobre dos intervenciones para el control del estrés que son impartidas por un proveedor (Problem Management Plus, PM+ (29)) o como autoayuda guiada (Self-Help Plus, SH+ (30)).

En el periodo perinatal, los ejercicios de control del estrés pueden integrarse fácilmente en grupos de apoyo, asociaciones de parentalidad o clases prenatales, si se dispone de ellos y los facilitadores están formados para impartirlos. La publicación de la OMS sobre gestión del estrés,

“*Doing what matters in times of stress*” (31), que forma parte del programa SH+, también puede ser útil para que las mujeres gestionen el estrés.

### **Reforzar el apoyo social**

El apoyo social puede consistir en apoyo emocional (por ejemplo, compartir los problemas o sentimientos propios, experimentar la amabilidad y el respeto de los demás) o apoyo práctico de amigos, familiares o miembros de la comunidad (por ejemplo, cuidado de los niños, suministro de comidas).

Las mujeres con problemas de salud mental pueden tener dificultades para recurrir al apoyo social. Pueden sentirse demasiado cansadas, poco merecedoras o temerosas de que el apoyo no sea útil o no se les preste. Esto puede provocar un mayor aislamiento que empeore su salud mental. Los proveedores de servicios de salud materno-infantil pueden desempeñar un papel importante ayudando a las mujeres a identificar y conectar con personas de su entorno a las que puedan acudir en busca de apoyo. Las clases prenatales o de parentalidad también pueden funcionar como grupos de apoyo entre iguales.

### ***Incluir a la pareja y la familia***

*Las parejas y otros familiares cercanos implicados en los cuidados también corren el riesgo de sufrir ansiedad y depresión en el periodo perinatal.*

*Una salud mental positiva entre las parejas y otros cuidadores puede proteger contra el desarrollo de trastornos de la salud mental y los efectos negativos en los niños (32). La prevención y el tratamiento de los trastornos mentales pueden beneficiar a toda la familia.*

*La mayoría de los servicios de salud materno-infantil se centran en la salud de las mujeres y los lactantes. A menudo, las parejas y otros cuidadores sienten que no tienen derecho a recibir apoyo. Es importante que los servicios adopten un enfoque integrador de la salud mental de toda la familia, cuando sea posible, y diseñen servicios de salud mental para todos los cuidadores, que pueden incluir la detección, el tratamiento y la derivación a grupos de apoyo.*

### **Fomento del funcionamiento y de las habilidades para la vida**

Las mujeres con trastornos mentales pueden tener dificultades en su vida diaria para cuidar de sí mismas y de sus hijos. Los servicios pueden ofrecer una serie de actividades para ayudar a las mujeres con estas tareas, como enseñar o apoyar el desarrollo de habilidades para la vida (por ejemplo, generación de ingresos, parentalidad, resolución de problemas y habilidades de comunicación, gestión de emociones, asertividad) y la participación en actividades sociales (por ejemplo, apoyo a otras personas necesitadas, participación en proyectos comunitarios, actividades basadas en la fe, autocuidado).

### **Reconocimiento de los trastornos mentales**

El reconocimiento o la detección de los trastornos mentales es un aspecto vital de la atención a los pacientes con trastornos mentales. Sin embargo, puede resultar difícil reconocerlos. Las mujeres pueden sentir vergüenza o vacilar a la hora de hablar de sus dificultades debido a la estigmatización de los trastornos mentales. También pueden pensar que sus síntomas son

normales, atribuibles a una enfermedad física o que no tienen remedio. Es posible que los proveedores de SMI no se sientan seguros a la hora de preguntar a las mujeres por sus problemas de salud mental, que no sepan con certeza qué tipo de apoyo tienen a su disposición o que les preocupe que les lleve demasiado tiempo y energía tratar esos problemas. Como parte de la atención habitual, los profesionales de la salud materno-infantil deben preguntar sobre el bienestar de la mujer, los factores estresantes de su vida y cualquier síntoma depresivo.

### **Utilización de herramientas de cribado**

El cribado de salud mental consiste en formular a las mujeres una serie de preguntas estandarizadas para determinar si es probable que padezcan algún trastorno mental. El cribado puede ser realizado por un trabajador sanitario de la comunidad, una comadrona, una enfermera auxiliar u otro proveedor de servicios de SMI. Las mujeres alfabetizadas pueden rellenar ellas mismas el instrumento de detección. Cualquier herramienta de detección que se utilice debe adaptarse al contexto y la cultura locales y reflejar las realidades de las mujeres en el periodo perinatal. El cribado sólo debe realizarse cuando exista una vía de atención a la salud mental para ayudar a las mujeres que puedan padecer una enfermedad mental.

Un resultado positivo en el cribado no es un diagnóstico clínico: indica una alta probabilidad de que una mujer padezca una enfermedad mental. Cuando sea posible, las mujeres con un resultado positivo deben recibir una evaluación diagnóstica por parte de un psiquiatra u otro especialista en salud mental con formación en diagnóstico (por ejemplo, psicólogo clínico, enfermera psiquiátrica).

*El Cuestionario de Salud del Paciente, la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo y las preguntas de Whooley son ejemplos de herramientas de cribado (33, 34). Los límites de puntuación para las probables afecciones mentales pueden diferir en los distintos entornos. Cuando sea posible, seleccione una o varias herramientas que se hayan desarrollado, adaptado, traducido o probado en el entorno local (o similar).*

### **Identificar los factores de riesgo de una mala salud mental**

Los determinantes sociales y otros factores están relacionados con un mayor riesgo de mala salud mental. Puede ser útil incluir preguntas para identificar la experiencia de violencia, el consumo de sustancias, la pobreza, el escaso apoyo social y otros factores de riesgo durante las consultas con las mujeres.

**Estudio de caso:** Apoyo a la salud mental y búsqueda de ayuda (20, 35-37)

**Título:** Facilitación de la detección y búsqueda de ayuda para problemas de salud mental con la Herramienta de Detección del Informador Comunitario

**Entorno:** Chitwan, Nepal

**Descripción:** El conocimiento insuficiente de los problemas de salud mental, los servicios y la estigmatización son barreras importantes para el acceso de los usuarios de los servicios de salud mental. La Herramienta de Detección del Informador Comunitario (CIDT) se desarrolló en Nepal para mejorar la detección y aumentar la búsqueda de ayuda por parte de las personas que necesitan atención de salud mental. Se diseñó para la depresión, los trastornos por consumo de alcohol, la epilepsia y la psicosis. Se trata de una herramienta de búsqueda de casos en papel que consiste en ejemplos e ilustraciones de la vida real pertinentes a nivel local. Se utilizan expresiones culturales locales y las imágenes son de escenas típicas de la zona, por lo que resulta fácil de entender. Se anima a buscar ayuda en los servicios de salud mental a toda persona a la que se le reconozcan síntomas que coincidan con las historias o las imágenes y que dé una respuesta positiva al menos a una de las preguntas adicionales sobre el deterioro del funcionamiento diario y la necesidad de apoyo para afrontar los problemas. La herramienta es utilizada por voluntarias de salud comunitaria, que no tienen experiencia en salud mental pero son miembros de la comunidad en quienes se confía y a quienes se respeta, y que han recibido una breve formación. Las voluntarias detectaron con precisión a dos tercios de las personas con problemas de salud mental, y el uso de la herramienta se tradujo en un 47% más de utilización de los servicios de salud mental.

**Desafíos:** La CIDT puede utilizarse como una alternativa de bajo coste al cribado. No debe utilizarse como alternativa al diagnóstico clínico y sólo debe emplearse para crear demanda de servicios de salud mental. Se recomienda una supervisión periódica para abordar los retos prácticos, capacitar a los voluntarios comunitarios en la detección de casos y mantenerlos motivados.

**Lecciones aprendidas:** Para mejorar la detección de la depresión perinatal, se diseñaron otras herramientas con los trabajadores sanitarios de la comunidad local y las mujeres con depresión perinatal. El CIDT ha sido incluido por el Gobierno de Nepal en el paquete de formación sobre salud mental.

### 3.4. Tratamiento

El objetivo de las intervenciones psicológicas sin tratamiento farmacológico es reducir o controlar el estado de salud mental de una persona. Cada vez hay más pruebas del impacto positivo de las intervenciones psicológicas en las mujeres que acuden a los servicios de salud materno-infantil (38, 39).

En el pasado, las intervenciones psicológicas sólo las realizaban especialistas en salud mental en numerosas sesiones. En la actualidad, muchos otros proveedores de servicios, incluidos los proveedores de atención sanitaria general, los trabajadores sanitarios comunitarios e incluso los educadores inter- pares, están recibiendo formación para realizar estas intervenciones (bajo la supervisión de un especialista en salud mental) en unas pocas sesiones. La guía de intervención

mhGAP de la OMS (2) y los manuales de formación y funcionamiento conexos ofrecen información detallada sobre la prestación de atención de salud mental en entornos no especializados.

Todas las mujeres con un trastorno mental diagnosticado o presunto deben recibir psicoeducación, información sobre formas de reducir el estrés y reforzar el apoyo social, y estímulo para participar en actividades cotidianas que favorezcan su bienestar mental. Las intervenciones dirigidas a sus problemas específicos de salud mental deben ofrecerse dentro de los servicios de salud materno-infantil, cuando sea posible, o externamente a través de derivaciones, según proceda.

***Las mujeres con un trastorno mental diagnosticado o sospechado deben recibir apoyo en función de la gravedad de sus síntomas. Esto se consigue a menudo mediante intervenciones psicológicas y/o medicación. Aunque las mujeres con síntomas de moderados a graves deben ser derivadas a un especialista, la mayoría de ellas pueden ser atendidas por personal de salud mental capacitado.***

### **Afecciones con síntomas leves**

Los proveedores de servicios de salud materno-infantil capacitados pueden realizar intervenciones psicológicas breves para mujeres en el periodo perinatal con sospecha de trastornos mentales comunes, como depresión o ansiedad. La OMS ha publicado manuales sobre el uso de las siguientes intervenciones basadas en la evidencia:

- Thinking Healthy (40) (depresión perinatal)
- Problem Management Plus (PM+) (29) (depresión, ansiedad y estrés)
- Terapia Interpersonal de Grupo (41) (depresión)
- Autoayuda Plus (SP+) (30) (estrés)

### **Afecciones con síntomas de moderados a graves**

Los trastornos mentales graves incluyen la psicosis, el trastorno bipolar, el suicidio y la depresión grave, y se caracterizan por un pensamiento y un comportamiento desordenados. Las mujeres con trastornos mentales de moderados a graves presentan varios síntomas de enfermedad mental que afectan significativamente a su capacidad para realizar las actividades cotidianas (incluido el cuidado del bebé), la mayor parte del tiempo, la mayoría de los días, durante al menos 2 semanas.

Estas afecciones suelen requerir intervenciones más intensivas que son administradas o supervisadas por especialistas en salud mental. En la Tabla 1, se enumeran las intervenciones basadas en la evidencia que pueden proporcionarse si se dispone de los recursos necesarios.

**Tabla 1. Intervenciones basadas en la evidencia para el tratamiento de enfermedades mentales**

Intervención	Condición de la salud mental	Descripción
Activación del comportamiento	Depresión	Tratamiento psicológico para mejorar el estado de ánimo mediante la reincorporación a actividades orientadas a tareas y con las que se solía disfrutar, a pesar del bajo estado de ánimo actual. Puede utilizarse como tratamiento independiente y también es un componente de la terapia cognitivo-conductual (TCC) (véase más adelante).
Entrenamiento en relajación	Depresión	Entrenamiento en técnicas como ejercicios de respiración para provocar una respuesta de relajación.
Tratamiento de resolución de problemas	Depresión, autolesiones, suicidio	Tratamiento psicológico que implica la identificación sistemática de problemas y técnicas de resolución de problemas en varias sesiones.
Terapia interpersonal	Depresión	Tratamiento psicológico mediante la vinculación de los síntomas depresivos y los problemas interpersonales, especialmente los relacionados con el duelo, las disputas, los cambios vitales y el aislamiento social. También conocida como «psicoterapia interpersonal».
Terapia cognitivo-conductual (TCC)	Depresión, trastornos por el uso de sustancias, psicosis, traumatismos, autolesiones, suicidio	Tratamiento psicológico que comprende componentes cognitivos (para pensar de forma diferente, por ejemplo, identificando y desafiando pensamientos negativos poco realistas) y componentes conductuales (hacer cosas de forma diferente, por ejemplo, ayudar a una persona a realizar actividades más gratificantes). La TCC para el trauma suele incluir la exposición (en imágenes o en persona) y/o un desafío directo a los pensamientos y creencias poco útiles relacionados con el trauma.
Asesoramiento o terapia familiar	Psicosis. Trastornos por el uso de sustancias	El asesoramiento suele impartirse en más de seis sesiones planificadas a lo largo de meses. Debe impartirse a familias individuales o grupos de familias y debe incluir a la persona con trastorno mental, si es posible. Tiene funciones de apoyo y educativas o de tratamiento. A menudo incluye la resolución negociada de problemas o la gestión de crisis.
Desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares	Trastorno de estrés post-traumático	Esta terapia se basa en la idea de que los pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos son el resultado de recuerdos traumáticos no procesados. El tratamiento implica procedimientos estandarizados para centrarse en las asociaciones del trastorno de estrés postraumático mientras se induce una estimulación bilateral en forma de movimientos oculares repetidos.
Terapia de gestión de conflictos	Trastornos por el uso de sustancias	Método estructurado para recompensar determinados comportamientos deseados, como asistir a tratamiento y evitar el consumo de sustancias nocivas. Las recompensas por el

Intervención	Condición de la salud mental	Descripción
		comportamiento deseado se reducen con el tiempo a medida que se establecen recompensas naturales.
Terapia de refuerzo motivacional	Trastornos por el uso de sustancias	Terapia estructurada (hasta cuatro sesiones). El enfoque para motivar el cambio es la entrevista motivacional, es decir, implicar a las personas en un debate sobre su consumo de sustancias, incluidos los beneficios y daños percibidos, los valores, evitando discutir si hay resistencia y animando a las personas a decidir por sí mismas sus objetivos.
Formación en parentalidad	Depresión, ansiedad	Conjunto de programas de tratamiento para cambiar el comportamiento de los cuidadores y reforzar la confianza en el uso de estrategias de cuidado eficaces. Consiste en enseñar a los cuidadores comunicación emocional, habilidades de interacción positiva entre el cuidador y el niño y métodos de refuerzo positivo para mejorar el comportamiento y el funcionamiento de niños y adolescentes.

**Estudio de caso:** Ejecución de programas eficaces en la comunidad (42)

**Título:** Involucrar al personal sanitario en la integración de la salud mental en los servicios de salud materno-infantil: El programa «Pensar en Salud».

**Entorno:** Rawalpindi, Pakistán

**Descripción:** Se diseñó una intervención para ser aplicada a mujeres de Pakistán con depresión durante el periodo perinatal por parte de trabajadoras sanitarias comunitarias formadas, conocidas como « Lady Health Workers » (LHWs). Se consultó a las trabajadoras sanitarias para identificar sus pautas de trabajo y se desarrolló el programa «Pensar en salud» basándose en los principios de la TCC para integrar una intervención de salud mental en su carga de trabajo de salud materno-infantil sin crear una carga adicional. Se organizaron cuatro grupos de discusión con 24 trabajadoras sanitarias de diversas edades y experiencia, que representaban una muestra representativa del personal sanitario de dos subdistritos. La mayoría de las trabajadoras sanitarias eran madres. Los investigadores abordaron las cuestiones relacionadas con la realización de una intervención psicológica para la depresión perinatal en un entorno rural. Se exploró la experiencia de las trabajadoras sanitarias a la hora de prestar atención sanitaria a las mujeres de sus zonas y, en particular, las dificultades a las que se enfrentaban para acceder a las familias, las creencias y atribuciones en materia de salud, el comportamiento de búsqueda de atención sanitaria y los recursos existentes, como el apoyo social. Utilizando los mismos temas, se realizaron entrevistas cara a cara con seis médicos de atención primaria, comadronas y parteras tradicionales para determinar cómo encajaría la intervención dirigida por las LHW en el sistema de atención primaria y tradicional sin tensiones, conflictos ni problemas de territorialidad.

**Desafíos:** Teniendo en cuenta que las trabajadoras sanitarias tienen ya muchas responsabilidades, la formación y las tareas adicionales podrían percibirse como una carga. Las intervenciones identificadas como relacionadas con la salud mental o la terapia podrían ser consideradas como poco deseables por las mujeres debido a la estigmatización de la salud mental. Dado que una gran proporción de la población es analfabeta, la intervención debe ser pertinente para los diferentes niveles educativos.

**Lecciones aprendidas:** La intervención debe denominarse «formación» y ser impartida por «formadores» para evitar la estigmatización. La intervención debería aliviar la carga de las trabajadoras sanitarias ayudando a las mujeres a alcanzar sus objetivos sanitarios de forma independiente. Esto aumentaría el

atractivo de la intervención para las trabajadoras sanitarias. La intervención debe adaptarse culturalmente a las mujeres del entorno.

## Medicación

La mayoría de las mujeres que sufren trastornos mentales pueden recibir ayuda con una combinación de apoyo psicosocial e intervenciones psicológicas.

No obstante, la prescripción de medicamentos psicotrópicos puede ser necesaria para las mujeres que presentan síntomas de moderados a graves de enfermedad mental, las mujeres a las que no ayudan las intervenciones psicológicas (o si éstas no están disponibles) y las mujeres con diagnóstico de trastorno bipolar, esquizofrenia u otra forma de psicosis.

*Los medicamentos psicotrópicos mínimos que la OMS sugiere para un sistema sanitario figuran en la Lista Modelo OMS de Medicamentos Esenciales. Las listas nacionales de medicamentos psicotrópicos esenciales también deben revisarse para identificar cualquier medicamento adicional que pueda estar disponible.*

En varias publicaciones se ofrece información adicional sobre la prestación de servicios de salud mental:

Tema	Organización (país)	Título y descripción	Nº de referencia
Promoción y prevención	OMS	Recursos públicos de bienestar mental	43
Promoción y prevención	OMS	Ayudando a los adolescentes a prosperar (HAT): Directrices sobre intervenciones de promoción y prevención en salud mental para adolescentes	44
Promoción y prevención	<i>Maternal Mental Health NOW</i> (Estados Unidos)	Herramienta de autoayuda para el bienestar emocional	45
Promoción y prevención	<i>Perinatal Mental Health Project</i> (Suráfrica)	Recursos para padres, madres y familiares en distintos idiomas	46
Promoción y prevención	OMS	Conjunto de herramientas comunitarias del Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP): intervenciones de promoción y prevención de la salud mental	1
Promoción y prevención	OMS	Recomendaciones sobre atención materna y neonatal para una experiencia posnatal positiva: Una guía para mejorar la atención posnatal de las mujeres y los recién nacidos, que recomienda intervenciones de detección y prevención de las afecciones comunes de la salud materna y neonatal.	4
Promoción y prevención	OMS	Guía de intervención mhGAP v2.0: Recomendaciones de primera línea para el tratamiento de enfermedades	2

<b>Tema</b>	<b>Organización (país)</b>	<b>Título y descripción</b>	<b>Nº de referencia</b>
		mentales, neurológicas y por consumo de sustancias para profesionales sanitarios no especialistas	
Promoción y prevención	OMS	Self-Help Plus (SH+): una guía para reducir el estrés	30
Promoción y prevención; tratamiento	OMS	Hacer lo que es importante en momentos de estrés: Una guía ilustrada de autoayuda para adultos que sufren angustia psicológica	31
Promoción y prevención; tratamiento	OMS	Pensando en Salud: Manual de intervención para la depresión perinatal	40
Tratamiento	OMS	Problem Management Plus (PM+): manual de intervención para los síntomas de la depresión, la ansiedad y el estrés	29. 47
Tratamiento	OMS	Terapia Interpersonal de Grupo (PIT) para la Depresión: manual de intervención	41
Tratamiento	OMS	Directrices para mejorar el desarrollo de la primera infancia: Incluye una recomendación para integrar las intervenciones psicosociales de apoyo a la salud mental materna en los servicios de salud y desarrollo de la primera infancia.	5
Tratamiento	OMS	Listas de medicamentos esenciales	48
Tratamiento	National Library of Medicine (Estados Unidos)	Base de datos sobre medicamentos y lactancia (LactMed): Información sobre la medicación durante la lactancia	49
Capacidades de los proveedores	OMS	Habilidades psicosociales básicas: Guía para los responsables de COVID-19	50

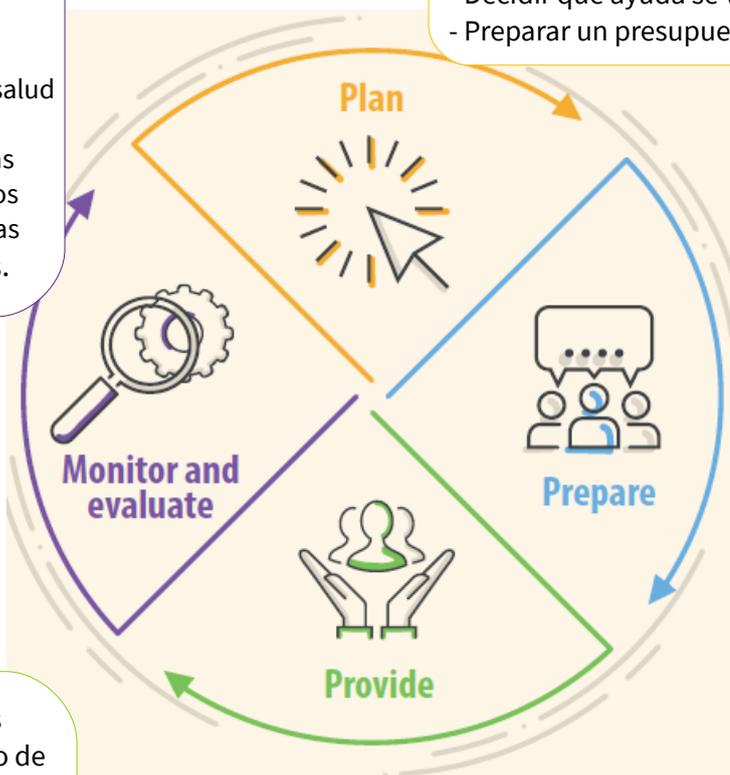
## 4. Integración de los programas:

### Pasos para integrar la salud mental en los servicios de salud materno-infantil

Evaluar el progreso respecto a los objetivos de servicio.

- Adaptar los objetivos en función del rendimiento y los resultados del centro.
- Detectar las brechas en la prestación de servicios de salud mental.
- Compartir los avances y las lecciones aprendidas con los proveedores de servicios, las mujeres y los financiadores.

- Involucrar a los responsables de la financiación, la prestación y la aceptación.
- Entender qué apoyo de salud mental se necesita y de qué se dispone actualmente.
- Decidir qué ayuda se va a prestar.
- Preparar un presupuesto.



- Garantizar que todas las mujeres reciben un apoyo de salud mental adaptado a sus necesidades (enfoque de atención escalonada).
- Proporcionar a todas las mujeres un apoyo que promueva una buena salud mental.
- Apoyar el reconocimiento de los problemas de salud mental por parte de las mujeres, sus familias y los proveedores de servicios.
- Facilitar el acceso al tratamiento de las mujeres con problemas de salud mental.

- Trabajar con los proveedores sanitarios y comunitarios pertinentes para desarrollar un itinerario asistencial y estrategias de derivación.
- Adaptar el apoyo al contexto y la cultura locales.
- Promover una atención respetuosa.
- Identificar a los proveedores de servicios para que presten apoyo en materia de salud mental.
- Formar a los proveedores de servicios y establecer estructuras de supervisión.
- Abordar la estigmatización de las enfermedades mentales.

## 4.1 Planificación

Un plan para integrar la atención de salud mental durante el periodo perinatal en los servicios de salud materno-infantil debe incluir:

Detección de mujeres con condiciones de PMH.	Identificación de mujeres que podrían beneficiarse de apoyo mental.	Remisión a otros servicios que puedan ofrecer apoyo adicional.
--	---	--

La planificación debe reflejar la cultura y el contexto locales y basarse en una cuidadosa consideración de las necesidades de las mujeres durante el embarazo y durante el año posterior al parto, los servicios disponibles y los presupuestos.

Al elaborar un plan, debe tenerse en cuenta lo siguiente.

*Los defensores de la comunidad y los coordinadores de salud mental son cruciales para dirigir los programas en torno a los retos, aprender de ellos e impulsar el proceso de integración.*

### Formar un equipo de trabajo básico

#### **Identificar a los líderes**

En primer lugar, hay que identificar a las personas que dirigirán la planificación y la integración de la atención de salud mental en los servicios de salud materno-infantil. El equipo de trabajo central se encargará de supervisar la integración de la atención de salud mental y deberá garantizar que se consulte a las partes interesadas a lo largo de todo el proceso.

Puede que ya exista un equipo de trabajo básico. Si no es así, debería intentar incluir lo siguiente:

### Posibles miembros del equipo central de trabajo y otras partes interesadas

- mujeres que han pasado por la experiencia del embarazo y el cuidado de otras personas
- familias
- mujeres con experiencia en enfermedades mentales (perinatales)
- gestores de servicios sanitarios del gobierno, el distrito y el centro
- personal de información sanitaria e historiales médicos
- gestores financieros
- proveedores de servicios de salud materno-infantil (por ejemplo, médicos, enfermeras, comadronas, trabajadores sanitarios comunitarios, trabajadores sociales)
- trabajadores, formadores y supervisores de salud mental
- líderes comunitarios
- médicos tradicionales y religiosos
- representantes de ONG, de la sociedad civil y de grupos de defensa de los derechos de las mujeres y los niños
- académicos e investigadores
- organismos internacionales
- donantes

### ***Fijar expectativas***

Los equipos deben tener claras sus responsabilidades y demostrar respeto mutuo y buena comunicación. En el anexo 1 se ofrece un modelo de mandato para un equipo de trabajo con el fin de orientar la integración de los servicios de PMH.

### **Realizar un análisis de la situación**

#### ***Recopilar datos contextuales***

Antes de elaborar un plan, es importante recopilar y analizar información sobre la cultura, el contexto, las políticas existentes, los sistemas, los recursos, las necesidades locales y las barreras a la atención, así como la demanda y la necesidad de atención en salud mental y lo que ya existe para satisfacer la demanda.

Los análisis de situación son dinámicos y continuos.

Garantizan que las intervenciones se adapten al contexto local, sean coherentes con las directrices gubernamentales, se basen en los recursos disponibles y satisfagan las necesidades detectadas. Este tipo de planificación garantiza la participación de la comunidad y su sostenibilidad. Para llevar a cabo este tipo de investigación, que requiere muchos recursos, pueden ser útiles las asociaciones con universidades y ONG.

*Un análisis de la situación proporciona información sobre los servicios y recursos disponibles en la actualidad para apoyar la salud mental de las mujeres, mientras que una evaluación de las necesidades permite estimar el nivel de servicios y recursos necesarios para garantizar que la atención de salud mental esté disponible para todas las mujeres que la necesiten.*

*Esta información puede utilizarse para detectar brechas en la prestación de servicios de salud mental*

#### ***Hablar con las partes interesadas.***

El equipo central de trabajo debe identificarlas y comprometerlas al inicio de la planificación, y deben ser consultadas a lo largo de todo el proceso de planificación, preparación, prestación y evaluación de los servicios de salud mental. Su experiencia en salud mental, los contextos locales y nacionales, y los sistemas de atención sanitaria pueden orientar el proceso y abordar los problemas.

El grupo de partes interesadas dependerá del entorno. Se les pedirá que hagan aportaciones a lo largo del proceso de integración, en reuniones de grupo o consultas individuales, según la situación. La información sobre la prestación actual de atención sanitaria primaria y el contexto local se recabará de las partes interesadas durante las entrevistas, por observación directa, en grupos de discusión y en reuniones informales.

El equipo central de trabajo podría repartirse las tareas o colaborar con los investigadores para el análisis de la situación. Puede ser útil establecer plazos y medios para garantizar que se completen las tareas.

En la página 76 del manual de operaciones del mhGAP (3) figura un ejemplo de análisis de la situación de salud mental.

## **Estudio de caso:** Participación de las partes interesadas (51)

**Título:** Colaboración con las partes interesadas locales para diseñar una intervención de apoyo a la salud mental de las madres adolescentes

**Entorno:** Manhiça, Moatize y Cateme, Mozambique, y Rabai y Mariakani, Kenia

**Descripción:** El Proyecto Catalyst y el Proyecto INSPIRE se diseñaron para identificar los problemas de salud mental de las adolescentes durante el periodo perinatal y diseñar una intervención para abordarlos. Los investigadores identificaron varios grupos de adolescentes embarazadas y grupos implicados en el trabajo con ellas. Se realizaron entrevistas individuales y en grupo con madres adolescentes, sus parejas y familias, líderes comunitarios, proveedores de atención sanitaria y representantes gubernamentales. El personal de maternidad y otros profesionales sanitarios reclutaron a madres jóvenes y a otros participantes en un centro de maternidad. Se pidió a las madres jóvenes que trajeran a sus parejas y familias a los grupos de discusión y que nombraran a otras personas que hubieran influido en su experiencia como madres jóvenes. También se consultó a maestros de escuela y líderes religiosos para identificar el contexto cultural de las madres jóvenes. En colaboración con estas partes interesadas, el equipo diseñó posibles intervenciones para mejorar la salud mental de las madres adolescentes que se consideraron factibles y aceptables para la comunidad.

**Desafíos:** Al reunir a las niñas, sus parejas, los profesionales, los líderes de la comunidad y otras partes interesadas, hay que tener en cuenta la dinámica de poder basada en el sexo, la edad y el empleo. No todas las partes interesadas están acostumbradas a que se les pida su opinión. Aunque reunir a las partes interesadas puede ser una forma muy eficaz de hacerles ver y pensar en los problemas desde una perspectiva diferente, las tensiones entre ellas pueden impedir que se expresen libremente.

**Lecciones aprendidas:** Es importante comprender las relaciones y la dinámica de poder entre los grupos de interés. La confianza debe forjarse con el tiempo. Pasar tiempo con las madres jóvenes y mostrarles que sus experiencias e ideas son importantes les dio confianza para hablar más libremente de sus necesidades y prioridades, así como de posibles soluciones. Todas las partes interesadas deben entender el proceso y su papel en él. La duración de las reuniones debe decidirse cuidadosamente. La información debe facilitarse y solicitarse a las partes interesadas en formatos e idiomas que les resulten cómodos.

## Realización de un análisis de las necesidades

El análisis de la situación proporciona la información inicial necesaria para preparar un presupuesto para la integración de la atención de salud mental en los servicios de SMI. A continuación, deben revisarse las necesidades de atención de salud mental y los recursos necesarios para prestarla. Deben considerarse las siguientes cuestiones:

- **¿Cuál es la necesidad de servicios de salud mental materna?**

Esto puede determinarse a partir de los datos sobre la prevalencia de las afecciones de salud mental materna en el país o la región. Elija los datos más adecuados. Si no se dispone de datos locales o nacionales, se pueden utilizar datos epidemiológicos de entornos similares y ajustarlos, si es necesario, con la ayuda de expertos locales.

- **¿Cuál es el número anual previsto de mujeres que necesitarán atención de salud mental perinatal en los servicios de SMI?**

Esto puede determinarse mediante el debate con los gestores de los servicios de SMI, los investigadores y otros expertos locales. El número debe incluir las intervenciones de promoción de la salud mental para todas las mujeres, así como el tratamiento para aquellas con síntomas leves y moderados.

*Para comprender la situación actual, conviene plantearse las siguientes preguntas:*

- ***¿Qué políticas, planes, directrices y procedimientos operativos normalizados e indicadores están relacionados con la salud mental en la SMI? ¿Prevén apoyo psicosocial para las mujeres? ¿Prevén el tratamiento (incluida la medicación psicotrópica) de los trastornos mentales?***
- ***¿Qué servicios de salud mental se prestan actualmente a las mujeres en el periodo perinatal? ¿Cuál es la calidad de las intervenciones? ¿A cuántas mujeres se atiende? ¿Hay algún grupo de mujeres que no pueda acceder a estas intervenciones (por ejemplo, adolescentes, mujeres con discapacidad, mujeres que viven con el VIH)? ¿De qué recursos disponen actualmente los servicios de salud materno-infantil?***
- ***¿Cómo afectan las creencias y prácticas culturales a la prestación o el uso de la atención de salud mental?***
- ***¿Cuáles son las necesidades y prioridades de las mujeres en materia de atención perinatal de salud mental?***
- ***¿Cuáles son los obstáculos a los que se enfrentan las mujeres para acceder a la atención de salud mental durante el embarazo y el posparto?***
- ***¿Existen brechas u oportunidades evidentes en las que basarse?***
- ***¿Cuál es el presupuesto actual para la prestación de atención de salud mental perinatal? ¿De qué financiación y recursos se dispone para los planes de integración de la atención PMH en los servicios de SMI?***
- ***¿Quién es el responsable de autorizar el presupuesto?***

## **Elaborar un plan y un presupuesto.**

Una vez acordados los objetivos, puede elaborarse un plan y un presupuesto para alcanzarlos teniendo en cuenta las siguientes preguntas:

- **¿Qué servicios deben prestarse?**

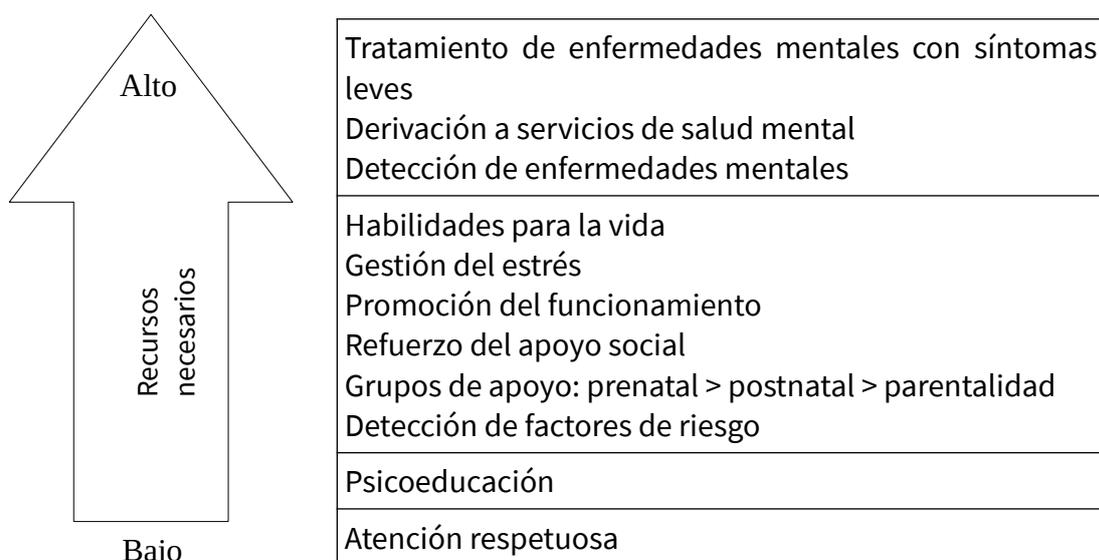
La Fig. 5 propone intervenciones basadas en el tipo de servicio y los recursos disponibles.

- **¿Hasta qué punto podrán los proveedores de servicios de SMI añadir las intervenciones deseadas a sus tareas habituales?**
- **¿Qué recursos son necesarios para la atención de salud mental de las mujeres que acuden a los servicios de SMI durante el periodo perinatal?** Los recursos pueden incluir:
  - proveedores de servicios sanitarios
  - tiempo para formación, supervisión, apoyo, asistencia a reuniones de personal, realización de intervenciones para los proveedores de servicios sanitarios
  - espacios privados para prestar asistencia
  - transporte (para los proveedores de servicios sanitarios y las mujeres)
  - medicación psicotrópica
  - vías de derivación

Las intervenciones deseadas determinarán los tipos de proveedores de servicios y los recursos necesarios para llevarlas a cabo. Si no se dispone de proveedores de servicios o recursos adicionales, las intervenciones elegidas pueden depender de las capacidades y el tiempo disponible del personal ya empleado y de los recursos existentes. Considere la posibilidad de recurrir a voluntarios o a proveedores similares.

- **¿De qué recursos disponen actualmente los servicios de salud materno-infantil que podrían utilizarse para llevar a cabo las intervenciones? ¿Cuáles son los costes asociados a esos recursos?** En el anexo 2 puede consultarse un modelo de presupuesto.
- **¿Cuál es el coste estimado de los recursos adicionales necesarios?** Para determinar esta cantidad, pueden utilizarse los costes de los recursos y servicios existentes.
- **¿De qué presupuesto se dispone para la integración?** La atención de salud mental que se preste vendrá determinada por el presupuesto disponible y por las intervenciones que deban realizarse.

**Fig. 5. Intervenciones de salud mental perinatal según necesidades y recursos**



### **Fijación de objetivos**

En los debates con las partes interesadas locales, se puede dar prioridad a las brechas de servicios para establecer objetivos a corto (3 años) y medio plazo (3-5 años).

Los criterios que pueden utilizarse para seleccionar las prioridades son: el número estimado de mujeres con trastornos mentales, la importancia que las partes interesadas atribuyen a los trastornos que deben abordarse, la gravedad de los trastornos, el impacto potencial de las intervenciones existentes para mejorar los resultados en salud mental y el coste de la intervención. Todo ello puede comprobarse durante el seguimiento y la evaluación de la integración.

Los objetivos deben ajustarse a los planes, políticas y objetivos locales y nacionales de salud mental y salud materno-infantil.

*Los objetivos deben ser claros y alcanzables. Deben incluir un objetivo, un plazo y el resultado que debe medirse. Por ejemplo*

*- El 75% de las comadronas, enfermeras, médicos y trabajadores sanitarios de la comunidad recibirán formación para detectar afecciones relacionadas con la HMP en los primeros 6 meses de aplicación.*

*- Que el 50% de las mujeres que acuden a la atención prenatal reciban educación en salud mental en el primer año de aplicación.*

*En varias publicaciones se ofrece información adicional:*

Tema	Organización / autor	Título y descripción	Nº de referencia
Evaluación de necesidades	Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados	Herramientas para la evaluación de necesidades	52
Investigación ética	Comité Permanente entre Organismos (IASC) Grupo de Referencia sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Situaciones de Emergencia	Recomendaciones para llevar a cabo investigaciones éticas psicosocial en situaciones de emergencia	53
Planificación de los recursos humanos	OMS	Estrategia Mundial sobre recursos humanos para la salud. Workforce,2030	54
Participación de las partes interesadas	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), OMS	“ <i>Nurturing Care Handbook</i> ”, centrado en las familias y las comunidades, ofrece orientaciones prácticas sobre cómo involucrar a las partes interesadas.	55
Colaboración multisectorial	Kuruvilla S, et al.	“ <i>Business not as usual</i> ”: cómo la colaboración multisectorial puede promover un cambio transformador para la salud y el desarrollo sostenible	56

## 4.2 Preparación de la aplicación.

Una vez que el equipo básico de trabajo y las partes interesadas han establecido las necesidades de salud mental perinatal, y recopilado los datos relevantes para planificar su integración en los servicios de SMI, deben prepararse para prestar el servicio. Una preparación cuidadosa garantizará que las estrategias de prestación sean adecuadas para el entorno y que los proveedores de servicios de SMI reciban la formación y el apoyo necesarios.

### **Adaptación al contexto y la cultura.**

La atención que ya se presta en los servicios de SMI y las creencias, valores, actitudes y comportamientos de los proveedores de estos servicios, de las mujeres que acuden a ellos y de sus parejas y familiares son consideraciones importantes a la hora de integrar la atención de salud materno-infantil. El éxito de la integración dependerá de la voluntad de las partes interesadas de ponerla en práctica, participar en ella y apoyarla. Un análisis de la situación ayudará a comprender los servicios existentes y las perspectivas de las partes interesadas; Por tanto, es necesaria una mayor colaboración con ellas para adaptar las intervenciones y las estrategias de prestación al contexto y la cultura locales (57).

Las políticas y la legislación en materia de salud mental y salud materno-infantil pueden diferir mucho de un país a otro. Se deben tenerse en cuenta las relacionadas con la salud mental y los derechos humanos.

Las prácticas culturales locales afectan al modo y el momento en que las mujeres pueden acceder a los servicios de salud materno-infantil. Por ejemplo, en contextos en los que se espera que las mujeres pasen un tiempo determinado en sus hogares después del parto, lo ideal sería que los trabajadores sanitarios de la comunidad proporcionaran apoyo inicial en materia de salud mental. Consideraciones como quién toma las decisiones en los hogares y los derechos de las mujeres a la seguridad personal, la autonomía y el empoderamiento económico también influyen en el acceso de las mujeres a los servicios. La estigmatización de las enfermedades mentales puede retrasar o impedir que las mujeres busquen ayuda.

## **Recursos humanos**

Los proveedores de servicios de salud mental perinatal aseguran la continuidad de la atención y de la gestión de los casos, lo que resulta en menos pérdidas en el seguimiento y una mejor coordinación de la atención. La dotación de personal y la efectividad de los servicios, incluida la contratación, las habilidades, la capacitación, el desarrollo de capacidades y el bienestar de los proveedores de servicios pueden verse afectados por muchos problemas, y los administradores y planificadores de la atención médica deben tenerlos en cuenta.

*Considere la dinámica de género. Las mujeres en el período perinatal pueden preferir recibir atención de personal femenino.*

### **Proceso de contratación**

En muchos entornos, la contratación de proveedores de servicios cualificados para formar, supervisar y prestar atención en salud mental perinatal, puede resultar difícil, ya que pocas personas suelen tener conocimientos y aptitudes en salud mental. Además, tener una financiación adicional limitada para la integración de la salud mental perinatal, puede dificultar la contratación de proveedores de servicios adicionales. En estas situaciones puede ser eficaz el reparto de tareas, en el que se delegan tareas específicas para aumentar la atención (58). Por ejemplo, la promoción de la salud, la psicoeducación y el cribado pueden ser proporcionados por compañeros de trabajo capacitados o por trabajadores de la salud de la comunidad. En el cambio de tareas, es importante colaborar estrechamente con los proveedores de servicios para determinar la viabilidad y aceptabilidad de las nuevas responsabilidades.

**Reparto de tareas:** *ampliación de los tipos de proveedores de salud que pueden prestar servicios sanitarios de manera adecuada. No se quitan tareas a un cuadro para dárselas a otro, sino que se dota a cuadros adicionales de la capacidad de asumir tareas identificadas.*

**Cambio de tareas:** *las tareas se redistribuyen de proveedores altamente calificados a proveedores de salud con formación menos intensiva para hacer un uso más eficiente de los recursos humanos.*

## **Formación**

Los requisitos para la formación están determinados por:

- las intervenciones de salud mental perinatal elegidas;
- las habilidades y competencias de los proveedores seleccionados;
- la disponibilidad de proveedores de servicios para proporcionar los diferentes niveles de atención escalonada; y
- si los proveedores de servicios de SMI han recibido capacitación en salud mental antes de la introducción del servicio de salud mental perinatal.

Esto asegurará que la capacitación sea relevante y apropiada, basada en los conocimientos y habilidades existentes. La formación puede proporcionarse sola o como parte de otra capacitación de salud materno-infantil. La formación ayudará a los trabajadores de la salud no solo a evaluar y gestionar las condiciones de salud mental de las mujeres, sino también a aumentar su habilidad general para prestar atención.

## **Competencias**

Para que la aplicación tenga éxito, es necesario que el equipo de trabajo central y las partes interesadas reconozcan los retos que plantea la identificación, el desarrollo y la evaluación de las competencias básicas de los proveedores seleccionados. (59). La formación continua debe basarse en las competencias y proporcionar la competencia necesaria en términos de conocimientos, habilidades y actitudes.

Además del conocimiento básico sobre salud mental perinatal (SMP), la formación debe incluir el aprendizaje y la práctica adecuados a las tareas asignadas (por ejemplo, detección de afecciones de SMP, apoyo psicosocial, intervenciones psicológicas, prescripción, derivaciones, monitoreo), el conocimiento de otros servicios relevantes y las actitudes del proveedor de servicios de salud mental hacia los trastornos de salud mental. Lo ideal sería que la formación en salud mental perinatal fuese parte de la educación previa al servicio.

Los enfoques de formación eficaces permiten que los alumnos se sientan cómodos haciendo preguntas y debatiendo libremente. El aprendizaje participativo, que combina conferencias, estudios de casos, trabajo en grupo, juegos de roles y resolución de problemas, puede hacer que la formación sea amena. Aprovechar las experiencias de los proveedores de servicios de salud materno-infantil puede mejorar la eficacia de la formación. Los juegos de roles estandarizados pueden servir como una herramienta de evaluación para valorar regularmente las competencias del personal capacitado (60).

El contenido de la formación debe adaptarse al contexto y la cultura locales y reflejar la experiencia local.

## **Formación en cascada**

La formación puede ampliarse a un enfoque de formación en cascada (61), en el que un especialista en salud mental (es decir, un formador principal) capacita a profesionales de la salud, quienes luego formarán a otros trabajadores sanitarios comunitarios o a proveedores inter pares. En este planteamiento, los formadores deben tener los conocimientos y aptitudes para impartir formación y enseñar a otros a formar. El uso o adaptación de manuales de

formación vinculados a las políticas, la legislación y las directrices locales y nacionales contribuirá a garantizar la calidad.

Deben ofrecerse oportunidades de formación continua después de la formación. Esto puede incluir revisiones de casos por parte del servicio de salud materno-infantil, formación de actualización para abordar posibles lagunas en conocimientos y habilidades, tutorías en el puesto de trabajo, supervisión y apoyo.

### **Recursos formativos.**

Se pueden utilizar materiales de lectura, herramientas (por ejemplo, protocolos, procedimientos operativos estándar, carteles, tarjetas) o recursos en línea para dar apoyo a la formación presencial. Esto también garantiza el acceso a la información mucho después de que se haya completado la formación. Pueden ser útiles los enlaces a cualquier plataforma nacional de teleformación, como la telesalud.

**Estudio de caso:** Formación en cascada en salud mental para trabajadores de atención primaria (62)

**Title:** Experiencia en la "formación de formadores"

**Entorno:** Nigeria (participantes de 8 estados nigerianos)

**Descripción:** En Nigeria, los trabajadores de salud comunitarios que trabajan en centros de atención primaria suelen recibir formación en salud física, pero no en salud mental. Se preparó una formación intensiva de formadores en salud mental, de una semana de duración, para 24 empleados que forman a trabajadores sanitarios comunitarios. Los participantes completaron un cuestionario para evaluar sus conocimientos y actitudes hacia los problemas de salud mental antes y después del entrenamiento. La formación constaba de cinco componentes: conceptos básicos (salud mental y consecuencias); competencias básicas (habilidades de apoyo a la salud mental); trastornos neurológicos comunes; trastornos psiquiátricos; y vínculos entre la salud mental y otras prestaciones de atención médica. Las sesiones consistieron en teoría, debate y juego de roles.

**Desafíos:** Ciertas creencias socioculturales, como que las personas con un trastorno de salud mental no pueden recuperarse, requerirían una intervención a largo plazo para reducir la estigmatización. Los cambios en el conocimiento se evaluaron inmediatamente después de la formación, pero la retención del conocimiento no se controló a lo largo del tiempo.

**Lecciones aprendidas:** Las puntuaciones sobre el conocimiento de la salud mental aumentaron entre el pre-entrenamiento (60.4%) y el post-entrenamiento (73.7%). La formación también redujo algunas (pero no todas) de las actitudes negativas hacia los trastornos mentales.

### **Supervisión clínica**

La supervisión clínica ofrece a los proveedores de servicios la oportunidad de discutir casos difíciles, de compartir ideas sobre cómo hacer las cosas de manera diferente y de aliviar cualquier estrés emocional que puedan haber experimentado al prestar atención SMP. La supervisión clínica para garantizar la prestación de una atención de salud mental de alta calidad incluye tanto la tutoría como la supervisión de apoyo. Ambas apoyan a los proveedores de servicios y refuerzan sus capacidades. Lo ideal es que la supervisión corra a cargo de un especialista en salud mental o un formador, pero también puedan realizarla compañeros o proveedores de servicios no especializados (por ejemplo, obstetras, ginecólogos, enfermeras, comadronas y trabajadores sanitarios comunitarios) con experiencia en salud mental. En los casos en los que haya pocos especialistas en salud mental, puede utilizarse un modelo de

supervisión en cascada. En este modelo, un responsable cualificado y con experiencia supervisa a uno o varios profesionales con menos experiencia, que a su vez supervisan a los proveedores de servicios, ya sea individualmente o en grupo.

### ***Supervisión con tutores***

En la supervisión con tutores participa un tutor, que es un proveedor de SMI con un nivel superior de formación profesional (por ejemplo, obstetra, ginecólogo, psiquiatra, comadrona), que presta apoyo a un «alumno», que tiene un nivel inferior de formación (por ejemplo, enfermera, trabajador sanitario comunitario) en un entorno clínico. La colaboración mejora la práctica individual mediante:

- La revisión de los casos de SMP y retroalimentación constructiva para mejorar la práctica;
- Una reflexión orientada sobre las actitudes, creencias y comportamientos personales que pueden mantener los estereotipos y la estigmatización asociados a las enfermedades mentales; y
- El apoyo para prevenir la angustia o el agotamiento en el alumno y fomentar el autocuidado.

### ***Supervisión del apoyo***

En la supervisión del apoyo participa un gestor (es decir, un supervisor) que es responsable de la atención prestada por un grupo de proveedores de salud materno-infantil (es decir, los supervisados). El gestor ayuda a los proveedores a mejorar continuamente su práctica clínica. La supervisión debe llevarse a cabo con regularidad y con una comunicación abierta y bidireccional que sea respetuosa y no autoritaria. Se puede utilizar para mejorar los conocimientos y habilidades de los proveedores, mejorar el trabajo en equipo, realizar revisiones de gestión de casos y evaluar el desempeño en relación con los objetivos del equipo.

### ***Autocuidado del proveedor de SMI***

Los proveedores de SMI tienen trabajos estresantes y a menudo conllevan una pesada carga emocional. El autocuidado es una parte importante para mantener un equilibrio saludable entre el trabajo y la vida personal, y aumenta la resiliencia a los factores estresantes del trabajo. Ser consciente del propio bienestar mental, físico y emocional significa dedicar tiempo a cuidarse. Quienes brindan terapia psicológica o asesoramiento deben hablar y compartir sus experiencias en un espacio seguro. No pueden seguir escuchando y ayudando a otras personas si no se cuidan a sí mismos. Los proveedores de salud maternoinfantil también pueden tener factores estresantes en sus propias vidas. Deben abordar su propia salud emocional para asegurarse de que pueden cuidar bien a las mujeres a las que prestan servicio.

### ***Coordinación de la atención***

A menudo, la atención sanitaria primaria requiere la colaboración con otros servicios pertinentes. Por ejemplo, una mujer que sufre depresión durante el embarazo puede recibir apoyo de una comadrona; sin embargo, seguirá necesitando atención y apoyo tras el nacimiento de su bebé, que puede proporcionarle un trabajador sanitario comunitario que también preste atención prenatal y neonatal. En determinados entornos, puede disponerse de atención adicional por parte de servicios sociales, laborales, comunitarios, jurídicos y otros servicios de

salud mental, organizaciones comunitarias, organizaciones confesionales y curanderos tradicionales y religiosos para proporcionar más apoyo.

La integración exitosa de la atención en salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil requiere una coordinación efectiva para garantizar que las mujeres reciben la atención que necesitan en el momento adecuado. Esto incluye establecer itinerarios asistenciales claros para las mujeres que acuden a los servicios de salud materno-infantil y requieren atención de salud mental, así como gestionar sus casos y derivarlas a servicios de salud mental de nivel superior y a otros servicios formales e informales pertinentes.

### ***Itinerarios asistenciales***

Debería elaborarse una guía clara paso a paso de los itinerarios asistenciales para ayudar a los proveedores de servicios de SMI en la toma de decisiones. Incluiría criterios y orientaciones para derivar a los pacientes a los servicios locales de salud mental de nivel superior, apoyo social y organizaciones comunitarias. (Fig. 6). Estos recursos se identificarán en el análisis de la situación durante la planificación.

#### **Fig. 6. Ejemplos de proveedores locales para la coordinación de la atención y el apoyo**

Grupos confesionales  
Programas de lucha contra la pobreza  
Programas de trastornos por consumo de sustancias  
Servicios de violencia de género  
**Servicios de salud materno-infantil**  
Grupos de apoyo de la comunidad  
Servicios especializados de salud mental  
Servicios Sociales  
Servicios de vivienda

Al desarrollar un itinerario asistencial, tenga en cuenta lo siguiente:

- Puntos de acceso para que las mujeres puedan acceder a los servicios. Estos pueden incluir centros de atención primaria, hospitales, unidades de maternidad y clínicas de salud infantil. También pueden incluir organizaciones no sanitarias como ONGs, asociaciones de mujeres y de padres/madres, y grupos religiosos.
- Un enfoque escalonado de los servicios basado en la promoción y prevención de la salud mental para todas las mujeres que acuden a los servicios de salud materno-infantil, con un tratamiento breve para las que presentan síntomas leves y derivación a una atención más amplia para las que presentan síntomas de moderados a graves.
- Funciones de los proveedores de servicios de salud materno-infantil en la prestación de atención de salud mental (Tabla 2).
- Sistemas de seguimiento de las derivaciones y retroderivaciones para la gestión de casos,
- Un directorio de recursos de fácil uso, que debe actualizarse periódicamente y ofrecer el mayor número posible de detalles, como horarios de apertura y nombres y datos de contacto de los proveedores. Los recursos no tienen por qué ser organizaciones formales; los grupos y asociaciones de la comunidad, los educadores inter pares eficaces y otras fuentes informales de apoyo son recursos importantes.

**Tabla 2. Ejemplos de roles de proveedores de salud materno-infantil en un itinerario asistencial**

<b>Proveedores de salud materno-infantil</b>	<b>Función.</b>
Trabajadores de la salud comunitarios Trabajadores inter pares formados Voluntarios y voluntarias Trabajadores y trabajadoras sociales Promotores de la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar o proporcionar apoyo social básico y crear conciencia sobre las condiciones de salud mental</li> <li>• Dar reconocimiento a las mujeres que experimentan problemas de salud mental</li> <li>• Proporcionar intervenciones psicológicas básicas y/o psicoeducación a las mujeres y sus familias en la comunidad</li> <li>• Derivar a las mujeres en el periodo perinatal con sospecha de trastornos mentales a los centros de salud materno-infantil</li> <li>• Dar seguimiento a las mujeres de la comunidad con problemas de salud mental identificados</li> </ul>
Matronas Matronas asociadas Enfermeras Enfermeras asociadas Médicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar evaluaciones de salud mental</li> <li>• Preparar planes de tratamiento en colaboración con las mujeres</li> <li>• Controlar y apoyar la adherencia al tratamiento</li> <li>• Proporcionar psicoeducación, asesoramiento básico e intervenciones psicológicas en comunidades e instalaciones</li> <li>• Aceptar derivaciones de trabajadores de la salud comunitarios</li> <li>• Derivar casos complejos a atención especializada</li> <li>• Capacitar, supervisar y apoyar a los trabajadores de la salud comunitarios</li> <li>• Seguimiento de las mujeres con problemas de salud mental que acuden a centros de salud materno-infantil</li> </ul>
Psiquiatras Enfermera a cargo del área de salud mental Psicólogos Otros especialistas en salud mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar la atención de SMP en los servicios de SMI</li> <li>• Realizar evaluaciones de diagnóstico</li> <li>• Proporcionar tratamiento a mujeres con trastornos de la salud mental de moderados a graves</li> <li>• Capacitar, supervisar y apoyar al personal de salud materno-infantil</li> </ul>

La coordinación intersectorial de la atención y el apoyo pueden evitar la duplicidad de servicios y asegurar más apoyo a las mujeres en el periodo perinatal. Es importante colaborar con los proveedores locales pertinentes a la hora de establecer el servicio para fomentar la propiedad compartida y el compromiso con el itinerario asistencial. Más tarde, la interacción regular en reuniones formales (para discutir la implementación) y reuniones informales (para celebrar los éxitos) puede ayudar a mantener relaciones de colaboración y canales de comunicación claros. Puede ser útil establecer acuerdos o procedimientos operativos estándar con las organizaciones colaboradoras para definir roles, alinear los itinerarios e identificar roles y responsabilidades.

***Si es posible, los servicios de salud mental deben ofrecerse en el mismo lugar que los servicios de SMI. A menudo resulta difícil para las mujeres desplazarse a varios centros, lo que puede suponer una barrera importante para el uso de los servicios y garantizar un apoyo más completo a las mujeres en el periodo perinatal.***

## **La derivación**

La derivación es una parte esencial de la atención de SMP. Se debe establecer un sistema de derivación antes de identificar a las mujeres con afecciones de salud mental y debe estar vinculado al itinerario asistencial. Si esto no se hace, es posible que no se cumplan las expectativas de ayuda y que se rompa la confianza de las mujeres, lo que tendría un impacto negativo en el futuro uso de los servicios y en sus resultados en salud.

Un sistema de derivación eficaz proporciona enlaces con todos los niveles del sistema sanitario y mecanismos de derivación hacia y desde servicios de apoyo ajenos al sector sanitario. Los gestores de casos y los proveedores deben recibir formación sobre los criterios para realizar una derivación a servicios específicos en la vía local de atención.

## **Gestión de casos**

A menudo resulta difícil para las mujeres que padecen trastornos de SMP, aprovechar al máximo la atención y el apoyo disponibles. La gestión de casos consiste en coordinar la atención y el apoyo de las mujeres que acuden a los servicios de SMI (véase la Fig. 7). En los servicios de SMI, los casos pueden ser gestionados por varios proveedores de servicios (por ejemplo, matrona, médico asociado, enfermera asociada, enfermera, médico no especialista, especialista en salud mental) si han recibido la formación adecuada. También deben tener supervisión y apoyo regulares.

Fig. 7. Gestión de casos

### **PASO 1.**

Se evalúan las necesidades de la mujer (por ejemplo, salud mental, salud física, apoyo social, financiero y legal) y sus fortalezas (por ejemplo, apoyo del que dispone, recursos financieros, vínculos comunitarios).

### **PASO 2**

Se desarrolla un plan de atención factible en colaboración con la mujer de acuerdo con las prioridades acordadas y la atención y el apoyo disponibles.

### **PASO 3**

La mujer es introducida en los servicios a través de una derivación.

### **PASO 4**

El compromiso de la mujer con los servicios y los resultados se supervisan y discuten en las citas de seguimiento.

### **PASO 5**

El plan de atención se adapta, cuando es necesario, y se reevalúa el progreso.

En varias publicaciones se proporciona información adicional sobre el personal y la coordinación de la atención:

<b>Tema</b>	<b>Organización (país)</b>	<b>Nombre y Descripción</b>	<b>Nº de referencia</b>
Reparto de tareas	OMS	Reparto de tareas para mejorar el acceso a la planificación familiar	63
Recursos humanos	OMS	Directrices para la planificación de recursos humanos en salud ambiental y ocupacional	64
Recursos humanos	OMS	Estrategia global de recursos humanos para la salud: “Workforce 2030“	65
Recursos humanos	OMS	Recomendación de política global. Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas y rurales mejorando la retención	66, 67
Integración	OMS	Experiencia global de los trabajadores de salud comunitarios para la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud: una revisión sistemática, estudios de casos de países y recomendaciones para la integración en los sistemas nacionales de salud	66
Manual de operaciones de salud mental	OMS	Manual de operaciones de mhGAP	3
Competencia del proveedor	OMS	Garantizar la calidad en el apoyo psicosocial (EQUIP)	68
Formación	OMS	Formación de formadores y supervisores mhGAP. El manual proporciona recursos para la capacitación en salud mental.	69
Formación	Proyecto de Salud Mental Perinatal (Sudáfrica)	Película sobre habilidades de compromiso empático Salud mental materna: una guía para trabajadores sociales y de la salud	70, 71
Formación	OMS	Guía de intervención mhGAP para habilidades de comunicación efectivas	2
Autocuidado	Proyecto de Salud Mental Perinatal (Sudáfrica)	Folleto de autocuidado para proveedores de atención médica	72
Autocuidado	OMS	Guía sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar	73

## 5. La atención de necesidades especiales

Algunas mujeres son más vulnerables a las condiciones de salud mental durante el periodo perinatal. Los proveedores de servicios deben ser conscientes de sus necesidades, cómo apoyarlas en los servicios de salud materno-infantil y dónde derivarlas para recibir atención adicional. Es probable que las mujeres que tienen necesidades adicionales durante el embarazo experimenten una mayor estigmatización y puedan tener dificultades para participar en los servicios por varias razones. Es fundamental que los servicios de SMP sean respetuosos e inclusivos para todas las mujeres. Los análisis situacionales y las evaluaciones de necesidades se pueden utilizar para identificar si hay una alta proporción de mujeres en el contexto con necesidades específicas y para diseñar servicios apropiados para ellas con los recursos disponibles. Cada sección a continuación ofrece una breve descripción de las características, las necesidades adicionales asociadas y los recursos que podrían utilizarse en diferentes situaciones.

### 5.1. Antecedentes de problemas de salud mental

Las mujeres que quedan embarazadas pueden tener antecedentes o una afección de salud mental actual, que puede o no haber sido diagnosticada y tratada. Estas mujeres tienen un mayor riesgo de que sus síntomas de salud mental empeoren durante el período perinatal. Es importante identificar a las mujeres con antecedentes de problemas de salud mental debido al posible impacto tanto en las mujeres como en sus bebés.

#### Consideraciones adicionales para la prestación de servicios

- Vigilar la salud mental durante todo el periodo perinatal, en particular inmediatamente después del parto.
- La medicación para una enfermedad mental durante el embarazo y la lactancia debe ser administrada por un especialista en salud mental (Posible).
- Los proveedores de salud materno-infantil deben comprender los riesgos para la mujer y su bebé de comenzar, suspender o cambiar la medicación.
- Si una mujer ha utilizado anteriormente los servicios de salud mental, la atención de SMI debe coordinarse con esos equipos.
- Incluir a familiares que apoyen a la mujer en su cuidado y elaborar un plan en caso de que empeoren los síntomas de salud mental.
- Los servicios de salud materno-infantil deben contar con suministros adecuados de medicamentos para las afecciones de salud mental.

Algunas publicaciones proporcionan información adicional sobre las prestación de servicios:

<b>Tipo de recursos</b>	<b>Organización (país)</b>	<b>Título</b>	<b>Nº de referencia</b>
Guía De Buenas Prácticas	Royal College of Obstetricians and Gynecologists (Reino Unido)	Manejo de mujeres con problemas de salud mental durante el embarazo y el periodo perinatal	74
Hojas informativas	Centro de Excelencia Perinatal (Australia)	Hojas informativas de salud mental perinatal para profesionales de la salud	75
Hojas informativas	Centro de Excelencia Perinatal (Australia)	Hojas informativas de salud mental prenatal para mujeres y familias	76

## 5.2. Uso de sustancias

El consumo de alcohol y drogas durante el período perinatal puede comprometer la salud y la vida social de las mujeres y sus bebés. Las mujeres pueden usar sustancias para tratar los síntomas de la mala salud mental o las circunstancias difíciles de la vida. El consumo de sustancias puede afectar a su capacidad para ejercer como madres, disminuir la probabilidad de que accedan a los servicios y aumentar el riesgo de sufrir violencia de género. Como el uso de sustancias durante el embarazo está altamente estigmatizado, es poco probable que las mujeres revelen su uso a los proveedores de servicios.

### Consideraciones adicionales para la prestación de servicios

- Proporcionar información sin prejuicios a las mujeres sobre los riesgos del uso de sustancias durante el embarazo.
- Identificar las necesidades y los desencadenantes del uso de sustancias y el apoyo disponible.
- Involucrar a amigos o familiares (con el permiso de la mujer) en la prestación de apoyo.
- Hacer un plan con la mujer para abordar los desencadenantes del consumo de sustancias.
- Derivar a las mujeres a grupos y servicios de apoyo para el uso de sustancias y alcohol cuando sea apropiado y esté disponible.

Se proporciona información adicional sobre la identificación y el manejo de los trastornos por el uso de sustancias durante el embarazo en el siguiente documento:

<b>Tipo de recursos</b>	<b>Organización</b>	<b>Título</b>	<b>Nº de referencia</b>
Guía De Buenas Prácticas	OMS	Pautas para la identificación y el manejo del uso de sustancias y los trastornos por uso de sustancias en el embarazo	77

### 5.3. Autolesiones o pensamientos suicidas

El suicidio es una de las principales causas de muerte entre las mujeres. La depresión es un riesgo importante de suicidio, y hasta el 20% de las mujeres con afecciones de SMP experimentan pensamientos suicidas o autolesiones (34). El riesgo es mayor entre las adolescentes. Los pensamientos y comportamientos relacionados con el suicidio incluyen pensamientos sobre el suicidio, la planificación del suicidio y la toma de acciones para poner fin a la vida.

Los pensamientos suicidas no siempre conducen a planes para terminar con la vida, aunque la mayoría de los suicidios siguen algunas señales de advertencia. Algunas personas tienen pensamientos o comportamientos suicidas sin una condición de salud mental previa.

#### Consideraciones adicionales para la prestación de servicios

- Los proveedores de servicios de salud materno-infantil deben preguntar sistemáticamente a las mujeres sobre sus pensamientos de autolesión y suicidio:
  - si se sienten desesperanzados y/o tienen una visión negativa de su futuro,
  - si tienen pensado autolesionarse o
  - si han intentado hacerse daño antes, ya que las mujeres que previamente se autolesionaron corren un mayor riesgo de suicidarse en el futuro.
- Derivar a las mujeres con pensamientos y comportamientos suicidas para que sean evaluadas urgentemente por un médico o un profesional de la salud mental y para que reciban asesoramiento.
- Desarrollar un plan claro para la seguridad de la mujer con la familia, si es posible.
- En el caso de las mujeres con tendencias suicidas activas, informar a todos sus profesionales sanitarios y personas cercanas. No se debe dejar a una mujer sola hasta que se minimice el riesgo.

Algunas publicaciones proporcionan información adicional sobre suicidio y autolesiones en el periodo perinatal:

Tipo de recursos	Organización (país)	Título	Nº de referencia
Folleto informativo	OMS	Suicidio.	78
Folleto informativo	Proyecto de Salud Mental Perinatal (Sudáfrica)	Ideas suicidas durante el periodo perinatal	79
Guía De Buenas Prácticas	Centro de Excelencia Perinatal (Australia)	Guía para evaluar el riesgo de suicidio	80

## 5.4. Discapacidad y enfermedad física

Las mujeres con una enfermedad o discapacidad física pueden experimentar problemas y preocupaciones particulares en relación con el embarazo, el parto y la parentalidad, que pueden causarles mayor estrés y afectar a su salud mental. Estas mujeres también corren un mayor riesgo de estigmatización debido a su estado de salud, que puede empeorar durante el período perinatal. Los proveedores de atención médica deben garantizar que los servicios sean accesibles e inclusivos para todas las mujeres. Estas mujeres deben poder tomar decisiones con conocimiento de causa durante su atención en el SMI y sentir que tienen voz y voto en su atención.

### Consideraciones adicionales para la prestación de servicios

- Formar a los proveedores de servicios en las necesidades asociadas a la enfermedad física y la discapacidad y en cómo afectan a la atención en los servicios de SMI.
- Preparar el centro sanitario para que sea lo más accesible posible (por ejemplo, acceso para sillas de ruedas, cunas para bebés o que se abran lateralmente) y proporcionar atención domiciliaria (si es necesario) o atención cerca del domicilio de la mujer.
- Asegurarse de que los proveedores de servicios sean respetuosos e inclusivos con todas las mujeres en el momento de prestarles atención.

En las publicaciones que se enumeran a continuación se ofrece información adicional sobre la SMP y la discapacidad y la enfermedad física en el periodo perinatal:

Tipo de recursos	Organización	Título	Nº de referencia
Herramientas	ONU – Naciones Unidas	Kit de herramientas sobre discapacidad en África: servicios de salud inclusivos para personas con discapacidad	81
Folleto informativo	OMS	Hoja informativa sobre discapacidad y salud	82

## 5.5. VIH/SIDA

Muchas mujeres que viven con el VIH se enteran de su estado por primera vez durante el embarazo. El estrés de vivir con el VIH, incluida la estigmatización y las preocupaciones económicas, hace que las mujeres sean vulnerables a la depresión y la ansiedad. Las afecciones mentales también pueden tener un impacto negativo en la progresión del VIH/SIDA, ya que, si no se tratan, pueden dar lugar a una menor adherencia al tratamiento del VIH, a la pérdida de citas rutinarias de salud materno-infantil y a un mayor riesgo de muerte materna relacionada con el VIH.

### Consideraciones adicionales para la prestación de servicios

- Coordinar los vínculos y remitir a los proveedores de servicios y grupos de apoyo relacionados con el VIH.
- Formar a los proveedores de servicios en el apoyo a las mujeres que viven con VIH/SIDA.

Tipo de recursos	Organización (país)	Título	Nº de referencia
Folleto informativo	Proyecto de Salud Mental Perinatal (Sudáfrica)	VIH y condiciones de salud mental materna	83
Guía de buenas prácticas	OMS	Salud mental y VIH-SIDA	84

## 5.6. Embarazo en adolescentes

Las adolescentes (de 10 a 19 años) que se quedan embarazadas, puede que se tengan que enfrentar a retos como la estigmatización y la dificultad para terminar los estudios y encontrar empleo mientras cuidan de sus hijos. Son especialmente vulnerables a los abusos físicos o sexuales. Las adolescentes embarazadas corren un mayor riesgo de padecer problemas de salud mental, en particular depresión, que las adolescentes que no están embarazadas y las adultas embarazadas.

### Consideraciones adicionales para la prestación de servicios

- Crear un entorno favorable para los adolescentes que garantice la privacidad y genere confianza.
- Proporcionar información sobre la salud física y mental en un lenguaje y formato apropiados.
- Proporcionar asesoramiento para adolescentes en peligro.
- Tratar de identificar a un adulto de apoyo que pueda acompañar a la adolescente a los servicios de salud materno-infantil, durante el parto y el nacimiento y apoyarla después de que nazca su bebé.

Se proporciona información adicional sobre SMP y embarazo en adolescentes en los siguientes documentos:

Tipo de recursos	Organización (país)	Título	Nº de referencia
Folleto informativo	Proyecto de Salud Mental Perinatal (Sudáfrica)	Embarazo adolescente y enfermedad mental	85
Folleto informativo	Proyecto de Salud Mental Perinatal (Sudáfrica)	Recurso para adolescentes embarazadas	86

## 5.7. Embarazo y aborto no deseados

Un embarazo inesperado o involuntario puede tener consecuencias para la salud mental tanto de las mujeres como de sus hijos. Las mujeres que no tienen más remedio que continuar con un embarazo no deseado pueden experimentar una mala salud mental, mientras que la interrupción de un embarazo debe tratarse con sensibilidad, pero también puede tener consecuencias negativas para la salud mental de las mujeres.

### Consideraciones adicionales para la prestación de servicios

- Proporcionar información fácilmente accesible sobre las opciones legales de un usuario del servicio para un embarazo no planificado.
- Asegurar que los proveedores de atención médica estén capacitados para prestar atención segura, respetuosa y no discriminatoria a las mujeres con un embarazo no deseado y a las que interrumpen su embarazo.
- Asesorar o derivar a las mujeres para que exploren sus opciones legales y tomen sus propias decisiones.
- Determinar si una relación abusiva o un trauma sexual condujeron al embarazo no deseado. En tal caso, se proporciona asesoramiento de apoyo y se remite a la mujer a servicios de asesoramiento más intensivos, apoyo psicosocial o servicios jurídicos.

Se proporciona información adicional sobre SMP y embarazo y aborto no deseados en los siguientes documentos:

Tipo de recursos	Organización (país) / Autor	Título	Nº de referencia
Revisión bibliográfica	Horvath S, Schreiber CA	Embarazo no deseado, aborto inducido y salud mental	87
Base de Datos.	OMS	Base de datos global de políticas de aborto	88

## 5.8. Perder un bebé

Cuando las mujeres pierden a sus hijos por interrupción del embarazo, aborto espontáneo, mortinato o muerte neonatal, ellas y sus parejas necesitan apoyo emocional. Las mujeres pueden tener diversas reacciones emocionales ante la pérdida de un embarazo o un bebé, como experimentar conmoción, culpa, ira y tristeza. Muchas mujeres no saben cómo decírselo a sus familiares y amigos, y pueden necesitar apoyo para hacerlo.

### Consideraciones adicionales para la prestación de servicios

- Impartir formación a los proveedores de servicios sobre cómo apoyar a las mujeres tras la pérdida de un embarazo.
- Evaluar el estado de salud mental de las mujeres después de una pérdida.
- Proporcionar o derivar para asesoramiento, según sea necesario.
- En casos de muerte fetal, a las mujeres y sus parejas se les puede dar una o más opciones:
  - tener un recuerdo del bebé
  - ver una fotografía del bebé
  - ver al bebé
  - sujetando al bebé

En esta publicación se proporciona información adicional sobre la SMP y la pérdida del bebé:

Tipo de recursos	Autor	Título	Nº de referencia
Guía De Buenas Prácticas	Geller PA et al.	Aspectos psicológicos y médicos de la pérdida del embarazo	89

## 5.9. Nacimiento prematuro, mala salud infantil

Los cuidadores de bebés que nacen prematuros o con mala salud suelen estar estresados y preocupados. Es posible que los bebés tengan que pasar mucho tiempo en cuidados intensivos, lo que puede limitar la vinculación con sus madres y dificultar la lactancia materna.

### Consideraciones adicionales para la prestación de servicios

- Proporcionar información clara a las mujeres sobre la salud de sus bebés y lo que pueden esperar.
- Asegurarse de que las mujeres puedan hablar sobre sus preocupaciones con los proveedores de servicios.
- Detectar síntomas de deterioro de la salud mental en las mujeres.

En las publicaciones que se enumeran a continuación, se ofrece información adicional sobre SMP y los partos prematuros y la mala salud infantil:

Tipo de recursos	Autor	Título	Nº de referencia
Documento revisado por expertos	Anderson C, Cacola P	Implicaciones del parto prematuro para la salud mental materna y el desarrollo infantil	90
Revisión sistemática	Vigod SN, et al.	Prevalencia y factores de riesgo de depresión posparto en mujeres con bebés prematuros y de bajo peso al nacer	91
Estudio de prevalencia	Lambrenos K, et al.	El efecto de la discapacidad de un niño en la salud mental de la madre	92

## 5.10. Dificultad para establecer vínculo

Una relación estrecha e íntima o "vinculación" entre una mujer y su bebé es muy importante para el desarrollo emocional y físico del bebé. Algunas mujeres pueden encontrar dificultades para formar un vínculo emocional con sus bebés, porque el embarazo no fue deseado o debido a experiencias infantiles negativas, violencia doméstica o condiciones de salud mental. Las mujeres con problemas de salud mental graves pueden sentirse incapaces o inseguras en la atención a sus bebés. Si las mujeres no establecen un vínculo afectivo con su bebé, esto puede repercutir en su capacidad de respuesta a las necesidades del bebé y en su capacidad para amamantarlo.

### Consideraciones adicionales para la prestación de servicios

- Evaluar las relaciones entre las mujeres y sus bebés de forma rutinaria como parte de la atención posnatal para determinar si se está produciendo una unión saludable. Brindar apoyo cuando sea necesario.
- Determinar si los bebés están alcanzando los hitos normales del desarrollo. Los retrasos pueden tener causas físicas, pero también pueden estar relacionados con un vínculo afectivo deficiente.
- Darles ánimos, demostrarles cómo se vinculan las mujeres con sus bebés y tranquilizarlas diciéndoles que crear un vínculo puede llevar tiempo.
- En caso de dificultad grave para establecer el vínculo afectivo y de que el lactante corra riesgo de desatención, remita el caso a los servicios apropiados.

Se proporciona información adicional sobre la SMP y la vinculación y el apego entre padres e hijos en las publicaciones que se enumeran a continuación:

Tipo de recursos	Organización (país)	Título	Nº de referencia
Guía de buenas prácticas	Centro de Excelencia Perinatal (Australia)	Evaluar la interacción madre-lactante y su seguridad. Una guía para profesionales de la salud	93
Vídeo	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)	El vínculo con tu bebé	94
Parentalidad	Raising Children Network (Australia)	Vinculación y apego: recién nacidos	95

## 5.11. Violencia doméstica y de género

La violencia doméstica y de género (VG) durante el embarazo pone en peligro a las mujeres, a los bebés y a otros miembros de la familia. El periodo perinatal puede desencadenar la violencia y exacerbar el maltrato existente debido a los cambios o tensiones que el embarazo o un nuevo bebé pueden crear en una familia. La violencia aumenta los riesgos de aborto, infección, parto prematuro y lesiones o muerte del bebé. Puede contribuir directamente a problemas emocionales y mentales en la mujer, como depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático, que pueden afectar al desarrollo del bebé. Las mujeres que sufren violencia doméstica pueden sentirse vulnerables y solas, pero no quieren denunciar los malos tratos por varias razones. Pueden sentirse culpables o avergonzadas, creyendo que el maltrato es culpa suya. Pueden tener miedo de que los malos tratos empeoren o de que las maten si su agresor sabe que se lo han contado a alguien. Puede que ni siquiera se den cuenta de que están siendo maltratadas o que piensen que el maltrato es normal. La violencia doméstica también puede afectar a los bebés, a través del maltrato infantil y el abandono.

### Consideraciones adicionales para la prestación de servicios

- Impartir formación a los proveedores de servicios de salud materno-infantil sobre la violencia de género y la prestación de un apoyo atento y sin prejuicios a las mujeres.
- Derivar a las mujeres para la evaluación de lesiones, posibles infecciones de transmisión sexual y cualquier otro problema físico.
- Proporcionar información sobre el apoyo disponible en la comunidad para las mujeres que sufren malos tratos o abandono.
- No presionar a las mujeres para que abandonen a sus agresores o denuncien los malos tratos, ya que esto puede ponerlas en peligro.
- Ayudar a las mujeres que quieran y puedan dejar a sus maltratadores.
- Garantizar un asesoramiento continuo en el servicio o en caso de derivación.
- Vigilar a los bebés para detectar signos de maltrato y abandono, y remitir los casos a los servicios de protección infantil.

Se proporciona información adicional sobre SMP y violencia doméstica y de género en las publicaciones que se enumeran a continuación

Tipo de recursos	Organización (país)	Título	Nº de referencia
Folleto informativo	OMS	Hoja informativa sobre la violencia doméstica durante el embarazo	96
Folleto informativo	Proyecto de Salud Mental Perinatal (Sudáfrica)	Ejemplo de folleto para mujeres víctimas de violencia	97

## 5.12. Pobreza

Las mujeres que viven en la pobreza carecen de los recursos financieros para mantener los niveles de vida básicos, como garantizar la alimentación y la vivienda. Tienen menos oportunidades educativas y laborales, están expuestas a entornos de vida insalubres y tienen menos posibilidades de acceder a una atención sanitaria de alta calidad. Estas condiciones de vida estresantes las ponen en mayor riesgo de padecer problemas de salud mental como ansiedad, depresión e ideas y comportamiento suicida. Existe una relación circular entre los trastornos mentales y la pobreza: La pobreza aumenta el riesgo de padecer trastornos mentales, y los trastornos mentales pueden aumentar el riesgo de pobreza.

### Consideraciones adicionales para la prestación de servicios

- Alentar a las mujeres a crear redes sociales sólidas que les proporcionen apoyo en los momentos difíciles.
- Garantizar que los servicios de salud sean accesibles para las mujeres con pocos recursos. La atención en la comunidad puede ser utilizada por aquellas personas que no pueden pagar el transporte a los centros sanitarios.
- Controlar la desnutrición de los lactantes.
- Crear vínculos con grupos de apoyo, ONGs, servicios de vivienda y actividades generadoras de ingresos, que puedan proporcionar apoyo adicional a las mujeres que viven en la pobreza.

En las publicaciones que se enumeran a continuación se ofrece información adicional sobre la SMP y la pobreza:

Tipo de recursos	Organización (país)	Título	Nº de referencia
Folleto informativo	OMS	Informe Mundial sobre la Salud Mental: Transformar la salud mental para todos	98
Folleto informativo	Bettercare (Sudáfrica)	Pobreza y enfermedad mental	99

### 5.13 Entornos humanitarios

En situaciones de emergencia, las personas pueden experimentar duelo, reacciones de estrés agudo, consumo nocivo de alcohol y drogas, depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático. La salud mental puede deteriorarse debido a:

- incapacidad para satisfacer las necesidades básicas; vivienda, alimentos, atención médica, seguridad;
- vulnerabilidad ante la violencia de género, la tortura y la violación;
- pobreza y discriminación de grupos marginados;
- pérdida de seres queridos y sistemas de apoyo social;
- falta de información sobre la respuesta humanitaria, por ejemplo, suministro de alimentos y cómo obtener servicios básicos;
- condiciones de salud mental preexistentes.

#### Consideraciones adicionales para la prestación de servicios

- En los contextos humanitarios, se requiere un servicio rápido y eficaz en un entorno que cambia rápidamente, sometido a presión y en el que los recursos pueden no ser constantes.
- Los servicios de salud mental deben centrarse en los casos más urgentes.
- Al menos un proveedor de servicios con formación en salud mental debe estar de guardia en todo momento.
- Formar a todos los proveedores de servicios para que creen un entorno de apoyo y no estigmatización de las personas con problemas de salud mental.
- Asegurarse de que todos los proveedores de servicios conozcan los itinerarios de derivación de salud mental disponibles.
- Ser consciente de los factores de riesgo específicos del contexto para la salud mental, como la violencia de género y la separación familiar.

En esta publicación se proporciona información adicional sobre SMP en entornos humanitarios:

Tipo de recursos	Organización	Título	Nº de referencia
Manual	OMS	Guía de intervención humanitaria mhGAP	100

**Estudio de caso:** Prestación de servicios comunitarios de salud mental y atención psicosocial en contextos humanitarios

**Título:** Fortalecimiento de los equipos móviles de salud para dar una respuesta integrada a los problemas de salud mental y psicosociales y la violencia de género en Ucrania (N. Upadhaya y H. Skipalska, comunicación personal, 3 de junio de 2022)

**Entorno:** Ucrania

**Descripción:** Desde 2015, HealthRight International ha brindado apoyo psicosocial a las sobrevivientes de violencia de género, violencia doméstica y violencia contra los niños en la región de Donetsk y Lugansk, en el este de Ucrania, a través de 13 equipos móviles de salud financiados por UNICEF. Los equipos atendieron a más de 70 000 supervivientes de la violencia.

Ante las crecientes necesidades de salud mental y apoyo psicosocial tras la invasión rusa de Ucrania en febrero de 2022, el número de equipos aumentó a 63 para prestar servicios en otras partes de Ucrania a otros grupos vulnerables, como desplazados internos y comunidades locales. Los equipos prestan servicios en estaciones de ferrocarril y autobús, puestos de control, puntos de tránsito, pasos fronterizos y en centros para desplazados internos y centros de protección comunitaria, incluidos espacios adaptados a los niños. El equipo móvil de apoyo psicosocial está formado por cuatro especialistas (un trabajador social, un psicólogo, una enfermera y un asesor legal) y un conductor. El trabajador social distribuye kits de "familia en movimiento", realiza evaluaciones rápidas, ayuda a localizar a las familias y la reunificación y proporciona información de referencia. El psicólogo proporciona apoyo emocional básico, da consejos sobre estrategias de autocuidado y afrontamiento y hace referencias a otros servicios. La enfermera presta asistencia médica básica inmediata y favorece la nutrición de los niños y las madres con bebés pequeños. El asesor jurídico proporciona asistencia jurídica y asesoramiento. Los equipos móviles de salud han brindado servicios psicológicos, sociales y legales a 48 555 personas.

**Desafíos:** El número limitado de miembros del equipo ha resultado en una gran carga de trabajo para los equipos móviles de salud. También están expuestos al peligro por trabajar en una zona de conflicto y se preocupan por la seguridad de sus familias a la vez que prestan servicios de salud mental y apoyo psicosocial a las poblaciones afectadas.

**Lecciones aprendidas:** Los equipos móviles de salud mental y apoyo psicosocial en entornos inseguros y afectados por conflictos también deben abordar el bienestar de los proveedores. Esto les ayudará a protegerse del agotamiento laboral, el « efecto traumatizante » secundario y el daño moral, y les animará a seguir siendo positivos, productivos y eficaces en la prestación de servicios de salud mental y apoyo psicosocial.

## 5.14. Pandemias

Pandemias como la de COVID-19 suponen un estrés para las mujeres en el periodo perinatal y sus familias, con un gran aumento del riesgo de depresión y ansiedad maternas. El riesgo de violencia de género y violencia doméstica también aumenta. Dado que los proveedores de servicios pueden ser reasignados durante una pandemia, es posible que haya menos contactos personales.

- A medida que las familias pasan más tiempo en contacto cercano, aumenta el riesgo de estrés en la relación, lo que puede causar ansiedad y conducir al abuso.
- La economía familiar podría deteriorarse. Las parejas abusivas pueden restringir el acceso a recursos como el dinero, los servicios sanitarios y el apoyo social.

- Las mujeres experimentan un mayor aislamiento social y restricciones de movimiento, lo que puede conducir a la soledad. Esto puede agravarse si la pareja es controladora y maltratadora.
- Es posible que haya menos acceso a los servicios de atención médica para las mujeres, como líneas directas de abuso, refugios y centros de crisis.

### Consideraciones adicionales para la prestación de servicios

- Garantizar que las mujeres reciban información actualizada sobre los cambios en la prestación de servicios durante una pandemia para reducir el estrés.
- Mantener contactos cara a cara con las mujeres cuando sea posible, de acuerdo con la orientación del gobierno. Para las mujeres en riesgo de problemas de salud mental, es posible que se necesiten más contactos personales.
- La prestación de servicios a distancia puede ser más común. Asegurarse de que los proveedores de servicios estén adecuadamente capacitados para detectar riesgos durante dichos contactos remotos.
- La prestación de atención durante las pandemias aumentará la presión sobre los sistemas de salud y los proveedores de servicios de salud. Asegurarse de que se vigila el bienestar de los proveedores de servicios y de que pueden descansar para evitar el agotamiento laboral.

En las publicaciones que se enumeran a continuación se ofrece información adicional sobre la SMP durante las pandemias:

Tipo de recursos	Organización (país) / Autor	Nombre y Descripción	Nº de referencia
Revisión sistemática	Mukherjee TI et al.	Justicia reproductiva en tiempos de COVID-19: una revisión sistemática de los impactos indirectos de COVID-19 en la salud sexual y reproductiva	101
Informe	Alianza de Salud Mental Materna (Reino Unido)	Salud mental materna durante una pandemia	102
Editorial	Roesch E et al.	Violencia contra las mujeres durante las restricciones de la pandemia de covid-19	103
Mensaje	OMS	Salud mental y consideraciones psicosociales durante el brote de COVID-19	104

## 5.15. Aislamiento social

Las mujeres con parejas, familias y redes sociales que las apoyan son más capaces de afrontar el estrés de la maternidad. El aislamiento social puede empeorar la salud mental de las mujeres si se sienten incapaces de hacer frente a las tensiones de su vida. Las mujeres pueden sentirse aisladas incluso cuando viven cerca de muchas otras personas. Las mujeres con problemas de salud mental durante el período perinatal también pueden experimentar aislamiento social

debido a la estigmatización de su condición. Algunas mujeres pueden optar por aislarse si temen ser juzgadas o se sienten discriminadas.

### Consideraciones adicionales para la prestación de servicios

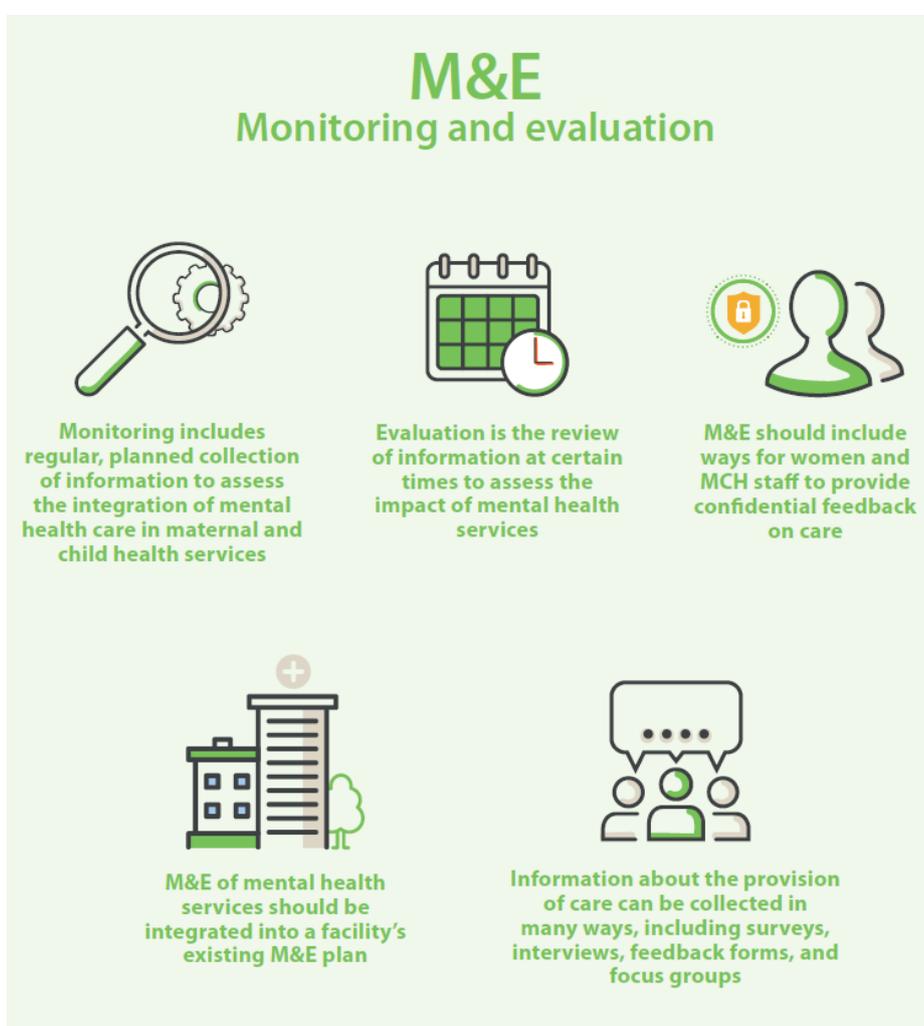
- Preguntar a las mujeres sobre su apoyo social. También se pueden invitar a las citas de salud mental a parejas y familias que apoyen a la mujer en su recuperación.
- Si las mujeres indican que están socialmente aisladas, sugerirles que se unan a grupos de apoyo entre iguales en su localidad, donde puedan relacionarse con otras mujeres en una situación similar. La terapia psicológica grupal es una buena forma de que las mujeres con problemas de salud mental y que sufren aislamiento social conozcan a otras mujeres.
- Es probable que las pandemias exacerben el aislamiento social. Asegurarse de que los servicios puedan mantenerse en contacto con las mujeres durante esos momentos.
- Las mujeres que están muy aisladas no pueden asistir a los centros de salud primaria. Es posible que los trabajadores de salud comunitarios tengan que identificar a dichas mujeres en la comunidad y acompañarlas o derivarlas para su atención.
- El aislamiento social es más común en grupos marginados, como los refugiados o las trabajadoras sexuales. Sea consciente de los grupos de su entorno que pueden sufrir discriminación.

En las publicaciones que se enumeran a continuación se ofrece información adicional sobre la SMP y el aislamiento social:

<b>Tipo de recursos</b>	<b>Organización (país) / Autor</b>	<b>Nombre y Descripción</b>	<b>Nº de referencia</b>
Folleto informativo	Universidad de Tulane (EE. UU.)	Comprender los efectos del aislamiento social en la salud mental	105
Artículo de investigación	Taylor BL, et al.	Mamás solas: Explorando el papel del aislamiento y la soledad en mujeres diagnosticadas de depresión perinatal	106

## 6. Seguimiento y evaluación

S&E		
Seguimiento y evaluación		
El seguimiento incluye la recopilación periódica y planificada de información para evaluar la integración de la atención de la salud mental en los servicios de salud materno-infantil	La evaluación es la revisión de la información en determinados momentos para valorar el impacto de los servicios de salud mental	El SyE debe incluir medios para que las mujeres y el personal de salud materno-infantil proporcionen comentarios confidenciales sobre la atención
El SyE de los servicios de salud mental debe integrarse en el plan de SyE existente de una instalación	La información sobre la prestación de atención se puede recopilar de muchas maneras, incluidas encuestas, entrevistas, formularios de comentarios y grupos focales	



Fuente de la imagen: “Guía para la integración de la salud mental perinatal en los servicios de salud materno-infantil”. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/).

La información sobre la prestación de atención de SMP dentro de los servicios de SMI ayudará al equipo de trabajo central a comprender qué es lo que funciona bien y qué es lo que debe mejorarse a través del control de calidad continuo. El seguimiento consiste en la recopilación regular y planificada de información para evaluar el progreso de la integración de SMP en los servicios de SMI a lo largo del tiempo. La supervisión rutinaria ayuda a detectar los problemas en una fase temprana para evitar problemas mayores. Para la evaluación, la información específica se valora en determinados momentos para ver si se han logrado los resultados previstos.

***Los planes de seguimiento y evaluación deben desarrollarse al mismo tiempo que los planes de implementación.***

El seguimiento y la evaluación (S&E) pueden centrarse en determinar la calidad de la atención prestada, su disponibilidad en el entorno, el impacto de la atención en el bienestar mental de las mujeres y la demanda y satisfacción con la atención de salud mental entre las mujeres durante el periodo perinatal. El impacto, resultado o producto deseado se denomina "indicador". En el Anexo 3 se proporcionan ejemplos de indicadores.

El SyE para la atención de la salud mental debe basarse e integrarse en los servicios locales de salud materno-infantil. Los indicadores de salud mental deben incluirse en el plan de servicios locales para el SyE.

El seguimiento y la evaluación también deben incluir medios para que las mujeres y los proveedores de servicios de salud materno-infantil puedan dar su opinión sobre la atención recibida en el SMI. Pueden ser confidenciales, por ejemplo para informar de quejas, violaciones de derechos o experiencias positivas de atención (por ejemplo, línea de ayuda, defensor del pueblo, buzón de comentarios). Como parte de la intervención, podría planificarse un seguimiento rutinario de los servicios, como entrevistas finales con las mujeres en periodo perinatal.

***La privacidad, la confidencialidad y la seguridad son principios clave en los sistemas de recopilación de datos para el seguimiento y la evaluación con el fin de proteger a las mujeres y al personal de salud materno-infantil de la estigmatización y la discriminación.***

Algunos proveedores de servicios pueden diseñar y realizar un estudio para evaluar el servicio o parte del servicio. Los centros o programas de salud pueden ser capaces de atraer a investigadores de ONG o instituciones educativas para realizar evaluaciones externas de los servicios, que pueden ser cuantitativas o cualitativas. Una visión objetiva de una parte externa de cómo se está ejecutando el servicio puede ser útil.

Asegúrese de involucrar a las partes interesadas, para que todos puedan ponerse de acuerdo sobre los indicadores y cómo se recopilarán y utilizarán los datos. Planificar reuniones conjuntas (cada 6–12 meses) para presentar y revisar los datos con el equipo central de planificación, los proveedores de servicios de salud materno-infantil y otras partes interesadas para fortalecer la colaboración y las asociaciones. En los servicios de salud materno-infantil pueden celebrarse pequeñas reuniones mensuales para revisar los procesos de supervisión y los datos.

Consideraciones para desarrollar un plan de S&E para SMP:

- Integrar el plan en los procesos de SyE existentes.

- Identificar el impacto o resultado deseado de la atención prestada con las partes interesadas (incluidas las mujeres que podrían utilizar el servicio).
- Garantizar que la información recopilada indique si se ha logrado el impacto o resultado deseado.
- Garantizar que la información necesaria pueda recopilarse fácilmente y comunicarse con precisión.
- Recopilar información por varios métodos (por ejemplo, encuestas, respuestas escritas, entrevistas, grupos focales).
- Recopilar información de una variedad de personas (por ejemplo, mujeres que utilizan el servicio y proveedores de servicios de salud materno-infantil).
- Incluir formas confidenciales de recopilar comentarios sobre el servicio de mujeres y proveedores de servicios.
- Describir claramente cómo se analizará la información recopilada.
- Colaborar con los investigadores para diseñar e implementar el plan de SyE.

**Estudio de caso:** Integración del seguimiento y la evaluación de la atención de salud mental perinatal

**Título:** Proyecto de Salud Mental Perinatal (107)

**Entorno:** Ciudad del Cabo, Sudáfrica

**Descripción:** El Proyecto de Salud Mental Perinatal proporciona servicios integrales de salud mental de atención escalonada para mujeres embarazadas que asisten a centros de atención primaria de la salud pública. Durante la primera visita prenatal, las mujeres reciben un cuestionario de detección de salud mental basada en tres elementos por parte del personal de la clínica o los consejeros, y las mujeres que dan positivo por depresión, ansiedad y/o tendencias suicidas son derivadas a un consejero, que lleva a cabo una breve sesión de "participación, evaluación, triaje" con ellas para validar el cuestionario y evaluar los factores de riesgo. El seguimiento y la evaluación se llevan a cabo mediante evaluaciones rutinarias de seguimiento de las usuarias asesoradas entre 6 y 12 semanas después del parto.

Los datos de cada interacción, en cada paso del servicio, se registran en una base de datos electrónica que incluye el número de mujeres que: se inscriben en la atención prenatal, a las que se les ofrece un cribado de salud mental, las que rechazan o aceptan el cribado, las que reúnen los requisitos para «participación, evaluación, triaje», las que aceptan o rechazan «participación, evaluación, triaje», las que reúnen los requisitos para recibir asesoramiento y aceptan o rechazan el asesoramiento. Los datos del servicio se recopilan, analizan y comparten con las partes interesadas del servicio cada mes en un breve informe. Para supervisar el asesoramiento, los registros incluyen el tipo de sesión (presencial o telefónica) y si se trata de una sesión completa o breve. Los registros incluyen los tipos de intervenciones proporcionadas por el consejero (como psicoeducación, trauma, duelo, asesoramiento familiar, activación conductual) y derivación a otros servicios de apoyo. En la evaluación de seguimiento posnatal, se registran los cambios en el estado de ánimo, el funcionamiento general, la experiencia del parto, la vinculación con el bebé y los comentarios sobre el servicio.

**Desafíos:** El SyE lleva tiempo y requiere capacitación y supervisión de todos los involucrados. Es importante equilibrar la necesidad de datos con la capacidad y el tiempo del personal, que pueden ser limitados, y los sistemas de SyE han evolucionado con el tiempo para optimizar este equilibrio. Los sistemas en papel pueden ser engorrosos y dar lugar a errores; en cambio, las bases de datos electrónicas pueden resultar difíciles de dominar para algunos miembros del personal. Ambos formularios requieren

sistemas de seguridad adecuados para proteger los datos. El personal puede malinterpretar el proceso de seguimiento y evaluación como un proceso diseñado para detectar sus deficiencias personales.

**Lecciones aprendidas:** La justificación del SyE debe explicarse cuidadosamente al personal para obtener su participación. El objetivo es recopilar datos para evaluar el servicio, mejorar la prestación del mismo y garantizar la transparencia y la rendición de cuentas. El SyE se puede utilizar para celebrar los éxitos. Es especialmente importante para garantizar que los recursos se utilizan eficazmente y para justificar las decisiones ante los financiadores o los gestores de los programas. Se deben tomar decisiones cuidadosas sobre los datos demográficos que se recopilan, equilibrando la confidencialidad de las usuarias con la obtención de datos suficientes para la toma de decisiones clínicas. Por ejemplo, las mujeres en algunos contextos pueden sentirse incómodas al revelar su estado civil, y esta información puede no ser relevante para la prestación de servicios. La recopilación rutinaria de datos y los comentarios regulares de las partes interesadas son importantes. Los comentarios deben presentarse en un formato que sea fácilmente comprensible para las distintas partes interesadas. Si bien los datos cuantitativos son útiles para evaluar las tendencias y determinar la asignación de recursos, los datos cualitativos pueden proporcionar una mayor profundidad de comprensión. Los comentarios de los clientes, las observaciones y los relatos de las partes interesadas pueden complementar útilmente los procesos de seguimiento y evaluación y completar una visión holística (108, 109).

Se proporciona información adicional sobre el SyE en las publicaciones que se enumeran a continuación:

<b>Tipo de recursos</b>	<b>Organización</b>	<b>Título</b>	<b>Nº de referencia</b>
Indicadores	OMS	Manual de operaciones de mhGAP	3
Kit de herramientas de SyE	OMS	Kit de herramientas de datos de centros de salud y comunidades	110
Sistemas de Información en Salud	OMS	PUNTUACIÓN para los sistemas de paquetes técnicos de datos de salud	111

## Bibliografía:

1. Conjunto de herramientas comunitarias mhGAP: versión de prueba sobre el terreno. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/the-mhgap-community-toolkit-field-test-version>, consultado el 27 de julio de 2022).
2. Guía de intervención mhGAP para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en entornos de salud no especializados: programa de acción Gap de salud mental (mhGAP) versión 2.0. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>, consultado el 26 de julio de 2022).
3. Manual de operaciones de mhGAP Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275386/9789241514811-eng.pdf>, consultado el 25 de julio de 2022).
4. Recomendaciones de la OMS sobre la atención materna y neonatal para una experiencia posnatal positiva. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2022 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/35467813>).
5. Mejorar el desarrollo de la primera infancia: directrices la OMS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32200595>).
6. Orientación sobre servicios comunitarios de salud mental: promoción de enfoques centrados en la persona y basados en los derechos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>, consultado el 27 de julio de 2022).
7. Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalencia de la ansiedad prenatal y posnatal: revisión sistemática y metanálisis. *Br J Psychiatry*. 2017;210(5):315–23.
8. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. Una revisión sistemática y metarregresión de la prevalencia e incidencia de la depresión perinatal. *J Affect Disord*. 2017;219:86–92.
9. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Depresión perinatal: una revisión sistemática de la prevalencia y la incidencia. *Obstet Gynecol*. 2005;106(5 Pt 1):1071–83.
10. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiología de la depresión materna, factores de riesgo y resultados infantiles en países de bajos y medianos ingresos. *Lancet Psychiatry*. |2016;3(10):973–82.
11. Field T, Diego M, Hernandez-Reif M. Efectos e intervenciones de la depresión prenatal: una revisión. *Desarrollo del comportamiento del bebé* 2010;33(4):409–18.
12. Howard LM, Khalifeh H. Salud mental perinatal: una revisión del progreso y los desafíos. *World Psychiatry*. 2020;19(3):313–27.
13. Alder J, Fink N, Bitzer J, Hösl I, Holzgreve W. La depresión y la ansiedad durante el embarazo: ¿Un factor de riesgo para el resultado obstétrico, fetal y neonatal? A critical review of the literature. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2007;20(3):189–209.
14. Lasater ME, Beebe M, Gresh A, Blomberg K, Warren N. Abordar la necesidad insatisfecha de servicios de salud mental materna en países de ingresos bajos y medianos: integración de la salud mental en la atención de la salud materna. *J Midwifery Womens Health*. 2017;62(6):657–60.
15. Barker ED, Copeland W, Maughan B, Jaffee SR, Uher R. Impacto relativo de la depresión materna y factores de riesgo asociados en la psicopatología de la descendencia. *Br J Psychiatry*. 2012;200(2):124–9.
16. Determinantes sociales de la salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112828>).
17. Salud mental materna y salud y desarrollo infantil en países de ingresos bajos y medios. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43975/9789241597142\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43975/9789241597142_eng.pdf)).
18. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>, consultado el 28 de julio de 2022)

19. Ho FYY, Yeung WF, Ng THY, Chan CS. La eficacia y la rentabilidad de la prevención y el tratamiento de la atención escalonada para los trastornos depresivos y/o de ansiedad: una revisión sistemática y un metanálisis. *Sci Rep.* 2016;6:29281.
20. Coo S, García MI, Awad N, Rowe H, Fisher J. Adaptación cultural de una intervención para prevenir la depresión y la ansiedad postnatales en madres primerizas chilenas. *J Reprod Infant Psychol.* 2021;39(3):276–87.
21. Araya R, Alvarado R, Sepúlveda R, Rojas G. Lecciones de la ampliación de un programa de tratamiento de la depresión en la atención primaria en Chile. *Rev Panam Salud Publ.* 2012;32(3):234–40.
22. Corrigan PW, Watson AC. Comprender el impacto del estigma en las personas con enfermedades mentales. *World Psychiatry.* 2002;1(1):16–20.
23. Sambrook Smith M, Lawrence V, Sadler E, Easter A. Barreras de acceso a los servicios de salud mental para mujeres con enfermedad mental perinatal: Revisión sistemática y metasíntesis de estudios cualitativos en el Reino Unido. *BMJ Open* 2019;9(1):e024803.
24. Afulani PA, Phillips B, Aborigo RA, Moyer CA. Atención de maternidad centrada en la persona en países de bajos y medianos ingresos: análisis de datos de Kenia, Ghana e India. *Lancet Glob Health.* 2019;7(1):e96–109.
25. Kendig S, Keats JP, Hoffman MC, Kay LB, Miller ES, Moore Simas TA et al. Paquete de consenso sobre la salud mental materna: depresión y ansiedad perinatal. *Obstet Gynecol.* 2017;129(3):422–30.
26. Ng'oma M, Bitew T, Kalyo-Utete M, Hanlon C, Honikman S. Salud mental perinatal en todo el mundo: prioridades para la investigación y el desarrollo de servicios en África. *B J Psychiatry Int.* 2020;17(3):56–9.
27. Compton MT, Shim RS. Prevención de enfermedades mentales y promoción de la salud mental: cuándo, quién y cómo. *Psychiatr Serv.* 2020;71(9):981–3.
28. Park S, Kim J, Oh J, Ahn S. Efectos de la psicoeducación en la salud mental y las relaciones de las parejas embarazadas: una revisión sistémica y un metanálisis. *Int J Nurs Stud.* 2020;104:103439.
29. Manejo de problemas plus (PM+): Ayuda psicológica individual para adultos afectados por angustia en comunidades expuestas a la adversidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-16.2>, consultado el 27 de julio de 2022).
30. Autoayuda plus (SH+). Un curso de manejo del estrés grupal para adultos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240025707>, consultado el 27 de julio de 2022).
31. Hacer lo que importa en momentos de estrés: una guía ilustrada. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331901/9789240003910-geo.pdf>, consultado el 27 de julio de 2022).
32. Edward K, Castle D, Mills C, Davis L, Casey J. Una revisión integradora de la depresión paterna. *Am J Mens Health.* 2015;9(1):26–34.
33. Ali GC, Ryan G, De Silva MJ. Herramientas validadas de detección de trastornos mentales comunes en países de ingresos bajos y medios: una revisión sistemática. *PLoS One.* 2016;11(6):e0156939.
34. Howard LM, Ryan EG, Trevillion K, Anderson F, Bick D, Bye A et al. Precisión de las preguntas de Whooley y la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo en la identificación de la depresión y otros trastornos mentales en el embarazo temprano. *Br J Psychiatry.* 2018;212(1):50–6.
35. Subba P, Luitel NP, Kohrt BA, Jordans MJD. Mejora de la detección de problemas de salud mental en entornos comunitarios en Nepal: desarrollo y prueba piloto de la herramienta de detección de informantes comunitarios. *Confl Health.* 2017;11:28.

36. Brenman NF, Luitel NP, Mall S, Jordans MJD. Demanda y acceso a servicios de salud mental: un estudio formativo cualitativo en Nepal. *Derechos Hum de BMC Int Health*. 2014;14:22.
37. Jordans MJD, Kohrt BA, Luitel NP, Komproe IH, Lund C. Precisión en la atención proactiva de trastornos mentales por informantes comunitarios en Nepal. *Br J Psychiatry*. 2015;207(6):501–6.
38. Singla DR, Kohrt BA, Murray LK, Anand A, Chorpita B, Patel V. Tratamientos psicológicos para el mundo: lecciones de países de ingresos bajos y medios. *Annu Rev Clin Psychol*. 2017;13:149–81.
39. Abbass-Dick J, Brown HK, Jackson KT, Rempel L, Dennis CL. Intervenciones perinatales de lactancia materna, incluidos padres/parejas: una revisión sistemática de la literatura. *Midwifery*. 2019;75:41–51.
40. Thinking healthy - Manual para el tratamiento psicológico de la depresión perinatal. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-16.2>, consultado el 27 de julio de 2022).
41. Terapia interpersonal grupal (IPT) para la depresión. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250219/WHO-MSD-MER-16.4-eng.pdf>).
42. Rahman A. Challenges and opportunities in developing a psychological intervention for perinatal depression in rural Pakistan – A multi-method study (Desafíos y oportunidades en el desarrollo de una intervención psicológica para la depresión perinatal en Arch Womens Ment Health. 2007;10(5):211–9.
43. Bienestar mental: recursos para el público. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/news-room/feature-stories/mental-well-being-resources-for-the-public>, consultado el 27 de julio de 2022).
44. Directrices sobre intervenciones promocionales y preventivas de salud mental para adolescentes: ayudar a los adolescentes a prosperar. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32200595>).
45. Herramienta de autoayuda de bienestar emocional. Los Ángeles (CA): Maternal Mental Health Care NOW; 2022 (<https://mycare.mmhnow.org/index.html>).
46. Para mamás, papás y familias. Proyecto de Salud Mental Perinatal. Ciudad del Cabo: Universidad de Ciudad del Cabo, Alan J. Fisher Centre for Public Mental Health; 2022 (<https://pmhp.za.org/resources/parents-families/>).
47. Management plus (grupo PM+): Ayuda psicológica grupal para adultos afectados por la angustia en comunidades expuestas a la adversidad. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334055/9789240008106-eng.pdf>).
48. Listas modelo de medicamentos esenciales de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists>, consultado el 27 de julio de 2022).
49. Base de datos de medicamentos y lactancia (LactMed). Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina;
50. Habilidades psicosociales básicas: una guía para el personal de emergencia COVID-19. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/news/item/01-06-2020-basic-psychosocial-skills-a-guide-for-covid-19-responders>, consultado el 27 de julio de 2022).
51. Taylor Salisbury T, Atmore KH, Nhambongo I, Mintade M, Massinga L, Spencer J et al. Integrar el diseño centrado en el ser humano en el desarrollo de una intervención para mejorar el bienestar mental de las mujeres jóvenes en el periodo perinatal: el proyecto Catalyst. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):183.

52. Kit de herramientas de evaluación de necesidades. Ginebra: Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados; 2022 (<http://needsassessment.unhcr.org/> , consultado el 27 de julio de 2022).
53. Inter-Agency Standing Committee Recomendaciones para la realización de investigaciones éticas de salud mental y psicosociales en situaciones de emergencia. Ginebra: Organización Internacional para las Migraciones; 2014 ([https://publications.iom.int/system/files/pdf/iasc\\_mental\\_health\\_2014.pdf](https://publications.iom.int/system/files/pdf/iasc_mental_health_2014.pdf)).
54. Organización Mundial de la Salud (2016). Global strategy on human resources for health: workforce 2030. OMS. Ginebra, Suiza. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf> (consultado el 16 de agosto de 2022).
55. Organización Mundial de la Salud, Grupo del Banco Mundial, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Manual de cuidados enriquecedores. Cuidado enriquecedor para el desarrollo de la primera infancia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; sin fecha (<https://nurturing-care.org/handbook/> , consultado el 26 de julio de 2022).
56. Kuruvilla S, Hinton R, Boerma T, Bunney R, Casammitjana N, Cortez R et al. Los negocios no son como siempre: cómo la colaboración multisectorial puede promover un cambio transformador para la salud y el desarrollo sostenible. *BMJ*. 2018;363:k4771 (doi: 10.1136/bmj.k4771)..
57. Rathod S, Gega L, Degnan A, Pikard J, Khan T, Husain N et al. El estado actual de las intervenciones de salud mental adaptadas culturalmente: una revisión de metanálisis centrada en la práctica. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018;14:165–78.
58. Purgato M, Uphoff E, Singh R, Thapa Pachya A, Abdulmalik J, van Ginneken N. Intervenciones de promoción, prevención y tratamiento para la salud mental en países de ingresos bajos y medianos a través de un enfoque de cambio de tareas. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e150.
59. Collins PY, Musisi S, Frehwot S, Patel V. The core competencies for mental, neurological, and substance use disorder care in sub-Saharan Africa (Las competencias básicas para la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el África subsahariana). *Global Health Action* 2013. 2015;8(1):26682 (doi: 10.3402/gha.v8.26682).
60. Ottman KE, Kohrt BA, Pedersen GA, Schafer A. Uso de juegos de roles para evaluar la competencia del terapeuta y su asociación con los resultados del cliente en intervenciones psicológicas: una revisión del alcance y una agenda de investigación de competencias. *Behav Res Ther*. 2020;130:103531 (doi: 10.1016/j.brat.2019.103531).
61. Jacobs RL. Institucionalizar el cambio organizacional a través de la formación en cascada. *J Eur Ind Training*. 2002;26(2– 4):177–82.
62. Makanjuola V, Doku V, Jenkins R, Gureje O. Impact of a one week intensive “training of trainers” workshop for community health workers in south-west Nigeria. (Impacto de un taller intensivo de una semana de «formación de formadores» para trabajadores sanitarios comunitarios en el suroeste de Nigeria). *Ment Health Fam Med*. 2012;9(1):33–8.
63. Compartir tareas para mejorar el acceso a la planificación familiar/anticoncepción: resumen breve. Planificación familiar/anticoncepción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-RHR-17.20>).
64. Directrices para la planificación de recursos humanos en salud ambiental y ocupacional Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998 (<https://www.who.int/publications/i/item/guidelines-for-human-resources-planning-in-environmental-and-occupational-health>, consultado el 27 de julio de 2022).

65. Estrategia global de recursos humanos para la salud: Workforce 2030 Ginebra: World Health Organization; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>, consultado el 17 de agosto de 2022).
66. Bhutta Z, Lassi ZS, Pariyo GW, Hulcho L. Global experience of community health workers for delivery of health related Millennium Development Goals: A systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems (Experiencia mundial de los trabajadores sanitarios comunitarios en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud: Una revisión sistemática, estudios de casos de países y recomendaciones para su integración en los sistemas nacionales de salud). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (<https://hrhresourcecenter.org/node/3204.html>).
67. Aumentar el acceso al personal sanitario en zonas remotas y rurales mejorando la retención Recomendaciones de políticas globales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (<https://www.who.int/publications/i/item/increasing-access-to-health-workers-in-remote-and-rural-areas-through-improved-retention>).
68. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. EQUIPAR: Asegurar la calidad en el apoyo psicológico. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/equip-ensuring-quality-in-psychological-support>, consultado el 27 de julio de 2022)
69. Manuales de capacitación mhGAP para la guía de intervención mhGAP para trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en entornos de salud no especializados. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259161/WHO-MSD-MER-17.6-eng.pdf>, consultado el 27 de julio de 2022)
70. Habilidades de participación empática de PMHP [video]. Ciudad del Cabo: Proyecto de Salud Mental Perinatal, CaringforMothers. 2018 ([https://www.youtube.com/watchapp=desktop&v=w9260fFtgMo&feature=youtu.be&ab\\_channel=PMHPatUCTCaringforMothers](https://www.youtube.com/watchapp=desktop&v=w9260fFtgMo&feature=youtu.be&ab_channel=PMHPatUCTCaringforMothers), consultado el 26 de julio de 2022).
71. Salud mental materna Una guía para trabajadores sociales y de la salud. Ciudad del Cabo: Proyecto de Salud Mental Perinatal; sin fecha (<https://bettercare.co.za/learning-programmes/maternal-mental-health/>).
72. Take care. Estrategias de autocuidado para trabajadores de la salud. Ciudad del Cabo: Proyecto de Salud Mental Perinatal; 2022 (<https://pmhp.za.org/resources/for-service-providers/>).
73. Directriz de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión de 2022. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>).
74. Cantwell R, Mahmood T. Management of women with mental health issues during pregnancy and the postnatal period (Tratamiento de las mujeres con problemas de salud mental durante el embarazo y después del parto). Londres: Royal College of Obstetricians and Gynecologists, 2011 (<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/managementwomenmentalhealthgoodpractice14.pdf>)
75. Folletos informativos de salud mental perinatal para profesionales de la salud Flemington (Vic): Centro de Excelencia Perinatal; 2022 (<https://www.cope.org.au/health-professionals/perinatal-mental-health-factsheets-for-professionals/>, consultado el 26 de julio de 2022).
76. Hojas informativas prenatales para mujeres y sus familias. Flemington (Vic): Centro de Excelencia Perinatal; 2022 (<https://www.cope.org.au/expecting-a-baby/mental-health-conditions-pregnancy/antenatal-mental-health-factsheets-resources/>, consultado el 26 de julio de 2022).

77. Pautas para la identificación y el manejo del uso de sustancias y los trastornos por uso de sustancias en el embarazo Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548731>, consultado el 25 de julio de 2022).
78. Suicidio. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/suicide>, consultado el 21 de agosto de 2022).
79. Ideas suicidas durante el periodo perinatal Ciudad del Cabo: Proyecto de Salud Mental Perinatal; sin fecha ([https:// pmhp.za.org/wp-content/uploads/Suicide\\_during\\_pregnancy.pdf](https://pmhp.za.org/wp-content/uploads/Suicide_during_pregnancy.pdf) )
80. Austin MP, Highet N, Grupo de Trabajo de Expertos. Atención de salud mental en el período perinatal: guía de práctica clínica australiana. Melbourne (Vic): Centro de Excelencia Perinatal; 2017 ([https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2019/07/COPE\\_AssessingSuicideRisk-1.pdf](https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2019/07/COPE_AssessingSuicideRisk-1.pdf) ).
81. Caja de herramientas sobre discapacidad para África: servicios sanitarios inclusivos para personas con discapacidad. Ciudad de Nueva York (NY): Naciones Unidas; 2016 (<https://www.un.org/esa/socdev/documents/disability/Toolkit/Inclusive-Health.pdf> ).
82. Discapacidad y salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>, consultado el 26 de julio de 2022).
83. VIH y enfermedad mental materna. Ciudad del Cabo: Proyecto de Salud Mental Perinatal; sin fecha ([https://pmhp.za.org/wp-content/uploads/HIV\\_maternal\\_mental\\_illness.pdf](https://pmhp.za.org/wp-content/uploads/HIV_maternal_mental_illness.pdf) )
84. Integración de las intervenciones de salud mental y VIH: consideraciones clave. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240052192>).
85. Embarazo adolescente y enfermedad mental Ciudad del Cabo: Proyecto de Salud Mental Perinatal; sin fecha ([https:// pmhp.za.org/wp-content/uploads/Suicide\\_during\\_pregnancy.pdf](https://pmhp.za.org/wp-content/uploads/Suicide_during_pregnancy.pdf) )
86. Una guía para adolescentes sobre el embarazo, el parto y la vida como madre. Ciudad del Cabo: Proyecto de Salud Mental Perinatal; 2019 ([https://pmhp.za.org/wp-content/uploads/2015/01/WCG\\_TeenPregnancy.pdf](https://pmhp.za.org/wp-content/uploads/2015/01/WCG_TeenPregnancy.pdf) )
87. Horvath S, Schreiber CA |||UNTRANSLATED\_CONTENT\_START|||Unintended pregnancy, induced abortion, and mental health. |||UNTRANSLATED\_CONTENT\_END|||Rep. de Psiquiatría Curr. 2017;19(11):77 (doi: 10.1007/s11920-017-0832-4).
88. Base de datos global de políticas de aborto Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://abortion-policies.srhr.org/>, consultado el 26 de julio de 2022).
89. Geller P, Woodland M, Daetwyler C. Aspectos psicológicos y médicos de la pérdida del embarazo. MedEdPORTAL.2015;11(1) (doi: 10.15766/mep\_2374-8265.10240).
90. Anderson C, Cacola P. Implicaciones del parto prematuro para la salud mental materna y el desarrollo infantil. Am J Matern Child Nurs. 2017;42(2):108–14 (doi: 10.1097/NMC.0000000000000311).
91. Vigod SN, Villegas L, Dennis CL, Ross LE. |||UNTRANSLATED\_CONTENT\_START|||Prevalence and risk factors for postpartum depression among women with preterm and low-birth-weight infants: A systematic review. |||UNTRANSLATED\_CONTENT\_END|||BJOG. 2010;117(5):540–50 (doi: 10.1111/j.1471- 0528.2009.02493.x).
92. Lambrenos K, Weindling AM, Calam R, Cox AD. |||UNTRANSLATED\_CONTENT\_START|||The effect of a child's disability on mother's mental health. |||UNTRANSLATED\_CONTENT\_END|||Arch Dis Childh. 1996;74(2):115–20 (doi: 10.1136/adc.74.2.115).

93. Evaluar la interacción madre-lactante y su seguridad. |||UNTRANSLATED\_CONTENT\_START|||A guide for health professionals. |||UNTRANSLATED\_CONTENT\_END|||Flemington (Vic): Centro de Excelencia Perinatal; 2018 (<https://www.cope.org.au/wp-content/uploads/2018/07/Assessing-Mother-infant-Interaction.pdf>, consultado el 26 de julio de 2022).
94. El vínculo con tu bebé #EarlyMomentsMatter. Ciudad de Nueva York (NY): Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2020 (<https://www.unicef.org/parenting/child-care/bond-with-your-baby>, consultado el 26 de julio de 2022).
95. Vinculación y apego: recién nacidos Raisingchildren.net.au; 2020 [sitio web]. (<https://raisingchildren.net.au/newborns/connecting-communicating/bonding/bonding-newborns>, consultado el 26 de julio de 2022).
96. Folleto informativo sobre la violencia doméstica durante el embarazo Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70764/?sequence=1>, consultado el 26 de julio de 2022).
97. Van Heyningen T, Hatcher AM, Woollett N, Marais A, Field S, Honikman S. Abordar la violencia contra las mujeres en la atención de maternidad: una guía para los trabajadores de la salud en la atención de maternidad. Ciudad del Cabo: Proyecto de Salud Mental Perinatal; 2021 ([https://pmhp.za.org/wp-content/uploads/PMHP\\_GBV-perinatal-period\\_guide\\_final.pdf](https://pmhp.za.org/wp-content/uploads/PMHP_GBV-perinatal-period_guide_final.pdf), consultado el 26 de julio de 2022).
98. Informe Mundial sobre la Salud Mental: Transformar la salud mental para todos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1433523/retrieve>, consultado el 17 de agosto de 2022).
99. 6. Cuestiones sociales especiales en salud mental materna. En: Bettercare Learning Programmes / Maternal Mental Health. Ciudad del Cabo: Proyecto de Salud Mental Perinatal; sin fecha (<https://bettercare.co.za/learn/maternal-mental-health/text/06.html#poverty-and-mental-illness>, consultado el 26 de julio de 2022)
100. Guía de intervención humanitaria mhGAP (mhGAP-GIH) capacitación de proveedores de atención médica: Manual de capacitación. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/352581/9789240045361-eng.pdf?sequence=1>, consultado el 26 de julio de 2022).
101. Mukherjee TI, Khan AG, Dasgupta A, Samari G. Reproductive justice in the time of COVID-19: A systematic review of the indirect impacts of COVID-19 on sexual and reproductive health (Justicia reproductiva en tiempos de COVID-19: Una revisión sistemática de los impactos indirectos de COVID-19 sobre la salud sexual y reproductiva). *Reprod Health*. 2021;18(1):252 (doi: 10.1186/s12978-021-01286-6).
102. Papworth R, Harris A, Durcan G, Wilton J, Sinclair C. Salud mental materna durante una pandemia: una revisión rápida de la evidencia del impacto del Covid-19. Londres: Centre for Mental Health; 2021 ([http://www.infocoonline.es/pdf/CentreforMH\\_MaternalMHPandemic\\_FullReport\\_0.pdf](http://www.infocoonline.es/pdf/CentreforMH_MaternalMHPandemic_FullReport_0.pdf), consultado el 26 de julio de 2022).
103. Roesch A, Amin A, Gupta J, García-Moreno C. Violence against women during covid-19 pandemic restrictions (Violencia contra las mujeres durante las restricciones de la pandemia del covid-19). *BMJ*. 2020;369:m1712 (doi: 10.1136/bmj.m1712).
104. Salud mental y consideraciones psicosociales durante el brote de COVID-19 Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331490?locale-attribute=ar&locale->, consultado el 26 de julio de 2022).

105. Comprender los efectos del aislamiento social en la salud mental New Orleans (LA): Tulane University; 2020 (<https://publichealth.tulane.edu/blog/effects-of-social-isolation-on-mental-health/>, consultado el 25 de julio de 2022).
106. Lever Taylor B, Howard LM, Jackson K, Johnson S, Mantovani N, Nath S et al. ||| UNTRANSLATED\_CONTENT\_START|||Mums alone: Exploring the role of isolation and loneliness in the narratives of women diagnosed with perinatal depression. |||UNTRANSLATED\_CONTENT\_END|||J Clinical Med Res. 2021;10(11)2271 (doi: 10.3390/jcm10112271).
107. Mensajes para madres en respuesta al COVID-19. Ciudad del Cabo: Proyecto de Salud Mental Perinatal; 2022 ([https:// pmhp.za.org/](https://pmhp.za.org/)).
108. Fuhr DC, Calvert C, Ronsmans C, Chandra PS, Sikander S, De Silva MJ et al. Contribución del suicidio y las lesiones a la mortalidad relacionada con el embarazo en países de ingresos bajos y medios: una revisión sistemática y un metanálisis. |||UNTRANSLATED\_CONTENT\_START|||Lancet Psychiatry. ||| UNTRANSLATED\_CONTENT\_END|||2014;1(3):213–25.
109. Baron E, Field S, Kafaar Z, Honikman S. Patrones de uso de un servicio de salud mental materna en un entorno prenatal de bajos recursos en Sudáfrica. Atención de la Salud Comunitaria 2015;23(5):502–12.
110. Organización Mundial de la Salud, Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Universidad de Oslo. Conjunto de herramientas para datos de centros de salud y comunidades. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329458>, consultado el 25 de julio de 2022)
111. PUNTUACIÓN para el paquete técnico de datos de salud: Informe global sobre sistemas y capacidad de datos de salud. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241548731>, consultado el 25 de julio de 2022).

# ANEXO 1

## Ejemplo de metodología para un equipo de trabajo

### 1. PROPÓSITO:

1.1 El equipo de trabajo lidera la planificación e implementación de la integración de la atención de salud mental perinatal (SMP) en los servicios de salud materno- infantil. Supervisa el progreso en la planificación e implementación de hitos y entregables. Actúa como el órgano de toma de decisiones.

### 2. Descripción de actividades

2.1 Abogar y defender la integración de la salud mental perinatal en los servicios materno-infantiles existentes

2.2 Apoyar el desarrollo de planes de acción, políticas y protocolos para integrar la salud mental perinatal en los servicios materno-infantiles

2.3 Apoyar el desarrollo de sistemas de seguimiento para recopilar datos sobre SMP

2.4 Apoyar la movilización de recursos para los servicios y asignar recursos humanos, financieros y técnicos.

2.5 Desarrollar un plan de formación para desarrollar la capacidad de respuesta a SMP

2.6 Facilitar la coordinación y colaboración multisectorial con otros servicios y organizaciones

2.7 Informar a la alta dirección sobre el desempeño del programa en el abordaje de SMP

### 3. Membresía

3.1 Presidente: (Nombre)

3.2 Miembros: (Nombres)

### 4. Decisiones

4.1 (Inserte detalles de cómo tomará la decisión el grupo)

### 5. Reuniones

5.1 (Indique la frecuencia, la ubicación, los anfitriones y las fechas de las reuniones)

### 6. Comunicaciones

6.1 (Insertar detalles del formato y frecuencia prevista de comunicación entre reuniones)

## ANEXO 2.

### Ejemplo de plantilla para un presupuesto

El desarrollo de un presupuesto requiere estimaciones de los costes de la prestación de servicios y la identificación de fuentes de fondos para cubrir esos costes.

La siguiente plantilla proporciona ejemplos de los elementos que deben considerarse en la presupuestación (consulte la Tabla A1.1).

**Tabla 1. Ejemplo de plantilla para un presupuesto**

Item	Cantidad	Coste unitario	Coste total
Recursos humanos: Gestión y administración de servicios (salarios; un porcentaje de tiempo si no trabajan solo para el programa)			
Recursos humanos: salarios de los proveedores de servicios (porcentaje de tiempo dedicado por el personal no especializado)			
Recursos humanos: costes de formación (inicial)			
Recursos humanos: costes de formación (actualización)			
Recursos humanos: soporte técnico experto			
Recursos humanos: visitas de supervisión y tutoría			
Recursos humanos: costes de contratación (si se van a contratar nuevos proveedores de servicios)			
Reuniones con las partes interesadas (planificación y coordinación, incluyendo lugar, papelería, refrigerios, etc.)			
Renovación del espacio (si es necesario, para aumentar la privacidad o añadir espacio)			
Hardware y software			
Internet, comunicaciones			
Insumos y equipos clínicos			
Medicamentos y productos básicos			
Promoción y extensión			
Producción, impresión y difusión de materiales de comunicación			
Recursos para recopilar, analizar y difundir los resultados del seguimiento y la evaluación			
Seguro			

## ANEXO 3

### Ejemplos de indicadores para el seguimiento y la evaluación

El plan de seguimiento y evaluación (SyE) debe tener indicadores para medir el progreso hacia el logro de los objetivos. La siguiente tabla proporciona ejemplos de productos, los indicadores de logro del producto y la fuente utilizada para verificar el indicador. Cada servicio debe seleccionar los indicadores que son importantes o medibles en el entorno local. Las mediciones pueden ser cuantitativas (cuántas) y cualitativas (en qué medida).

Resultado	Indicador	Fuente
Análisis de la Situación	<ul style="list-style-type: none"> <li>Análisis de situación realizado</li> </ul>	Un Informe de Análisis Situacional.
Procedimiento operativo estándar para los componentes del servicio de salud mental materna	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de procedimientos operativos estándar desarrollados e implementados</li> </ul>	Procedimiento Operativo Estándar
Mejora de la prestación de atención de salud mental en los servicios de salud materno-infantil	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de instalaciones y programas comunitarios que brindan atención de salud mental</li> <li>Proporción de usuarias con afecciones de salud mental identificadas y tratadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registros de uso del servicio de los sistemas de información de salud</li> <li>Registros de asistencia</li> </ul>
Promoción de la salud mental y sensibilización	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de personas alcanzadas por las actividades de sensibilización</li> <li>Nº de actividades de sensibilización realizadas</li> <li>Nº de materiales psicoeducativos distribuidos</li> <li>Proporción de clientes alcanzados por actividades de sensibilización</li> <li>Satisfacción del cliente con las actividades de sensibilización</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encuesta comunitaria sobre el cambio de conocimientos y actitudes</li> <li>Informes de actividad</li> <li>Encuesta de satisfacción, comentarios de los clientes</li> <li>Observación por parte de los supervisores</li> </ul>
Cribado y detección	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de usuarias que pidieron cita en las instalaciones y siguieron el programa</li> <li>Número de usuarias a las que se les ofreció la evaluación</li> <li>Número de usuarias examinadas</li> <li>Cobertura de cribado (n.º de usuarias cribadas / n.º de usuarias que asisten)</li> <li>Números y proporciones de usuarias que:               <ul style="list-style-type: none"> <li>selección rechazada</li> <li>apta para derivar</li> <li>derivación rechazada</li> <li>derivadas a otros servicios</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Datos del centro</li> <li>Registro de selección de servicio</li> <li>Observación por parte de los supervisores de la eficacia del seguimiento</li> </ul>
Apoyo social	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de nuevas usuarias que asisten al servicio de apoyo social</li> <li>Nº de citas reservadas</li> <li>Nº de citas atendidas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registros de proveedores de apoyo social</li> <li>Encuesta de satisfacción, comentarios de las usuarias</li> </ul>

<b>Resultado</b>	<b>Indicador</b>	<b>Fuente</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• N° de citas reprogramadas</li> <li>• Número de citas de seguimiento perdidas</li> <li>• N° de usuarias derivadas a servicios adicionales</li> <li>• Proporción de usuarias que informaron de una disminución de los síntomas y un mejor funcionamiento debido al servicio</li> <li>• Satisfacción de la usuaria con el apoyo social brindado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión del supervisor de la gestión de casos</li> </ul>
Intervención en el ámbito psicológico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de nuevas usuarias que asisten a una intervención psicológica</li> <li>• N° de citas reservadas</li> <li>• Número de citas atendidas (puede desglosarse por tipo de cita: completa, media, presencial; digital)</li> <li>• N° de citas reprogramadas</li> <li>• Número de citas de seguimiento perdidas</li> <li>• N° de usuarias derivadas a servicios adicionales</li> <li>• Proporción de usuarias que informaron de una disminución de los síntomas y un mejor funcionamiento debido al servicio</li> <li>• Satisfacción de las usuarias con la intervención psicológica proporcionada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diario del consejero</li> <li>• Registros de evaluación de las usuarias, datos sobre la repetición del cribado</li> <li>• Encuesta de satisfacción, comentarios de las usuarias</li> <li>• Revisión del supervisor de la gestión de casos</li> </ul>

Para Más Información  
Departamento de Salud Mental y Uso de Sustancias  
Organización Mundial de la Salud  
Avenue Appia, 20  
CH - 1211 GINEBRA 27  
Suiza  
[www.who.int](http://www.who.int)



**Junta de Andalucía**  
Consejería Salud y Consumo