

**Ministerio de Salud**

**Lineamientos técnicos para la atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el embarazo, parto y puerperio**

San Salvador, Mayo 2019



Ministerio de Salud  
Viceministerio de Servicios de Salud  
Viceministerio de Políticas de Salud

## **Lineamientos técnicos para la atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el embarazo, parto y puerperio**

## Autoridades

Dra. Elvia Violeta Menjívar Escalante  
Ministra de Salud

Dr Julio Óscar Robles Ticas  
Viceministro de Servicios de Salud

Dr. Eduardo Antonio Espinoza Fiallos  
Viceministro de Políticas de Salud

Ficha catalográfica

2019 Ministerio de Salud.

Todos los derechos reservados. Está permitida la reproducción parcial o total de este documento, siempre que se cite la fuente y que no sea para la venta u otro fin de carácter comercial.

Es responsabilidad de los autores técnicos de éste documento, tanto su contenido como los cuadros, diagramas e imágenes.

La documentación oficial del Ministerio de Salud, puede ser consultada en:  
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

Edición, 2019

Edición y Distribución  
Ministerio de Salud Viceministerio de Políticas de Salud  
Calle Arce No. 827, San Salvador.  
Teléfono: 22057000  
Página oficial:  
<http://www.salud.gob.sv>

Diseño de proyecto gráfico:

Diagramación:

Impreso en El Salvador por:

El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud.  
Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Unidad de Atención Integral a la Mujer,  
Niñez y Adolescencia  
Lineamientos técnicos para la atención integral de pacientes con trastornos mentales  
prevalentes durante el embarazo, parto y puerperio  
San Salvador, El Salvador. C.A.

## Equipo técnico

Dra. Marcela Guadalupe Hernández Dr. José Douglas Jiménez	Unidad de Atención integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia
Dr. Arturo Carranza Dr. Rigoberto González	Unidad de Salud Mental
Dr. Carlos Roberto Torres Dra. Graciela Angélica Baires	Dirección de Regulación y Legislación en Salud
Dra. Rocío Cajar Dra. Beatriz Sandoval	Dirección Nacional de Hospitales del Segundo Nivel de Atención
Dra. Matilde Quezada	Dirección Nacional del Primer Nivel de Atención.
Dr. Jorge Ernesto Roldán	Coordinación Nacional de Redes Complejas
Lic. Norma de Herrera	Unidad Nacional de Enfermería
Dr. Melvin Gómez Dra. Karina Lizeth Juárez Cañas Dra. Joselyn Paredes Dra. Tania Patricia Ábrego de Castro Dra. Karen Vides	Hospital Nacional Psiquiátrico “Dr. José Molina Martínez”
Dra. Patricia Martínez Dra. Ana Julia Cruz Jurado	Hospital Nacional de La Mujer “ Dra. María Isabel Rodríguez”
Dra. Rocío de Hernández Dra. Guadalupe de Garay	Instituto Salvadoreño del Seguro Social
Dra. Bertha Álvarez	Asesora del Viceministerio de Servicios de Salud

## Comité consultivo

Ruth Elizabeth Luna Vigil	Consejo Superior de Salud Pública
Dra. Natalia Díaz Hernández	UCSF Puerto de La Libertad
Francisco Ernesto Meza	Comando de Sanidad Militar
Lic. Daniel Quijano Gutiérrez	Dirección Nacional de Primer Nivel de Atención
Dra. Karla Landaverde	Región de Salud Paracentral
Dra. Patricia Álvarez	Región de Salud Central
Lic. Marlon Pineda	Foro Nacional de Salud
Dra. Ingrid Jeannette Hernández Dra. Salvador Enrique Cerón	Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
Dr. Rafael Gilberto Chávez	Asociación de Psiquiatras Salvadoreños por la Salud Mental.
Dra. Elsy Brizuela de Jiménez	Región de Salud Metropolitana
Licda. Bertha Maribel Rivas	UCSF Unicentro
Dra. Claudia Padilla de Campos	Asociación Salvadoreña de Psiquiatría
Dr. Mario Soriano	Unidad de Atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia

Índice	Página
I. Introducción .....	7
II. Base legal	8-9
III. Objetivos	9
IV. Ámbito de aplicación	9
V. Marco conceptual	10
1. Cambios fisiológicos y ajuste emocional durante el embarazo.....	10
2. El contexto de salud de la mujer.....	12
3. Cuidado efectivo en la salud mental en el embarazo, parto y puerperio.....	12
4. Papel del padre en el embarazo.....	16-17
VI. Contenido técnico	17-44
1. Promoción de la salud, prevención y tratamiento.....	17
2. Identificación de riesgos.....	18
3. Valoración del riesgo psicosocial.....	18
4. Identificación de trastornos mentales.....	20
5. Trastornos mentales comunes.....	21
5.1 Trastorno de ansiedad.....	22
5.2 Trastorno de ansiedad generalizada.....	22
5.3 Trastorno de pánico.....	24
5.4 Trastorno de estrés postraumático.....	26
5.5 Trastorno obsesivo compulsivo.....	28
5.6 Depresión durante el embarazo y el puerperio.....	30
5.6.1 Trastornos depresivos .....	30
5.6.2 depresión postparto.....	31
6. Trastornos mentales graves.....	33
6.1 Psicosis.....	35
6.2 Trastorno bipolar.....	36
6.3 Psicosis postparto.....	37
6.4 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.....	38
7. Criterios de referencia.....	41
8. Medidas para la terapia electroconvulsiva con analgesia y Relajación (TECAR)	44
VII. Disposiciones finales	49
VIII. Vigencia	50
IX. Bibliografía	51-53
X. Anexos	54

## I. Introducción

El Ministerio de Salud (MINSAL), comprometido con la garantía del derecho a la salud de la población salvadoreña y reconociendo la necesidad de atención prioritaria durante el embarazo, parto y puerperio, interviene durante estos periodos, para contribuir con la reducción de la morbilidad y mortalidad en esta población.

Los trastornos de salud mental durante esta etapa frecuentemente pasan desapercibidos por lo cual las usuarias del sistema de salud no reciben el tratamiento, debido a que no se toma en cuenta que tanto la salud física y mental se encuentran integradas en la persona. Por lo anterior con el fin de ofrecer la atención integral, la salud mental debe visibilizarse y atenderse por el personal de salud del MINSAL durante este periodo

Los problemas de salud mental durante estos periodos, representan una de las situaciones más complejas a las que puede enfrentarse el personal de salud. Este deberá evaluar los diagnósticos concomitantes, abordajes, posibles complicaciones del trastorno psiquiátrico en la madre y el riesgo en el desarrollo fetal, además posibles complicaciones asociadas al uso de pisco-fármacos durante el embarazo y la lactancia. Resulta importante que el personal de salud tenga siempre presente que cualquier mujer independientemente de su edad, nivel socio-económico, cultural y étnico, puede desarrollar un trastorno mental durante el embarazo, parto y puerperio

Para garantizar la atención integral en salud durante el embarazo parto y puerperio, el MINSAL elaboró los presentes lineamientos, que establecen las disposiciones para la atención de las pacientes con trastornos mentales comunes y graves, desarrolla la prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes que presenten trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, depresión, psicosis, trastorno bipolar, entre otros.

En el presente lineamiento se entenderá por salud mental perinatal como el estado de la salud mental de la mujer antes, durante y después del embarazo, lo que incluye el período preconcepcional, lactancia materna y puerperio, así como, la salud mental del recién nacido y el vínculo que se establece entre madre e hijo, por tanto, deber darse un seguimiento y vigilancia hasta los 2 años posteriores al parto.

## **II. Base Legal**

### Constitución de la República

Art. 65.- La salud de los habitantes constituye un bien público. El Estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

El Estado determinará la política nacional de salud y controlará y supervisará su aplicación.

### Código de Salud

Art. 40.- El Ministerio de Salud, es el organismo encargado de determinar, planificar y ejecutar la política nacional en materia de salud; dictar las normas pertinentes, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de las actividades relacionadas con la Salud.

### Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo

Art. 42.- Compete al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social: Dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población.

### Ley de Salud Mental

Art. 1.- La presente ley tiene como objeto garantizar el derecho a la protección de la salud mental de las personas, desde su prevención, promoción, atención, restablecimiento y rehabilitación en las diferentes etapas de su desarrollo, asegurando un enfoque de derechos humanos.

### Ley de Protección Integral de la Niñez y de la Adolescencia

Art. 25.- literal h: desarrollar programas permanentes para la prevención, atención y tratamiento de la salud mental de la niñez y adolescencia.

Art. 31.- El Estado debe garantizar la atención de la salud mental, neurológica y psicosocial de la niña, niño y adolescente mediante la formulación de políticas públicas e implementación de programas específicos.

### Política Nacional de Salud 2015-2019

Estrategia 4. Profundización y ampliación de los Ejes Estratégicos de la Reforma de Salud.

Eje 1. Fortalecimiento de las Redes integrales e integradas de salud

Línea de acción 4.3.3 Garantizar los derechos a la salud sexual y reproductiva, basados en los criterios de libre voluntad, accesibilidad cultural y económica.

Línea de acción 4.3.8 Garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, tomando en consideración las necesidades específicas de hombres y mujeres, adolescentes y jóvenes, personas LGTBI, trabajadoras sexuales, personas mayores, personas con discapacidad y pueblos originarios, prestando particular atención a personas en condiciones de vulnerabilidad y personas que viven en zonas rurales y remotas y promoviendo la participación ciudadana.

Línea de acción 4.3.9 Impulsar la formulación, aprobación y aplicación de un marco normativo que regule la educación integral e inclusiva en salud sexual y reproductiva; con amplia participación intersectorial y en estrecha colaboración con el Ministerio de Educación (MINED) y el Instituto Salvadoreño para el desarrollo de la Mujer (ISDEMU).

Política de Salud Sexual y reproductiva

OBJETIVO 2: Fortalecer la atención integral e integrada en SSR, dentro de la red de servicios del sector salud.

OBJETIVO 3: Desarrollar acciones integrales e integradas en salud sexual y reproductiva con grupos históricamente excluidos

### **III. Objetivos**

General

Establecer las disposiciones para la atención integral de las pacientes con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el embarazo, parto y puerperio en los establecimientos de la RIIS.

Específicos

1. Definir las disposiciones necesarias para la promoción de la salud mental durante el embarazo, parto y puerperio.
2. Establecer las medidas preventivas para evitar complicaciones de los trastornos mentales y del comportamiento durante el embarazo, parto y puerperio.
3. Definir el diagnóstico temprano, tratamiento oportuno y el nivel de atención correspondiente de las pacientes con trastornos mentales y del comportamiento durante el embarazo, parto y puerperio a fin de sistematizar el proceso en la RIIS

### **IV. Ámbito de aplicación**

Los presentes lineamientos son de obligatorio cumplimiento para el personal de salud de las RIIS en los diferentes niveles de atención del Sistema Nacional de Salud, incluyendo al Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS).

## V. Marco conceptual

### 1.-Cambios fisiológicos y ajuste emocional durante el embarazo

La mujer vive la maternidad como un proceso de continuo cambio y adaptación, en aspectos, físicos y hormonales. Durante el embarazo se desarrollan cambios anatómicos, fisiológicos, bioquímicos, psicológicos y emocionales. Entre estas adaptaciones se encuentran, cambios anatómicos en el tracto vaginal, metabolismo hídrico, sistema hematológico, sistema cardiovascular, aparato respiratorio, aparato urinario, tracto gastrointestinal y el sistema endócrino. De los cambios antes descritos, el sistema endócrino tiene un papel fundamental en la salud mental durante el embarazo parto y puerperio.

El embarazo se caracteriza por un aumento en los niveles de hormonas esteroideas femeninas, específicamente estradiol y progesterona<sup>1</sup>. Estudios demuestran que la progesterona incrementa de diez a cien veces su nivel normal entre el segundo y cuarto mes de gestación, de manera que el cerebro queda “inundado” con esta hormona, este efecto tranquilizante, junto con el incremento del estrógeno, protegen frente a las hormonas del estrés durante la gestación<sup>2</sup>.

Los niveles de proláctina se elevan alrededor de quince veces sobre lo normal durante el embarazo. Entre sus funciones se encuentran la preparación del alveolo mamario para la producción láctea, provoca un aumento temporal del apetito de la madre como mecanismo para proveer nutrientes al feto y energía extra para la madre durante el embarazo; y también almacena dicha energía en forma de grasa de cara a la lactancia. Por otro lado, reduce la respuesta del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal al estrés, ya que estimula la neurogénesis, e inhibe la ovulación; a su vez tiene un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la conducta maternal<sup>3</sup>.

La oxitocina actúa activando el sistema parasimpático, de manera que entre sus acciones se encuentra la disminución de la ansiedad, la aprehensión y la reactividad al estrés, así que puede servir para contrarrestar el sistema defensivo asociado al estrés<sup>4</sup>.

Durante el primer trimestre es común que la mujer experimente un cansancio notable, así como somnolencia, náuseas e incluso vómito durante la mañana. Se estima que aproximadamente 80% de las mujeres tienen náusea y vómito durante el embarazo<sup>5</sup>.

En el segundo trimestre, pasada la reacción inicial, la mujer puede permitirse fantasear y reflexionar sobre su hijo. Algunos autores han sugerido que la mujer realiza un trabajo psicológico de adaptación en tres etapas. La primera es: “estoy embarazada” (algo que

---

<sup>1</sup> Alba, C., Aler, I. y Olza, I. (2012). Maternidad y Salud: Ciencia, Conciencia y Experiencia. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes, Estudios e Investigación 2012.

<sup>2</sup> Brizendine, L. (2011). El cerebro femenino. Barcelona: Ediciones RBA.

<sup>3</sup>Mann, P. E. y Bridges, R. S. (2001). Lactogenic hormone regulation of maternal behavior. *Progress in Brain Research*, 133:251-262.

<sup>4</sup> Brunton, P. J. y Russell, J. A. (2010). Endocrine induced changes in brain function during pregnancy. *Brain Research*, 1364:198-215

<sup>5</sup> Nausea and vomiting during pregnancy. Koch KL, Frisora CL. *Gastroenterol Clin North Am*. 2003 Mar;32(1):201-34, vi.

sólo le pasa a ella y a su cuerpo); la segunda es: “estoy esperando un bebé” (es decir, ya incluyendo a otro ser distinto de ella y por ahora dentro de su cuerpo), y la tercera sería: “estoy esperando un bebé de...” (esta etapa incluye además del bebé al padre de éste, o hace lugar a la noción de paternidad)<sup>6</sup>.

En el tercer trimestre, hay una serie de tareas pendientes que es necesario considerar y realizar. El feto ocupa un espacio cada vez mayor en la cavidad abdominal y esto da lugar a nuevos síntomas, entre los que se encuentran cambios en la marcha de la mujer, en su postura, y la necesidad de tener comidas cada vez más pequeñas y frecuentes, debido a que el útero empuja a otros órganos. La respiración también es más elaborada, por la elevación del diafragma unos cuatro centímetros por arriba de lo usual y por los efectos de la progesterona<sup>9</sup>.

Las capacidades adaptativas y los factores socio culturales de la mujer, son la base que va a definir en gran medida la forma en la que va a enfrentarse a la transición a la maternidad y, por lo tanto, a los cambios que lleva consigo<sup>7</sup>.

Desde el punto de vista de la salud mental, una de las características de esta etapa es una creciente sensibilidad emocional, así como la necesidad de revisar y comprender los vínculos familiares para desarrollar un apego seguro con el recién nacido. La mujer debe concientizarse acerca de tres realidades durante la gestación: la aparición de un nuevo ser, las profundas modificaciones biológicas, anatómicas y funcionales que alteran la imagen corporal y conducen a transformación física y su nuevo rol social.

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

En este sentido, la salud emocional de la embarazada podrá evaluarse principalmente a partir de su capacidad para enfrentar este suceso y de su posibilidad de adaptarse a los cambios que éste conlleva<sup>8</sup>.

Es importante tener presente que las adaptaciones emocionales de las adolescentes durante el embarazo, parto y puerperio, pueden demorar más, debido a su inmadurez física y psicológica.<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> Psychopathologie de la périnatalité (French) Paperback – 1999

<sup>7</sup> Marín Morales D, Bullones Rodríguez M<sup>a</sup> A, Carmona Monge F J, Carretero Abellán M<sup>a</sup> I, Moreno Moure M<sup>a</sup> A, Peñacoba Puente C. Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal. NURE Investigación (Revista en Internet). 2008; Disponible en: [www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/422/413/](http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/422/413/)

<sup>8</sup> Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo Psychological disturbances in high-risk pregnant women María Eugenia Gómez López y Evangelina Aldana Calva, 2013

<sup>9</sup> Navarrete C E, Lara-Cantú M<sup>a</sup> A, Navarro C, Gómez M<sup>a</sup> E, Morales F. Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el postparto. Revista de Investigación Clínica (Revista en Internet). 2012; 64(6):625-633. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2012/nn126llh.pdf>

## 2. El contexto de salud de la mujer

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

Entre los trastornos de salud mental que se pueden presentar durante el embarazo, parto y puerperio encontramos, depresión, trastornos de ansiedad, trastorno por estrés postraumático, trastorno bipolar, la esquizofrenia y la psicosis (psicosis puerperal) entre otros.

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

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

El estado de ánimo materno durante el embarazo y las enfermedades mentales pueden repercutir en el desarrollo del recién nacido tanto durante el embarazo como después del nacimiento. La evaluación de los factores de riesgo psicosocial y síntomas de angustia de las pacientes en los controles regulares del embarazo genera la oportunidad de vincular a las pacientes con los servicios apropiados<sup>10</sup>.

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

Además identifica como factores de riesgo asociados : desventajas socio económicas, embarazo no deseado, juventud de la madre, no estar casada, ausencia de empatía y apoyo por parte de la pareja, familia política hostil, sufrir violencia por parte de la pareja, apoyo emocional, en algunos entornos dar a luz a una niña y tener antecedentes de problemas de salud mental. Entre los factores de protección se encontraron, mayor educación, trabajo estable y tener una pareja amable y de confianza<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> Austin Marie-Paule, Priest Susan R, Sullivan Elizabeth A Evaluación psicosocial prenatal para la reducción de la morbilidad en salud mental perinatal (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca.cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

<sup>11</sup> Boletín de la Organización Mundial de la Salud Recopilación de artículos Volumen 90: 2012 Volumen 90, Número 2, febrero 2012, 77-156

### **3. Cuidado efectivo de la salud mental en el embarazo, parto y puerperio**

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

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

#### **Establecer una relación terapéutica**

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

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

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

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

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

---

<sup>12</sup>Austin M-P, Highet N and the Expert Working Group (2017) Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence.

## **Involucrar la salud mental en el cuidado de las mujeres**

Los factores que mejoran la experiencia de una mujer de acceder y participar en la atención de salud mental en el embarazo, parto y puerperio, incluyen darle la oportunidad de desarrollar relaciones de confianza con el personal de salud que reconocen y refuerzan el papel de la mujer cuidando a su recién nacido sin prejuicios, ni compasión, fomentando esperanza y optimismo sobre el tratamiento<sup>13</sup>. Dar información de calidad para las mujeres, sus familiares, personal de la salud, la provisión de atención individualizada y tratamiento, también son cruciales.

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

### **Servicios de salud mental orientados a la recuperación**

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

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

---

<sup>13</sup> Megnin-Viggars et al Experience of care for mental health problems in the antenatal or postnatal period for women in the UK: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. Epub 2015.

- Evaluar la recuperación: implica que las personas y sus cuidadores sigan su propio progreso y servicios utilizando las experiencias individuales de cuidado para informar actividades de mejora de la calidad de vida.

### **Notificación oportuna sobre casos asociados a cualquier tipo de violencia**

La mayoría de las personas que asisten a los servicios de salud mental son sobrevivientes de trauma físico, psicológico o emocional. La atención informada por violencia está fundamentada en la comprensión y la capacidad de respuesta al impacto del trauma, con énfasis en la seguridad física, psicológica y emocional tanto para los proveedores, sobrevivientes, creando oportunidades para reconstruir una sensación de control y empoderamiento<sup>14</sup>. Para efectos de notificación se debe de cumplir lo establecido en los “Lineamientos técnicos de atención Integral a todo tipo de violencia”.

Todo embarazo en adolescente implica una violación sexual, sobre todo en menores de 14 años, estos últimos son de notificación obligatoria para el personal de salud a la junta de vigilancia del CONNA en las primeras 48 hr. De igual forma los embarazos, en personas con incapacidad mental también son de notificación obligatoria a la FGR

### **Proporcionar apoyo e información culturalmente seguros**

Los puntos claves para abordar con las pacientes son las condiciones que alteran la salud mental y los tratamientos que están disponibles de ser necesarios.

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

- Determinar qué tratamiento acepta o elige no aceptar tomando siempre en cuenta su capacidad de discernimiento.
- Recibir explicaciones fácilmente comprensibles sobre los detalles de su problema de salud específico, cualquier propuesta de tratamientos o procedimientos y los resultados de toda prueba realizada.
- Tener acceso a toda la información de salud sobre ella y su recién nacido.
- Ser tratada con respeto, dignidad y saber que, en la mayoría de los casos, su información de salud es confidencial.
- El personal de la salud y las pacientes necesitan comunicarse y colaborar en un trabajo de equipo, incluyendo a su pareja o cuidador- cuando ella elija - siendo una parte importante de este proceso.

---

<sup>14</sup> Kezelman & Stavropoulos Trauma-Informed Care and Practice: Towards a cultural shift in policy reform across mental health and human services in Australia - a national strategic direction. 2012

- La consistencia de la información, especialmente si esto es proporcionado por diferentes profesionales de la salud, es muy importante para el seguimiento del caso en los distintos niveles de atención, sin que la paciente sienta que ha sido derivada y abandonada por su médico tratante.

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

### **Fortalecer la continuidad de la atención**

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

## **4. Papel del padre en el embarazo**

La conducta del padre durante el embarazo, parto y puerperio

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

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

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

Es importante tener presente que las adaptaciones emocionales de los adolescentes frente a la paternidad, pueden demorar más debido a su inmadurez psicológica. En las sociedades modernas se ve con mayor frecuencia que el compañero (generalmente el

padre del recién nacido) asiste al parto. Un factor más en la formación del apego es el contacto físico entre el padre y el neonato.

Estudios científicos informan que asistir al parto incrementa sensibilidad del padre hacia el niño. En nuestro país se han iniciado los esfuerzos para implementar el parto humanizado que incluye el acompañamiento idealmente del padre o un familiar cercano.

La relevancia del apoyo de la pareja hacia la paciente con trastorno psiquiátrico durante el embarazo, parto y puerperio, reside en involucrarse tanto en la prevención, promoción y acompañamiento. Contribuyendo al cumplimiento de los tratamientos y teniendo participación en el cuidado de la madre y del recién nacido.

## **VI. Contenido técnico**

### **1.- Promoción de la salud, prevención y tratamiento**

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

El profesional de salud responsable de la atención debe tener en consideración los siguientes elementos:

- Toda paciente en edad fértil con un trastorno mental previo al embarazo, debe referirse a la consulta de alto riesgo reproductivo (CARR).
- Planificación previa a la concepción: realizar labor educativa con todas las mujeres en edad fértil que tienen una condición de salud mental nueva, existente o pasada, incluyendo; el uso de anticonceptivos y cualquier plan para un embarazo, reconocer cómo el embarazo y el parto pueden afectar su condición de salud mental, incluido el riesgo de recaída, tener en cuenta que un trastorno mental y su tratamiento pueden afectar a la mujer, el feto y al recién nacido, además de la crianza de los hijos<sup>15</sup>.
- La salud mental es parte fundamental de todos los planes individualizados de atención en la mujer en edad reproductiva.

---

<sup>15</sup> BC MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE SERVICES. Best practice guidelines for mental health disorders in perinatal period, 2014.

- El personal de salud responsable de la atención de una mujer en el embarazo, parto y puerperio, debe facilitar un intercambio efectivo de información entre todos los servicios involucrados, con la paciente y familia.
- Todas las intervenciones para la salud mental de las mujeres en el embarazo, parto y puerperio, deben ser oportunas conforme a su necesidad de atención.

## 2.- Identificación de riesgos

La evaluación psicosocial durante el embarazo, parto y puerperio, debe realizarse desde el primer nivel de atención, con el objetivo de reducir las tasas de morbilidad y mortalidad en la mujer<sup>16</sup>. Los procedimientos de detección oportuna de factores de riesgo en salud mental están diseñados para identificar la presencia de trastornos clínicos en general.

## 3.- Valoración del riesgo psicosocial

**Escala de experiencia en el embarazo conocida como PES por sus siglas en inglés es (Pregnancy Experience Scale).<sup>17</sup>**

Esta escala fue desarrollada con el objetivo de obtener la evaluación sobre el estrés y la valencia emocional hacia el embarazo que pueden experimentar las mujeres durante la gestación.

Consta de 41 ítems que la mujer debe valorar en dos sentidos, como algo positivo (que la mujer se sienta feliz) y como algo negativo (que le haga sentir triste, negativa o molesta). Cada ítem debe evaluarse en los dos sentidos en una escala tipo Likert de 4 puntos (de 0=nada a 3=mucho).

La puntuación incluye el conteo de la frecuencia, así como la intensidad en la valoración de ambas dimensiones (positiva y negativa).

Del mismo modo también se obtiene una puntuación para determinar la valencia positiva o negativa hacia el embarazo, donde los valores superiores a 1 indican más problemas o molestias que alegría o bienestar y puntuaciones inferiores a 1 indican más alegría y bienestar que molestias. Di Pietro et al. (2004) determinaron en su estudio, una fiabilidad interna elevada con un alfa de Cronbach de 0.91 a 0.95. Se demostró validez convergente y discriminante entre el PES y otras medidas generales como el Inventario de Estrés Cotidiano (Brantley, Waggoner, Jones y Rappaport, 1987)

<sup>16</sup>Austin M-P, Highet N and the Expert Working Group (2017) Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence.

<sup>17</sup>DiPietro.J. A, Chriatensen,A. L, &Costigan (2004) Measuring the ups and downs of pregnancy stress. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 25, 189-201.

y el test de Medida de Intensidad del Afecto (Larsen, Diener y Emmons, 1986). La correlación de fiabilidad test-retest fue significativamente alta, las asociaciones se mostraron consistentes y estables tanto en frecuencia como en intensidad.

La PES original (PES-Brief; Dipietro, Christensen y Costigan, 2008) consta de 20 ítems, los primeros 10, evalúan aspectos positivos o alegres relacionados con el embarazo, y los segundos 10, pretenden valorar aspectos molestos o más problemáticos relacionados con el embarazo.

Para efecto de aplicación de los presentes lineamientos se deberá utilizar la versión breve traducida de la PES original (PES-Brief; Dipietro, Christensen y Costigan, 2008), la cual será colocada en el expediente por personal de ESDOMED y administrada por el personal de salud (médico general, obstetra, licenciada en enfermería, licenciada materno infantil) una sola vez durante el primer control prenatal (posterior a la inscripción), a fin de determinar el estrés y la valencia emocional prevalente en el embarazo.

**Tabla 1. Escala de experiencia en el embarazo, versión breve**

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

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

Cálculo de la escala:

- 1) Sumar los aspectos positivos
- 2) Sumar los aspectos negativos
- 3) Dividir los aspectos negativos (numerador) sobre los aspectos positivos (denominador)

según la siguiente fórmula:

Sumatoria de los aspectos negativos  
\_\_\_\_\_ = valoración del riesgo  
Sumatoria de los aspectos positivos

Como ejemplo:

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

$$27 / 30 = 0.9$$

Interpretación de la escala:

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

#### **4.- Identificación de trastornos mentales**

Para poder organizar los procesos de atención para las personas con trastornos mentales en el embarazo, parto y puerperio, se han definido categorías clínicas operacionales que correspondan con la complejidad y capacidades resolutivas de los establecimientos de la RIIS, adoptando la siguiente clasificación:

##### **Trastorno mental común (TMC)**

Para la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio se entenderá por todas aquellas entidades nosológicas que se caracterizan por síntomas y síndromes tales como: ansiedad (trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de estrés postraumático y trastorno obsesivo compulsivo) depresión leve y moderada, dificultades adaptativas (maternidad azul).

## **Trastorno mental grave (TMG)**

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

Siendo estos: psicosis (esquizofrenia y psicosis posparto), trastorno afectivo bipolar, depresión grave, autolesiones o suicidio trastorno de inestabilidad emocional tipo límite. Antes de realizar el diagnóstico de un trastorno mental, se debe descartar cualquier condición médica que curse con síntomas psiquiátricos.

El uso concomitante de sustancias psicoactivas también debe excluirse previo al diagnóstico. Se debe tomar en cuenta que una patología propia del embarazo, parto y puerperio, no excluye la presencia de un trastorno mental y viceversa.

## **5.- Trastornos mentales comunes**

### **Generalidades**

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

El abordaje terapéutico es complejo debido a los siguientes aspectos:

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

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

---

<sup>18</sup>Neuropsiquiatría, A. E. (2015). *Psiquiatría perinatal y del niño de 0 a 3 años*. Madrid, España: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).

<sup>19</sup>García-Esteve, Manual de psiquiatría perinatal, Editorial panamericana 2016

## 5.1-Trastorno de ansiedad

Pueden causar considerable sufrimiento para la gestante, su compañero y toda la familia. Además, interfieren con la posibilidad de que goce la relación con su recién nacido y afectan negativamente la calidad de las interacciones entre ellos<sup>20</sup>.

Los trastornos de ansiedad durante el embarazo pueden tener una influencia negativa en los resultados obstétricos, fetales y perinatales, incluyendo un agravamiento de los síntomas normales del embarazo (náuseas y vómitos), aumento del consumo de alcohol y tabaco, así como hábitos alimenticios poco saludables. Hay aumento de la incidencia de preeclampsia y de parto prematuro, aumento de depresión posnatal y trastornos del humor<sup>21</sup>.

Niveles altos de ansiedad materna durante el embarazo, están asociados con mayor exposición del feto al cortisol materno y el riesgo de resultados adversos del desarrollo neurológico<sup>22</sup>. Los principales trastornos de ansiedad son: trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, trastorno por estrés postraumático y trastorno obsesivo compulsivo.

## 5.2- Trastorno de ansiedad generalizada

### Definición

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

### Educación

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

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

Factores contribuyentes:

- Estresores de la vida
- La falta de apoyo social
- Inadecuadas relaciones interpersonales
- Antecedentes familiares de trastornos de ansiedad

<sup>20</sup>Maldonado Duran, J.Martín, Brockington, Ian. La salud Mental y sus dificultades en la etapa perinatal, pag.179-180. OPS.

<sup>21</sup>Marc I, Toureche N, Ernst E et al (2011) Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. Cochrane Database Syst Rev(7): CD007559.

<sup>22</sup>O'Donnell KJ, Bugge Jensen A, Freeman L et al (2012) Maternal prenatal anxiety and downregulation of placental 11beta-HSD2. Psychoneuroendocrinology 37(6): 818–26.

- Recién nacidos con problemas de salud o temperamento difícil percibido por la madre
- Problemas de salud materna (crónica o aguda)
- Tabaquismo, alcohol y el consumo de cafeína<sup>23</sup>.

## Prevención

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

## Diagnóstico

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

Los temores se refieren a múltiples áreas (la familia, el trabajo, las relaciones con otras personas, la autoimagen,) y la preocupación ocurre sin motivo aparente, además de que son excesivos e incontrolables<sup>24</sup>.

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

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

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral, u otras áreas importantes del funcionamiento<sup>25</sup>.

## Tratamientos

### No farmacológico

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

- Terapia de relajación
- Terapias cognoscitivo-conductuales (reestructuración cognoscitiva, que implica enseñar a la paciente a reconocer la irracionalidad de sus preocupaciones con

<sup>23</sup>BC MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE SERVICES. Best practice guidelines form mental health disorders in perinatal period, 2014.

<sup>24</sup>Maldonado Durán, J.Martín, Brockington Ian. LA SALUD MENTAL Y SUS DIFICULTADES EN LA ETAPA PERINATAL. Pag.192.Organización Panamericana de la Salud.)

<sup>25</sup>American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5 R, 5ª. Edición

respecto al presente y futuro; auto-vigilancia, que implica detectar pensamientos negativos, catastróficos e improbables y su exposición gradual a varias de las situaciones atemorizantes, es decir que la paciente imagine intencionalmente las situaciones catastróficas a las que teme)

- Terapias psicodinámicas individuales, familiares o grupales (grupos de autoayuda), principalmente en el primer trimestre del embarazo.

### **Farmacológico**

En caso de requerir de medicamentos, se debe evaluar la utilización de antidepresivos (inhibidores de la recaptación de serotonina). En casos muy graves, se debe utilizar ansiolíticos de tipo benzodiacepinas, de preferencia por muy corto tiempo y no durante el primer trimestre del embarazo, en caso de uso prolongado y dosis elevadas, se debe reducir gradualmente la dosis en el último trimestre del embarazo, para prevenir la abstinencia neonatal<sup>23</sup>.

### **Autocuidado**

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

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

## **5.3- Trastorno de pánico**

### **Definición**

Consiste en una patología que cursa con ataques de pánico o crisis de angustia, los cuales son episodios súbitos, diurnos o nocturnos, de miedo e intenso malestar, en ausencia de peligro real, que se acompaña de una descarga neurovegetativa con síntomas físicos y cognitivos, sensación de peligro o muerte inminente y urgente necesidad de escapar, suele durar de quince a treinta minutos, alcanzando su máxima expresión en los primeros diez. En general los trastornos de pánico son más frecuentes en la mujer que en el hombre, durante toda la edad reproductiva. El trastorno de pánico tiene en general una prevalencia de 2% entre la población general.

En un estudio con 512 pacientes que asistieron a dos clínicas obstétricas, se encontró una prevalencia de 2.5 % de trastorno de pánico durante el tercer trimestre de la gestación (Guler y cols., 2008; Smith y cols., 2004).

### **Educación**

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

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

### **Prevención**

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

### **Diagnóstico clínico**

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

Para un diagnóstico definitivo se deben presentar varios ataques graves de ansiedad vegetativa, al menos durante un mes, en circunstancias donde no existe un peligro objetivo y no deben presentarse, solo en situaciones conocidas o previsibles.

Los cambios hormonales y bioquímicos concomitantes al embarazo generalmente tienen un impacto en la gravedad o precipitación del trastorno de pánico. Entre los factores que podrían contribuir a aliviarlo está el aumento en la concentración de progesterona que ocurre durante el embarazo. Es importante descartar otros diagnósticos como, prolapso de la válvula mitral e hipertiroidismo.

### **Tratamientos**

#### **No farmacológico**

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

#### **Farmacológico**

Los dos principales grupos de medicamentos usados para la ansiedad son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los antidepresivos

tricíclicos. Deben evitarse las benzodiacepinas o usarse por tiempo breve en casos de gravedad, aunque preferiblemente nunca durante el embarazo.

### **Autocuidado**

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

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

## **5.4- Trastorno por estrés postraumático.**

### **Definición**

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

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

### **Educación**

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

### **Prevención**

No hay marcadores biológicos específicos suficientes, para detectar los trastornos de ansiedad temprana, tampoco existen investigaciones que muestren que los medicamentos actuales son eficaces en la prevención de estos trastornos.

Para el caso del manejo de una situación de crisis, se deben proporcionar primeros auxilios psicológicos oportunos. Asimismo, se debe realizar el tamizaje para identificar posible situación de violencia conforme a lo establecido en los *Lineamientos técnicos de atención integral a todas las formas de violencia*.

### **Diagnóstico**

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

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

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

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

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

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

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

## **Tratamientos**

### **No farmacológico**

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

También pueden intentarse estrategias terapéuticas que involucren aspectos de relajación, biorretroalimentación e imaginación guiada. Lo mismo aplica para la terapia de desensibilización y reprocesamiento de experiencias traumáticas por medio de movimientos oculares, cuya eficacia es generalmente reconocida.

## **Farmacológico**

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

## **Terapia electroconvulsiva con Analgesia y Relajación (TECAR).**

Depende de la complicación que presente la paciente. Si se tratara de una depresión mayor resistente a tratamiento farmacológico, podría ser elegible para la realización de TECAR.

## **Autocuidado**

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

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

- Aprender a controlar el estrés, mediante técnicas de relajación y si es posible disminuir los estresores: conyugales, legales, familiares y sociales.
- Higiene de sueño
- Evitar medicamentos como antihistamínicos, descongestionantes y mucolíticos
- Reducir el consumo de cafeína
- Evitar u eliminar el consumo de sustancias como marihuana, cocaína, tabaco y alcohol.

## **5.5- Trastorno obsesivo compulsivo**

### **Definición**

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

### **Educación**

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

Los síntomas suelen mantenerse en secreto hasta que se presentan conductas obvias de mala adaptación o un intenso sufrimiento psíquico para la persona afectada o quienes la rodean. Se ha informado de casos en lo que el TOC no existía antes de la transición a la maternidad y que se inicia en el período postparto<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management Brandes, Soares y Cohen, 2004

## **Prevención**

Los factores de riesgo son múltiples e incluyen los genéticos y de vulnerabilidad neurobiológica. Es posible que los cambios hormonales después del embarazo hagan que los neurotransmisores se alteren y por ende aumenten los casos de aparición postparto<sup>27</sup>, potencializados por los retos psicosociales de la transición a la parentalidad. Por tanto, el personal de salud debe preguntar acerca de la aparición de ideas con características obsesivas y que estas hayan generado alguna conducta impulsiva o compulsión.

## **Diagnóstico**

Las manifestaciones clásicas de este trastorno son los pensamientos o imágenes reconocidas como propias, molestas, intrusivas sobre distintas temáticas como miedo de haber matado a alguien, contaminación, dudas constantes, ideas obscenas, simetría, entre otras.

Las compulsiones consiguientes se refieren a las conductas que liberan la ansiedad generada por las obsesiones tales como lavarse, descontaminarse y asegurarse repetidamente de que no se han cometido esas transgresiones (haber atropellado a alguien, dejado la puerta abierta, la estufa prendida, entre otras formas de verificación). Cuando se tiene a un hijo, los pensamientos intrusivos pueden referirse a dañar al recién nacido. Es posible que cuando el trastorno inicie en el período posparto, las obsesiones de daño al recién nacido sean más marcadas<sup>27</sup>; asimismo, cuando la paciente lo padecía desde antes del embarazo, es posible que el problema empeore en el posparto.

## **Tratamiento**

Una de las principales barreras para el tratamiento es que la mujer no revela sus pensamientos y temores, aunque la atormentan constantemente. Lo óptimo es la detección temprana, para lo cual se deben formular preguntas referentes a pensamientos persistentes que la asustan o si presenta conductas repetitivas para aliviar su ansiedad.

## **No farmacológico**

Las terapias cognoscitivo-conductuales son herramientas útiles. Puede ser que estas tengan mayor beneficio que los medicamentos, además pueden producir cambios a largo plazo y no requieren la toma continúa de fármacos. Uno de los objetivos de las terapias es demostrar a la paciente que tiene ideas obsesivas y que éstas pueden ser corregidas. Se puede empezar por enseñar el mecanismo de operación de las obsesiones y compulsiones.

## **Farmacológico**

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

## **Autocuido**

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

- Aprender a controlar el estrés, y si es posible disminuir los estresores
- Higiene de sueño
- Evitar medicamentos como antihistaminicos, descongestionantes y mucolíticos
- Reducir el consumo de cafeína
- Eliminar el consumo de sustancias como marihuana, cocaína, tabaco y alcohol
- Recomendar tomarse tiempo para sí misma
- Implementar meditación
- No minimizar la presencia de obsesiones o compulsiones, pero no enfocarse exclusivamente en estas

## **5.6- Depresión durante el embarazo y puerperio**

### **5.6.1- Trastornos depresivos**

#### **Definición**

Depresión en el embarazo y puerperio es la aparición de un episodio depresivo mayor durante el embarazo (conocido también como período prenatal) y/o después del parto (conocido también como período postparto o posnatal) o en el curso de la adopción de un niño<sup>27</sup>.

Puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, incluso durante el primer año posterior al nacimiento o adopción. Inicia con los síntomas de la tristeza postparto, pero no resuelven al cabo dos semanas, por el contrario, se vuelven más severos. Dichos síntomas, requieren tratamiento, de no ser así, pueden impactar negativamente a la madre, al recién nacido y la familia.

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

En la etapa perinatal la depresión abarca mucho más allá del término conocido como tristeza posparto<sup>28</sup> o “maternidad azul (*Baby Blues*)” el cual ocurre en el 50-80% de las madres y que normalmente inicia entre el tercer y quinto día posparto. Se caracteriza por llanto sin un motivo aparente, cambios en el estado de ánimo y ansiedad.

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

---

<sup>27</sup> BC MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE SERVICES. Best practice guidelines form mental health disorders in perinatal period, 2014

<sup>28</sup> BC MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE SERVICES. Best practice guidelines form mental health disorders in perinatal period, 2014.

## **Educación**

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

- Historia personal de depresión. Este es el principal factor de riesgo relacionado con la depresión durante el embarazo y un fuerte predictor de depresión posparto.
- Antecedentes familiares de depresión. Alrededor del 50% de mujeres que experimentan depresión posparto, tienen un antecedente familiar de trastornos mentales<sup>29</sup>.

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

## **Prevención**

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

### **5.6. 2- Depresión posparto:**

Las mujeres que reciben atención psicosocial e intervenciones psicológicas durante el embarazo, son menos propensas a sufrir depresión posparto que aquellas mujeres que reciben únicamente atención prenatal de rutina. La depresión posparto, conlleva complicaciones a la madre, el niño y toda la familia. La detección temprana y el tratamiento oportuno pueden ayudar a reducir el impacto de estas complicaciones.

## **Diagnóstico**

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

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

---

<sup>29</sup> Depresión posparto, Instituto nacional de salud mental, Departamento de Salud y servicios humanos de los estados unidos ,2014

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

- Ideación suicida<sup>30</sup>
- Ánimo depresivo marcado y persistente tristeza, irritabilidad o incapacidad para experimentar placer.
- Incapacidad marcada para concentrarse y tomar decisiones.
- Descuido de aseo y cuidado personal.
- Sentimientos de desesperanza y de sentirse constantemente agobiada por las responsabilidades de la maternidad.
- Sentimientos de culpa o de incapacidad para asumir su rol como madre.
- Pensamientos acerca de ser una madre “mala” o “terrible”.
- Aislarse de la familia, amigos y redes de apoyo.
- Coexistencia de síntomas de ansiedad: tensión muscular, dificultad para respirar, mareos, náuseas, sensación de boca seca, sensación de estar al límite, preocupación excesiva acerca del recién nacido u otros familiares, incapacidad para dormir aun cuando el recién nacido está dormido, consultas frecuentes al médico por diversos malestares físicos en su salud o la del recién nacido.
- Pensamientos o imágenes acerca de lastimarse a sí misma o al recién nacido, ya sea de forma accidental o intencional.

### **Tratamiento farmacológico**

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

### **Tratamiento no farmacológico**

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

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

---

<sup>30</sup>BC MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE SERVICES. Best practice guidelines form mental health disorders in perinatal period, 2014.

## **Terapia Electroconvulsiva con Analgesia y Relajación (TECAR)**

En depresiones leves y moderadas no está indicada.

### **Criterios de seguimiento**

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

### **Autocuidado**

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

Los pasos más importantes a seguir en el autocuidado son:

- Consejería sobre estilo de vida saludable, incluyendo nutrición adecuada, ejercicio físico, y descanso entre otras.
- Tiempo para sí misma: ésta es un área que las madres normalmente rechazan. Es una de las principales preocupaciones para las mujeres que están deprimidas o con cualquier otra enfermedad mental.
- Apoyo: la red de apoyo social juega un papel fundamental para ayudar a las nuevas madres a ajustarse a los cambios en el estilo de vida que vienen con el inicio de la maternidad. Mantener relaciones saludables se convierte en un factor protector contra la depresión y otras enfermedades mentales.

## **6.- Trastornos mentales graves**

### **Generalidades**

La psicosis puede estar presente antes del embarazo en mujeres que tienen un diagnóstico previo, como esquizofrenia o iniciar en la etapa del embarazo, o en el puerperio como en la psicosis posparto<sup>31</sup>La psicosis posparto hace referencia a la aparición repentina de síntomas psicóticos después del parto. Es comúnmente asociado con el trastorno bipolar, un trastorno psicótico breve o un trastorno depresivo mayor. Sin embargo, el primer episodio de psicosis posparto también puede ser una presentación del trastorno esquizoafectivo o esquizofrenia, aunque es menos probable<sup>32</sup>.

El trastorno bipolar es considerado uno de los trastornos mentales más severos en el embarazo, parto y puerperio. Se estima que entre un 25 a 40% de las mujeres con trastorno bipolar tiene un episodio de psicosis posparto<sup>33</sup>.El trastorno bipolar se caracteriza por la presencia de episodios reiterados (al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del paciente están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo,

<sup>31</sup>J. Martín Maldonado-Durán Ian Brockington. La salud mental y sus dificultades en la etapa perinatal. Organización Panamericana de la Salud, 2011.

<sup>32</sup>Austin M-P, Highet N and the Expert Working Group. Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline. Melbourne: Centre of Perinatal Excellence, 2017

<sup>33</sup>García-Esteve, Manual de psiquiatría perinatal, Editorial panamericana 2016

un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otros, en una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión).

Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuatro a cinco meses<sup>34</sup>. Las mujeres con antecedente de trastorno bipolar tienen más probabilidades que las mujeres sin esta condición de experimentar algunos resultados adversos del embarazo, como hipertensión gestacional, hemorragia anteparto, restricción severa del crecimiento fetal (< 2 – 3 percentil) (aunque esto puede estar relacionado con el hábito de fumar) y morbilidad neonatal<sup>35</sup>

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

## **Educación**

### **Planificación previa a la concepción**

La planificación previa a la concepción debe comenzar al momento del diagnóstico de una enfermedad mental grave en mujeres en edad fértil. Muchas de estas mujeres necesitarán explicaciones claras sobre la importancia de la anticoncepción y se debe referir oportunamente a la consulta de alto riesgo reproductivo.

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

## **Prevención**

### **Cuidado prenatal**

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

- Monitoreo los signos tempranos de recaída, particularmente porque los medicamentos a menudo se suspenden (por la paciente o su médico) antes o durante el tratamiento en el embarazo.
- Educación sobre nutrición y dejar de fumar, uso de sustancias ilícitas e ingesta de alcohol en el embarazo.
- Controlar el aumento excesivo de peso y la diabetes gestacional, en mujeres que toman antipsicóticos, teniendo en cuenta la derivación a un profesional de la

<sup>34</sup>BC MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE SERVICES. Best practice guidelines form mental health disorders in perinatal period, 2014.

<sup>35</sup>Rusner M, Berg M, Begley C (2016) Bipolar disorder in pregnancy and childbirth: a systematic review of outcomes. BMC Pregnancy Childbirth 16(1): 331.

<sup>36</sup>Nguyen TN, Faulkner D, Frayne JS et al (2013) Obstetric and neonatal outcomes of pregnant women with severe mental illness at a specialist antenatal clinic. Med J Aust 199(3 Suppl): S26–9

salud apropiado si se identifica un aumento de peso excesivo. (Perinatólogo, internista, nutricionista).

- Derivación para la planificación de atención multidisciplinaria con la antelación suficiente en el embarazo (especialmente si el embarazo no está planificado) para construir relaciones de confianza y desarrollar una red de seguridad para la madre, recién nacido, compañero o cuidadores.

### **Cuidado posnatal**

Se requiere un monitoreo estricto en el primer mes después del nacimiento para las mujeres con enfermedad mental severa, especialmente aquellas con trastorno bipolar, con una revisión periódica en los 24 meses siguientes al parto. La preservación del sueño es una consideración importante. Si se produce recaída de una enfermedad mental grave, se recomienda el ingreso conjunto a una unidad de madre y recién nacido<sup>37</sup>. En algunos casos, puede ser necesario que las mujeres dejen de amamantar si su descompensación es grave, requieren sedación nocturna o interrupción del sueño (para alimentar al recién nacido) pues, tendría un efecto adverso en su estado mental.

El personal de salud debe educar a la paciente y su familia en las habilidades de crianza, incluyendo el rol del padre o de otros cuidadores; promover el apego madre-hijo es una consideración importante para las mujeres con enfermedades mentales graves y sus familias.

## **Diagnóstico**

### **6. 1.-Psicosis**

#### **Manifestaciones clínicas**

La psicosis se caracteriza por distorsiones del pensamiento y de la percepción, así como por un conjunto de emociones inapropiadas o limitadas. Puede presentar lenguaje incoherente o ilógico. También se pueden presentar alucinaciones, estado delirante o recelo excesivo e injustificado. Se pueden observar anormalidades graves de conducta, tales como conducta desorganizada, agitación, excitación e inactividad o actividad excesiva.

También se pueden detectar alteraciones de las emociones, tales como apatía pronunciada o incoherencia entre la emoción expresada y el afecto observado (por ejemplo, entre las expresiones faciales y el lenguaje corporal).

A la exploración mental se deben identificar:

- Alteraciones de la conducta (irritabilidad, agresividad, comportamiento desorganizado).

<sup>37</sup>García-Esteve, Manual de psiquiatría perinatal, Editorial panamericana 2016

- Afecto: apatía, embotamiento, incoherencia entre la emoción expresada y el afecto observado.
- Pensamiento: ilógico, con alteraciones en el curso, ideas delirantes.
- Sensopercepción: pseudoalucinaciones y alucinaciones.

## 6. 2.-Trastorno bipolar

### Manifestaciones clínicas

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

El trastorno bipolar tipo II, se caracteriza por episodios de hipomanía, así como al menos un episodio de depresión mayor. Los episodios hipomaniacos no llegan a los extremos de la manía, es decir, que no provocan alteraciones sociales u ocupacionales y carecen de rasgos psicóticos, además de un historial con al menos un episodio de depresión mayor. El trastorno bipolar tipo II se caracteriza por al menos un episodio de hipomanía y otro de depresión<sup>38</sup>

### Fases del trastorno bipolar:

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

<sup>38</sup>Clasificación internacional de las enfermedades 10 edición. OMS, 1992

hospitalización, no presenta síntomas psicóticos y no genera una grave disfunción familiar, social o laboral.

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

En los episodios depresivos graves pueden presentarse pensamientos anormales sobre la muerte, ideación suicida o intentos de suicidio, así como síntomas psicóticos. El riesgo de suicidio es más alto en los cuadros mixtos, ya que coexiste el ánimo depresivo con la agitación psicomotriz. Al no existir el retardo de pensamiento y de acción que caracteriza a la mayoría de las depresiones, existe mayor probabilidad del suicidio<sup>39</sup>

### **6. 3.-Psicosis posparto**

#### **Manifestaciones clínicas**

Se presenta con mayor frecuencia entre los 15 y 35 años, el diagnóstico se hace a través de una entrevista clínica, identificando cualquiera de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, discurso desorganizado, alteraciones en la psicomotricidad, aislamiento social, falta de motivación, trastornos del sueño y expresión emocional disminuida. Generalmente los síntomas inician 72 horas posteriores al parto, hasta un mes de forma súbita<sup>40</sup>. Las mujeres que presentan psicosis posparto usualmente tienen pobre autocrítica de su padecimiento y necesitan hospitalización por su seguridad y la del recién nacido.

#### **Tratamiento**

##### **No farmacológico y autocuidado**

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

<sup>39</sup>BC MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE SERVICES. Best practice guidelines form mental health disorders in perinatal period, 2014

<sup>40</sup>Cohen LS, Wang B, Nonacs R, Viguera AC, Lemon EL, Freeman MP. Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. *Psychiatry Clin North Am.* 2010;33(2): 273 -293

oportunamente efectos de los medicamentos en el recién nacido. Se deben implementar terapias de pareja o familiar antes, durante y después del embarazo.

### **Farmacológico**

Los trastornos psicóticos se tratan desde el inicio con medicación, la mayoría de los casos requieren atención en un hospital con capacidad para atender emergencias obstétricas<sup>41</sup>. La primera línea de tratamiento son los antipsicóticos (anexo 5). Las benzodiacepinas, se pueden utilizar por periodos cortos, básicamente para controlar los efectos secundarios de los antipsicóticos<sup>36</sup>. Para mujeres con diagnóstico de trastorno esquizoafectivo o trastorno bipolar en episodio maniaco con síntomas psicóticos, se debe agregar un modulador del afecto (anexo 5).

### **Terapia electroconvulsiva con Analgesia y Relajación (TECAR)**

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

- Efectos secundarios graves a los medicamentos como síndrome neuroléptico maligno, agranulocitosis, entre otros.
- Falta de adherencia o rechazo a los medicamentos
- Falla terapéutica
- Riesgo suicida u homicida<sup>42</sup>

La TECAR durante el embarazo se ha utilizado con seguridad para el feto y se considera beneficiosa en trastornos psicóticos severos<sup>43</sup>. Puede ser considerada dependiendo de la severidad de los síntomas como primera línea de tratamiento<sup>44</sup>

## **6.4.-Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad**

### **Definición**

Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un estado de ánimo inestable y caprichoso. Este trastorno se subdivide en los subtipos límite e impulsivo. Para efectos del presente lineamiento nos referiremos al trastorno de inestabilidad emocional tipo límite.

### **Educación**

El trastorno de personalidad límite es a largo plazo una condición compleja y variable, con amplio impacto sobre la función social y profesional (especialmente para padres) y tiene un tratamiento sustancial e implicaciones pronósticas (*NHMRC 2012*) a menudo existe comorbilidad con trastornos depresivo, trastorno de ansiedad y abuso de

<sup>41</sup>BC MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE SERVICES. Best practice guidelines form mental health disorders in perinatal period, 2014.

<sup>42</sup> Impasato DJ, G. eléctrica y la terapia de choque de insulina durante el embarazo. Dis Nerv Syst. 1964; 25: 542-546., Remick RA, M. TEC en el embarazo. Am J Psychiatry. 1978; 135: 761-762.

<sup>43</sup>EL Anderson, R. TEC en el embarazo: Una revisión de la literatura 1941-2007. Psychosom Med.2009; 71: 235-42

<sup>44</sup> Forray A, O. El uso de la terapia electroconvulsiva en el tratamiento de trastornos afectivos posparto. JECT. 2007; 23 (3): 188-193.

sustancias. También puede ser muy difícil diferenciar el trastorno límite de la personalidad de un trastorno bipolar y de estrés postraumático (*NHMRC 2012*).

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

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

### **Prevención**

No ser conscientes del diagnóstico hace de la planificación previa a la concepción un desafío. Un primer paso puede ser una discusión del diagnóstico cuando hay claridad que este enfoque preventivo es fundamental y referir a la CARR. Como el trastorno límite de la personalidad se asocia con varios resultados obstétricos y neonatales adversos, un equipo multidisciplinario de salud debe realizar el monitoreo de las pacientes con este trastorno antes y durante el embarazo (*Pare-Miron et al 2016*).

Este enfoque tendría como objetivo optimizar la gestión de los síntomas y comportamientos desafiantes y frente a la frecuencia de abuso de sustancias y otras condiciones de riesgo. Consideraciones en la planificación previa a la concepción, incluyen reconocer la capacidad de la mujer para la crianza de sus hijos, su red de apoyo y otro tipo de apoyo disponibles en el período prenatal, la necesidad de intervenciones de apoyo para su compañero o familiar y el tratamiento para ayudar al control de la inestabilidad emocional.

### **Diagnóstico**

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

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

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

## **Tratamiento**

### **No farmacológico**

Mientras que los tratamientos psicológicos especializados (terapia cognitivo conductual) son el tratamiento preferido para el trastorno límite de la personalidad, estos toman tiempo para producir un efecto y también se requieren otros enfoques psicológicos más genéricos para que las mujeres sean asistidas en el control de su inestabilidad emocional y estén mejor preparadas para el embarazo y la maternidad. La terapia dialéctica-conductual consiste en un conjunto de estrategias aplicadas a una jerarquía de objetivos de tratamiento, puede implementarse de forma grupal o individual. En su formato individual se trabaja la motivación y, junto con llamadas telefónicas de apoyo, se promueve la generalización de habilidades a las situaciones específicas de la vida del usuario<sup>45</sup>.

### **Farmacológico**

En general, los tratamientos farmacológicos no parecen ser eficaces en la alteración del inicio y el curso del trastorno límite de la personalidad (NHMRC 2012). Sin embargo, pueden ser útiles a corto plazo en el control de los síntomas más agudos. Si un tratamiento farmacológico se prescribe para una mujer con trastorno de personalidad límite, debe considerarse la posibilidad de evitar los medicamentos que pueden ser letales en sobredosis (debido al alto riesgo de suicidio) o están asociados con la dependencia de sustancias.

### **Terapia Electroconvulsiva con analgesia y Relajación (TECAR)**

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

### **Autocuidado**

Retomar las medidas de autocuidado generales: alimentación nutritiva, higiene del sueño, evitar consumo de alcohol, tabaco y drogas lícitas e ilícitas, lograr la autogestión de las emociones, involucramiento de familiares y cuidadores, constancia en los

---

<sup>45</sup> [https://www.trastornolimitado.com/images/stories/pdf/TDC\\_para\\_el\\_trastorno\\_limite\\_de\\_la\\_perso.pdf](https://www.trastornolimitado.com/images/stories/pdf/TDC_para_el_trastorno_limite_de_la_perso.pdf)

controles prenatales y adherencia a los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos.

## **7. Criterios de referencia**

La referencia de la paciente según el resultado de la Escala de Experiencia en el Embarazo (PES por siglas en inglés), no sustituye el seguimiento, según lo establecido en los *Lineamientos técnicos para la atención en el embarazo, parto, puerperio y el recién nacido*, siendo un aspecto complementario que permite la atención integral de la mujer. Se debe considerar como prioritaria la atención de la paciente que ponga en riesgo su vida.

### **Ruta de atención de la paciente embarazada: según el resultado de la PES**

A toda paciente embarazada durante el primer control prenatal se le debe aplicar la PES. Conforme al resultado se deben realizar las siguientes intervenciones:

- Bajo riesgo (menor a uno): continúa su atención en el lugar de donde ha sido detectada, con psicoeducación (de acuerdo a los *Lineamientos técnicos de salud mental*).
- Con riesgo (igual o mayor a uno): Referir a psicología de su área geográfica de responsabilidad (AGR) para ser evaluada en un periodo no mayor de diez días.

### **Ruta de atención de la paciente embarazada que presenta algún trastorno psiquiátrico:**

A toda paciente con antecedente de algún trastorno psiquiátrico estable, inscrita en control prenatal en UCSF.

- Referir a control prenatal por ginecoobstetra (GO) a la Unidad Comunitaria de Salud Especializada (UCSFE) que le corresponde según microred.
- Interconsulta a psiquiatra, según red que le corresponda en un periodo no mayor de diez días.
- Continuar controles por el trastorno psiquiátrico según lo indique el psiquiatra en interconsulta, quien garantizará el retorno a GO, con las indicaciones tanto farmacológicas, como no farmacológicas, consejería, psicoeducación psicoterapéuticas y según plan individualizado.

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

- Referir urgentemente al hospital para evaluación por GO según red correspondiente, descartar trastorno orgánico, y determinar si amerita o no interconsulta con psiquiatría.
- Si amerita, referir urgentemente al hospital que cuente con unidad

- hospitalarias de salud mental (UHSM).
- Realizar evaluación conjunta entre GO y psiquiatría.
  - En caso de requerir ingreso hospitalario, la paciente debe permanecer en un servicio de ginecología y obstetricia, siendo la función del psiquiatra como interconsultante.
  - Continuar controles por el trastorno psiquiátrico, según indique psiquiatra en interconsulta, quien garantizará el retorno a GO con las indicaciones tanto farmacológicas como no farmacológicas, consejería, psicoeducación psicoterapéuticas y según plan individualizado.
  - Toda paciente que se le brinde el alta deberá ser notificado a las instancias correspondientes de manera efectiva y oportuna para su seguimiento comunitario.
- En las pacientes sin antecedentes de trastornos mentales o conductuales, que los presente por primera vez y se encuentren inestables, en cualquier momento del embarazo o puerperio, se deben realizar las siguientes acciones:
    - Referir urgentemente al hospital, para evaluación por GO según red correspondiente, descartar trastorno orgánico, y determinar si amerita o no interconsulta con psiquiatría.
    - Si en el hospital al que se refiere cuenta con psiquiatra, debe ser evaluada conjuntamente. Si no hay psiquiatra y la paciente amerita interconsulta de emergencia, se debe referir previa coordinación, al hospital de la red con UHSM con disponibilidad en el horario requerido.
    - En caso de no ser posible lo anterior referir al Hospital Nacional Psiquiátrico, previa coordinación la cual puede ser por vía telefónica.
    - En caso de requerir ingreso hospitalario, la paciente debe permanecer en el servicio de ginecología y obstetricia, siendo el psiquiatra interconsultante
    - Cuando se indique el alta a la paciente, el personal de salud del hospital debe informar al establecimiento de salud correspondiente de manera efectiva y oportuna para su seguimiento comunitario.
    - Se debe dejar control con GO y psiquiatra según caso.
  - Las pacientes ya diagnosticadas con trastorno psiquiátrico, que se encuentren inestables y sean detectadas en la comunidad, por personal de salud durante el embarazo o puerperio, deben ser referidas inmediatamente al establecimiento de salud más cercano (UCSF u Hospital) para evaluación y realización de exámenes complementarios para descartar trastorno orgánico y decidir conducta.
  - A las pacientes hospitalizadas con trastorno psiquiátrico que se encuentren inestables y en quienes se ha descartado una condición clínica o metabólica durante el embarazo o puerperio, y se les deben realizar las siguientes acciones:
    - Evaluar urgentemente de manera conjunta por psiquiatría y GO.

- En caso de no contar con UHSM, referir urgentemente al hospital de la red que tenga UHSM, para evaluación, tratamiento y definición del plan individualizado a seguir.
  - En caso de requerir ingreso hospitalario la paciente debe permanecer en el servicio de ginecología y obstetricia, siendo el psiquiatra interconsultante.
- El seguimiento de las embarazadas o puérperas con trastornos mentales graves debe realizarse en hospitales con UHSM de segundo nivel de atención.
- A las pacientes con trastorno psiquiátrico inestable que se encuentran hospitalizadas y a quienes se les ha comprobado una condición clínica o metabólica durante el embarazo o puerperio, se les debe realizar las siguientes acciones:
    - Referir urgentemente al hospital regional o de tercer nivel de atención para tratamiento y evaluación por GO, quien decidirá conducta a seguir.
    - El GO debe realizar interconsulta con psiquiatría para evaluación conjunta.
    - En caso de requerir ingreso hospitalario, la paciente debe permanecer en servicios de ginecología y obstetricia, siendo la función del psiquiatra ser interconsultante.

#### **Atención de la paciente en el momento del parto:**

- Para la atención del parto, si la paciente se encuentra estable en el componente de salud mental, tendrá su parto en el hospital de la RIIS; en caso de estar inestable, debe ser referido a un hospital de la RIIS que cuente con UHSM.
- Las pacientes con diagnóstico de trastorno mental común o grave a las 36 semanas de gestación deben recibir recomendaciones del psiquiatra, previas al parto.
- Considerar el apoyo psicoprofiláctico de un acompañante durante el trabajo de parto, previamente capacitado en los controles prenatales.

#### **Atención de la paciente en el puerperio:**

En las pacientes que asisten a su primer control posparto, se debe realizar la búsqueda activa de factores de riesgo y síntomas relacionados con psicosis y depresión posparto (anexo 3). Además se debe informar y educar sobre anticoncepción, inscripción y seguimiento en la clínica de alto riesgo reproductivo (CARR).

## **8. Medidas para la Terapia Electroconvulsiva con Analgesia y Relajación (TECAR)**

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

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

En América Latina y el Caribe, son pocos los estudios acerca de la TECAR. El estudio realizado por la OPS/OMS en algunos países de región evidenció que solo la mitad de los países valorados contaban con normas técnicas de aplicación; además, que el uso de anestésicos y miorelajantes, y la obtención de consentimiento informado eran prácticas poco difundidas. De aquí la necesidad de normar debidamente el procedimiento.

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

Produce un alivio rápido de los síntomas, se utiliza con una frecuencia de dos a tres veces por semana, durante unas tres a cuatro semanas (un máximo de 12 al mes), y puede utilizarse en forma más espaciada una vez terminada la primera fase del tratamiento, para evitar la recaída del paciente; esto recibe el nombre de terapia de continuación, que, si se prolonga por más de seis meses, se denomina terapia de mantenimiento.

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

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

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

Las pacientes con trastornos mentales graves en quienes se encuentra indicada la TECAR, deben ser ingresadas en el servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Nacional Molina, previa coordinación y evaluación conjunta con psiquiatría para manejo.

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

a.-Principios básicos de la ética médica:

1. Es un tratamiento útil en algunas patologías (principio de beneficencia).
2. Tiene un perfil favorable riesgo-beneficio (principio de no-maleficencia) y sus indicaciones actuales son muy precisas.
3. Se puede aplicar en nuestro medio a cualquier paciente que así lo requiera (principio de justicia).
4. Respeta el principio de autonomía mediante la obligatoriedad del consentimiento informado.

b.-Área de tratamiento (equipamiento)

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

Equipamiento	Material	Fármacos
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respirador (disponibilidad inmediata)</li> <li>- Monitor con ECG, presión arterial no invasiva</li> <li>- Monitor fetal</li> <li>- Oxímetro de pulso;</li> <li>- Capnógrafo</li> <li>- Aspirador/vacío</li> <li>- Bomba de infusión para administración de fármacos (según disposición)</li> <li>- Desfibrilador</li> <li>- Imán</li> <li>- Material de reanimación cardiopulmonar</li> <li>- Gases: oxígeno</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manejo estándar de las vías respiratorias: mascarilla facial, laringoscopio y cánulas orofaríngeas de varias medidas</li> <li>- Manejo difícil de las vías respiratorias: dispositivos preglóticos y respirador manual (AMBU)</li> <li>- Fonendoscopio</li> <li>- Protector bucal</li> <li>- Sondas para aspiración</li> <li>- Sondas nasogástricas</li> <li>- Material de venopunción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Propofol</li> <li>- Tiopental sódico</li> <li>- Etomidato</li> <li>- Neostigmina</li> <li>- Midazolam</li> <li>- Diazepam</li> <li>- Succinilcolina</li> <li>- Bloqueantes neuromusculares no despolarizantes (besilato de cisatracurio)</li> </ul>
Otros medicamentos	Sueros	Fármacos de Emergencia
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antihipertensivos</li> <li>- Antianginosos (Nitroglicerina, Dinitrato de Isosorbide)</li> <li>- Broncodilatadores</li> <li>- Clorfeniramina</li> <li>- Ranitidina</li> <li>- Insulina</li> <li>- Glucosa al 50%</li> <li>- Ketamina</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cristaloides</li> <li>- Coloides</li> <li>- Bicarbonato</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adrenalina</li> <li>- Efedrina</li> <li>- Hidrocortisona</li> <li>- Metilprednisona</li> <li>- Flumazenilo</li> <li>- Naloxona</li> <li>- Clonazepam</li> <li>- Nitroglicerina</li> </ul>

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

### **c.-Anestesia**

Debe aplicarse siempre una anestesia general con la finalidad de:

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

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

En las unidades en las que se administra la TECAR a mujeres embarazadas tiene que haber recursos a los que se pueda acceder fácilmente para resolver las urgencias obstétricas y neonatales. Debido a que una complicación posterior a la administración de la TEC muy frecuente en el feto es la bradiarritmia, mientras que en la madre es la aparición de síntomas de parto prematuro, por eso es importante el monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal antes y después de la TEC, y controles ecográficos.

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

Medicación: La succinilcolina no atraviesa la barrera placentaria en dosis normales. Se recomienda determinar los niveles de pseudocolinesterasa plasmática. No se recomienda el uso de atropina de forma rutinaria. En relación con el riesgo teratógeno, la TEC se considera relativamente segura. Entre los medicamentos a evitar durante el primer trimestre figuran las benzodiazepinas, que, además, se asocian a situaciones de hipotonía, apnea y desregulación de la temperatura neonatal. La succinilcolina tiene muy poco efecto sobre el feto y, aunque faltan estudios en este sentido, parece que ni los barbitúricos ni el propofol tienen riesgo teratógeno en el caso de exposiciones cortas. Debe evitarse el tratamiento con AINE por el riesgo de cierre del conducto arterioso. En caso de náuseas, se puede usar la metoclopramida.

### **Puerperio y mujer lactante**

Normalmente, no es necesario interrumpir el proceso de lactancia a raíz de un tratamiento con TEC (American Psychiatric Association, 2001). En general, los anestésicos utilizados en la TEC suponen un riesgo muy bajo para el lactante. Aun así,

el proceso de CI debe incluir una exposición de los riesgos potenciales en la lactancia materna para el niño.

Debido a que otras medicaciones administradas durante la TEC pueden ser excretadas a través de la leche materna, la indicación de estas medicaciones y sus efectos potenciales sobre el lactante se han de evaluar antes de administrarlas. Para reducir la exposición del lactante a los tratamientos a través de la leche materna inmediatamente después de un tratamiento con TEC, se puede sustituir una toma de leche materna o bien se puede recoger previamente la leche y almacenarla para administrarla después en un biberón.

#### **d.-Equipo multidisciplinario**

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

#### **Medidas previas a la TECAR**

1. Suspender la medicación por lo menos siete días previos al procedimiento.
2. Realizar evaluación previa por psiquiatría, medicina interna, obstetricia o perinatología y anestesia.
3. Realizar el consentimiento informado.
4. No ingerir alimentos sólidos 6 horas antes del procedimiento o líquidos claros 2 horas antes del procedimiento.
5. En embarazos mayores o iguales a 20 semanas de gestación, se debe realizar monitoreo fetal, con toma de trazo previo al procedimiento y cinco minutos posterior al haber finalizado (recordar que durante el procedimiento el aparato de MFE no debe estar colocado a la madre). El MFE debe ser correlacionado con la edad gestacional.
6. Colocar catéter de vena periférica y mantener una buena hidratación.
7. Fase final de la gestación realizar intubación (en este período aumenta el riesgo de aspiración).
8. No se recomienda la atropina rutinaria.
9. Evitar las benzodicepinas (primer trimestre).
10. Evitar antiinflamatorios no esteroideos (AINE).
11. La succinilcolina, el tiopental sódico y el propofol tienen poco efecto sobre el feto.

#### **e.-Medidas Durante a la TECAR**

1. Situar a la mujer de manera en la cama en decúbito supino con las piernas separadas y los brazos paralelos al tronco.
2. Monitorizar obligatoriamente el ECG, oxímetro de pulso y realizar el control incruento de la presión arterial; si es posible, debe realizarse la capnografía durante todo el procedimiento.

3. Asegurarse de que el aparato de TEC funciona correctamente, que no presente problemas de voltaje.
4. Colocar los electrodos de monitorización del EEG, después de haber limpiado la superficie de la piel con alcohol o acetona.
5. Comprobar el buen funcionamiento de los registros.
6. Preoxigenar a la mujer con oxígeno al 100%, intentando obtener una saturación tan próxima como sea posible al 100% antes de la administración de la anestesia.
7. Realizar la inducción anestésica con los fármacos que menos afecten al umbral y la duración de la convulsión: o bien tiopental sódico (1,5 a 2,5 mg/kg) o bien propofol (0,75-1,5 mg/kg). Y una vez la mujer se encuentre inconsciente, se administra la succinilcolina a la dosis de 0,5-0,75 mg/kg. La dosis de estos fármacos debe ajustarse según el peso, la respuesta convulsiva y la recuperación anestésica.
8. Tras la inducción anestésica, hay que mantener las vías respiratorias permeables, una oxigenación correcta y una ligera hiperventilación, ya que la hiperoxia y la hipocapnia favorecen la convulsión. Hay que realizar asistencia ventilatoria manual con presión positiva mediante una mascarilla con oxígeno al 100%.
9. Una vez desaparecidas las fasciculaciones, debe colocarse el protector bucal comprobando que la lengua y los labios queden libres. El protector bucal debe tener una zona amplia para separar los labios y la lengua y un canal para la entrada de oxígeno y el catéter de aspiración. El tercer trimetre que se coloca tubo orofaríngeo, vigilar adecuada colocación del protector bucal para eviar fractura dental o lesión de tejido blando bucal.
10. Con la mujer ya inconsciente, tras las fasciculaciones y con el protector bucal puesto, se administra el estímulo eléctrico.
11. Durante la aplicación del estímulo se recomienda sujetar suavemente la mandíbula en hiperextensión y también los hombros y la pelvis, y dejar que se muevan las extremidades, pero evitando que se separen mucho del cuerpo.
12. Cuando acabe la convulsión eléctrica, el profesional de anestesiología debe volver a aplicar la asistencia ventilatoria y oxigenación del paciente hasta que se recupere. En caso de que la mujer este intubada verificar permeabilidad del tubo orotraqueal.
13. Una vez finalizado el procedimiento y la mujer esté consciente, tenga una buena ventilación espontánea y un buen control de constantes, debe ser trasladado al en área de labor de partos para vigilancia materna estricta y monitoreo fetal estricto.

#### **f.-Medidas posteriores a la TECAR**

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

3. Vigilar las complicaciones que se presenten (amenaza de parto prematuro entre otras).
4. Cuando la mujer esté totalmente recuperada (consciente, orientado, colaborador, con las constantes conservadas), hay que levantarlo de la cama y colocarlo en respaldo a 45%.
5. Se inicia la dieta líquida y, cuando tolere la dieta líquida, se retira la vía endovenosa.
6. Si el enfermo tolera bien la dieta líquida y está recuperado del procedimiento, se puede dar de alta de la sala de recuperación a su servicio u hospital de origen.

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

## **VII. Disposiciones finales**

### **a) Sanciones por el incumplimiento**

Es responsabilidad de todo el personal involucrado en la atención de pacientes en el Sistema Nacional de Salud (SNS), incluyendo el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), dar cumplimiento a los presentes lineamientos técnicos, en caso de incumplimiento se aplicarán las sanciones establecidas en la legislación administrativa correspondiente.

### **b). De lo no previsto**

Todo lo que no esté previsto en los presentes lineamientos, se debe resolver a petición de parte, por medio de escrito dirigido a la titular de esta Cartera de Estado, fundamentando científica y jurídicamente la razón de lo no previsto.

## VIII. Vigencia

Los presentes Lineamientos técnicos entraran en vigencia, a partir de la fecha de su oficialización por parte de la Titular de esta Cartera de Estado.

San Salvador a los seis días del mes de mayo de 2019



*[Handwritten signature in blue ink]*  
Dra. Elvía Violeta Menjivar Escalante  
Ministra de Salud

*EA*

## IX. Bibliografía

1. **Infocop** [www.infocop.es/pdf/diasmos.pdf](http://www.infocop.es/pdf/diasmos.pdf).
2. **Maternidad y Salud: Ciencia, Conciencia y Experiencia** , Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informes, Estudios e Investigación 2012. Alba, C., Aler, I. y Olza, I. (2012).
3. **El cerebro femenino**. Barcelona: Ediciones RBA. Brizendine, L. (2011).
4. **Lactogenic hormone regulation of maternal behavior**. Progress in Brain Research, 133:251-262. Mann, P. E. y Bridges, R. S. (2001).
5. **Endocrine induced changes in brain function during pregnancy**. Brain Research, 1364:198-215 Brunton, P. J. y Russell, J. A. (2010).
6. **Nausea and vomiting during pregnancy**. Koch KL, Frissora CL. Gastroenterol Clin North Am. 2003 Mar;32(1):201-34, vi.
7. Psychopathologie de la périnatalité (French) Paperback – 1999
8. **Influencia de los factores psicológicos en el embarazo, parto y puerperio. Un estudio longitudinal**. NURE Investigación Marín Morales D, Bullones Rodríguez M<sup>a</sup> A, Carmona Monge F J, Carretero Abellán M<sup>a</sup> I, Moreno Moure M<sup>a</sup> A, Peñacoba Puente C. (Revista en Internet). 2008; Disponible en: [www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/422/413/](http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/422/413/)
9. **Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo**, Psychological disturbances in high-risk pregnant women , María Eugenia Gómez López y Evangelina Aldana Calva, 2013
10. **Factores psicosociales que predicen síntomas de ansiedad posnatal y su relación con los síntomas depresivos en el postparto**. Revista de Investigación Clínica (Revista en Internet). Navarrete C E, Lara-Cantú M<sup>a</sup> A, Navarro C, Gómez M<sup>a</sup> E, Morales F. 2012; 64(6):625-633. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2012/nn126llh.pdf>
11. Naciones Unidas ,Asamblea General de 1948 ,, Asamblea General2007.
12. The New National Agenda: AWHN Position Paper March 2008. Melbourne: Australian Women's HealthNetwork. AWHN (2008) Women's Health:
13. **Evaluación psicosocial prenatal para la reducción de la morbilidad en salud mental perinatal**, Austin Marie-Paule, Priest Susan R, Sullivan Elizabeth A (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.biblioteca-cochrane.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
14. Boletín de la Organización Mundial de la Salud Recopilación de artículos, Volumen 90: 2012 Volumen 90, Número 2, febrero 2012, 77-156

15. **Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline.** Melbourne: Centre of Perinatal Excellence. Austin M-P, Highet N and the Expert Working Group (2017)
16. Megnin-Viggars et al Experience of care for mental health problems in the antenatal or postnatal period for women in the UK: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. Epub 2015.
17. Trauma-Informed Care and Practice: Towards a cultural shift in policy reform across mental health and human services in Australia - a national strategic direction. 2012 Kezelman & Stavropoulos
18. **BC MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE SERVICES.** Best practice guidelines form mental health disorders in perinatal period, 2014.
19. **Measuring the ups and downs of pregnancy stress.** Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology, 25, 189-201. DiPietro.J. A, Chriatensen,A. L, &Costigan (2004)
20. **Psiquiatría perinatal y del niño de 0 a 3 años.** Madrid, España: Asociacion Española de Neuropsiquiatría (AEN) A. E. (2015).
21. **La salud Mental y sus dificultades en la etapa perinatal.** pag.179-180. OPS. Maldonado Duran, J.Martín, Brockington, Ian.
22. Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. Cochrane Database Syst Rev(7): CD007559. Marc I, Toureche N, Ernst E et al (2011)
23. **Maternal prenatal anxiety and downregulation of placental 11beta-HSD2.** Psychoneuroendocrinology 37(6): 818–26. O'Donnell KJ, Bugge Jensen A, Freeman L et al (2012)
24. **LA SALUD MENTAL Y SUS DIFICULTADES EN LA ETAPA PERINATAL.** Maldonado Durán, J.Martín, Brockington Ian. Pag.192.Organización Panamericana de la Salud.)
25. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5 R, 5ª. Edición
26. Postpartum onset obsessive-compulsive disorder: diagnosis and management Brandes, Soares y Cohen, 2004
27. New parenthood as a risk factor for the development of obsessional problems Nichole Fairbrothera,, Jonathan S. Abramowitzb
28. Remick RA, M. TEC en el embarazo. AM j Psychiatry 1978; 135: 761-762, EL Anderson , R. TEC en el embarazo: Una revisión de la literatura 1941-2007 Psychosom Med. Ferrill MJ, K. Tec durante el embarazo: consideraciones farmacológicas y fisiológicas. Convuls Ther. 1992
29. **La salud mental y sus dificultades en la etapa perinatal.** J. Martín Maldonado-Durán Ian Brockington. Organización Panamericana de la Salud, 2011.

30. Mental Health Care in the Perinatal Period: Australian Clinical Practice Guideline. Melbourne: Centre of Perinatal Austin M-P, Highet N and the Expert Working Group. Excellence, 2017
31. García-Esteve, Editorial panamericana 2016
32. Bipolar disorder in pregnancy and childbirth: a systematic review of outcomes. BMC Pregnancy Childbirth 16(1): 331. Rusner M, Berg M, Begley C (2016)
33. Obstetric and neonatal outcomes of pregnant women with severe mental illness at a specialist antenatal clinic. Med J Aust 199(3 Suppl): S26–9Nguyen TN, Faulkner D, Frayne JS et al (2013)
34. Clasificación internacional de las enfermedades 10 edición. OMS, 1992
35. ***Treatment of mood disorders during pregnancy and postpartum. Psychiatri Clin North Am***, Cohen LS, Wang B, Nonacs R, Viguera AC, Lemon EL, Freeman MP.. 2010;33(2): 273 -293
36. Eléctrica y la terapia de choque de insulina durante el embarazo. Impasato DJ, G. Dis Nerv Syst. 1964; 25: 542-546.
37. **TEC en el embarazo: Una revisión de la literatura** 1941-2007. Psychosom Med.2009; 71: 235-42EL Anderson, R.
38. El uso de la terapia electroconvulsiva en el tratamiento de trastornos afectivos posparto. JECT. 2007; 23 (3): 188-193. Forray A, O.
39. <http://www.biblioteca.cochrane.com/BCPGetDocumentForPrint.asp?DocumentID=CD005124>
40. El tratamiento farmacológico en psiquiatría. Indicaciones, esquemas terapéuticos y elementos para su aplicación racional, Wikinski y Jufe, Editorial Panamericana, Colombia 2006. Cuadro 15, página 274.

## **X. Anexos**

## Anexo 1

Escala de experiencia en el embarazo, versión breve

0= Nada ; 1= Algo ; 2= Bastante; 3= Mucho				
¿Cuánto de cada uno de las siguientes opciones le hace sentir feliz, positiva o animada?				
	Na da	Al go	Basta nte	Muc ho
21. ¿Cuánto se está moviendo el bebé?	0	1	2	3
22. Conversaciones con la pareja acerca los nombres del bebé	0	1	2	3
23. Opiniones de los demás acerca de su embarazo / apariencia	0	1	2	3
24. Han pensado en hacer arreglos respecto a la cuna	0	1	2	3
25. Sentimientos acerca de estar embarazada en este momento	0	1	2	3
26. Visitas al médico / enfermera	0	1	2	3
27. Sentimientos espirituales/religiosos sobre el embarazo	0	1	2	3
28. Cortesía / asistencia de otros porque está embarazada	0	1	2	3
29. Piensa en la apariencia del bebé	0	1	2	3
30. Hablar con el cónyuge acerca de los problemas de embarazo / parto	0	1	2	3
Sumatoria de aspectos positivos				
¿Cuánto de cada uno de las siguientes opciones le ha hecho sentirse infeliz, negativa o molesta?				
	Na da	Al go	Basta nte	Muc ho
31. Duerme lo suficiente	0	1	2	3
32. Relaciones sexuales	0	1	2	3
33. Molestias normales del embarazo ( ardor en el estómago, incontinencia )	0	1	2	3
34. Su peso	0	1	2	3
35. Cambios en el cuerpo durante el embarazo	0	1	2	3
36. Pensamientos acerca de si él bebe está normal	0	1	2	3
37. Piensa en el parto	0	1	2	3
38. Capacidad para hacer tareas/tareas físicas	0	1	2	3
39. Preocupación por síntomas físicos (dolor, manchas, etc.)	0	1	2	3
40. La ropa y los zapatos no encajan	0	1	2	3
Sumatoria de aspectos negativos				

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

Cálculo de la escala:

- 4) Sumar los aspectos positivos
- 5) Sumar los aspectos negativos
- 6) Dividir los aspectos negativos (numerador) sobre los aspectos positivos (denominador) según la siguiente fórmula:

Sumatoria de los aspectos negativos  


---

 = valoración del riesgo

Sumatoria de los aspectos positivos

Como ejemplo:

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

$$27 / 30 = 0.9$$

Interpretación de la escala:

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

## **Anexo 2.**

### **Derogado**

A travez Resolución Ministerial n.º57 ,a los tres dias de marzo del año dosmil veinte.

### Anexo 3.

Factores de riesgo y síntomas para detección temprana de depresión y psicosis postparto.

DEPRESION POSTPARTO	
SINTOMAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En general, similar a la de un episodio depresivo en cualquier otro momento del ciclo vital.</li> <li>• Mas agitación psicomotora, mayor indecisión y falta de concentración, menor ideación suicida.</li> <li>• Pensamientos obsesivos de dañar a su recién nacido</li> <li>• El postparto y la relación con el recién nacido influencia el contenido de las cogniciones (pensamientos negativos)</li> <li>• Su curso en general, asociación cronología con el parto, pero las formas de inicio son heterogéneas:               <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 25-30% pródromos depresivos durante el embarazo</li> <li>○ 22% inicio posterior a las 6 semanas posparto.</li> </ul> </li> </ul>
FACTORES DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vulnerabilidad genética: antecedentes familiares de depresión o de episodios depresivos en la paciente.</li> <li>• Vulnerabilidad neuro hormonal: alteraciones en el ritmo circadiano y trastornos del sueño en la madre, disfunción tiroidea, entre otras.</li> <li>• Vulnerabilidad cognitiva: mayor tendencia a la ansiedad, evitación del daño, perfeccionismo.</li> </ul>
PSICOSIS POSTPARTO	
SINTOMAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inicio agudo con pródromos mínimos.</li> <li>• Apariencia confusa y perpleja, fluctuaciones intensas del humor.</li> <li>• Ideas delirantes centradas en el recién nacido.</li> <li>• Alucinaciones visuales, táctiles y olfativas.</li> <li>• Predominancia de síntomas maniacos</li> <li>• Mejor funcionamiento premórbido que en mujeres con trastornos mentales crónicos.</li> <li>• Su curso, mayor riesgo al inicio de la psicosis puerperal en las 3 primeras semanas posparto.</li> <li>• Duración breve con remisión completa de los síntomas.</li> <li>• Tasa de recurrencia: 50 % en postpartos posteriores</li> <li>• Tasa de recurrencia: 75% en episodios posparto y no posparto.</li> <li>• Los episodios no posparto son de tipo bipolar.</li> </ul>
FACTORES DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vulnerabilidad genética: antecedentes familiares de trastorno bipolar, o antecedentes personales de episodios depresivos o maniacos.</li> <li>• Vulnerabilidad neuro humoral</li> </ul>

## Anexo 4.

### Medicamentos psiquiátricos de uso en el embarazo y lactancia

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

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

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

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

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

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

### Anexo 5.

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

MEDICAMENTOS	DOSIS (mg/día)	CONSIDERACIONES GENERALES
<b>Antidepresivos:</b>		La administración de antidepresivos durante el embarazo debe reservarse para depresiones graves. Se recomienda en algunos casos interrumpir los antidepresivos una semana antes del parto, pero en general se pueden mantener para prevenir síntomas depresivos durante el puerperio.
Fluoxetina (B)	20 – 40	
Sertralina (B)	50 – 200	
<b>Benzodiacepinas:</b>		Respecto al empleo de benzodiacepinas en el embarazo, se debe de evitar en el primer trimestre de la gestación por la posible teratógenia asociada, así como también se evitará su utilización antes del parto por el posible síndrome perinatal (de dependencia) y además en el periodo del parto, se informa sobre hipotonía, apnea neonatal, síndrome de abstinencia neonatal y desregulación de la temperatura, han llevado a recomendar la paulatina disminución y la suspensión de los mismos. Aunque sigue siendo controversial debido al beneficio para las madres en la etapa puerperal.
Diazepam (D)	4-40	
Lorazepam (D)	2-6	
Clonazepam (D)	0,5-4	
<b>Moduladores del afecto:</b>		A pesar de los riesgos teratogénicos de los moduladores del afecto, se sugiere que luego del primer trimestre de gestación se puede utilizar carbonato de litio con mayor seguridad en paciente Bipolares en episodio maníaco, aunque se ha asociado un riesgo incrementado de la anomalía de Ebstein de 1 a 2 por 1000 nacidos vivos. Si se mantiene el tratamiento con litio durante la gestación, la dosis se reducirá en un 30% justo antes del parto para limitar el riesgo de toxicidad en el recién nacido. Se aconseja mantenerlo o aumentarlo justo en el post parto para prevenir recaída de manía en el puerperio. Es importante recordar la toma periódica de pruebas renales, tiroideas y litemia.
Carbonato de litio (D)	600-2.700 con estricto control de litemia	
Acido Valproico (D, como modulador del afecto) (X como preventor de migraña)	750-1.500 vigilando niveles séricos	
Carbamacepina (D)	400-1.600 vigilando niveles séricos	
<b>Antipsicóticos:</b>		El tratamiento de la psicosis durante el embarazo consiste típicamente con haloperidol, que no parece incrementar el riesgo de malformaciones congénitas cuando se administra en el primer trimestre de gestación. Por el contrario, la exposición a clorpromazina incrementa ese riesgo.
Haloperidol (C)	0.5 -20	
Clorpromazina (C)	100 - 1000	
Olanzapina (C)	10-20	
Risperidona (C)	0.5 - 6	
Clozapina (B)	100- 400	

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

## Anexo 6.

### Unidades Hospitalarias de salud mental (UHSM)

REGION DE SALUD	HOSPITAL
Occidental	Hospital Nacional San Juan de Dios de Santa Ana
	Hospital Nacional Francisco Menéndez de Ahuachapán
	Hospital Nacional Dr. Jorge Mazzini, Sonsonate
Central	Hospital Nacional Dr. Edmundo Vásquez, Chalatenango
	Hospital Nacional San Rafael
Paracentral	Hospital Nacional Santa Gertrudis, San Vicente
Metropolitana	Hospital Nacional de San Bartolo, Enfermera Angélica Vidal de Najarro
	Hospital Nacional Dr. Juan José Fernández, Zacamil
	Hospital Nacional de Neumología y Medicina Familiar Dr. José A, Saldaña, Planes de Renderos, Panchimalco
	Hospital Nacional Rosales
	Hospital Nacional de la Mujer Dra. María Isabel Rodríguez
Oriental	Hospital San Juan de Dios de San Miguel
	Hospital Nacional San Pedro de Usulután

## Anexo 7

### Distribución de recurso humano de salud mental en la RIIS

REGION	SIBASI	ESTABLECIMIENTO	RECURSOS
OCIDENTAL	Ahuachapán	UCSFE Tacuba	1 psicólogo
		UCSFE San Francisco Menéndez	1 psicólogo
		UCSFE Guaymango	1 psicólogo
		UCSFI Ahuachapán	1 psicólogo
		Hospital Francisco Menéndez	3 psicólogos
	Santa Ana	UCSFE Chalchuapa	1 psicólogo
		UCSFI Coatepeque	1 psicólogo
		Hospital San Juan de Dios de Santa Ana	2 psiquiatras 5 psicólogos
		Hospital de Chalchuapa	1 psicólogo
		Hospital de Metapán	1 psicólogo
	Sonsonate	UCSFI Sonsonate	1 psicólogo
		UCSFE Sonsonate Dr. Leandro Alberto López Vigil	1 psicólogo
		UCSF-E Izalco	1 psicólogo
		Hospital de Sonsonate	1 psicólogo 1 psiquiatra
Central	La Libertad	UCSFI Lourdes Colón	1 psicólogo
		UCSFE Puerto de La Libertad	1 psicólogo
		UCSF-I San Juan Opico	1 psicólogo
		UCSF-E Díaz del Pinal Santa Tecla	1 psicólogo
		Hospital San Rafael	3 psicólogos 2 psiquiatras
	Chalatenango	UCSFI Chalatenango	1 psicólogo
		UCSFE Concepción Quezaltepeque	1 psicólogo
		UCSFE Dulce Nombre de María	1 psicólogo
		UCSFE Guarjila	2 psicólogos
		UCSFE La Palma	1 psicólogo
		UCSFI Nueva Concepción	1 psicólogo
		Hospital de Chalatenango	2 psicólogo 1 psiquiatra
	Metropolitana	Norte	UCSFI Aguilares
UCSFI Distrito Italia			1 psiquiatra 1 psicólogo
Hospital de San Bartolo			1 psiquiatra 3 psicólogos
Centro		UCSFI Lourdes	1 psicólogo
		UCSFE Barrios	1 psicólogo 1 psiquiatra

		UCSFI Mejicanos	1 psicólogo	
		UCSFE San Miguelito	1 psicólogo	
		Hospital de Zacamil	1 psiquiatra 3 psicólogos	
	Sur	UCSFI Panchimalco	1 psicólogo	
		UCSFE San Jacinto	2 psicólogos	
		UCSFI San Francisco	1 psicólogo	
		Hospital Zaldaña	1 psiquiatra 1 psicólogo	
	Oriente	UCSFE San Martín	1 psicólogo	
		UCSFI Soyapango	1 psicólogo	
		UCSFI Unicentro	1 psicólogo	
		Hospital José Molina	8 psicólogos 17 psiquiatras	
	Paracentral	San Vicente	UCSFE Verapaz	1 psicólogo
UCSFI Apastepeque			1 psicólogo	
UCSFI Tecoluca			1 psicólogo	
Hospital de San Vicente			2 psicólogos 1 psiquiatra	
Cuscatlán		UCSFE Suchitoto	1 psicólogo	
		UCSFI San José Guayabal	1 psicólogo	
		UCSFI San Rafael Cedros	1 psicólogo	
		Hospital de Cojutepeque	2 psicólogos	
		UCSF-E San Pedro Perulapán	1 psicólogo	
La Paz		UCSFE Zacatecoluca	1 psicólogo	
		UCSFI Olocuilta	1 psicólogo	
		UCSFI Rosario de La Paz	1 psicólogo	
		Hospital de Zacatecoluca	3 psicólogos	
Cabañas		UCSFE Ilobasco	1 psicólogo	
		Hospital Ilobasco	1 psicólogo	
		UCSFE Sensuntepeque	1 psicólogo	
		Hospital de Sensuntepeque	1 psicólogo	
Oriental		Usulután	UCSFE Berlín	1 psicólogo
			UCSFE Concepción Batres	1 psicólogo
			UCSFI San Agustín	1 psicólogo
	Hospital de Jiquilisco		1 psicólogo	
	Hospital San Pedro Usulután		3 psicólogos 1 psiquiatra	
	San Miguel	UCSFI Chinameca	1 psicólogo	
		UCSFI Jucuapa	1 psicólogo	
		UCSFE Ciudad Barrios	1 psicólogo	
		UCSFE El Zamoran	1 psicólogo	

		Hospital de San Miguel	2 psiquiatras 4 psicólogos
	Morazán	UCSFE Corinto	1 psicólogo
		UCSFI Sociedad	1 psicólogo
		UCSFE Osicala	1 psicólogo
		UCSFE Perquín	1 psicólogo
		UCSFI San Francisco Gotera	1 psicólogo
		UCSFE Sensembra	1 psicólogo
	La Unión	UCSFE Anamoros	1 psicólogo
		UCSFI El Carmen	1 psicólogo
		Hospital de la Unión	3 psicólogos



MINISTERIO  
DE SALUD

### MINISTERIO DE SALUD

#### HOY SE HA EMITIDO RESOLUCIÓN MINISTERIAL N.º 57 QUE DICE:

“Ministerio de Salud, San Salvador, a los tres días del mes de marzo de dos mil veinte. **Considerandos:** **I.** Que de conformidad al Art. 42 numeral 2 del Reglamento Interno del Órgano Ejecutivo, establece la potestad del Titular de esta Secretaría de Estado, para dictar las normas y técnicas en materia de salud y ordenar las medidas y disposiciones que sean necesarias para resguardar la salud de la población; **II.** Que en fecha seis de mayo del año dos mil diecinueve, se oficializaron los Lineamientos técnicos para la atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el embarazo, parto y puerperio, el cual establecen las disposiciones para la atención integral de las pacientes con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el embarazo, parto y puerperio en los establecimientos de la Redes Integrales e Integradas de Salud; **III.** Que el anexo número dos del referido instrumento actualmente posee derechos de autor, siendo imposible su publicación, lo cual podría generar un conflicto de carácter legal para esta Cartera de Estado. **POR TANTO:** en uso de sus facultades legales, **RESUELVE:** Derogar el anexo 2. Cuestionario de riesgo prenatal (ANRQ) de los Lineamientos técnicos para la atención integral de pacientes con trastornos mentales y del comportamiento prevalentes en el embarazo, parto y puerperio. **COMUNÍQUESE.** La Titular del Ramo de Salud, (f) Ana del Carmen Orellana Bendek”

Lo que transcribo para el conocimiento y efectos legales pertinentes.

DIOS UNIÓN LIBERTAD



**Dra. Ana del Carmen Orellana Bendek**  
**Ministra de Salud**