

Kit de herramientas para la salud mental materna de Utah

Herramientas para proveedores que trabajan con padres en el periodo perinatal

July 2024



Creado por el Subcomité de Salud Mental Materna de Utah Women and Newborns Quality Collaborative (UWNQC)



Estimado proveedor:

En nombre del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah y del Subcomité de Salud Mental Materna de Utah Women and Newborns Quality Collaborative (UWNQC), nos complace ofrecerle el Kit de herramientas para la salud mental materna de Utah: herramientas para cualquier persona que trabaje con padres en el periodo perinatal y sus hijos. El kit de herramientas ofrece información sobre cómo identificar y tratar los trastornos del estado de ánimo y ansiedad en el periodo perinatal. Como proveedor de atención médica, se encuentra en una posición única para ayudar a las mujeres y a sus familias a afrontar estos desafíos.

En Utah, al menos el 44,8 % de las madres primerizas tendrán síntomas de depresión o ansiedad en los 3 meses previos al parto, durante el embarazo o en el posparto (Perspectivas del Sistema de Monitoreo y Evaluación de Riesgos en el Embarazo 2018-2020). Las tasas de estas afecciones aumentan entre el 30 % y 60 % en las poblaciones de mayor riesgo, como las mujeres menores de 24 años, las que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente y las personas que tienen embarazos no deseados. La ansiedad es incluso más predominante que la depresión en las mujeres embarazadas de Utah.

No puede exagerarse el impacto que tienen la depresión y la ansiedad no tratadas en el periodo perinatal. Si no se realiza un tratamiento, la depresión en las madres y otros cuidadores puede generar tensión en las relaciones en el hogar, además de afectar de manera negativa a todos los aspectos del desarrollo del niño pequeño.

Si tiene alguna pregunta sobre este kit de herramientas o sobre la iniciativa de salud mental materna de UWNQC, comuníquese con el Programa de Salud Materno Infantil del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah en rhpweb@utah.gov.

Atentamente,

El Subcomité de Salud Mental Materna de UWNQC

El kit de herramientas para la salud mental materna de Utah Women and Newborns Quality Collaborative no sería posible sin el trabajo incansable de los voluntarios dedicados. Queremos agradecer especialmente a las siguientes personas:

Allyce Jones

Amy Nance

Amy-Rose White

Anj Lineback

Ashley Henderson

Aubrey Porter

Bill Cosgrove

Brook Dorff

Dan Inouye

Erin Jemison

Erin Shepard

Gwen Latendresse

Heather Bertotti-Sarin

Jade Chavez

Jamie Hales

Jean Millar

Jessie Mandel

JoDee Baker

Julia Ewanowski

Kali Otteson

Kelsie Oliver

Laurie Baksh

Marcela Smid

Mayra Sanchez

Melissa Timpson

Michelle Silver

Mykel Lecheminant

Neal Davis

Pam Bennett

Ryoko Pentecost

Stephanie Platner



Índice

Declaración de principios	6
Recursos para pruebas de detección y derivación de pacientes	11
Implementación de las pruebas de detección de la salud mental perinatal en Utah	12
Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS)	19
Instrucciones para las pruebas de detección y la interpretación de la EPDS.....	20
Evaluador de factores de riesgo.....	21
Algoritmo de respuesta y triaje de Utah	22
Referencia rápida para la derivación de pacientes.....	23
Folletos centrados en la paciente.....	24
SUNSHINE - mental health tools during pregnancy and after birth	25
BAILANDO - herramientas para la salud mental durante el embarazo y después del parto.....	26
Recursos e información disponible para padres	27
Mi plan de salud mental.....	28
Recursos de proveedores para la implementación	39
Resumen de las complicaciones emocionales durante el embarazo y el puerperio	41
Respuesta a distintos puntajes:.....	43
Codificación de la depresión perinatal	47
Recursos para situaciones de crisis.....	49
Evaluación del riesgo de suicidio	50
Evaluación del riesgo de lastimar al bebé.....	51
Escala de Columbia para la evaluación del riesgo de suicidio.....	52
Instrumentos complementarios de detección.....	53
PSI perinatal mental health discussion tool.....	54
Guía de diálogo de la salud mental perinatal.....	55
Escala de detección de ansiedad perinatal (PASS).....	60

Cuestionario sobre trastornos del estado de ánimo (MDQ para la bipolaridad)	63
Detección de TEPT de atención primaria (PC-PTSD).....	65
Lista de verificación para el TEPT (versión más extensa, PCL-C).....	67
Detección del consumo de sustancias y recursos	69
Tratamiento con medicamentos y lactancia.....	71
Evaluación de la salud mental perinatal	72
Herramienta DAÑOS, INSULTOS, AMENAZAS y GRITOS (HITS) para la detección de violencia doméstica	76
Enlaces y recursos adicionales	77
Referencias	78

Declaración de principios

Declaración de principios: pruebas de detección para la depresión y la ansiedad en el periodo perinatal

En esta declaración de principios de Utah Women and Newborns Quality Collaborative (UWNQC) se analizan los fundamentos y el plan recomendado para las pruebas de detección de rutina de las mujeres embarazadas y puérperas a fin de detectar trastornos del estado de ánimo en el periodo perinatal, incluidas la depresión y la ansiedad.

Los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en el periodo perinatal incluyen la depresión grave, el trastorno de ansiedad generalizado, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), el trastorno de estrés postraumático (TEPT), los trastornos bipolares I y II y la psicosis. Aunque estas afecciones no son poco frecuentes en la población general, pueden pasar desapercibidas o recibir un tratamiento inadecuado debido a que se manifiestan únicamente en el periodo perinatal. Por ejemplo, la depresión perinatal suele incluir un componente de inquietud o ansiedad y pensamientos intrusivos que pueden no cumplir los criterios del TOC, además de ira y rabia. Las mujeres pueden pensar que la preocupación excesiva es "normal". Sus síntomas pueden descartarse solo como inquietudes normales por ser primerizas o incluso como "tristeza posparto" (que se produce en aproximadamente el 80 % de las mujeres y solo dura 2 semanas o menos después del parto o posparto).

Los trastornos de salud mental, como la depresión y la ansiedad, son la principal complicación del parto (Gavin et al., 2005; Wisner et al., 2006). Si no se tratan, pueden tener un impacto negativo importante en los resultados del embarazo y el parto, la mortalidad y morbilidad maternas, el desarrollo del bebé y el niño y la vida familiar en general.

Lamentablemente, los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en el periodo perinatal no suelen detectarse o no se diagnostican de manera correcta y, por lo tanto, no se tratan. Las principales autoridades sanitarias, como la Academia Estadounidense de Pediatría, el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, el Grupo de Trabajo sobre Servicios Preventivos de Estados Unidos y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, recomiendan realizar pruebas de detección para estos trastornos. Las pruebas de detección y el tratamiento adecuado mejoran la salud de las madres y los bebés.

En Utah, el embarazo y el nacimiento de un niño son de especial importancia, ya que este estado tiene la tasa de natalidad per cápita más alta del país (Oficina del Censo de EE. UU.), con unos 50 000 nacimientos al año.

Los proveedores tienen las siguientes responsabilidades:

1. Educar a las familias sobre la salud mental y emocional e informar que los trastornos del estado de ánimo en el periodo perinatal son comunes y tratables.
2. Ayudar a las mujeres a identificar si se sienten mal y en qué momento.
3. Buscar ayuda adecuada y oportuna para reducir la duración y el impacto de los trastornos de salud mental materna en las pacientes.

La educación y las conversaciones abiertas y sin prejuicios con las pacientes y sus familias pueden ayudarnos a abordar de manera colectiva el estigma que existe en torno a la salud mental perinatal. De manera sistemática, podemos empezar a ayudar a las familias para que puedan prevenir e identificar por su cuenta los problemas de salud mental materna, además de crear entornos seguros para que puedan pedir ayuda cuando lo necesiten.

Los conceptos erróneos sobre los trastornos del estado de ánimo en el periodo perinatal, tanto por parte de los proveedores como de las familias, pueden retrasar el tratamiento adecuado o interferir en él. Además, existen otros obstáculos que se interponen al momento de buscar ayuda, como el estigma en torno a la salud mental y emocional; la falta de acceso a la atención con tiempos de espera prolongados y la falta de especialistas; los mensajes despectivos de los miembros de la comunidad, los compañeros y la familia, y el temor de que a la madre o a la familia le quiten el niño.

El Sistema de Monitoreo y Evaluación de Riesgos en el Embarazo (*Pregnancy Risk Assessment Monitoring System*, PRAMS) realiza encuestas a las mujeres que dieron a luz recientemente en Utah.

Una de las encuestadas por el Sistema de Monitoreo y Evaluación de Riesgos en el Embarazo (PRAMS) indicó:

“Me gustaría que [mi] médico fuera más abierto en cuanto a la depresión o los problemas de ansiedad. Es difícil para una mujer o persona abrirse y admitir que tiene estos sentimientos o problemas. Me sentí tonta y creí que mis sentimientos y pensamientos mejorarían por la forma en que les quitaron importancia. Creo que muchas mujeres sufren con esto y tienen miedo de expresarlo, y cuando finalmente te animas a decirlo y sientes que no te escuchan, es difícil”.

Existen muchas limitaciones diagnósticas, ya que los sistemas de codificación actuales solo permiten que las primeras 6 semanas posparto cumplan los criterios de “con inicio posparto”. A pesar de esto, los profesionales perinatales coinciden en que el puerperio se extiende al menos hasta 1 año después del parto y hasta el destete si la persona está amamantando debido a las posibles consecuencias hormonales de la lactancia. En un estudio reciente¹ se demostró que la depresión materna continúa hasta 3 años después del parto en una cuarta parte de las madres que participaron en el estudio. En un informe del Comité de Revisión de la Mortalidad Perinatal de Utah se indica que la mayoría de las muertes maternas se produjeron entre 43 y 365 días después del parto y, como era de esperar, en el 75 % de las muertes que ocurrieron durante ese periodo había antecedentes de enfermedad mental.² Por este motivo, los entornos de atención primaria y de salud pública deben prepararse para identificar, detectar y tratar estas enfermedades comunes. Estas afecciones son tratables y las pacientes responden bien al tratamiento adecuado.

Este kit de herramientas incluye materiales específicos de Utah, así como herramientas y recomendaciones reconocidas a nivel nacional, obtenidas con el permiso de otros profesionales. También ofrece información y consideraciones clínicas, así como enlaces a recursos para crear un flujo de trabajo que sea adecuado para diferentes entornos.

Datos que debe tener en cuenta al desarrollar un sistema de detección en el consultorio:

- La depresión es la principal complicación en el parto: afecta a 1 de cada 7 mujeres en todo el país y alrededor del 40 % de los casos comienza durante el embarazo^{3, 4}
- La sobredosis accidental de drogas y el suicidio son las principales causas de muerte de las mujeres de Utah durante el periodo perinatal.²
- Solo la mitad de las mujeres de Utah que sufren ansiedad perinatal reciben la ayuda que necesitan (PRAMS).
- El impacto de la depresión o la ansiedad no tratadas durante el embarazo incluye tasas más altas de parto prematuro, cesáreas, preeclampsia y puntajes de Apgar más bajos.^{4, 5, 6}
- Las enfermedades mentales perinatales afectan de manera negativa al desarrollo del bebé, el niño y el adolescente, así como a la salud mental en la edad adulta.⁷
- De todas las mujeres perinatales que tienen depresión, hasta una de cada cinco puede tener pensamientos de autolesión.³
- En el estudio más grande realizado con una evaluación clínica de mujeres perinatales, se diagnosticó con trastorno bipolar al 20 % del grupo estudiado.³
- La depresión materna que no recibe tratamiento puede ser prolongada y es posible que no se resuelva por sí sola.
- La mitad de las mujeres de Utah que recibieron un diagnóstico de depresión perinatal nunca habían padecido una enfermedad mental en su vida (PRAMS).
- Más mujeres sufrirán ansiedad y depresión posparto en un año que la cantidad combinada de nuevos casos de tuberculosis, leucemia, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, enfermedad de Alzheimer, lupus y epilepsia en hombres y mujeres (The Bloom Foundation).

Otras consideraciones clínicas a tener en cuenta:

No podemos saber el estado de la salud mental de una mujer con solo mirarla; es necesario realizar una prueba de detección.

Los pensamientos perturbadores o intrusivos sobre que el bebé puede sufrir daños son frecuentes y, en la mayoría de los casos, no son psicosis ni ponen en peligro al niño. De hecho, en algunos estudios se sugiere que el 90 % de las madres tienen pensamientos intrusivos, pero la psicosis solo afecta a una de cada 1000 mujeres que tendrán un bebé. La educación de los miembros del personal es fundamental para evitar el trauma a través de la participación innecesaria de los servicios de bienestar infantil.

El tratamiento inadecuado de la enfermedad bipolar con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) puede desencadenar un episodio maníaco, que se correlaciona con la psicosis posparto.⁵

Es indispensable brindar un tratamiento adecuado desde el punto de vista cultural. En los estudios se sugiere que las quejas sobre síntomas físicos como el dolor o la sensación de cansancio pueden ser más comunes que las quejas sobre síntomas emocionales entre las mujeres latinas o afroamericanas debido al estigma.⁶

La planificación de la respuesta ante una crisis es un enfoque eficaz para reducir el riesgo de suicidio cuando se obtiene un puntaje distinto de 0 en el enunciado 10 de la escala de depresión posparto de Edimburgo.

Las enfermedades mentales perinatales pueden afectar a cualquier persona, incluidas las personas y parejas LGBTQIA+, los padres, los padres y las madres adoptivos, las personas que sufren problemas de infertilidad, las personas que tuvieron una interrupción de un embarazo, las que sufrieron la pérdida de un bebé y un aborto espontáneo y los abuelos. Todos aquellos involucrados en el cuidado del bebé deben realizarse una prueba de detección y obtener una derivación para recibir ayuda.

Descargo de responsabilidad: La Utah Women's Newborn Quality Collaborative (UWNQC) comprende y reconoce que no todas las personas que han estado embarazadas o han dado a luz se identifican como "mujeres". Este kit de herramientas utiliza el término "mujeres" en lugar de "personas" como un recurso intencional para resaltar la vulnerabilidad de las personas que la sociedad normalmente identifica como mujeres. El uso de "mujeres" no pretende excluir ni silenciar a las personas que no se identifican como tal, sino llamar la atención sobre las formas en que puede discriminarse a las personas embarazadas o puérperas debido a su asignación de género femenino al nacer. Reconocemos que todas las personas embarazadas experimentan complicaciones de salud mental durante el periodo perinatal, e incluimos a todas las poblaciones de padres cuando hablamos de madres.

Recursos para pruebas de detección y derivación de pacientes

Implementación de las pruebas de detección de la salud mental perinatal en Utah

1. ¿Quién debe realizarse pruebas para detectar trastornos de salud mental perinatal?

Todos los padres (madres, padres, personas gestantes y sus parejas) deben someterse a pruebas de detección de trastornos de salud mental.

Los papás tienen el doble de probabilidades de sufrir trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en el periodo perinatal cuando sus parejas los padecen, lo que conlleva, a menudo, que dos padres con depresión están criando a los niños. (11)

2. ¿Cuándo deben realizarse pruebas para detectar trastornos de salud mental perinatal en las pacientes?

En las opiniones del Comité del Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos n.º 757 "*Screening for Perinatal Depression*" (Detección de la depresión perinatal)⁷ se recomienda realizar pruebas de detección a las pacientes al menos una vez durante el periodo perinatal para detectar depresión y ansiedad y, si se realiza durante el embarazo, debe repetirse después del parto. En la opinión n.º 736 "*Optimizing Postpartum Care*" (Optimizar el cuidado posparto)⁸ se recomienda realizar una evaluación completa del bienestar físico, social y psicológico en una visita posparto integral que debe realizarse a más tardar 12 semanas después del parto. La Academia Estadounidense de Pediatría recomienda realizar las pruebas de detección de depresión y ansiedad posparto en los controles del niño sano de 1, 2, 4 y 6 meses.⁹

Casi el 26 % de las mujeres con antecedentes de ansiedad o depresión antes o durante el embarazo tuvieron síntomas de depresión posparto, en comparación con el 8,3 % de las mujeres sin antecedentes de trastornos de salud mental (Sistema de Monitoreo y Evaluación de Riesgos en el Embarazo [PRAMS] de Utah). La depresión y la ansiedad que ocurren antes y durante el embarazo son los principales factores predictivos de la enfermedad mental posparto. En las investigaciones³ se sugiere que entre las mujeres que tienen un resultado positivo de depresión en el puerperio, el inicio de dicha afección se produjo antes del parto en la mayoría de los casos.

Las pruebas de detección deben realizarse en los siguientes momentos (según corresponda):

- en la primera consulta prenatal o la primera consulta para establecer el cuidado durante el embarazo;
- una vez durante cada trimestre del embarazo;
- 1 o 2 días después del parto (posparto);
- 2 semanas después del parto;

- 6 semanas después del parto;
- durante todos los controles del niño sano hasta 6 meses después del parto.

3. ¿Qué trastornos de salud mental deben detectarse en una paciente?

Los trastornos de depresión y de ansiedad son las complicaciones de salud mental más frecuentes durante el periodo perinatal. La escala de depresión posparto de Edimburgo, o EPDS, (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) es la más sensible para estos 2 trastornos. Existen otras herramientas de detección que pueden utilizarse para identificar otros trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en el periodo perinatal.

4. ¿Qué herramientas de detección deben utilizarse?

Aunque existen muchas herramientas de detección validadas, recomendamos la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS). Esta herramienta de detección está validada para la depresión perinatal y tiene una subescala de ansiedad. La EPDS se validó en más de 60 idiomas. También aparece en Google cuando se busca “depresión posparto”.

Entendemos que los flujos de trabajo de los consultorios y las clínicas son diferentes, y es posible que algunos ya hayan establecido las pruebas de detección con otras herramientas. El PHQ-9 también está validado para la depresión durante el periodo perinatal; sin embargo, no se destacará en este kit de herramientas. Para la ansiedad, se recomienda el GAD-7. Al final de este kit de herramientas se incluyen otros instrumentos de detección.

Información sobre cada instrumento de detección

Recomendamos utilizar la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) para realizar las pruebas de detección de depresión y ansiedad en las mujeres. Esta herramienta de detección solo tiene 10 preguntas y el puntaje es de 30 puntos. Cualquier puntaje igual o superior a 10 significa que la persona podría tener depresión o ansiedad. Cualquier respuesta distinta a “nunca” en la pregunta 10 indica que la persona está en riesgo de suicidio o autolesión y necesita ayuda inmediata. La subescala de ansiedad también se destaca en el algoritmo de triaje.

Se demostró que dos o más eventos significativos de la vida, como mudarse a un nuevo domicilio o la enfermedad de un familiar, aumentan el riesgo de padecer trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en el periodo perinatal. Una paciente puede obtener un puntaje moderado en la EPDS, pero alto en los factores de riesgo y en los antecedentes de enfermedad mental, lo que significa que marcaron 2 o más enunciados en cualquiera de ellos. A estas pacientes también se las debe controlar de cerca y derivarlas a recursos y apoyo de salud mental adicionales. Brindamos una lista de verificación inmediatamente después de esta sección de preguntas frecuentes para ayudar a evaluar a sus pacientes en busca de eventos significativos de la vida y antecedentes que puedan indicar riesgo de trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en el periodo perinatal.

Las pacientes pueden tener otras enfermedades mentales que la EPDS no detecta de manera adecuada. Otras herramientas de detección que pueden ser útiles son las siguientes:

- PC-PTSD: detecta el trastorno de estrés postraumático (TEPT) mediante 4 preguntas.

- Cuestionario sobre trastornos del estado de ánimo (*Mood Disorder Questionnaire*, MDQ): detecta el trastorno bipolar mediante 14 preguntas. El MDQ solo debe realizarse una vez en el periodo perinatal porque pregunta sobre las experiencias de la paciente a lo largo de su vida, en comparación con otras herramientas de detección que solo preguntan cómo se sintió la persona en los últimos 7 días. Recomendamos realizar pruebas de detección del trastorno bipolar a todas las mujeres. Esto debe realizarse antes de recetar un antidepresivo porque los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), medicamentos comunes que se utilizan para tratar la depresión, pueden desencadenar un episodio maníaco.

5. ¿Quién se encarga de entregar, puntuar y responder a las herramientas de detección?

Cada consultorio es diferente. El flujo de trabajo para tratar los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en el periodo perinatal debe adaptarse a cada clínica o consultorio. El personal de apoyo clínico puede ofrecer las herramientas de detección a las familias de manera electrónica antes de una cita, en el momento del ingreso o del registro de la cita, en la sala de espera o mientras esperan al proveedor en el consultorio. Muchas historias clínicas electrónicas pueden personalizarse con plantillas para estas herramientas de detección.

Las pacientes deben disponer de tiempo suficiente para completar la herramienta de detección sin sentirse apresuradas. Una vez completado el cuestionario, el personal de la clínica deberá puntuarlo e incorporarlo en el expediente del paciente y en la historia clínica electrónica. Si el proveedor no realizó la prueba de detección, debe conocer el puntaje de la paciente antes de atenderla. Sacar el puntaje es sencillo y puede realizarlo cualquier cuidador. Es fundamental que la herramienta de detección se puntúe antes de que la paciente se vaya del consultorio, de modo que pueda abordarse cualquier inquietud que se indique en la herramienta. El Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos recomienda que la terapia y los grupos de apoyo pueden ayudar a prevenir y tratar los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en el periodo perinatal (12).

La información sobre cómo responder a un resultado positivo en la EPDS está disponible en el Algoritmo de triaje en la página.

Los profesionales de atención médica adecuados para administrar una prueba de detección son, entre otros, los siguientes: trabajadores de salud materno infantil, personal de enfermería, asistentes médicos, médicos, médicos de familia, pediatras, personal de enfermería profesional, obstetras y ginecólogos, parteras, personal clínico, asesores de lactancia, gestores de atención perinatal, doulas, trabajadores sanitarios comunitarios o públicos, trabajadores sociales, personal de visitas a domicilio, personal de WIC, proveedores de asistencia a empleados, terapeutas ocupacionales, farmacéuticos o trabajadores de recursos de salud para empleados.

6. ¿Cuáles son los factores de riesgo comunes de los trastornos de salud mental maternos?

Las enfermedades mentales durante el embarazo y el posparto no se limitan a una determinada cultura, raza, edad, nivel de ingresos ni de estudios. No se identificó una sola causa para la depresión o la ansiedad durante el embarazo o el posparto; sin embargo, existen varios factores relacionados con el desarrollo de estas afecciones. Es importante reconocer los factores de riesgo porque puede que una persona no obtenga un puntaje lo suficientemente alto en la EPDS como para considerarla en riesgo de padecer una enfermedad mental, pero tiene factores en su vida que la ponen en riesgo.

Entre los factores de riesgo de los trastornos de salud mental maternos se incluyen los siguientes:

- antecedentes personales de depresión, ansiedad u otros problemas de salud mental;
- antecedentes personales de abuso de sustancias
- embarazo o parto difícil (sobre todo padres en la UCIN o cesáreas de urgencia);
- ser menor de 24 años;
- experimentar la muerte de familiares o amigos cercanos;
- tener un familiar o amigo cercano con una enfermedad o discapacidad importante;
- estar aislado de familiares o amigos;
- dormir menos de 5 horas;
- no tener personas en su vida que puedan ayudarle en los momentos difíciles (sistema de apoyo);
- ser padre o madre solteros;
- problemas matrimoniales;
- falta de seguro médico;
- antecedentes familiares de enfermedad mental;
- factores de estrés importantes en los últimos 12 meses (como pérdida o cambio de trabajo, mudanza, cambio de estado civil, etc.);



- antecedentes de trauma o abuso (emocional, sexual o físico);
- padecer una enfermedad crónica o la aparición de una enfermedad durante el embarazo y el posparto;
- expectativas no cumplidas durante el embarazo, el parto o el posparto (no seguir un plan de parto, incapacidad para amamantar, etc.);
- tener un embarazo múltiple frente a uno único;
- sufrir discriminación por motivos de raza, preferencia sexual e identidad de género, o trastorno por consumo de sustancias;
- estrés económico o tener ingresos familiares por debajo del nivel federal de pobreza;
- sentimientos maternos negativos hacia el embarazo o el bebé;
- tener un embarazo no deseado.

Si una persona tiene 2 o más de estos factores de riesgo, existe una mayor probabilidad de que desarrolle una enfermedad mental durante el embarazo y el puerperio. Estas pacientes deben controlarse de cerca y derivarse a tratamiento, recursos y servicios de salud mental. En la página se incluye un evaluador de factores de riesgo.

7. ¿Qué tipo de apoyo puede recibir nuestro consultorio o clínica si participamos en las pruebas de detección?

El Comité de Salud Mental Materna de UWNQC está preparado para ayudarle a implementar con éxito los protocolos de pruebas de detección, derivación y tratamiento perinatales.

Una herramienta de análisis de deficiencias que describe cada paso que le recomendamos para implementar una prueba de detección eficaz en su clínica o consultorio (qué herramientas utilizar, con qué frecuencia realizar las pruebas de detección a las pacientes, cómo administrar las herramientas de detección y crear un sistema de derivación que incluya materiales educativos). La herramienta de análisis de deficiencias le ayudará a evaluar los protocolos actuales de la clínica y qué cosas podría ser factible implementar en el futuro.

Capacitación para el personal sobre los trastornos perinatales del estado de ánimo y de ansiedad (PMAD, *Perinatal Mood and Anxiety Disorders*), tanto presencial como a través de videos de capacitación.

Copias impresas de este kit de herramientas, el folleto BAILANDO u otros instrumentos y recursos de este kit de herramientas.

@MaternalMentalHealthUtah

La ansiedad y la depresión durante el embarazo y el puerperio son reales.

**Y TAMBIÉN
LO ES
RECUPERARSE
POR
COMPLETO.**

8. ¿Cómo hablar sobre los trastornos de salud mental enfocándose en las fortalezas?

Existen muchos motivos por los que las pacientes pueden resistirse a hablar de los problemas de salud mental o emocional con la familia, los amigos y los proveedores. Como el personal de apoyo clínico suele ser el primero en interactuar con las mujeres al momento de detectar problemas de salud mental, es importante que se realice con un enfoque basado en la fortaleza que haga hincapié en lo siguiente:

- Las complicaciones de salud mental y emocional durante el embarazo y el posparto son frecuentes.
- Son afecciones médicas, como la diabetes.
- Son tratables y, con la ayuda adecuada, las pacientes volverán a sentirse bien.
- Dado que los problemas de salud mental son frecuentes, se somete a todas las pacientes embarazadas y puérperas que acuden a la clínica a pruebas de detección para estas afecciones, no se las elige de manera sesgada.
- En el consultorio se atiende a la mujer de manera integral.

Cuando analice las opciones de tratamiento, ofrezca una perspectiva equilibrada de la enfermedad tratada frente a la no tratada y de los riesgos y beneficios asociados. Las enfermedades no tratadas tienen un riesgo importante. Informe a los padres que estar sanos es fundamental para la salud del bebé y que es importante priorizar su propia salud, incluida la salud mental. Por este motivo, debe estar pendiente de ellos y de su salud mental con regularidad a lo largo de la atención obstétrica o del cuidado de su niño.

9. ¿Dónde puedo encontrar materiales educativos para pacientes y familiares?

Las pacientes perinatales y sus familias, u otros miembros de su sistema de apoyo, deben recibir una educación proactiva para que sean conscientes de los signos y los síntomas de los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en el periodo perinatal. Tener estas conversaciones al inicio del embarazo y de nuevo al principio del puerperio puede reducir el estigma, normalizar las pruebas y la detección y animar a las mujeres a hablar de cualquier problema de salud mental. El hecho de contar con un entorno donde hay un amplio acceso a la información sobre salud mental puede ayudar a reducir el estigma y a alentar a las mujeres y sus familias a buscar ayuda, recordándoles que no están solas.

Las recomendaciones para la educación son las siguientes:

- ofrecer material educativo a todas las nuevas pacientes prenatales y realizarlo nuevamente en la consulta posparto.
- colocar carteles, folletos y otros materiales en todos los consultorios.

Los materiales educativos incluyen, entre otros, la hoja de trabajo sobre salud mental, SUNSHINE o BAILANDO, y la media página de recursos adicionales, todos incluidos en este kit de herramientas y que pueden descargarse en línea.

10. ¿Dónde puedo obtener capacitación adicional sobre los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en el periodo perinatal?

Existe una línea de consulta disponible para los proveedores médicos que puedan tener más preguntas sobre el proceso general de detección o que consideren que pueden beneficiarse de la orientación de otros profesionales médicos sobre el tratamiento de pacientes según cada caso. La línea de consulta de psiquiatría perinatal cuenta con la atención de psiquiatras especializados en reproducción que son miembros de Postpartum Support International (PSI) y se especializan en el tratamiento de trastornos de salud mental perinatal. El servicio es gratuito y está disponible con cita previa. Puede acceder a él en <https://www.postpartum.net/professionals/perinatal-psychiatric-consult-line>.

Además, Postpartum Support International organiza de manera periódica capacitaciones de Componentes de cuidado de dos días de duración, junto con capacitaciones especializadas de dos horas sobre psicofarmacología y psicoterapia. Puede encontrar estas capacitaciones en: www.postpartum.net.

Los especialistas locales en salud mental materna pueden solicitar capacitación comunicándose con el Programa de Salud Materna e Infantil del Departamento de Salud de Utah. Estas capacitaciones incluyen datos locales, información sobre signos y síntomas, factores de riesgo para los padres de Utah y recursos. Las solicitudes pueden enviarse por correo electrónico a rhpweb@utah.gov.

Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS)

Fecha: _____ Nombre/número de la clínica: _____

Su edad: _____ Semanas de embarazo o edad del bebé: _____

Dado que está embarazada o tuvo un bebé recientemente, queremos saber cómo se siente. Coloque con un **MARCA DE VERIFICACIÓN** (✓) en el espacio en blanco junto a la respuesta que se aproxime más a cómo se sintió **EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solo a cómo se siente hoy. Complete los 10 enunciados y obtenga su puntaje sumando cada número que aparece entre paréntesis (n.º) al lado de la respuesta que marcó. Se trata de una prueba de detección, no es un diagnóstico médico. Si algo no le parece correcto, llame a su proveedor de atención médica independientemente del puntaje.

A continuación, encontrará un ejemplo completado.

Me sentí contenta:	_____ (0)
Sí, todo el tiempo	_____ (1)
Sí, la mayoría de las veces	_____ (2)
No, no muy seguido	_____ (3)
No, para nada	_____ (3)

Eso significaría: "Estuve contenta la mayoría del tiempo" en la última semana. Complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------------|-----------|----------------|-----------|--------------------------|-----------|-----------|-----------|--------------------|-----------|-----------------|-----------|---------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------------------------|-----------|-------------------|-----------|----------------|-----------|-----------|-----------|---------------|-----------|------------|-----------|-------------|-----------|-----------------|-----------|--------------|-----------|-------------|-----------|--------------|-----------|---------------|-----------|--|-----------|---|-----------|--|-----------|--|-----------|--|-----------------------------|-----------|-------------|-----------|--------------------|-----------|---------------|-----------|-----------------------------|-----------|----------------------|-----------|----------------|-----------|---------------|-----------|-----------------------------|-----------|----------------------|-----------|---------------------------|-----------|-----------|-----------|----------------------|-----------|---------|-----------|------------|-----------|-------|-----------|
| <p>1. Pude reír y ver el lado divertido de las cosas:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Pude tanto como siempre</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">_____ (0)</td> </tr> <tr> <td>Ahora no tanto</td> <td style="text-align: right;">_____ (1)</td> </tr> <tr> <td>Definitivamente no tanto</td> <td style="text-align: right;">_____ (2)</td> </tr> <tr> <td>Para nada</td> <td style="text-align: right;">_____ (3)</td> </tr> </table> <p>2. Esperé las situaciones con alegría:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Tanto como siempre</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">_____ (0)</td> </tr> <tr> <td>Menos que antes</td> <td style="text-align: right;">_____ (1)</td> </tr> <tr> <td>Definitivamente menos que antes</td> <td style="text-align: right;">_____ (2)</td> </tr> <tr> <td>Casi nada</td> <td style="text-align: right;">_____ (3)</td> </tr> </table> <p>3. Me culpé de manera innecesaria cuando algo salió mal:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Sí, la mayoría de las veces</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">_____ (3)</td> </tr> <tr> <td>Sí, algunas veces</td> <td style="text-align: right;">_____ (2)</td> </tr> <tr> <td>No muy seguido</td> <td style="text-align: right;">_____ (1)</td> </tr> <tr> <td>No, nunca</td> <td style="text-align: right;">_____ (0)</td> </tr> </table> <p>4. Estuve ansiosa o preocupada sin una buena razón:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">No, para nada</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">_____ (0)</td> </tr> <tr> <td>Casi nunca</td> <td style="text-align: right;">_____ (1)</td> </tr> <tr> <td>Sí, a veces</td> <td style="text-align: right;">_____ (2)</td> </tr> <tr> <td>Sí, muy seguido</td> <td style="text-align: right;">_____ (3)</td> </tr> </table> <p>5. Sentí miedo o pánico sin motivo alguno:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Sí, bastante</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">_____ (3)</td> </tr> <tr> <td>Sí, a veces</td> <td style="text-align: right;">_____ (2)</td> </tr> <tr> <td>No, no tanto</td> <td style="text-align: right;">_____ (1)</td> </tr> <tr> <td>No, para nada</td> <td style="text-align: right;">_____ (0)</td> </tr> </table> <p>6. Las situaciones me están afectando:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Sí, la mayoría de las veces no pude lidiar con ellas</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">_____ (3)</td> </tr> <tr> <td>Sí, a veces no pude afrontarlas tan bien como siempre</td> <td style="text-align: right;">_____ (2)</td> </tr> <tr> <td>No, la mayoría de las veces pude afrontarlas bastante bien</td> <td style="text-align: right;">_____ (1)</td> </tr> <tr> <td>No, pude afrontarlas tan bien como siempre</td> <td style="text-align: right;">_____ (0)</td> </tr> </table> | Pude tanto como siempre | _____ (0) | Ahora no tanto | _____ (1) | Definitivamente no tanto | _____ (2) | Para nada | _____ (3) | Tanto como siempre | _____ (0) | Menos que antes | _____ (1) | Definitivamente menos que antes | _____ (2) | Casi nada | _____ (3) | Sí, la mayoría de las veces | _____ (3) | Sí, algunas veces | _____ (2) | No muy seguido | _____ (1) | No, nunca | _____ (0) | No, para nada | _____ (0) | Casi nunca | _____ (1) | Sí, a veces | _____ (2) | Sí, muy seguido | _____ (3) | Sí, bastante | _____ (3) | Sí, a veces | _____ (2) | No, no tanto | _____ (1) | No, para nada | _____ (0) | Sí, la mayoría de las veces no pude lidiar con ellas | _____ (3) | Sí, a veces no pude afrontarlas tan bien como siempre | _____ (2) | No, la mayoría de las veces pude afrontarlas bastante bien | _____ (1) | No, pude afrontarlas tan bien como siempre | _____ (0) | <p>7. Estuve tan triste que tuve dificultad para dormir:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Sí, la mayoría de las veces</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">_____ (3)</td> </tr> <tr> <td>Sí, a veces</td> <td style="text-align: right;">_____ (2)</td> </tr> <tr> <td>No, no muy seguido</td> <td style="text-align: right;">_____ (1)</td> </tr> <tr> <td>No, para nada</td> <td style="text-align: right;">_____ (0)</td> </tr> </table> <p>8. Me sentí triste o deprimida:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Sí, la mayoría de las veces</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">_____ (3)</td> </tr> <tr> <td>Sí, bastante seguido</td> <td style="text-align: right;">_____ (2)</td> </tr> <tr> <td>No muy seguido</td> <td style="text-align: right;">_____ (1)</td> </tr> <tr> <td>No, para nada</td> <td style="text-align: right;">_____ (0)</td> </tr> </table> <p>9. Me sentí tan triste que estuve llorando:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Sí, la mayoría de las veces</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">_____ (3)</td> </tr> <tr> <td>Sí, bastante seguido</td> <td style="text-align: right;">_____ (2)</td> </tr> <tr> <td>Solo en algunas ocasiones</td> <td style="text-align: right;">_____ (1)</td> </tr> <tr> <td>No, nunca</td> <td style="text-align: right;">_____ (0)</td> </tr> </table> <p>10. Pensé en la idea de hacerme daño:*</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 80%;">Sí, bastante seguido</td> <td style="width: 20%; text-align: right;">_____ (3)</td> </tr> <tr> <td>A veces</td> <td style="text-align: right;">_____ (2)</td> </tr> <tr> <td>Casi nunca</td> <td style="text-align: right;">_____ (1)</td> </tr> <tr> <td>Nunca</td> <td style="text-align: right;">_____ (0)</td> </tr> </table> | Sí, la mayoría de las veces | _____ (3) | Sí, a veces | _____ (2) | No, no muy seguido | _____ (1) | No, para nada | _____ (0) | Sí, la mayoría de las veces | _____ (3) | Sí, bastante seguido | _____ (2) | No muy seguido | _____ (1) | No, para nada | _____ (0) | Sí, la mayoría de las veces | _____ (3) | Sí, bastante seguido | _____ (2) | Solo en algunas ocasiones | _____ (1) | No, nunca | _____ (0) | Sí, bastante seguido | _____ (3) | A veces | _____ (2) | Casi nunca | _____ (1) | Nunca | _____ (0) |
| Pude tanto como siempre | _____ (0) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ahora no tanto | _____ (1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Definitivamente no tanto | _____ (2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Para nada | _____ (3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tanto como siempre | _____ (0) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Menos que antes | _____ (1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Definitivamente menos que antes | _____ (2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Casi nada | _____ (3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, la mayoría de las veces | _____ (3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, algunas veces | _____ (2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No muy seguido | _____ (1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No, nunca | _____ (0) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No, para nada | _____ (0) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Casi nunca | _____ (1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, a veces | _____ (2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, muy seguido | _____ (3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, bastante | _____ (3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, a veces | _____ (2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No, no tanto | _____ (1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No, para nada | _____ (0) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, la mayoría de las veces no pude lidiar con ellas | _____ (3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, a veces no pude afrontarlas tan bien como siempre | _____ (2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No, la mayoría de las veces pude afrontarlas bastante bien | _____ (1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No, pude afrontarlas tan bien como siempre | _____ (0) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, la mayoría de las veces | _____ (3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, a veces | _____ (2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No, no muy seguido | _____ (1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No, para nada | _____ (0) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, la mayoría de las veces | _____ (3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, bastante seguido | _____ (2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No muy seguido | _____ (1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No, para nada | _____ (0) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, la mayoría de las veces | _____ (3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, bastante seguido | _____ (2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Solo en algunas ocasiones | _____ (1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No, nunca | _____ (0) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, bastante seguido | _____ (3) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A veces | _____ (2) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Casi nunca | _____ (1) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nunca | _____ (0) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

EL PUNTAJE TOTAL AQUÍ ►

*** Si obtuvo un puntaje de 1, 2 o 3 en la pregunta 10, LLAME A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (ginecólogo/obstetra, médico de familia o enfermera partera) O VAYA A LA SALA DE URGENCIAS AHORA para garantizar su propia seguridad y la de su bebé.**

Si obtuvo un puntaje total de 11 o más, es posible que tenga depresión posparto (postpartum depression, PPD) o ansiedad. LLAME A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (ginecólogo/obstetra, médico de familia o enfermera partera) ahora para mantener su propia seguridad y la de su bebé.

Si obtuvo un puntaje total de 9 o 10, le recomendamos que repita esta prueba en una semana o llame a su proveedor de atención médica (ginecólogo/obstetra, médico de familia o enfermera partera).

Si obtuvo un puntaje total de 1 a 8, las madres primerizas suelen tener cambios de humor que las hacen llorar o enojarse con facilidad. Sus sentimientos pueden ser normales. Sin embargo, si empeoran o persisten por más de una o dos semanas, llame a su proveedor de atención médica (ginecólogo/obstetra, médico de familia o enfermera partera). Ser madre puede ser una experiencia nueva y estresante. Realice lo siguiente para cuidarse:

- Duerma: tome un descanso cuando el bebé duerma.
- Pida ayuda a amigos o familiares.
- Beba mucho líquido.
- Siga una buena alimentación.
- Haga ejercicio, aunque sea salir a caminar.

A pesar del puntaje, si tiene inquietudes sobre la depresión o la ansiedad, comuníquese con su proveedor de atención médica.

Tenga en cuenta: La escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) es una herramienta de detección que no diagnostica la depresión posparto (PPD) ni la ansiedad.

Obtenga más información en el dorso. ►

Instrucciones para las pruebas de detección y la interpretación de la EPDS

La EPDS se desarrolló para realizar pruebas de detección de mujeres puérperas en consultorios ambulatorios, visitas a domicilio o en el examen posparto de entre 6 y 8 semanas. Se utilizó en muchas poblaciones, incluidas mujeres estadounidenses y de habla hispana de otros países. La EPDS consta de 10 preguntas. Por lo general, la prueba puede completarse en menos de 5 minutos. Las respuestas se puntúan con 0, 1, 2 o 3 en función de la gravedad del síntoma. Los enunciados marcados con un asterisco (*) corresponden a la subescala de ansiedad. El puntaje total se determina sumando el puntaje de cada uno de los 10 enunciados, y el puntaje máximo posible es 30.

En los estudios de validación se utilizaron varios puntajes de umbral para determinar qué mujeres obtenían un positivo y necesitaban ser derivadas. Los puntajes límite oscilaban entre 9 y 13 puntos. Por lo tanto, para estar seguro, una mujer con un puntaje de 10 puntos o más o que indique cualquier ideación suicida (es decir, que obtenga un puntaje de 1 o más en la pregunta n.º 10) debe ser derivada de inmediato para su seguimiento. Incluso si una mujer obtiene un puntaje inferior a 10, si el médico considera que la paciente sufre depresión, debe derivarla a un especialista. La EPDS es solo una herramienta de detección. No sirve para diagnosticar la depresión, ya que de ello se encarga el personal de atención médica debidamente autorizado.

Los usuarios pueden reproducir la escala sin autorización siempre que se respeten los derechos de autor y se citen

los nombres de los autores, el título y la fuente del documento en todas las copias reproducidas.

La EPDS puede consultarse en otros idiomas aquí:

<https://www.dchealthcheck.net/documents/10-2015-EPDS-Translations.pdf>

Instrucciones para los usuarios

1. Se pide a la madre que subraye 1 de las 4 respuestas posibles que se acerque más a cómo se sintió los 7 días anteriores.
2. Deben completarse los 10 enunciados.
3. Se debe tener cuidado para evitar la posibilidad de que la madre comente las respuestas con otras personas.
4. La madre debe cumplimentar la escala sin ayuda, a menos que tenga conocimientos limitados de inglés o dificultades para leer.

Evaluador de factores de riesgo

Lista de verificación de eventos importantes de la vida

Durante los últimos 12 meses (marque todas las opciones que correspondan):

- Perdí mi trabajo, aunque quería seguir trabajando.
- Mi esposo o pareja perdió su trabajo.
- Tenía muchas facturas que no podía pagar.
- Me mudé a un domicilio nuevo.
- Mi esposo o pareja me dijo que no quería que quedara embarazada.
- Discutí con mi esposo o pareja más de lo normal.
- Me separé o divorcié de mi esposo o pareja.
- Me abusaron física o sexualmente en el pasado.

Experiencias previas de depresión o ansiedad

En algún momento del pasado, incluso durante o después de un embarazo anterior (marque todas las opciones que correspondan):

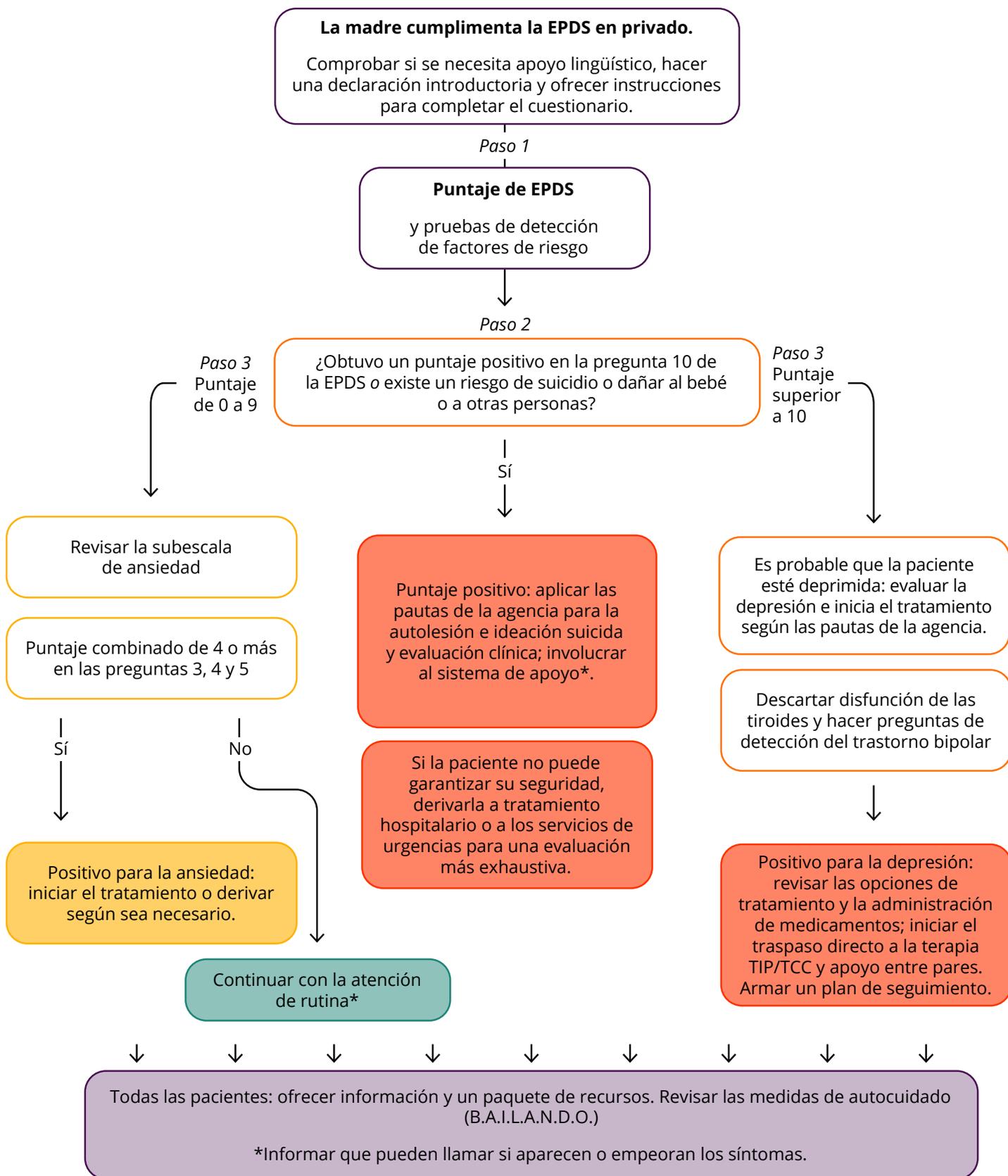
- Un médico, una partera, una enfermera o un consejero me dijeron que tenía depresión.
- Un médico, una partera, una enfermera o un consejero me dijeron que tenía ansiedad.
- Pedí ayuda para tratar la depresión o la ansiedad a un médico, una partera, una enfermera o un consejero.
- Tuve síntomas de depresión o ansiedad que duraron más de 2 semanas.
- Tomé medicamentos para la depresión o la ansiedad.

También incluya lo siguiente:

Estado civil (solera, casada, convive con su pareja, divorciada, viuda) y edad

Puntaje: si alguna paciente selecciona dos o más de las opciones anteriores, corre el riesgo de desarrollar un trastorno del estado de ánimo y de ansiedad en el periodo perinatal, incluso si el puntaje de EPDS es bajo.

Algoritmo de respuesta y triaje de Utah



Referencia rápida para la derivación de pacientes

Red de derivación a salud mental materna:

MaternalMentalHealth.utah.gov

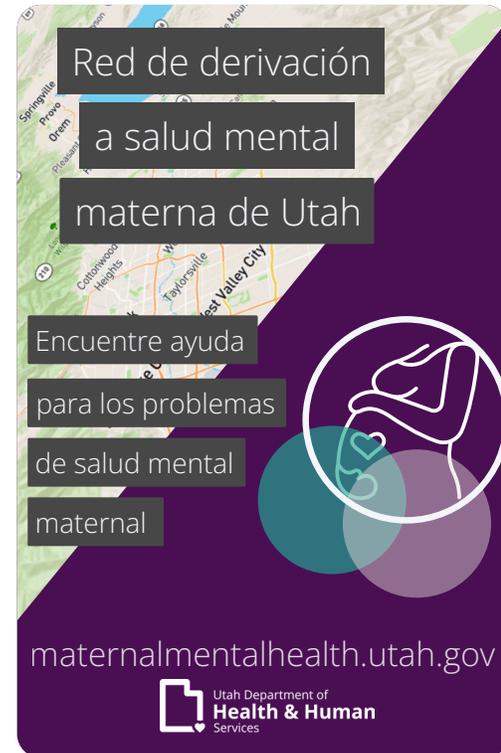
La red de derivación a salud mental materna es un directorio consolidado para todos los proveedores que se capacitaron en salud mental materna aquí en Utah. En la base de datos se puede buscar por: tipo de proveedor, ubicación, seguro (incluido sin seguro) y tipo de especialidad. Recomendamos que se incluya en la lista a los proveedores que se capacitaron. Los proveedores que no vayan a recetar ni brindar psicoterapia solo están obligados a asistir a seis horas de capacitación en salud mental materna de una variedad de organismos de formación. Los proveedores que receten o brinden psicoterapia deben asistir a 12 horas de capacitación.

Help Me Grow Utah (inglés y español) Inglés y español: 801-691-5322

Help Me Grow Utah no solo ofrece la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) tanto en línea como por teléfono, sino que también brinda servicios tanto en inglés como en español. Help Me Grow tiene acceso a todo el directorio de proveedores de salud mental materna, y realizará un seguimiento gratuito de los clientes para asegurarse de que buscan la ayuda adecuada en el momento oportuno. Además, Help Me Grow Utah realizará llamadas salientes si un consultorio o proveedor decide utilizarlos como recurso y servicio de derivación. Comuníquese con Help Me Grow para obtener su formulario de derivación. Todos los servicios son gratuitos para los residentes y los proveedores de Utah.

Mother to Baby Utah: 801-328-2229

Mother to Baby Utah es un servicio gratuito, privado y fácil de usar que responde a preguntas sobre medicamentos, drogas, productos químicos y otras exposiciones ambientales que pueden dañar de manera potencial a un embrión, feto o bebé. Los proveedores pueden utilizar Mother to Baby para realizar consultas sobre medicamentos durante el embarazo y el posparto.



Folletos centrados en la paciente

Mental health tools during pregnancy and after birth



Utah Department of
Health & Human
Services

S

Sleep: Aim for four to six hours of sleep in a row, at least three nights a week. Ask a family member or friend to give the first feeding of the night so you can get enough rest.

U

Understand: Counseling with a trained maternal mental health professional prevents and treats mental health issues. Learn more by calling *Help Me Grow* at 801-691-5322, or by visiting *MaternalMentalHealth.utah.gov* to find help.

N

Nutrition: Take a prenatal vitamin through one year postpartum. Avoid caffeine and sugar when possible. Include protein and unsaturated fats at every snack and meal. Drink two large pitchers of water daily.

S

Support: Share your feelings with a trusted friend or family member, or find a support group online or in-person. Search for local support groups on *MaternalMentalHealth.utah.gov*. Ask for help with baby care – getting an hour each day to yourself is essential.

H

Humor: Make time for silliness and joy each day. A funny movie, time with friends, or tickling your children can all improve your mood. If laughing seems impossible, it is time to seek more support.

I

Information: Take the Edinburgh Postnatal Depression Scale monthly for a year postpartum to track your mental health. Call your provider if your score is 10 or above, or if you marked anything other than “never” on question 10 about self-harm.

N

Nurture: Care for yourself through: nature, spiritual practices, music and art, meditation, dates with friends, etc. Schedule weekly time in your calendar to do things you enjoy outside of motherhood.

E

Exercise: Walking 10-20 minutes a day can help your body, mind, and spirit heal and stay emotionally healthy. You can also try yoga or stretching if your provider gives you the go-ahead.

Created in partnership with the Utah Department of Health and Human Services and Postpartum Support International Utah

To find Utah-based support groups, a counselor/therapist, or any other maternal mental health professional, visit: *MaternalMentalHealth.utah.gov*

Herramientas para la salud mental durante el embarazo y después del parto



Departamento de
**Salud y
Servicios Humanos**
de Utah

B

Bromear: Dedique tiempo especial cada día para reír- vea una película, juegue con sus hijos, pase tiempo con amigos. Si no puede conectarse con la alegría y la risa, es hora de hablar con su doctor para obtener más ayuda.

A

Apoyo: Comparta sus sentimientos con una amiga o familiar de confianza o encuentre un grupo de apoyo. Pida ayuda con el cuidado de sus bebés para que pueda tener una hora para si misma.

I

Información: Lea sobre el bienestar emocional en www.postpartum.net y tome la pantalla de depresión postnatal de Edimburgo. Llame a su doctor si su puntaje es 10 o más alto o marcó cualquier otra cosa que no sea "nunca" en la pregunta 10 sobre autolesiones.

L

Levántese: Caminar por 10-20 minutos al día puede ayudar con su cuerpo, mente y espíritu. También puede tratar de bailar, hacer yoga, zumba, o alguna otra manera de hacer ejercicio si está bien con su doctor.

A

Alimentar: Beba al menos de 2 litros de agua al día. Tome multivitaminas prenatales hasta un año después del parto. Evite cafeína y azúcar cuando sea posible, e incluya proteínas y grasas no saturadas en cada comida.

N

Naturaleza: Haga tiempo semanalmente para hacer cosas que disfruta afuera de la maternidad, como pasatiempos creativos, tiempo en la naturaleza, yoga, citas con amigos y con su pareja, etc.

D

Dormir: Trate de dormir por lo menos 4-6 horas seguidas cada noche por lo menos 3 días a la semana. Cuando sea posible, pida a un familiar que dé la primera alimentación de la noche al bebé mientras duerme.

O

Observación: El consultar con un profesional de salud mental materna previene y trata los problemas de salud mental. Aprenda más al llamar a Help Me Grow al número 801-691-5322 o por visitar postpartum.net.

Creado en asociación con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Utah y la Universidad de Utah

Para encontrar grupos de apoyo en Utah, un consejero/terapeuta o cualquier otro centro de salud mental materna profesional, visite: MaternalMentalHealth.utah.gov

Recursos e información disponible para padres

Dónde puedo buscar ayuda:

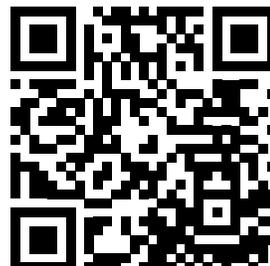
- Para buscar a una persona capacitada en salud mental durante el embarazo y el posparto, incluidos el aborto espontáneo, la muerte fetal, la pérdida del bebé y los padres adoptivos y sus parejas, visite: MaternalMentalHealth.utah.gov. Puede buscar por tipo de proveedor y de seguro y si realizan consultas virtuales.
- Para encontrar grupos de apoyo, vaya a MaternalMentalHealth.utah.gov y escriba "Support Groups" (Grupos de apoyo) para el tipo de proveedor.
- Para hablar con una persona que pasó por una situación similar, puede llamar a una línea de ayuda nacional a través de Postpartum Support International: 1-800-944-4773 || #1 en español o #2 en inglés.
- O bien, envíe un mensaje de texto con la palabra "Help" al 800-944-4773 (inglés) || Mensajes de texto en español: 971-203-7773
- Síguenos en las redes sociales para recibir mensajes positivos, memes divertidos e información a diario: @MaternalMentalHealthUtah en Instagram y Facebook.

Red de derivación
a salud mental
materna de Utah

Encuentre ayuda
para los problemas
de salud mental
maternal

maternalmentalhealth.utah.gov

Utah Department of
Health & Human
Services



Mi plan de salud mental

Dado que los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en el periodo perinatal (PMAD) son frecuentes (y se pueden tratar), **estoy elaborando un plan para mi salud mental y mi bienestar.**

Si tengo problemas, **hay cosas que puedo hacer para sentirme mejor. Y puedo pedir ayuda.**

Mis necesidades básicas

Si voy a cuidar de mi bebé y de mi familia, **tengo que cuidar de mí misma.**

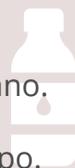
Descanso

Puedo crear un espacio relajante.
Dormiré cuando pueda.
Si no puedo dormir, descansaré.
Si no puedo descansar, pediré ayuda.



Nutrición

Haré todo lo posible para darle a mi cuerpo lo que necesita para estar sano. Sé que todavía me estoy curando, así que alimentaré y nutriré mi cuerpo.



Conexión

Todos necesitamos amar y ser amados. El vínculo con mi bebé es importante. Pero también es importante que me mantenga en contacto con las personas que me importan y que se preocupan por mí.



Alegría

Mi felicidad es importante. Me tomaré tiempo para hacer cosas que me den alegría.
Algo que me encanta hacer es...



Mi red de apoyo

No estoy sola. Estas son algunas de las personas que pueden ayudar.



Puedo pedir ayuda a:

- Mi familia
- Mis amigos
- Mi pareja
- Los proveedores



Mi plan de salud mental

Los trastornos del estado de ánimo y ansiedad en el periodo perinatal (PMAD) son frecuentes.

1 de cada 7 personas desarrollará uno. Para muchas de ellas, será la primera vez que busquen apoyo relacionado con la salud mental. Afortunadamente, existen proveedores y terapias que pueden ayudar.

Personas con las que puedo hablar si necesito ayuda



Proveedor de confianza



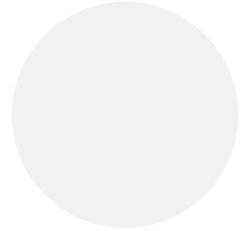
Proveedor de confianza



Miembro de la familia de confianza



Amigo de confianza



Miembro de la comunidad de confianza

Qué puedo decir

En un buen día, siento...

En un mal día, siento...

Deseo...

Me preocupa...

Necesito ayuda con...

Mi plan de salud mental

Mi salud mental es importante. Es normal necesitar ayuda. Hay asistencia disponible. Sé que muchas personas necesitan apoyo adicional durante el embarazo y el posparto. Así que **estoy haciendo un plan para saber qué hacer si necesito ayuda.**

Si...

Entonces...

Si...

Entonces...

Si...

Entonces...

Lo que ayuda:

Lo que no ayuda:

Ejemplos: Si tengo problemas para dormir por la noche... entonces le pediré a mi amigo que se quede conmigo mientras duermo una siesta. Si siento que a nadie le importo y que estoy sola... entonces me recordaré a mí misma que los PMAD son comunes y se pueden tratar.

Si quiero lastimarme a mí misma o a alguien más, lo que haré es...

Pida ayuda. Llame a la línea directa para la prevención del suicidio. Marque **988**



www.nationalperinatal.org/mental-health



Red de derivación
a salud mental
materna de Utah

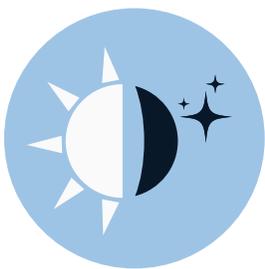
Encuentre ayuda
para los problemas
de salud mental
maternal



maternalmentalhealth.utah.gov

Not Feeling Like Yourself?

Let's Talk About It.



**Always
Free — 24/7**



**Support &
Resources**



**Confidential
Call & Text**



**60+
Languages**



**Don't wait. Reach out today.
1-833-TLC-MAMA (1-833-852-6262)**

¿No te sientes como tú misma?

Vamos a platicar al respecto.



**Línea Nacional
de Asistencia
a la Salud
Mental Materna**

HRSA
Health Resources & Services Administration



**Siempre
gratis — 24/7**



**Apoyo y
recursos**



**Llamadas y
mensajes
confidenciales**



**Más de
60 idiomas**



**No esperes. Conéctate hoy mismo.
1-833-TLC-MAMA (1-833-852-6262)**

A background image showing a close-up of a woman's face as she gently holds a baby. The woman is looking down at the baby with a soft expression. The baby is wearing a light-colored onesie and is wrapped in a thick, textured blanket. The overall tone is warm and intimate.

1 IN 7 MOTHERS

experience depression or anxiety
during pregnancy or postpartum.



You are not alone.
We are here to help.

CALL OR TEXT 'HELP' - 800.944.4773

Leave a confidential message any time, and a trained and caring volunteer will return your call or text. Our volunteers will listen, answer questions, offer encouragement, and connect you with local resources as needed.

Postpartum Support International | www.postpartum.net



UNA DE CADA 7 MADRES

experimenta depresión o ansiedad durante el embarazo o el posparto.



No estas solo.
Estamos aquí para ayudar.

**LLAMAR: 800.944.4773, #1
O TEXTO: 971.203.7773**

Deje un mensaje confidencial en cualquier momento y un voluntario capacitado y atento le devolverá la llamada o el mensaje de texto. Nuestros voluntarios escucharán, responderán preguntas, ofrecerán apoyo y lo conectarán con recursos locales según sea necesario.

Postpartum Support International | www.postpartum.net



1 IN 10 FATHERS

experience depression or
anxiety after the birth of a child



You are not alone.
We are here to help.

CALL OR TEXT 'HELP' - 800.944.4773

Leave a confidential message any time, and a trained and caring volunteer will return your call or text. Our volunteers will listen, answer questions, offer encouragement, and connect you with local resources as needed.

Postpartum Support International | www.postpartum.net



1 DE CADA 10 PADRES

Sí, los papás también pueden estar deprimidos y ansiosos después del nacimiento de un bebé.



No estas solo.
Estamos aquí para ayudar.

**LLAMAR: 800.944.4773, #1
O TEXTO: 971.203.7773**

Deje un mensaje confidencial en cualquier momento y un voluntario capacitado y atento le devolverá la llamada o el mensaje de texto. Nuestros voluntarios escucharán, responderán preguntas, ofrecerán apoyo y lo conectarán con recursos locales según sea necesario.

Postpartum Support International | www.postpartum.net

APOYO A LA SALUD MENTAL DE LOS PADRES

¿Lo sabía?

- **Uno de cada diez** padres padece de depresión posparto paterna (Paternal Postpartum Depression, DPPP).
- Hasta un **16 %** de los padres sufren de un trastorno de ansiedad durante el periodo perinatal.



Ayudar a los padres a estar en su mejor momento (física y mentalmente) durante la primera infancia tiene un gran impacto en la salud de los niños.

Los estudios demuestran que LA PARTICIPACIÓN DEL PADRE CONDUCE A HIJOS QUE:

están más preparados para la escuela;



tienen un mejor vocabulario;

tienen mejores habilidades sociales;



son más capaces de regular sus emociones.

LA PARTICIPACIÓN DEL PADRE TAMBIÉN AYUDA A LA MADRE

- Aumenta la confianza de ambos padres.
- Ayuda a ambos padres a ser más receptivos con su bebé.
- Disminuye la posibilidad de padecer problemas de salud mental en madres y padres.



¿Cómo pueden los profesionales de la salud ayudar a los padres?

1. Evaluar para detectar la depresión paterna durante los controles del niño sano
2. Conectar a los padres con recursos e intervenciones

Recursos de proveedores para la implementación



**Línea de consultas
psiquiátricas de PSI:
1-800-944-4773
ext. 4**

Servicio de consultas psiquiátricas perinatales

Los médicos prescriptores pueden llamar a nuestra línea de consultas gratuita. Dentro de las 24 horas siguientes a la llamada se le comunicará con un psiquiatra perinatal experto que pueda proporcionarle asesoramiento sobre administración de diagnósticos, tratamientos y medicamentos para mujeres antes, durante y después del embarazo.

Postpartum Support International
Visite nuestro sitio web en Postpartum.net



	Tristeza posparto	Depresión perinatal	Ansiedad perinatal	Trastorno por estrés posttraumático (TEPT)	Trastorno obsesivo-compulsivo	Psicosis posparto
¿Qué es?	Experiencia común y temporal justo después del parto cuando una madre primeriza puede tener cambios de humor repentinos, sintiéndose muy feliz, luego muy triste o llorar sin motivo aparente.	Episodio depresivo que se produce durante el embarazo o en el año siguiente al parto.	Diversos trastornos de ansiedad, como ansiedad generalizada, pánico, ansiedad social y TEPT, experimentados durante el embarazo o el puerperio.	Síntomas de ansiedad angustiante experimentados después de sucesos traumáticos.	Pensamientos intrusivos recurrentes que asustan y no tienen sentido para la madre o futura madre. Puede incluir rituales (por ejemplo, contar, limpiar, lavarse las manos). Puede ocurrir con o sin depresión.	Muy poco frecuente y grave. Aparición repentina de síntomas psicóticos después del parto (mayor riesgo con el trastorno bipolar). Suele involucrar una percepción deficiente de la enfermedad o los síntomas, lo que la hace extremadamente peligrosa.
¿Cuándo comienza?	La primera semana después del parto. Alcanza su punto máximo entre 3 y 5 días después del parto y suele desaparecer entre 10 y 12 días después.	Ocurre con mayor frecuencia en los 3 primeros meses después del parto. También puede comenzar durante el embarazo, después de detestar al bebé o cuando vuelve el ciclo menstrual.	Inmediatamente después del parto hasta 6 semanas después del parto. También puede comenzar durante el embarazo, después de detestar al bebé o cuando vuelve el ciclo menstrual.	Puede estar presente antes del embarazo o el parto. Puede presentarse como resultado de un parto traumático. El TEPT subyacente también puede empeorar por un parto traumático.	De 1 semana a 3 meses después del parto. Ocasionalmente comienza después de detestar al bebé o cuando vuelve el ciclo menstrual. También puede ocurrir durante el embarazo.	Suele presentarse rápidamente después del nacimiento. Suele aparecer entre 2 y 12 semanas después del parto. Vigilar cuidadosamente si se priva de sueño durante 48 horas o más.
Factores de riesgo	Cambios en la vida, falta de apoyo o desafíos adicionales (por ejemplo, embarazo o parto difíciles, problemas de salud de la madre o el bebé, gemelos). Pérdida de embarazo previa. Bebé desregulado, llora, tiene problemas para comer o dormir.	Cambios en la vida, falta de apoyo o desafíos adicionales (por ejemplo, embarazo o parto difíciles, problemas de salud de la madre o el bebé, gemelos). Pérdida de embarazo previa. Bebé desregulado, llora, tiene problemas para comer o dormir.	Cambios en la vida, falta de apoyo o desafíos adicionales (por ejemplo, embarazo o parto difíciles, problemas de salud de la madre o el bebé, gemelos). Pérdida de embarazo previa. Bebé desregulado, llora, tiene problemas para comer o dormir.	Falta de apoyo de la pareja, síntomas elevados de depresión, más problemas físicos desde el nacimiento, menos conductas que promuevan la salud. Pérdida de embarazo previa. Bebé desregulado, llora, tiene problemas para comer o dormir.	Antecedentes familiares de TOC, otros trastornos de ansiedad. Síntomas de depresión. Pérdida de embarazo previa. Bebé desregulado, llora, tiene problemas para comer o dormir.	Trastorno bipolar, antecedentes psicóticos, antecedentes de psicosis posparto (el 80 % tendrá una recaída), antecedentes familiares de enfermedad psicótica, privación del sueño, interrupción del medicamento para el trastorno bipolar (especialmente cuando se hace rápidamente). Pérdida de embarazo previa. Bebé desregulado, llora, tiene problemas para comer o dormir.
¿Cuánto dura?	De unas horas a unas semanas.	De 2 semanas a un año o más. La aparición de los síntomas puede ser gradual.	De semanas a meses o más.	De 1 mes a más.	De semanas a meses o más.	Hasta que se trate.
¿Con qué frecuencia ocurre?	Ocurre hasta en el 85 % de las mujeres.	Ocurre hasta en el 19 % de las mujeres.	La ansiedad generalizada ocurre en el 6-8 % de mujeres en los primeros 6 meses después del parto. El trastorno de pánico ocurre en el 0,5-3 % de las mujeres entre 6 y 10 semanas después del parto. La ansiedad social ocurre en el 0,2-7 % de las mujeres al inicio del posparto.	Ocurre en el 2-15 % de las mujeres. Ocurre después del parto en el 2-9 % de las mujeres.	Puede ocurrir hasta en el 4 % de las mujeres.	Ocurre en 1, 2 o 3 de cada 1000 nacimientos.
¿Qué sucede?	Las mujeres experimentan un estado de ánimo distónico, llanto, labilidad emocional, ansiedad, insomnio, pérdida de apetito e irritabilidad. La depresión posparto es independiente de la tristeza posparto, pero esta última es un factor de riesgo de este tipo de depresión.	Cambios en el apetito, el sueño, la energía, la motivación y la concentración. Puede experimentar pensamientos negativos como culpa, desesperanza, impotencia y falta de valor. También puede experimentar pensamientos suicidas y evolución de síntomas psicóticos.	Miedo y ansiedad, ataques de pánico, dificultad para respirar, pulso acelerado, mareos, dolores de pecho o estómago, miedo al desapego o a la pérdida, miedo a volverse loco o a morir. Puede tener pensamientos intrusivos.	Cambios en la cognición, el estado de ánimo, la estimulación asociada a los sucesos traumáticos y la evasión de estímulos asociados a dichos sucesos.	Pensamientos perturbadores recurrentes (que pueden incluir lastimar al bebé), adaptación de conductas compulsivas para evitar que el bebé se lastime (secundario a pensamientos obsesivos sobre lastimar al bebé que asustan a la mujer).	Fluctuación del estado de ánimo, confusión, deterioro cognitivo marcado. Comportamiento extraño, insomnio, alucinaciones visuales y auditivas y alucinaciones inusuales (por ejemplo, táctiles y olfativas). Puede tener momentos de lucidez. Puede incluir delirios alucinados sobre infanticidio, homicidio o suicidio que necesitan abordarse de inmediato.
Recursos y tratamiento	Puede solucionarse de forma natural. Entre los recursos se incluyen los grupos de apoyo, la psicoeducación (consulte el sitio web y los materiales de MCPAP for Moms para obtener información detallada) y la higiene del sueño (pedir/acaparar otra ayuda durante la alimentación nocturna). Aborde la desregulación conductual del bebé (llanto, problemas para comer y dormir) en el contexto de complicaciones emocionales perinatales.	Para la depresión, la ansiedad, el TEPT y el TOC, las opciones de tratamiento incluyen terapia individual, terapia grupal para la madre y el bebé y medicamentos. Entre los recursos se incluyen grupos de apoyo, psicoeducación y terapias complementarias y alternativas, como el ejercicio y el yoga. Fomente el autocuidado, incluida una dieta sana y masajes. Fomente la participación en las asistencias sociales y comunitarias (incluidos los grupos de apoyo) (consulte el sitio web y los materiales de MCPAP for Moms para obtener recursos detallados). Fomente la higiene del sueño y pedir/aceptar ayuda de otras personas durante la alimentación nocturna. Aborde la desregulación conductual del bebé (llanto, problemas para comer y dormir) en el contexto de complicaciones emocionales perinatales. Otras opciones de terapias complementarias y alternativas para la depresión son la terapia lumínica, el omega-3, los ácidos grasos, la acupuntura y el folato.				Requiere ayuda psiquiátrica inmediata. Suele ser necesaria la hospitalización. Suele estar indicado el consumo de medicamentos. Si hay antecedentes de psicosis posparto, es necesario un tratamiento preventivo en embarazos posteriores. Fomente la higiene del sueño para la prevención (por ejemplo, horarios consistentes para irse a dormir y despertarse, ayuda con la alimentación por la noche).

¹ Adaptado de Susan Hickman, Ph.D., directora de la Postpartum Mood Disorder Clinic, San Diego; Valerie D. Raakin, M.D., profesora adjunta de Psiquiatría Clínica en la Universidad de Chicago, IL ("Parents", septiembre de 1996)

² O'Hara MW, Wisner KL. *Perinatal mental illness: Definition, description and etiology* [Enfermedad mental perinatal: definición, descripción y etiología]. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 7 de octubre del 2013. pii: S1521-6934(13)00133-8. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2013.09.002.

[Publicación electrónica previa a la impresión]

MCPAP for Moms: promoción de la salud mental materna durante y después del embarazo

10/06/2015

Recomendaciones sobre los guiones y el lenguaje

La capacitación puede ser útil para todo el personal que esté involucrado en la administración de las pruebas de detección de la depresión posparto y el seguimiento necesario. A continuación, encontrará guiones que podrían utilizarse. Estos son guiones que el personal y los proveedores pueden utilizar como guía para hablar sobre la salud mental perinatal.

Revíselos y adáptelos a las necesidades de las familias de la población clínica.

Cómo hablar sobre la depresión y la ansiedad en el periodo perinatal con las madres*:

- ¿Cómo se siente con su embarazo o con ser madre?
- ¿De qué cosas está más contenta?
- ¿De qué cosas está más preocupada?
- ¿Tiene alguna persona de confianza con quien pueda hablar?
- ¿Cómo está su pareja?
- ¿Puede disfrutar del bebé?

Haga preguntas abiertas

- “¿Cómo logra liberarse para acudir a las citas de terapia?”
- “Tengo curiosidad, ¿qué le impide hacer [xyz]?”

Utilice la escucha reflexiva

- “No está segura de si su terapeuta nuevo puede ayudarla”.

Refuerce las acciones, los cambios y las fortalezas

“Con todos los obstáculos que describió, es impresionante que haya podido acudir a sus citas de terapia. Realmente habla de su compromiso consigo misma y con ser la mejor madre que pueda”.

“Fue difícil, y aun así pudo llegar a la consulta de hoy. Eso no sucedió por arte de magia, tuvo que tomar medidas específicas y concretas para llegar a donde se encuentra ahora”.

Normalice las inquietudes

“Es normal sentirse preocupada por cómo afectará su vida recibir ayuda para tratar la depresión”.

“Teniendo en cuenta todo lo que está pasando, sería extraño que no se sintiera abrumada”.

Resume la conversación

“Por lo que ha descrito, parece que le preocupa su depresión porque afecta la relación con su bebé y con su pareja. También dijo que tiene que esforzarse mucho para acudir a las citas de terapia y que cuesta dinero llegar, lo que la hace dudar del proceso. ¿Entendí bien?”.

Pida permiso antes de ofrecer consejos o comentarios y realice un seguimiento

- “¿Le parece bien si hablamos de su depresión?”.
- “Tengo algunas ideas sobre estrategias para abordar esto, ¿le gustaría escucharlas?”.
- “¿Cómo se siente al escuchar estos comentarios?”.
- “¿Quiere hacerme alguna pregunta?”.

Evite decir “Entiendo”

Mejor diga “No puedo imaginarme por lo que está pasando” o “eso debe ser muy difícil”. A veces las pacientes solo necesitan validación, en vez de una solución.

Evite utilizar la palabra “pero” porque niega lo que se dijo anteriormente

Evite decir algo como “Está trabajando mucho, pero todavía se siente abrumada”. En su lugar, diga la palabra “y” para reconocer las dos verdades: “Está trabajando mucho y es importante que siga enfocándose en su salud mental y autocuidado. Ya ha progresado con solo estar aquí”.

Evite hablar de usted y de sus problemas o situaciones personales

No importa qué tan bienintencionadas o aparentemente apropiadas sean sus propias experiencias, las pacientes suelen percibir que no se las escucha.

Respuesta a distintos puntajes:

Respuesta ante una evaluación positiva:

“Partiendo de lo que me contó y de su puntaje, me preocupa que pueda estar pasando por un momento difícil o que esté deprimida. Puede ser difícil sentirse así cuando tiene un bebé o niño pequeño. Hay cosas que puede hacer para sentirse mejor. Hablemos de algunas ideas que podrían ayudarla”.

PROVEEDOR: Esta es una evaluación para la depresión. Me preocupa porque tiene un puntaje alto. ¿Se sintió decaída, deprimida o ansiosa últimamente?

PROVEEDOR: ¿Estaría dispuesta a pedir ayuda a una persona?

PROVEEDOR: ¿Tiene a una persona con quien se sienta cómoda para hablar, como su médico clínico, médico, partera o un terapeuta al que ya vea?

Sí: PROVEEDOR: ¿Podemos ayudarla a programar una cita?

No: PROVEEDOR: Hablemos de con quién le gustaría conversar. ¿Podemos ayudarla a encontrar un proveedor o ponerla en contacto con un terapeuta?

Plan de seguimiento:

Si la evaluación obtuvo un puntaje alto:

- Una llamada de seguimiento horas o días después de que el resultado inicial fuera alto.
- El personal de la clínica debe decidir quién será el miembro del personal que realice esta llamada y utilizarlo de manera sistemática.
- Debe realizarse una cita de seguimiento con el proveedor o terapeuta de la paciente en el plazo de una semana.

Llamada de seguimiento:

PROVEEDOR: Quería hablar con usted sobre la conversación que tuvimos la semana pasada. ¿Pudo comunicarse con su proveedor o terapeuta?

Sí: PROVEEDOR: ¿Cómo le fue?

Todo salió bien. PROVEEDOR: Me alegra escuchar eso, avísenos si necesita cualquier información adicional o una derivación.

No salió bien. PROVEEDOR: ¿Puedo ponerla en contacto con otro proveedor?

No: PROVEEDOR: ¿Qué le impidió comunicarse con la persona que recomendamos?

Intente resolver el problema con la paciente: si el tiempo de espera es prolongado, ofrezca una segunda derivación; si necesita cuidado de niños o transporte, ofrezca información adicional.

Respuesta a una evaluación positiva alta (20 o más):

“Partiendo de lo que me contó y de su puntaje, me preocupa que pueda estar deprimida. Lo que siente es real y no es su culpa. Puede ser muy difícil sentirse así cuando tiene un bebé o niño pequeño. Pedir ayuda es lo mejor que puede hacer para usted y su bebé. Existen muchas opciones de apoyo y tratamiento eficaces. Hablemos de algunas ideas que podrían ayudarla”.

Respuesta a una evaluación positiva y extremadamente alta, o cualquier respuesta que no sea “nunca” a la pregunta 10:

PROVEEDOR: Esta es una evaluación para la depresión. Según sus respuestas o nuestra conversación, me preocupa su bienestar. Creo que necesita ver a un profesional hoy mismo. Puedo ayudarle a organizar un encuentro ahora mismo.

PROVEEDOR: Hablemos sobre cómo será este proceso.

Hable de cómo la clínica maneja las crisis: guíe a la paciente a través del proceso, y haga que un miembro del personal la lleve físicamente a la sala de emergencias, O traiga a un proveedor de salud conductual O busque transporte para llevarla a la sala de emergencias.

Es muy importante que en la clínica haya un plan para el niño mientras la paciente recibe atención.

Si el lugar al que se traslada a la paciente no dispone de cuidado infantil: pregúntele si pueden llamar a alguna persona para que la acompañe y que también pueda cuidar al niño (madre, hermana, pareja). Ayude a la paciente a gestionar cualquier responsabilidad adicional (cuidado de niños, ancianos, etc.).

Si la paciente expresa que no quiere ver un profesional hoy:

PROVEEDOR: ¿Existe alguna razón por la que está dudando?

Escuche a la paciente, intente ayudarla a resolver los problemas relacionados con el motivo por el que no quiere ver a un profesional. Trate de NO confrontar, más bien trabaje de manera amable con ella para ayudarle a sentirse segura de utilizar recursos adicionales.

PROVEEDOR: ¿Puedo llamar a alguna persona para que esté con usted? (como la madre, la pareja, la hermana, una amiga, etc.).

Si una paciente se niega de manera rotunda a buscar atención adicional ese mismo día, haga todo lo posible para que alguna persona venga a verla.

Seguimiento de las evaluaciones positivas altas:

Realice una llamada de seguimiento a las personas con evaluaciones positivas altas en el plazo de días u horas. Lo mejor sería que la madre programara una cita en el plazo de una semana. Si una paciente se niega a recibir más atención, llámela en un plazo de 24 horas y continúe intentando hacer una llamada de seguimiento hasta que lo consiga.

PROVEEDOR: Quería hablar con usted sobre la derivación que recibió la semana pasada. ¿Pudo comunicarse con la derivación?

Sí: ¿Le fue bien?

Sí: Me alegra escuchar eso, avísenos si necesita cualquier información adicional o una derivación.

No: ¿Le gustaría recibir una derivación con otro proveedor?

No: ¿Qué le impidió comunicarse con la persona que recomendamos?

Intente resolver el problema con la paciente: si el tiempo de espera es prolongado, ofrezca una segunda derivación; si necesita cuidado de niños o transporte, ofrezca información adicional.

Todas las clínicas deben tener preparado un plan de respuesta en caso de crisis. Si la clínica no dispone de un recurso en caso de crisis en el momento de la emergencia, llame al 911.



Codificación de la depresión perinatal

Detección de la depresión

Si un médico presta el servicio obstétrico global (y notifica un código global), el pagador puede considerar la detección de la depresión como parte del servicio global y no reembolsar de manera adicional el servicio. Esto es especialmente cierto si el médico realiza una prueba de detección de depresión a todas las pacientes como parte de la rutina. Sin embargo, algunos pagadores pueden reembolsar este servicio. Los médicos deben consultar con los pagadores específicos.

Tratamiento para pacientes con signos y síntomas

Si la paciente presenta signos o síntomas de depresión (notificados con un código de diagnóstico adecuado), estos servicios se notifican por separado del servicio global y pueden reembolsarse.

Codificación de diagnósticos

Los códigos de trastornos mentales, conductuales y del neurodesarrollo se encuentran en el capítulo 5, *Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo*, bloque de códigos (F01-F99), de la CIE-10-CM. Tenga en cuenta que muchos pagadores solo reembolsarán a un psiquiatra o psicólogo los servicios relacionados con un diagnóstico del capítulo de trastornos mentales.

Los códigos de diagnóstico de la CIE-10-CM posibles son los siguientes:

- F05 Delirio debido a una afección fisiológica conocida
- F30 Episodio maníaco
- F34.1 Trastorno distímico
- F32.9 Trastorno depresivo grave, episodio único, sin especificar

Otros diagnósticos que pueden informarse se encuentran en los capítulos de signos y síntomas y sistema nervioso. Los síntomas, signos y resultados anómalos de laboratorio clínico, no clasificados en otra parte, bloque de códigos (R00-R99), se encuentran en el capítulo 18 de la CIE-10-CM. Los trastornos del sueño se encuentran en el capítulo 6, *Enfermedades del sistema nervioso*, bloque de códigos (G00-G99), subsección de códigos G40- 47: *Trastornos episódicos y paroxísticos*.

Los otros códigos de la CIE-10-CM posibles son los siguientes:

- G47.9 Trastorno del sueño, sin especificar
- R53.81 Otro malestar
- R53.83 Otra fatiga
- R45 Síntomas y signos relacionados con el estado emocional

Codificación de procedimientos

El código correcto de evaluación y de administración dependerá de si el encuentro fue para la detección o el tratamiento de la depresión.

Si el encuentro fue para realizar la detección de una paciente sin síntomas, informe un código de medicina preventiva. Estos códigos se seleccionan en función del tiempo dedicado al asesoramiento presencial con la paciente. El reembolso de estos códigos por parte del pagador puede variar. Los códigos de procedimiento posibles son los siguientes:

- 99401-99404 Medicina preventiva, asesoramiento individual
- 99411-99412 Medicina preventiva, asesoramiento grupal

Si el encuentro fue para el tratamiento de una paciente con un diagnóstico de depresión o síntomas documentados de depresión, informe un código de evaluación y administración en consultorio u otro centro para pacientes ambulatorios. Estos códigos enumeran un tiempo normal en las descripciones de los códigos. El tiempo dedicado a asesorar a la paciente de manera presencial debe documentarse en la historia clínica. En el registro se debe documentar que todo el encuentro o más del 50 % del tiempo total se dedicó a aconsejar a la paciente. Los códigos de procedimiento posibles son los siguientes:

- 99201-99205 Paciente nuevo, visita al consultorio u otro centro para pacientes ambulatorios
- 99211-99215 Paciente establecido, visita al consultorio u otro centro para pacientes ambulatorios

Recursos para situaciones de crisis



Evaluación del riesgo de suicidio

Informa que existen pensamientos de autolesión o una pregunta de autolesión positiva en la EPDS/PHQ-9 (cualquier respuesta que no sea “nunca”).

Pregunte sobre pensamientos de autolesión o de querer morir

Los pensamientos de muerte o de autolesión son frecuentes entre las mujeres con trastornos de salud mental perinatal. El siguiente enunciado puede ayudar a obtener información sobre estos pensamientos.

Presente la evaluación al paciente

“Muchas personas tienen pensamientos intrusivos o aterradores. Cuando las personas están tristes o deprimidas, a menudo tienen pensamientos sobre la muerte o el deseo de morir. Estos pensamientos pueden ser horribles. A veces pueden parecer tranquilizadores o como una vía de escape de una vida dura o de una situación que resulta demasiado difícil de soportar. Estamos aquí para ayudarle. Preguntamos por estos pensamientos porque son muy comunes”.

Para llegar a evaluar el riesgo de suicidio, pregunte lo siguiente:

1. “¿Se ha sentido triste o deprimida?”
2. “¿Le resulta difícil librarse de esos sentimientos tristes?”
3. “¿A veces desea no estar aquí, no existir?”
4. “¿Ha pensado en la forma de conseguirlo?”

Para evaluar el riesgo de suicidio, pregunte lo siguiente:

1. “En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha pensado en la muerte o en querer morir?”
2. “¿Ha pensado en formas en las que podría hacerse daño o intentar suicidarse?”
3. “¿Alguna vez ha intentado hacerse daño o ha intentado suicidarse en el pasado?”
4. “¿Qué le impide actuar ante pensamientos de muerte o de querer morir?”

Evaluar el riesgo

	RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO	RIESGO ALTO
Evaluación	<p>Pensamientos fugaces de muerte o de querer morir</p> <p>Sin intención actual*</p> <p>Sin plan actual**</p> <p>Sin antecedentes de intento de suicidio Orientada al futuro (planifica para el futuro)</p> <p>Factores de protección (por ejemplo, apoyo social, prohibición religiosa, otros niños, vivienda estable)</p> <p>Sin consumo de sustancias</p> <p>Pocos factores de riesgo (por ejemplo, enfermedades mentales o médicas, acceso a medios letales, antecedentes traumáticos, eventos estresantes)</p>	<p>Tiene pensamientos regulares sobre la muerte o sobre querer morir</p> <p>Tiene pensamientos sobre posibles planes, pero estos no están bien formulados o no son persistentes</p> <p>Antecedentes de intento de suicidio</p> <p>Tristeza y tensión persistentes, pérdida de interés, culpa persistente, dificultad para concentrarse, falta de apetito, disminución del sueño</p> <p>A veces siente desesperanza o impotencia</p> <p>Ligeramente orientada al futuro</p> <p>Factores de protección limitados (por ejemplo, apoyo social, prohibición religiosa, otros niños)</p> <p>+/- Consumo de sustancias</p> <p>Ansiedad/agitación/impulsividad</p> <p>Autocuidado deficiente</p> <p>Algunos factores de riesgo</p>	<p>Pensamientos persistentes sobre la muerte o sobre que no vale la pena vivir Intento actual*</p> <p>Plan actual bien formulado**</p> <p>Antecedentes de varios intentos de suicidio, alta mortalidad de los intentos previos Antecedentes de varias o recientes hospitalizaciones psiquiátricas</p> <p>Tristeza continua, temor incesante, culpa o remordimiento; no come, menos de 2-3 horas de sueño por noche, incapaz de hacer tareas, incapaz de sentir placer u otros sentimientos</p> <p>Desesperanza o impotencia todo o casi todo el tiempo</p> <p>No está orientada al futuro (no tiene planes para el futuro o no puede visualizarlo)</p> <p>Ausencia de factores de protección (por ejemplo, apoyo social, prohibición religiosa, otros niños, vivienda estable)</p> <p>Consumo de sustancias</p> <p>No recibe tratamiento para la salud mental</p> <p>Ansiedad/agitación</p> <p>Muchos factores de riesgo</p>

Dígale a la paciente lo siguiente: “He oído que se siente angustiada y abrumada. Tanto que tiene pensamientos sobre la muerte y sobre morir”.
(utilice el lenguaje de la paciente para describirlo)
“Cuando las personas están agobiadas, suelen sentirse así. Es común”.
“Me alegro de que me lo haya dicho. Estoy aquí para ayudarla. Hay muchas cosas que podemos hacer para ayudarla”.

Plan de intervención y documentación

	RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO	RIESGO ALTO
Tratamiento	<p>Trate la enfermedad subyacente.</p> <p>Aumente el tratamiento con medicamentos y la terapia.</p> <p>Supervise de cerca.</p>	<p>Trate la enfermedad subyacente.</p> <p>Aumente el tratamiento con medicamentos y la terapia. Analice las señales de alerta con la paciente y su familia.</p> <p>Analice cuándo y cómo pedir ayuda si se siente insegura.</p> <p>Establezca a la familia, los amigos y los profesionales con los que la paciente puede comunicarse durante una crisis.</p> <p>Establezca y lleve a cabo un plan de supervisión y seguimiento de cerca (en un plazo de 2 semanas).</p>	<p>No alarme a la paciente (reafirme su honestidad). No deje solos a la madre y al bebé ni permita que se marchen hasta que finalice la evaluación. Llame a otro miembro del personal.</p> <p>Si se considera que existe un riesgo inminente de que se produzca daños a sí misma o a otras personas, remita el caso a los servicios de emergencia [enlace personalizado].</p> <p>Trate la enfermedad subyacente.</p> <p>Aumente el tratamiento con medicamentos y la terapia. Analice las señales de alerta con la paciente y su familia.</p> <p>Analice cuándo y cómo pedir ayuda si se siente insegura.</p> <p>Comuníquese con familiares, amigos y profesionales y establezca cómo usted y la paciente pueden contactarse con ellos durante una crisis.</p> <p>Establezca un plan de supervisión y seguimiento de cerca.</p>

Ideaación: pregunte por la frecuencia, la intensidad y la duración (en las últimas 48 horas, en el último mes y en el peor episodio).

*** Intención:** pregunte hasta qué punto la paciente 1) espera llevar a cabo el plan y 2) cree que el plan o la acción es mortal o autolesivo. Explore la ambivalencia: razones para morir frente a razones para vivir.

**** Planificación:** pregunte sobre el momento, el lugar, la mortalidad, el acceso a medios mortales (por ejemplo, un arma), hacer preparativos (por ejemplo, acumular medicamentos, preparar un testamento, escribir una nota de suicidio).

Comportamientos: pregunte sobre intentos anteriores, intentos interrumpidos, ensayos (por ejemplo, atarse la soga, cargar la pistola) frente a acciones autolesivas no suicidas.



Evaluación del riesgo de lastimar al bebé

Pregunte sobre pensamientos no deseados o intrusivos

Los pensamientos no deseados o intrusivos, incluidos los de lastimar al bebé, son comunes (hasta un 70 %) entre las mujeres púerperas. La mayoría de las mujeres no actuarán con base en estos pensamientos porque suelen deberse a la ansiedad, la depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo, que es muy diferente a los pensamientos de lastimar al bebé que se deben a la psicosis o los delirios. El siguiente enunciado puede utilizarse para obtener información sobre si estos pensamientos están presentes y qué tan actuales y preocupantes son.

“Las personas suelen tener pensamientos intrusivos o que parecen surgir de la nada. Las mujeres a menudo tienen pensamientos acerca de que algo malo le ocurrirá a su bebé. Estos pensamientos pueden resultar horribles y, a veces, dar la sensación de ser una vía de escape de una situación demasiado difícil de soportar. Estamos aquí para ayudarle. Preguntamos por estos pensamientos porque son muy comunes”.

- ¿Ha tenido algún pensamiento no deseado?
- ¿Ha pensado en lastimar a su hijo, ya sea por accidente o a propósito?
- Si la paciente responde que sí a la pregunta anterior, continúe con lo siguiente:
 - ¿Con qué frecuencia los tiene?
 - ¿Hace cuánto que los tiene?
 - ¿Qué tanto le asustan?
 - ¿Qué tanto le preocupan?

Evaluar el riesgo

	RIESGO BAJO <i>(síntomas más compatibles con depresión, ansiedad o TOC)</i>	RIESGO MODERADO	RIESGO ALTO <i>(síntomas más compatibles con la psicosis)</i>
Evaluación	<p>Los pensamientos sobre lastimar al bebé dan miedo.</p> <p>Los pensamientos sobre lastimar al bebé provocan ansiedad o son perturbadores (egodistónico).</p> <p>La madre no quiere lastimar a su bebé y siente que sería algo malo.</p> <p>La madre tiene muy en claro que no lastimaría a su bebé.</p>	<p>Los pensamientos sobre lastimar al bebé dan un poco de miedo.</p> <p>Los pensamientos sobre lastimar al bebé provocan menos ansiedad.</p> <p>La madre no está segura de si los pensamientos se basan en la realidad o de si lastimar a su bebé sería algo malo.</p> <p>La madre tiene menos en claro que no lastimaría a su bebé.</p>	<p>Los pensamientos sobre lastimar al bebé son reconfortantes (egosintónico).</p> <p>Siente que actuar según sus pensamientos ayudará al bebé o a la sociedad (por ejemplo, piensa que el bebé es malo y que el mundo estará mejor sin él).</p> <p>Falta de percepción (incapacidad para determinar si los pensamientos se basan en la realidad).</p> <p>Tiene alucinaciones auditivas o visuales.</p> <p>Tiene creencias extrañas que no se basan en la realidad.</p>



Considere el mejor tratamiento

	RIESGO BAJO	RIESGO MODERADO	RIESGO ALTO
Tratamiento	<p>Proporcione tranquilidad y educación.</p> <p>Trate la enfermedad subyacente.</p> <p>Analice las señales de alerta con la paciente y su familia.</p> <p>Analice cuándo y cómo pedir ayuda si se siente insegura.</p>	<p>Trate la enfermedad subyacente.</p> <p>Analice las señales de alerta con la paciente y su familia.</p> <p>Analice cuándo y cómo pedir ayuda si se siente insegura.</p> <p>Establezca a la familia, los amigos y los profesionales con los que la paciente puede comunicarse durante una crisis.</p> <p>Establezca y lleve a cabo un plan de supervisión y seguimiento de cerca.</p>	<p>En caso de una emergencia real, remita a los servicios de emergencia [enlace personalizado], según sea necesario.</p> <p>No alarme a la paciente (reafirme su honestidad) y no deje solos a la madre y al bebé mientras se busca ayuda.</p> <p>Trate la enfermedad subyacente.</p> <p>Analice las señales de alerta con la paciente y su familia.</p> <p>Analice cuándo y cómo pedir ayuda si se siente insegura.</p> <p>Establezca a la familia, los amigos y los profesionales con los que la paciente puede comunicarse durante una crisis.</p> <p>Establezca y lleve a cabo un plan de supervisión y seguimiento de cerca.</p>

Escala de Columbia para la evaluación del riesgo de suicidio

DEFINICIONES E INDICACIONES SOBRE IDEACIÓN SUICIDA	El mes pasado	
	SÍ	NO
Haga las preguntas en negrita y subrayadas.		
Haga las preguntas 1 y 2		
1) <u>¿Ha deseado morirse o dormirse y no despertar?</u>		
2) <u>¿Ha pensado realmente en suicidarse?</u>		
Si la respuesta a la pregunta 2 es SÍ, haga las preguntas 3, 4, 5 y 6. Si la respuesta a la pregunta 2 es NO, haga directamente la pregunta 6.		
3) <u>¿Ha pensado en cómo podría hacerlo?</u> Por ejemplo: "Pensé en causarme una sobredosis, pero nunca elaboré un plan específico sobre cuándo, dónde o cómo lo haría... y nunca lo llevaría a cabo".		
4) <u>¿Ha tenido estos pensamientos y alguna intención de actuar en consecuencia?</u> A diferencia de "Tengo los pensamientos, pero definitivamente no haré nada al respecto".		
5) <u>¿Ha empezado a elaborar los detalles de cómo suicidarse o ya los ha elaborado? ¿Tiene intención de llevar a cabo este plan?</u>		

6) <u>¿Alguna vez ha hecho algo, ha empezado a hacer algo o se ha preparado para hacer algo que acabe con su vida?</u>	SÍ	NO
	Ejemplos: recolectó pastillas; consiguió un arma; regaló objetos de valor; escribió un testamento o una nota de suicidio; sacó pastillas, pero no se tragó ninguna; tomó un arma, pero cambió de opinión o se la quitaron de las manos; subió al tejado, pero no saltó; o realmente tomó pastillas, intentó dispararse, se cortó, intentó ahorcarse, etc.	
Si la respuesta es SÍ, pregunte lo siguiente: <u>¿Esto ha ocurrido en los últimos tres meses?</u>		

- Riesgo bajo
- Riesgo moderado
- Riesgo alto

Para consultas e información de capacitación, comuníquese con Kelly Posner, Ph.D.
New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, Nueva York, Nueva York, 10032;
posnerk@nyspi.columbia.edu

Instrumentos complementarios de detección



Perinatal Mental Health Discussion Tool

As many as 1 in 7 moms (1 in 10 dads) experience symptoms of depression and anxiety during the postpartum period. People of every age, income level, race and culture can develop Perinatal Mood Disorders (PMDs) during pregnancy and within the first year after delivery. This tool can help track your symptoms and discuss them with your medical provider. Being your own advocate is okay and you deserve to be well.

I have been experiencing the following symptoms: (please mark all that apply)

- Feeling depressed or void of feeling
- Feelings of hopelessness
- Lack of interest in the baby
- Trouble concentrating
- Brain feels foggy
- Feeling anxious or panicky
- Feeling angry or irritable
- Dizziness or heart palpitations
- Not able to sleep when baby sleeps
- Extreme worries or fears
(including the health and safety of the baby)
- Flashbacks regarding the pregnancy or delivery
- Avoiding things related to the delivery
- Scary and unwanted thoughts
- Feeling an urge to repeat certain behaviors to reduce anxiety
- Needing very little sleep while still functioning
- Feeling more energetic than usual
- Seeing images or hearing sounds that others cannot see/hear
- Thoughts of harming yourself or the baby

Risk Factors

Below are several proven risk factors associated with postpartum depression (PPD) and postpartum anxiety (PPA). Knowing these risk factors ahead of time can help you communicate more effectively with your family and medical provider and put a strong self-care plan in place.

Please mark all risk factors that apply:

- History of depression or anxiety
- History of bipolar disorder
- History of psychosis
- History of diabetes or thyroid issues
- History of PMS
- History of sexual trauma or abuse
- Family history of mental illness
- Traumatic pregnancy or delivery
- Pregnancy or infant loss
- Birth of Multiples
- Baby in the NICU
- Relationship issues
- Financial struggles
- Single mother
- Teen mother
- No or little social support
- Away from home country
- Challenges with breastfeeding

RESOURCES

www.postpartum.net

- **PSI Helpline:** For local resources please call or text "HELP" 800.944.4773. We can provide information, encouragement, and names of resources near you.
- **FREE Online Weekly Support Groups:** Led by a trained facilitator. For days and times please visit: <http://www.postpartum.net/get-help/psi-online-support-meetings/>
- **FREE Psychiatric Consult Line:** Your medical provider can call 877.499.4773 and speak with a reproductive psychiatrist to learn about medications commonly used in the perinatal time period. For more detailed information please visit: <http://www.postpartum.net/professionals/perinatal-psychiatric-consult-line/>

** This is not a diagnostic tool and should not take the place of an actual diagnosis by a licensed professional. **

Guía de diálogo de la salud mental perinatal

Hasta 1 de cada 7 madres (1 de cada 10 padres) experimenta síntomas de depresión y ansiedad durante el período posparto. Las personas de todas las edades, niveles de ingresos, raza y cultura pueden desarrollar Trastornos del Estado de Ánimo Perinatal (PMD) durante el embarazo y dentro del primer año después del parto. Esta herramienta puede ayudar a rastrear tus síntomas y platicarlos con tu proveedor médico. Ser defensora de ti misma está bien y te mereces todo lo mejor.

He estado experimentando los siguientes síntomas: (marque todo lo que corresponda)

- | | |
|--|---|
| <input type="radio"/> Sentimientos de desesperanza | <input type="radio"/> Recuerdos con respecto al embarazo o al parto |
| <input type="radio"/> Falta de interés en el bebé | <input type="radio"/> Evitar cosas relacionadas con el parto |
| <input type="radio"/> Problemas para concentrarse | <input type="radio"/> Pensamientos aterradores y no deseados |
| <input type="radio"/> Tu mente se siente muy confundida | <input type="radio"/> Sentir la necesidad de repetir ciertos comportamientos para reducir la ansiedad |
| <input type="radio"/> Sentirse ansioso o asustado | <input type="radio"/> Durmiendo muy poco sueño para seguir funcionando |
| <input type="radio"/> Sentirse enojado o irritable | <input type="radio"/> Sentirse más enérgico de lo habitual |
| <input type="radio"/> Mareos o palpitaciones cardíacas | <input type="radio"/> Ver imágenes o escuchar sonidos que otros no puede ver/oír |
| <input type="radio"/> No poder dormir cuando el bebé duerme | <input type="radio"/> Pensamientos de hacerse daño a ti mismo o al bebé |
| <input type="radio"/> Preocupaciones o temores extremos (incluyendo la salud y seguridad del bebé) | |

Factores de riesgo

A continuación, se presentan varios factores de riesgo comprobados que están asociados con la depresión posparto (PPD) y la ansiedad posparto (PPA). Aprender sobre estos factores de riesgo con anticipación puede ayudarte a comunicar eficazmente con tu familia y con tu proveedor médico tus síntomas y así crear un plan de bienestar emocional.

Marca todos los factores de riesgo que se apliquen:

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Antecedentes de depresión o ansiedad | <input type="radio"/> Nacimiento de bebés múltiples |
| <input type="radio"/> Antecedentes de trastorno bipolar | <input type="radio"/> Bebé en la incubadora (NICU) |
| <input type="radio"/> Antecedentes de psicosis | <input type="radio"/> Problemas en tus relaciones |
| <input type="radio"/> Antecedentes de diabetes o problemas de tiroides | <input type="radio"/> Problemas financieros |
| <input type="radio"/> Antecedentes de problemas premenstruales | <input type="radio"/> Madre soltera |
| <input type="radio"/> Antecedentes de abuso o trauma sexual | <input type="radio"/> Madre adolescente |
| <input type="radio"/> Antecedentes familiares de enfermedades de salud mental | <input type="radio"/> Nada o muy poco apoyo social |
| <input type="radio"/> Embarazo o parto traumático | <input type="radio"/> Lejos de tu país natal |
| <input type="radio"/> Pérdida durante el embarazo o del bebé | <input type="radio"/> Desafíos con la lactancia materna |

RECURSOS

www.postpartum.net

- **Línea de ayuda de PSI:** Para conocer los recursos locales, llama al 800.944.4773 o envíenos un mensaje de texto al 971.203.7773. Podemos proporcionar información, acompañarte y tratar de conectarte con recursos cercanos a ti.
- **GRATIS:** Grupo de apoyo perinatal semanal por Zoom. Guiados por una facilitadora capacitada. Para más información y registración, por favor visita: <https://bit.ly/3iJggMZ>
- **GRATIS:** Línea de consulta psiquiátrica Tu proveedor médico puede llamar al 800.944.4773 x 4 y hablar con un psiquiatra para consultar y aprender sobre los medicamentos que son seguros para tomar durante el embarazo y la lactancia. www.postpartum.net/professionals/perinatal-psychiatric-consult-line

** Esta no es una herramienta de diagnóstico y no debe tomar el lugar de un diagnóstico real por un profesional con licencia. **

Escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS)

Fecha: _____ Nombre/número de la clínica: _____

Su edad: _____ Semanas de embarazo o edad del bebé: _____

Dado que está embarazada o tuvo un bebé recientemente, queremos saber cómo se siente. Coloque con un **MARCA DE VERIFICACIÓN (✓)** en el espacio en blanco junto a la respuesta que se aproxime más a cómo se sintió **EN LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS**, no solo a cómo se siente hoy. Complete los 10 enunciados y obtenga su puntaje sumando cada número que aparece entre paréntesis (n.º) al lado de la respuesta que marcó. Se trata de una prueba de detección, no es un diagnóstico médico. Si algo no le parece correcto, llame a su proveedor de atención médica independientemente del puntaje.

A continuación, encontrará un ejemplo completado.

Me sentí contenta: _____ (0)
 Sí, todo el tiempo (1)
 Sí, la mayoría de las veces _____ (2)
 No, no muy seguido _____ (3)
 No, para nada _____ (3)

Eso significaría: "Estuve contenta la mayoría del tiempo" en la última semana. Complete las otras preguntas de la misma manera.

1. Pude reír y ver el lado divertido de las cosas:
 Pude tanto como siempre _____ (0)
 Ahora no tanto _____ (1)
 Definitivamente no tanto _____ (2)
 Para nada _____ (3)
2. Esperé las situaciones con alegría:
 Tanto como siempre _____ (0)
 Menos que antes _____ (1)
 Definitivamente menos que antes _____ (2)
 Casi nada _____ (3)
3. Me culpé de manera innecesaria cuando algo salió mal:
 Sí, la mayoría de las veces _____ (3)
 Sí, algunas veces _____ (2)
 No muy seguido _____ (1)
 No, nunca _____ (0)
4. Estuve ansiosa o preocupada sin una buena razón:
 No, para nada _____ (0)
 Casi nunca _____ (1)
 Sí, a veces _____ (2)
 Sí, muy seguido _____ (3)
5. Sentí miedo o pánico sin motivo alguno:
 Sí, bastante _____ (3)
 Sí, a veces _____ (2)
 No, no tanto _____ (1)
 No, para nada _____ (0)
6. Las situaciones me están afectando:
 Sí, la mayoría de las veces no pude lidiar con ellas _____ (3)
 Sí, a veces no pude afrontarlas tan bien como siempre _____ (2)
 No, la mayoría de las veces pude afrontarlas bastante bien _____ (1)
 No, pude afrontarlas tan bien como siempre _____ (0)

7. Estuve tan triste que tuve dificultad para dormir:
 Sí, la mayoría de las veces _____ (3)
 Sí, a veces _____ (2)
 No, no muy seguido _____ (1)
 No, para nada _____ (0)
8. Me sentí triste o deprimida:
 Sí, la mayoría de las veces _____ (3)
 Sí, bastante seguido _____ (2)
 No muy seguido _____ (1)
 No, para nada _____ (0)
9. Me sentí tan triste que estuve llorando:
 Sí, la mayoría de las veces _____ (3)
 Sí, bastante seguido _____ (2)
 Solo en algunas ocasiones _____ (1)
 No, nunca _____ (0)
10. Pensé en la idea de hacerme daño: *
 Sí, bastante seguido _____ (3)
 A veces _____ (2)
 Casi nunca _____ (1)
 Nunca _____ (0)

EL PUNTAJE TOTAL AQUÍ ►

*** Si obtuvo un puntaje de 1, 2 o 3 en la pregunta 10, LLAME A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (ginecólogo/obstetra, médico de familia o enfermera partera) O VAYA A LA SALA DE URGENCIAS AHORA** para garantizar su propia seguridad y la de su bebé.

Si obtuvo un puntaje total de 11 o más, es posible que tenga depresión posparto (*postpartum depression*, PPD) o ansiedad. **LLAME A SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA (ginecólogo/obstetra, médico de familia o enfermera partera) ahora** para mantener su propia seguridad y la de su bebé.

Si obtuvo un puntaje total de 9 o 10, le recomendamos que **repita esta prueba en una semana o llame a su proveedor de atención médica (ginecólogo/obstetra, médico de familia o enfermera partera)**.

Si obtuvo un puntaje total de 1 a 8, las madres primerizas suelen tener cambios de humor que las hacen llorar o enojarse con facilidad. Sus sentimientos pueden ser normales. Sin embargo, si empeoran o persisten por más de una o dos semanas, llame a su proveedor de atención médica (ginecólogo/obstetra, médico de familia o enfermera partera). Ser madre puede ser una experiencia nueva y estresante. Realice lo siguiente para cuidarse:

- Duerma: tome un descanso cuando el bebé duerma.
- Pida ayuda a amigos o familiares.
- Beba mucho líquido.
- Siga una buena alimentación.
- Haga ejercicio, aunque sea salir a caminar.

A pesar del puntaje, si tiene inquietudes sobre la depresión o la ansiedad, comuníquese con su proveedor de atención médica.

Tenga en cuenta: La escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) es una herramienta de detección que no diagnostica la depresión posparto (PPD) ni la ansiedad.

Obtenga más información en el dorso. ►

Puntaje de la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) e información adicional

ACERCA DE LA EPDS

En los estudios se demuestra que la depresión posparto (PPD) afecta al menos al 10 % de las mujeres y que muchas madres deprimidas no reciben el tratamiento adecuado. Estas madres podrían ocuparse de su bebé y de las tareas domésticas, pero se ve muy afectada la manera en que disfrutan de la vida y es posible que haya efectos a largo plazo en la familia.

La escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) se desarrolló para ayudar a los profesionales de atención médica a detectar a las madres que padecen PPD; un trastorno de angustia más prolongado que la “tristeza posparto” (que puede aparecer en la primera semana después del parto).

La escala consta de 10 afirmaciones breves. La madre marca una de las cuatro respuestas posibles que más se acerque a cómo se sintió durante la última semana. La mayoría de las madres completan con facilidad la escala en menos de cinco minutos.

Las respuestas se puntúan con 0, 1, 2 y 3 según la gravedad del síntoma. Los enunciados 3 y de 5 a 10 se puntúan a la inversa (es decir, 3, 2, 1 y 0). El puntaje total se obtiene sumando los puntajes de cada uno de los 10 enunciados.

Es probable que las madres con puntajes superiores a 12 o 13 sufran depresión y deban buscar atención médica. Un profesional de atención médica debe realizar una evaluación clínica minuciosa para confirmar el diagnóstico y establecer un plan de tratamiento. La escala indica cómo se sintió la madre durante la semana anterior y puede ser útil repetirla después de dos semanas.

INSTRUCCIONES PARA LOS USUARIOS

1. La madre marca la respuesta que más se aproxime a cómo se sintió durante los siete días anteriores.
2. Deben completarse los 10 enunciados.
3. Se debe tener cuidado para evitar la posibilidad de que la madre comente las respuestas con otras personas.
4. La madre debe cumplimentar la escala sin ayuda, a menos que tenga conocimientos limitados de inglés o dificultad para leer.
5. La escala puede usarse entre seis y ocho semanas después del parto o durante el embarazo.

Tenga en cuenta: Los usuarios pueden reproducir esta escala sin autorización siempre que respeten los derechos de autor (que siguen perteneciendo al *British Journal of Psychiatry*), citen los nombres de los autores e incluyan el título y la fuente del artículo en todas las copias reproducidas. Cox, J.L., Holden, J.M. and Sagovsky, R. (1987). *Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Detección de la depresión posparto: desarrollo de la escala de depresión posparto de Edimburgo de 10 enunciados). *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786.

Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). *Detection of postnatal depression: Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale* (Detección de la depresión posparto: desarrollo de la escala de depresión posparto de Edimburgo de 10 enunciados). *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. La versión en español se desarrolló en la Universidad de Iowa a partir de versiones en español anteriores del instrumento. Para obtener más información, comuníquese con Michael W. O'Hara, Departamento de Psicología, Universidad de Iowa, Iowa City, IA 52245, correo electrónico: mikeohara@uiowa.edu.

Escala Edinburgh para la Depresión Postnatal (Spanish Version)

Nombre de participante: _____ Número de identificación de participante: _____

Fecha: _____

Como usted está embarazada o hace poco que tuvo un bebé, nos gustaría saber como se siente actualmente. Por favor MARQUE (✓) la respuesta que más se acerca a como se ha sentido durante LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS y no sólo como se ha sentido hoy.

A continuación se muestra un ejemplo completado:

Me he sentido feliz:	
Sí, todo el tiempo	___ 0
Sí, la mayor parte del tiempo	___ 1 ✓
No, no muy a menudo	___ 2
No, en absoluto	___ 3

Esto significa: "Me he sentido feliz la mayor parte del tiempo" durante la última semana. Por favor complete las otras preguntas de la misma manera.

- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------------------------------------|-------|----------------|-------|-----------------------------|-------|-----------------|-------|--------------------|-------|------------------------------------|-------|---|-------|---------------------|-------|------------------|-------|-------------------|-------|-----------------|-------|-----------|-------|-----------------|-------|-----------|-------|-------------|-------|------------------|-------|--------------|-------|-------------|-------|--------------|-------|-----------------|-------|---|---|-------|--|-------|--|-------|---|-------|------------------|-------|-------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|------------------|-------|-----------------------|-------|-----------------|-------|-----------------|-------|------------------|-------|-----------------------|-------|----------------|-------|-----------|-------|-----------------------|-------|---------|-------|------------|-------|-----------|-------|
| <p>1. He podido reír y ver el lado bueno de las cosas:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Tanto como siempre he podido hacerlo</td> <td style="text-align: right;">___ 0</td> </tr> <tr> <td>No tanto ahora</td> <td style="text-align: right;">___ 1</td> </tr> <tr> <td>Sin duda, mucho menos ahora</td> <td style="text-align: right;">___ 2</td> </tr> <tr> <td>No, en absoluto</td> <td style="text-align: right;">___ 3</td> </tr> </table> <p>2. He mirado al futuro con placer para hacer cosas:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Tanto como siempre</td> <td style="text-align: right;">___ 0</td> </tr> <tr> <td>Algo menos de lo que solía hacerlo</td> <td style="text-align: right;">___ 1</td> </tr> <tr> <td>Definitivamente menos de lo que solía hacerlo</td> <td style="text-align: right;">___ 2</td> </tr> <tr> <td>Prácticamente nunca</td> <td style="text-align: right;">___ 3</td> </tr> </table> <p>3. Me he culpado sin necesidad cuando las cosas marchaban mal:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Sí, casi siempre</td> <td style="text-align: right;">___ 3</td> </tr> <tr> <td>Sí, algunas veces</td> <td style="text-align: right;">___ 2</td> </tr> <tr> <td>No muy a menudo</td> <td style="text-align: right;">___ 1</td> </tr> <tr> <td>No, nunca</td> <td style="text-align: right;">___ 0</td> </tr> </table> <p>4. He estado ansiosa y preocupada sin motivo alguno:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>No, en absoluto</td> <td style="text-align: right;">___ 0</td> </tr> <tr> <td>Casi nada</td> <td style="text-align: right;">___ 1</td> </tr> <tr> <td>Sí, a veces</td> <td style="text-align: right;">___ 2</td> </tr> <tr> <td>Sí, muy a menudo</td> <td style="text-align: right;">___ 3</td> </tr> </table> <p>5. He sentido miedo o pánico sin motivo alguno:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Sí, bastante</td> <td style="text-align: right;">___ 3</td> </tr> <tr> <td>Sí, a veces</td> <td style="text-align: right;">___ 2</td> </tr> <tr> <td>No, no mucho</td> <td style="text-align: right;">___ 1</td> </tr> <tr> <td>No, en absoluto</td> <td style="text-align: right;">___ 0</td> </tr> </table> | Tanto como siempre he podido hacerlo | ___ 0 | No tanto ahora | ___ 1 | Sin duda, mucho menos ahora | ___ 2 | No, en absoluto | ___ 3 | Tanto como siempre | ___ 0 | Algo menos de lo que solía hacerlo | ___ 1 | Definitivamente menos de lo que solía hacerlo | ___ 2 | Prácticamente nunca | ___ 3 | Sí, casi siempre | ___ 3 | Sí, algunas veces | ___ 2 | No muy a menudo | ___ 1 | No, nunca | ___ 0 | No, en absoluto | ___ 0 | Casi nada | ___ 1 | Sí, a veces | ___ 2 | Sí, muy a menudo | ___ 3 | Sí, bastante | ___ 3 | Sí, a veces | ___ 2 | No, no mucho | ___ 1 | No, en absoluto | ___ 0 | <p>6. Las cosas me oprimen o agobian:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas</td> <td style="text-align: right;">___ 3</td> </tr> <tr> <td>Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera</td> <td style="text-align: right;">___ 2</td> </tr> <tr> <td>No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien</td> <td style="text-align: right;">___ 1</td> </tr> <tr> <td>No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre</td> <td style="text-align: right;">___ 0</td> </tr> </table> <p>7. Me he sentido tan infeliz, que he tenido dificultad para dormir:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Sí, casi siempre</td> <td style="text-align: right;">___ 3</td> </tr> <tr> <td>Sí, a veces</td> <td style="text-align: right;">___ 2</td> </tr> <tr> <td>No muy a menudo</td> <td style="text-align: right;">___ 1</td> </tr> <tr> <td>No, en absoluto</td> <td style="text-align: right;">___ 0</td> </tr> </table> <p>8. Me he sentido triste y desgraciada:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Sí, casi siempre</td> <td style="text-align: right;">___ 3</td> </tr> <tr> <td>Sí, bastante a menudo</td> <td style="text-align: right;">___ 2</td> </tr> <tr> <td>No muy a menudo</td> <td style="text-align: right;">___ 1</td> </tr> <tr> <td>No, en absoluto</td> <td style="text-align: right;">___ 0</td> </tr> </table> <p>9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Sí, casi siempre</td> <td style="text-align: right;">___ 3</td> </tr> <tr> <td>Sí, bastante a menudo</td> <td style="text-align: right;">___ 2</td> </tr> <tr> <td>Ocasionalmente</td> <td style="text-align: right;">___ 1</td> </tr> <tr> <td>No, nunca</td> <td style="text-align: right;">___ 0</td> </tr> </table> <p>10. He pensado en hacerme daño:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>Sí, bastante a menudo</td> <td style="text-align: right;">___ 3</td> </tr> <tr> <td>A veces</td> <td style="text-align: right;">___ 2</td> </tr> <tr> <td>Casi nunca</td> <td style="text-align: right;">___ 1</td> </tr> <tr> <td>No, nunca</td> <td style="text-align: right;">___ 0</td> </tr> </table> | Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas | ___ 3 | Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera | ___ 2 | No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien | ___ 1 | No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre | ___ 0 | Sí, casi siempre | ___ 3 | Sí, a veces | ___ 2 | No muy a menudo | ___ 1 | No, en absoluto | ___ 0 | Sí, casi siempre | ___ 3 | Sí, bastante a menudo | ___ 2 | No muy a menudo | ___ 1 | No, en absoluto | ___ 0 | Sí, casi siempre | ___ 3 | Sí, bastante a menudo | ___ 2 | Ocasionalmente | ___ 1 | No, nunca | ___ 0 | Sí, bastante a menudo | ___ 3 | A veces | ___ 2 | Casi nunca | ___ 1 | No, nunca | ___ 0 |
| Tanto como siempre he podido hacerlo | ___ 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No tanto ahora | ___ 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sin duda, mucho menos ahora | ___ 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No, en absoluto | ___ 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tanto como siempre | ___ 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Algo menos de lo que solía hacerlo | ___ 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Definitivamente menos de lo que solía hacerlo | ___ 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Prácticamente nunca | ___ 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, casi siempre | ___ 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, algunas veces | ___ 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No muy a menudo | ___ 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No, nunca | ___ 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No, en absoluto | ___ 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Casi nada | ___ 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, a veces | ___ 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, muy a menudo | ___ 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, bastante | ___ 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, a veces | ___ 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No, no mucho | ___ 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No, en absoluto | ___ 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, la mayor parte del tiempo no he podido sobrellevarlas | ___ 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, a veces no he podido sobrellevarlas de la manera | ___ 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No, la mayoría de las veces he podido sobrellevarlas bastante bien | ___ 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No, he podido sobrellevarlas tan bien como lo hecho siempre | ___ 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, casi siempre | ___ 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, a veces | ___ 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No muy a menudo | ___ 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No, en absoluto | ___ 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, casi siempre | ___ 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, bastante a menudo | ___ 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No muy a menudo | ___ 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No, en absoluto | ___ 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, casi siempre | ___ 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, bastante a menudo | ___ 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ocasionalmente | ___ 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No, nunca | ___ 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sí, bastante a menudo | ___ 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A veces | ___ 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Casi nunca | ___ 1 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| No, nunca | ___ 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Puntaje de la escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) e Información adicional

ACERCA DE LA EPDS

Las categorías de respuestas se puntúan con 0, 1, 2 y 3 en función de la gravedad del síntoma. Los enunciados 3 y de 5 a 10 se puntúan a la inversa (es decir, 3, 2, 1 y 0). El puntaje total se calcula sumando los puntajes de cada uno de los diez enunciados. Los usuarios pueden reproducir la escala sin autorización siempre que respeten los derechos de autor (que siguen perteneciendo al *British Journal of Psychiatry*), citen los nombres de los autores e incluyan el título y la fuente del artículo en todas las copias reproducidas.

La escala de depresión posparto de Edimburgo (EPDS) se desarrolló para ayudar a los profesionales de atención primaria a detectar a las madres que padecen depresión posparto (PPD); un trastorno de angustia más prolongado que la "tristeza posparto" (que puede aparecer en la primera semana después del parto), pero menos grave que la psicosis puerperal.

En estudios anteriores se demostró que la PPD afecta al menos al 10 % de las mujeres y que muchas madres deprimidas no reciben tratamiento. Estas madres pueden ocuparse de su bebé y de las tareas domésticas, pero se ve muy afectada la manera en que disfrutan de la vida y es posible que haya efectos a largo plazo en la familia.

La EPDS se desarrolló en centros de salud de Livingston y Edimburgo. Consta de 10 afirmaciones breves. La madre subraya cuál de las cuatro respuestas posibles se acerca más a cómo se sintió durante la semana anterior. La mayoría de las madres completan la

escala sin problemas en menos de cinco minutos. problemas en menos de cinco minutos.

En el estudio de validación se demostró que las madres que tienen un puntaje por encima del umbral 12 o 13 tenían probabilidades de padecer una enfermedad depresiva de gravedad variable. Sin embargo, el puntaje de la EPDS no debe prevalecer sobre el juicio clínico. Debe realizarse una evaluación clínica minuciosa para confirmar el diagnóstico. La escala indica cómo se sintió la madre durante la semana anterior y, en los casos dudosos, puede ser útil repetirla después de dos semanas. En la escala no se detectarán madres con neurosis de ansiedad, fobias ni trastornos de la personalidad.

INSTRUCCIONES PARA LOS USUARIOS

1. Se le solicita a la madre que subraye la respuesta que más se aproxime a cómo se sintió durante los siete días anteriores.
2. Deben completarse los 10 enunciados.
3. Se debe tener cuidado para evitar la posibilidad de que la madre comente las respuestas con otras personas.
4. La madre debe cumplimentar la escala sin ayuda, a menos que tenga conocimientos limitados de inglés o dificultades para leer.
5. La EPDS puede utilizarse a las seis u ocho semanas para evaluar a las mujeres después del parto o durante el embarazo. La clínica de salud infantil, el control posparto o una visita a domicilio pueden ofrecer oportunidades adecuadas para su cumplimentación.

Escala de detección de ansiedad perinatal (PASS)

PRENATAL
Semanas de embarazo ()

POSNATAL
Edad del bebé ()

FECHA: _____

DURANTE EL MES PASADO, ¿con qué frecuencia experimentó las siguientes situaciones? Marque la respuesta que mejor describa su experiencia para cada pregunta.

	Para nada	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Preocupación por el bebé o el embarazo	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
2. Miedo de que el bebé esté en peligro	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
3. Sensación de temor de que ocurra algo malo	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
4. Preocupación por muchas cosas	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
5. Preocupación por el futuro	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
6. Sensación de agobio	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
7. Miedo muy fuerte a cosas como las agujas, la sangre, el nacimiento, el dolor, etc.	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
8. Ataques repentinos de miedo o malestar extremos	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
9. Pensamientos recurrentes que son difíciles de detener o controlar	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
10. Dificultad para dormir, incluso cuando tengo la oportunidad de hacerlo	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
11. Necesidad de hacer las tareas de una manera o en un orden determinados	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
12. Deseo de que todo sea perfecto	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
12. Necesidad de tener todo bajo control	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
14. Dificultad para dejar de revisar o hacer tareas una y otra vez	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
15. Sensación de nerviosismo o de que se sobresalta con facilidad	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
16. Preocupación por pensamientos recurrentes	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
17. Necesidad de estar "alerta" o de tener cuidado con todo	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
18. Malestar por recuerdos, sueños o pesadillas recurrentes	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
	Para nada	A veces	Con frecuencia	Casi siempre

Continúa en el reverso

19. Preocupación por quedar en ridículo frente a otras personas	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
20. Miedo de que otras personas me juzguen de forma negativa	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
21. Sentimiento fuerte de intranquilidad en multitudes	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
22. Necesidad de evadir actividades sociales porque podría ponerme nerviosa	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
23. Necesidad de evadir situaciones que me preocupan	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
24. Sensación de enajenación, como si se estuviera viendo a sí misma en una película	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
25. Pérdida de la noción del tiempo e incapacidad de recordar qué pasó	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
26. Dificultad para adaptarse a cambios recientes	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
27. Incapacidad de hacer tareas debido a la ansiedad	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
28. Dificultad para concentrarse debido a pensamientos acelerados	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
29. Miedo a perder el control	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
30. Sensación de pánico	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
31. Sensación de agitación	0 <input type="radio"/>	1 <input type="radio"/>	2 <input type="radio"/>	3 <input type="radio"/>
	Para nada	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
Puntaje general				

Referencia:

Somerville, S.; Dedman, K.; Hagan, R.; Oxnam, E.; Wethinger, M.; Byrne, S.; Coo, S.; Doherty, D.; Page, A. C. (2014).

The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation (La escala de detección de ansiedad perinatal: desarrollo y validación preliminar). *Archivos de salud mental para mujeres*, DOI: 10.1007/s00737-014-0425-8

Departamento de Salud, Estado de Australia Occidental (2013).

Los derechos de autor de este material creado por el Departamento de Salud de Australia Occidental pertenecen al Estado de Australia Occidental, en virtud de las disposiciones de la Ley de Derechos de Autor de 1968 (Mancomunidad de Australia). Además de cualquier trato justo para uso personal, académico, de investigación o no comercial, no se puede reproducir ninguna parte sin el permiso por escrito del Departamento de Medicina Psicológica, el Servicio de Salud para Mujeres y Recién Nacidos y el Departamento de Salud de WA. Nombre a los autores y al Departamento de Salud de WA cuando reproduzca o cite el material de esta fuente.

La Escala de detección de ansiedad perinatal (PASS): pautas de administración, calificación e interpretación

Somerville, S.; Dedman, K.; Hagan, R.; Oxnam, E.; Wettinger, M.; Byrne, S.; Coe, S.; Doherty, D.; Page, A.C. (2014). *The Perinatal Anxiety Screening Scale: development and preliminary validation* (La escala de detección de ansiedad perinatal: desarrollo y validación preliminar). *Archivos de salud mental para mujeres*, DOI: 10.1007/s00737-014-0425-8

Descripción de la escala

La PASS es un instrumento válido y confiable de autoevaluación que consta de 31 enunciados y está diseñado para detectar la ansiedad problemática en mujeres en etapa prenatal o posparto. Se utiliza para diferenciar entre alto y bajo riesgo de presentar un trastorno de ansiedad midiendo cuatro dominios que abordan síntomas específicos de ansiedad tal y como se presentan en las mujeres en la etapa perinatal. Estos dominios forman subescalas, entre las que se incluyen las siguientes: 1) Preocupación excesiva y miedos específicos, 2) Perfeccionismo, control y trauma, 3) Ansiedad social y 4) Ansiedad aguda y adaptación. La PASS fue validada para mujeres en la etapa perinatal (es decir, embarazadas o que parieron hace menos de 1 año) que son angloparlantes, alfabetas y tienen 18 años o más. El tiempo promedio que lleva completar la PASS es de 6 minutos.

Administración y calificación

Los investigadores y médicos en diversos entornos pueden utilizar la PASS para detectar la ansiedad perinatal problemática. Las encuestadas autoevalúan los cuatro conjuntos de síntomas de ansiedad, que indican la frecuencia de los síntomas durante el mes anterior. Los enunciados incluyen una escala del 0 (“para nada”) al 3 (“casi siempre”). Calificación de ejemplo:

	Para nada	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
1. Preocupación por el bebé o el embarazo	0	1	2	3

Puntaje total

Para obtener un puntaje total, debe sumar todos los enunciados de la PASS. Se recomienda un **puntaje límite de 26** para diferenciar entre un riesgo alto o bajo de presentar un trastorno de ansiedad.

Rangos de gravedad recomendados:

Gravedad de la ansiedad	Rango de puntajes
Sin síntomas	0-20
Síntomas leves o moderados	21-41
Síntomas graves	42-93

Subescalas

En los enunciados de la subescala, se describen los conjuntos de síntomas que son característicos de diferentes trastornos de ansiedad. Si se obtienen puntajes altos en los enunciados, existe el riesgo de padecer tipos de presentaciones de trastornos de ansiedad, como se muestra en la tabla a continuación.

La PASS **no** es una escala de diagnóstico. Sin embargo, para fines clínicos, puede ser útil tener una indicación de la naturaleza de los síntomas de ansiedad que se están experimentando.

Además, las respuestas al **enunciado 7** deben considerarse de forma individual, ya que este enunciado es un **indicador clínico de fobia**.

Cuestionario sobre trastornos del estado de ánimo (MDQ para la bipolaridad)

Nombre: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Marque (✓) la respuesta que más se adapte a su caso.

Responda cada pregunta lo mejor que pueda.

	Sí	No
1. ¿Hubo alguna vez un periodo en el que no se sentía como es habitualmente y...		
...se sentía tan bien o tan hiperactivo que los demás pensaban que no se comportaba como lo hace habitualmente o era tal la hiperactividad que se metió en problemas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...sentía tal irritación que le gritaba a las personas o provocaba peleas o discusiones?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...sentía mucha más confianza que lo normal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...durmió menos de lo habitual y sintió que no lo necesitaba?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...hablaba más o más rápido que de costumbre?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tenía pensamientos acelerados o no podía calmar su mente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...se distraía tan fácilmente con el entorno a su alrededor que tenía dificultad para concentrarse o mantener el rumbo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...tenía mucha más energía que lo normal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...estaba mucho más activo o hizo muchas más actividades que lo normal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...se sentía mucho más sociable o extrovertido que lo normal (por ejemplo, llamaba a sus amigos en mitad de la noche)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...sentía mucho más interés por el sexo que lo normal?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...hacía cosas poco comunes para usted o que los demás podrían haber considerado excesivas, absurdas o arriesgadas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
...su gasto de dinero lo metió a usted o a su familia en problemas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Si marcó la respuesta SÍ para más de una de las preguntas anteriores, ¿han ocurrido varias de estas situaciones en el mismo periodo? <i>Solo marque 1 respuesta.</i>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. ¿Cuántos problemas le causaron estas situaciones? Por ejemplo, ser capaz de trabajar, tener problemas familiares, económicos o legales, empezar discusiones o peleas. <i>Solo marque 1 respuesta.</i> <input type="radio"/> Ningún problema <input type="radio"/> Problemas leves <input type="radio"/> Problemas moderados <input type="radio"/> Problemas graves		
4. ¿Alguno de sus familiares consanguíneos (es decir, hijos, hermanos, padres, abuelos, tías, tíos) tenía una enfermedad maniaco-depresiva o trastorno bipolar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. ¿Algún profesional de la salud le dijo que tiene una enfermedad maniaco-depresiva o trastorno bipolar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Este cuestionario debe usarse como punto de partida. No es un reemplazo de una evaluación médica completa. El trastorno bipolar es una enfermedad compleja y **solo se puede hacer un diagnóstico preciso y detallado mediante una evaluación personal del médico.**

Adaptado de Hirschfeld, R.; Williams, J.; Spitzer, R.L.; et al. *Development and validation of a screening instrument for bipolar spectrum disorder: the Mood Disorder Questionnaire* (Desarrollo y validación de un instrumento de detección para el trastorno del espectro bipolar: Cuestionario sobre trastornos del estado de ánimo). *Am J Psychiatry*. 2000;157:1873-1875.

Este instrumento está diseñado únicamente para fines de detección y no se debe usar como una herramienta de diagnóstico.

Cómo usarlo

El cuestionario se completa en menos de 5 minutos. Los pacientes solo deben marcar las casillas Sí o No para responder a las preguntas. La última pregunta corresponde al nivel de deficiencia funcional del paciente. Luego, el médico, la enfermera o el asistente del personal médico califica el cuestionario completado.

Cómo realizar la calificación

Será necesaria una evaluación médica adicional para el trastorno bipolar si el paciente:

- responde *Sí* a 7 o más de las situaciones de la pregunta n.º 1;

Y

- responde *Sí* a la pregunta n.º 2;

Y

- responde *Problemas moderados* o *Problemas graves* a la pregunta n.º 3.

Detección de TEPT de atención primaria (PC-PTSD)

A lo largo de su vida, ¿alguna vez tuvo una experiencia tan aterradora, horrible o perturbadora que, en el último mes, usted:

1.	ha tenido pesadillas sobre la situación o pensaba en ella cuando no quería hacerlo?	Sí	No
2.	se esforzó por no pensar en ella o hizo todo lo posible por evitar situaciones que le recordaran la experiencia?	Sí	No
3.	estuvo constantemente alerta, atento o se sobresaltaba con facilidad?	Sí	No
4.	se sintió insensible o enajenado de otras personas, actividades o su alrededor?	Sí	No

Detección de TEPT de atención primaria (PC-PTSD)

Calificación e interpretación:

En las investigaciones actuales, se sugiere que los resultados de la PC-PTSD deben considerarse como “positivos” si un paciente responde “sí” a tres enunciados. Luego, aquellas personas que fueron calificadas como positivas deben evaluarse con una entrevista estructurada para el trastorno por estrés postraumático (TEPT). La detección no incluye una lista de eventos potencialmente traumáticos.

Referencias:

- Prins, A.; Ouimette, P.; Kimerling, R.; Cameron, R. P.; Hugelshofer, D. S.; Shaw-Hegwer, J.; Thrailkill, A.; Gusman, F.D.; Sheikh, J. I. (2003). (PDF) *The primary care PTSD screen (PC-PTSD): development and operating characteristics* (La prueba de TEPT de atención primaria [PC-PTSD]: desarrollo y características de funcionamiento). *Primary Care Psychiatry*, 9, 9-14
- Prins, A.; Ouimette, P.; Kimerling, R.; Cameron, R. P.; Hugelshofer, D. S.; Shaw-Hegwer, J.; Thrailkill, A.; Gusman, F.D.; Sheikh, J. I. (2004). *The primary care PTSD screen (PC-PTSD): Corrigendum* (La prueba de TEPT de atención primaria [PC-PTSD]: corrección). *Primary Care Psychiatry*, 9, 151
- Centro Nacional para el TEPT del Departamento de Asuntos de los Veteranos de los Estados Unidos. Disponible en: <http://www.ptsd.va.gov> Consultado el 15 de marzo del 2012.

Lista de verificación para el TEPT (versión más extensa, PCL-C)

A continuación, se presenta una lista de problemas y quejas que, en ocasiones, las personas pueden tener en respuesta a situaciones estresantes de la vida. Lea cada una con atención y elija la respuesta que indique qué tanto le molestó ese problema *en el último mes*.

N.º	Respuesta	Para nada (1)	Un poco (2)	Moderadamente (3)	Bastante (4)	Demasiado (5)
1.	<i>Recuerdos, pensamientos o imágenes recurrentes y perturbadores de una situación estresante del pasado.</i>					
2.	<i>Sueños recurrentes y perturbadores de una situación estresante del pasado.</i>					
3.	<i>Comportarse o sentir repentinamente como si una situación estresante está sucediendo otra vez (como si la estuviese volviendo a vivir).</i>					
4.	Sentirse <i>muy molesto</i> cuando <i>algo le recordó</i> una situación estresante del pasado.					
5.	Tener <i>reacciones físicas</i> (por ejemplo, taquicardia, dificultad para respirar o sudoración) cuando <i>algo le recordó</i> una situación estresante del pasado.					
6.	Evitar <i>pensar o hablar sobre</i> una situación estresante del pasado o evitar <i>tener sentimientos</i> relacionados con ella.					
7.	Evitar <i>actividades o situaciones</i> porque le <i>recuerdan</i> a una situación estresante del pasado.					
8.	Problemas para <i>recordar partes importantes</i> de una situación estresante del pasado.					
9.	Pérdida de <i>interés en actividades que solía disfrutar</i> .					
10.	Sentirse <i>distante o aislado</i> de otras personas.					
11.	Sentirse <i>emocionalmente insensible</i> o sentir que no puede tener sentimientos afectivos hacia quienes lo rodean.					
12.	Sentir como si su <i>futuro será interrumpido</i> de alguna manera.					
13.	Dificultad para <i>dormirse o mantenerse dormido</i> .					
14.	Sentirse <i>irritable</i> o tener <i>ataques</i> de ira.					
15.	Tener <i>dificultad para concentrarse</i> .					
16.	Estar <i>“muy alerta”</i> o atento.					
17.	Sensación de <i>nerviosismo</i> o de que se sobresalta con facilidad.					

PCL-M para DSM-IV (1/11/94) Weathers, Litz, Huska y Keane; Centro Nacional para el TEPT, División de Ciencia Conductual

¿Cómo se califica la PCL?

1) Sume los puntajes de las respuestas de cada uno de los 17 enunciados para obtener una calificación total de gravedad (rango = 17-85)

17-29: este límite indica poca o ninguna gravedad.

28-29: algunos síntomas de TEPT. Si acude a un terapeuta o lo hará en el futuro, imprima los resultados de este cuestionario y muéstreselos para que realice una evaluación adicional.

30-44: gravedad moderada a moderadamente alta de los síntomas de TEPT. Si acude a un terapeuta o lo hará en el futuro, imprima los resultados de este cuestionario y muéstreselos para que realice una evaluación adicional.

45-85: gravedad alta de los síntomas de TEPT. Si acude a un terapeuta o lo hará en el futuro, imprima los resultados de este cuestionario y muéstreselos para que realice una evaluación adicional.

Detección del consumo de sustancias y recursos

El embarazo es un momento oportuno para evaluar a las mujeres y ponerlas en contacto con los recursos, ya que aumenta la motivación para cambiar los hábitos por el futuro bienestar de su hijo. Las estimaciones de comorbilidad psiquiátrica perinatal y de consumo de sustancias oscilan entre el 57 % y el 91 %, y los diagnósticos más frecuentes son depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (15, 16). Por este motivo, es fundamental evaluar, como mínimo, a las personas con puntajes positivos en los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad en el periodo perinatal para detectar el riesgo de consumo de sustancias. La derivación y el seguimiento están garantizados para cualquier puntaje positivo en cualquiera de las pruebas que se indican a continuación (el NASToolkit o el NIDA).

Es importante animar a una mujer que puede mostrarse poco dispuesta a admitir el consumo de sustancias o a aceptar ayuda. Asegúrele que, si se inscribe antes en los servicios de apoyo, aumentará la probabilidad de dar a luz a un bebé sano que pueda permanecer seguro en el hogar.

Para obtener más recursos sobre el consumo de sustancias y opiáceos, visite NASToolkit.org para consultar el kit de herramientas para la exposición a sustancias de la madre y el bebé.

Para buscar ayuda con el consumo de sustancias y la recuperación durante el embarazo y el posparto en Utah, visite <https://mihp.utah.gov/opioids> o comuníquese con la Clínica para la dependencia de consumo de sustancias en el embarazo y recuperación de la adicción (*Substance Use in Pregnancy Recovery Addiction Dependence*, SUPeRAD): 801-581-8425

En la siguiente página, si la paciente indica "Sí" al consumo de drogas ilegales o recetadas por motivos no médicos, continúe con la ASSIST modificada por el NIDA que se encuentra aquí: <https://nida.nih.gov/sites/default/files/pdf/nmassist.pdf>.

Detección rápida del NIDA V1.0¹

Nombre: Sexo () F () M Edad.....

Encargado de la entrevista..... Fecha/...../.....

Introducción (léasela al paciente)

Hola, me llamo ____, es un placer conocerle. Si le parece bien, me gustaría hacerle algunas preguntas que me ayudarán a proporcionarle una mejor atención médica. Las preguntas se relacionan con su experiencia con el alcohol, los cigarrillos y otras drogas. Algunas de las sustancias sobre las que hablaremos son recetadas por un médico (como los analgésicos). Sin embargo, solo las registraré si las tomó por motivos o en dosis que no sean los recetados. También le preguntaré por el consumo de drogas ilícitas o ilegales, pero solo para proporcionarle un mejor diagnóstico y tratamiento.

Instrucciones: para cada sustancia, marque la columna adecuada. Por ejemplo, si el paciente ha consumido cocaína mensualmente en el último año, marque la columna “Mensualmente” en la fila “Drogas ilegales”.

Pregunta de <i>Detección rápida</i> del NIDA:					
En el último año, ¿con qué frecuencia consumió lo siguiente?	Nunca	Una o dos veces	Mensual	Semanalmente	Todos los días o casi todos los días
Alcohol					
<ul style="list-style-type: none"> • Para hombres, 5 o más bebidas por día • Para mujeres, 4 o más bebidas por día 					
Productos derivados del tabaco					
Medicamentos recetados por motivos no médicos					
Drogas ilegales					

- Si el paciente responde “**NO**” para todas las drogas que se mencionan en la Detección rápida, reafirme la abstinencia. **La detección finalizó.**
- Si el paciente responde “**SÍ**” a **uno o más días de consumo excesivo de alcohol**, *el paciente es un alcohólico en riesgo*. Consulte el sitio web del Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y Alcoholismo (NIAAA) “*How to Help Patients Who Drink Too Much: A Clinical Approach*” (Cómo ayudar a los pacientes que beben demasiado: un enfoque clínico) http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm, para obtener información sobre cómo **evaluar, aconsejar, asistir y ofrecer** ayuda a alcohólicos en riesgo o pacientes con trastornos por consumo de alcohol.
- Si el paciente responde “**SÍ**” al **consumo de tabaco**: *cualquier* consumo actual de tabaco supone un riesgo para el paciente. Aconseje a *todos los consumidores de tabaco que lo dejen*. Para obtener más información sobre el abandono del tabaco, consulte “*Helping Smokers Quit: A Guide for Clinicians*” (Ayudar a los fumadores a dejar el tabaco: guía para médicos) <http://www.ahrq.gov/clinic/tobacco/clnhlpsmksqt.htm>.
- Si el paciente responde “**SÍ**” a **consumo de drogas ilegales o medicamentos recetados por motivos no médicos**, continúe con la **Pregunta 1** de la ASSIST modificada por el NIDA.

¹ Esta guía está diseñada para ayudar a los médicos que atienden a pacientes adultos en la detección del consumo de drogas. La Detección rápida del NIDA fue adaptada de la evaluación de una pregunta para el consumo de drogas en la atención primaria por Saitz et al. (disponible en <http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/170/13/1155>) y la pregunta de detección del Instituto Nacional sobre el Abuso del Alcohol y Alcoholismo sobre los días de consumo excesivo de alcohol (disponible en http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/Practitioner/CliniciansGuide2005/clinicians_guide.htm). La ASSIST modificada por el NIDA fue adaptada de la Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Versión 3.0, desarrollada y publicada por la OMS (disponible en http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_v3_english.pdf).

Tratamiento con medicamentos y lactancia

A muchas madres se les aconseja de manera inadecuada que no amamanten o que eviten tomar medicamentos esenciales por temor a generar efectos adversos en los bebés. Este consejo no suele estar basado en la evidencia y no es necesario en muchos casos (AAP, 2013).

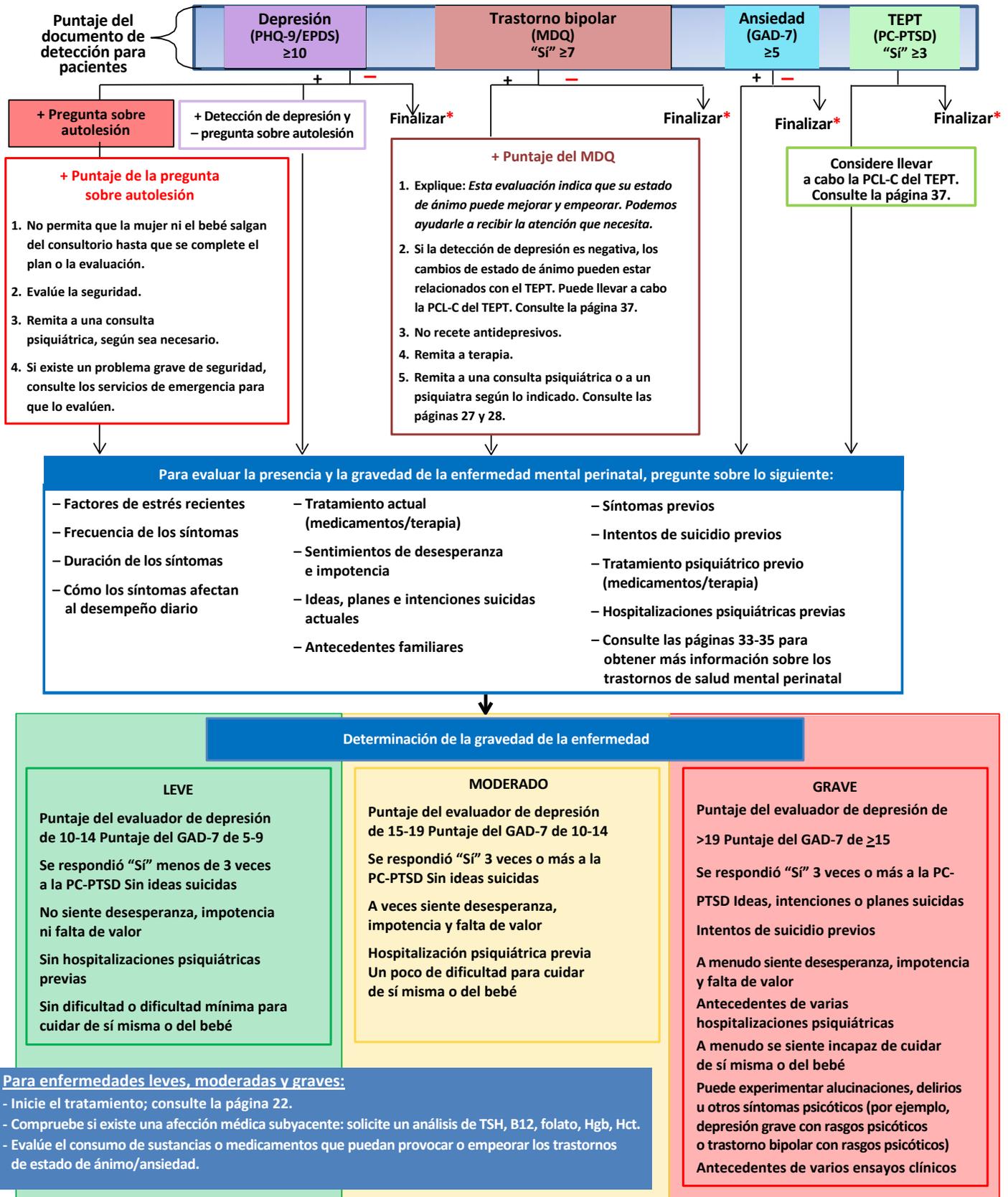
Consideraciones:

- La AAP recomienda la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida.
 - » Beneficios: mejora la inmunidad, fomenta del vínculo entre la madre y el bebé y brinda mejores resultados en el neurodesarrollo.
 - » Los beneficios de la lactancia superan el riesgo de exposición a la mayoría de los agentes terapéuticos a través de la leche humana.
- Se encuentran cantidades muy bajas de antidepresivos en la leche materna.
 - » Los beneficios del tratamiento, por lo general, superan el pequeño riesgo de transmisión en la leche materna.
- En general, la mayoría de los antidepresivos se consideran seguros debido a los niveles bajos o indetectables en el suero de los bebés.
- ¿Cuál es el objetivo de lactancia de la madre? ¿Interfieren sus síntomas en la consecución de ese objetivo?
 - » Las mujeres que padecen PPD y ansiedad tienen más probabilidades de dejar de amamantar debido a sus síntomas.
- El objetivo es encontrar una solución que beneficie tanto a la madre como al bebé con el menor riesgo para cada uno.
- Si la mujer toma un antidepresivo eficaz durante el embarazo, debe seguir tomándolo durante el puerperio y la lactancia, a menos que se contraindique.
- Deben analizarse con la madre todos los riesgos y los beneficios de continuar o iniciar un tratamiento con medicamentos, incluido el riesgo de suspender el tratamiento.
- Utilice las referencias apropiadas para obtener información sobre la compatibilidad del medicamento con el embarazo y la lactancia.

Llame a Mother to Baby Utah al (801) 328-2229 si tiene alguna pregunta sobre la seguridad de los medicamentos durante el embarazo y la lactancia. MotherToBaby Utah ofrece información gratuita, confidencial y precisa para cualquier persona embarazada, en periodo de lactancia o que esté pensando en quedar embarazada o tener un bebé y para los proveedores de atención médica. También puede llamar a la línea de consultas psiquiátricas de Postpartum Support International al (877) 499-4773.

Adaptado para Utah Women and Newborns Quality Collaborative. Fuente: Nebraska Perinatal Quality Improvement Collaborative www.npqic.org

Evaluación de la salud mental perinatal



* Si todas las evaluaciones son negativas, infórmele a la paciente y diga: "Si algo cambia, háganoslo saber. Estamos aquí para ayudarla".

Continúe con el otro lado →

EPDS: Escala de depresión posparto de Edimburgo; GAD: Trastorno de ansiedad generalizada; MDQ: Cuestionario sobre trastornos del estado de ánimo; PHQ: Cuestionario sobre la salud del paciente; TEPT: Trastorno por estrés posttraumático; PC-PTSD: Trastorno por estrés posttraumático de atención primaria; PCL-C: Lista de verificación para el TEPT, civil

Copyright © 2019 Escuela de Medicina de la Universidad de Massachusetts, todos los derechos reservados. Revisión 24/06/20. Kit de herramientas para la salud mental perinatal de Lifeline4Moms. Financiación proporcionada por los CDC, número de concesión U01DP006093. Autores: Byatt, N.; Mittal, L.; Brenckle, L.; Logan, D.; Masters, G.; Bergman, A.; Moore Simas, T.

Considere las opciones de tratamiento en función del mayor nivel de gravedad de la enfermedad
 Si la gravedad de los síntomas se superpone, las decisiones clínicas deben basarse en la evaluación, teniendo muy en cuenta las opciones de tratamiento de nivel superior.

LEVE	MODERADO	GRAVE
Derivación a terapia Considere un tratamiento con medicamentos	Derivación a terapia Considere seriamente un tratamiento con medicamentos Si la depresión aparece al final del embarazo o entre 1 y 3 meses después del parto, considere utilizar brexanolona posparto (infusión intravenosa de alogregnanolona durante 60 horas en un entorno hospitalario). Consulte la página 23.	Derivación a terapia Tratamiento con medicamentos Si la depresión aparece al final del embarazo o entre 1 y 3 meses después del parto, considere utilizar brexanolona posparto (infusión intravenosa de alogregnanolona durante 60 horas en un entorno hospitalario). Consulte la página 23. Remita a una consulta/derivación psiquiátrica

- Utilice la lista de recursos internos para derivar al paciente a terapia.
- Llame a Postpartum Support International (PSI) al 1-800-944-4773 ext. 4 para consultas psiquiátricas.
- Llame a un Programa de acceso psiquiátrico perinatal, si hay uno disponible en su estado.
- Si los síntomas son leves y la paciente es capaz de continuar, pida a las pacientes que llamen a su empresa de seguros médicos o a Postpartum Support International (PSI) al 1-800-944-4773 para obtener recursos, o pídale que busquen en línea en <https://directorypsychapters.com>

Opciones de terapia y asistencia

- Todas las mujeres que fueron calificadas como positivas, sin importar la gravedad de la enfermedad, deben ser remitidas a terapia o se les debe aconsejar que continúen con ella.
- Comente y fomente siempre las opciones de prevención y asistencia (por ejemplo, asistencias y grupos sociales y entre pares, higiene del sueño, autocuidado y ejercicio). Consulte la página 30.

Cómo educar a las pacientes sobre el tratamiento con antidepresivos

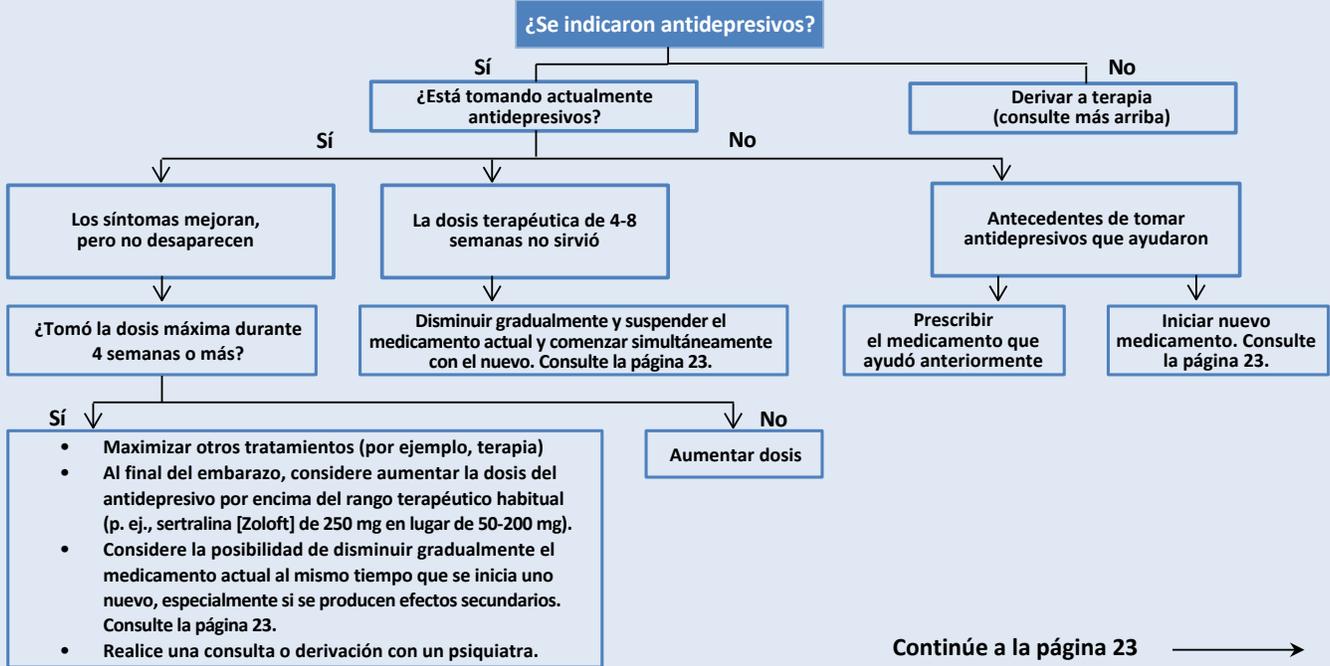
Consumo de antidepresivos durante el embarazo:

- No parece estar relacionado con complicaciones en el parto.
- Se ha relacionado con un riesgo pequeño, pero inconsistente, de defectos congénitos cuando se toma en el primer trimestre, en particular la paroxetina.
- Se ha relacionado con síntomas neonatales transitorios (de días a semanas) (taquipnea, irritabilidad, insomnio).
- Las pruebas sobre los efectos neuroconductuales a largo plazo (de meses a años) en los niños son poco consistentes y, en general, tranquilizadoras.

Tratamiento insuficiente o ausencia de tratamiento de los trastornos de salud mental perinatal:

- Se ha relacionado con complicaciones en el parto.
- Puede aumentar el riesgo o la gravedad de la depresión posparto.
- Puede dificultar que las madres cuiden de sí mismas y de sus bebés.
- Puede aumentar el riesgo de enfermedad mental en los hijos.
- Se ha relacionado con posibles efectos neuroconductuales a largo plazo en niños.

Tratamiento con medicamentos (cuando se indique)



Continúe a la página 23 →

Pharmacological Treatment Options for Depression, Anxiety, and PTSD

- Elija un antidepresivo que haya funcionado antes. Si la paciente no tiene experiencia con antidepresivos, elija un antidepresivo según la siguiente tabla, teniendo en cuenta las preferencias de la paciente. Los antidepresivos son similares en eficacia y perfil de efectos secundarios.
- Al final del embarazo, puede ser necesario aumentar la dosis por encima del rango terapéutico habitual (por ejemplo, sertralina [Zoloft] de 250 mg en lugar de 50-200 mg).
- Si una paciente presenta un trastorno preexistente del estado de ánimo o de ansiedad y tiene buenos resultados con un antidepresivo, no lo cambie durante el embarazo o la lactancia. Si la paciente no tiene buenos resultados, consulte la página 24.
- La evidencia no respalda la disminución gradual de los antidepresivos en el tercer trimestre.
- Minimice la exposición tanto a la enfermedad como al medicamento.
 - Una enfermedad no tratada o tratada de forma inadecuada es una exposición.
 - Utilice las dosis efectivas más bajas.
 - Minimice el cambio de medicamentos.
 - Se prefiere la monoterapia, siempre que sea posible.

Consulte la página 22 para obtener información sobre cómo educar a las pacientes sobre el tratamiento con antidepresivos.

Opciones de tratamiento de primera línea para la depresión, la ansiedad y el TEPT leves, moderados o graves

Medicamento	sertralina* (Zoloft)	fluoxetina (Prozac)	citalopram** (Celexa)	escitalopram** (Lexapro)
Dosis inicial	25 mg	10 mg	10 mg	5 mg
Cómo incrementar ↑	↑ a 50 mg después de 4 días, ↑ a 100 mg después de 7 días; luego, reevaluar mensualmente y ↑ en 50 mg hasta que los síntomas remitan	↑ a 20 mg después de 4 días; luego, reevaluar mensualmente y ↑ en 10 mg hasta que los síntomas remitan	↑ a 20 mg después de 4 días; luego, reevaluar mensualmente y ↑ en 10 mg hasta que los síntomas remitan	↑ a 10 mg después de 4 días; luego, reevaluar mensualmente y ↑ desde 10 mg hasta 20 mg hasta que los síntomas remitan
Rango terapéutico***	50-200 mg	20-60 mg	20-40 mg	10-20 mg

* Menor grado de paso a la leche materna en comparación con otros antidepresivos de primera línea
 ** Los efectos secundarios incluyen la prolongación de QTC (ver a continuación)
 *** May need higher dose in 3rd trimester
 En general, si un antidepresivo ha ayudado durante el embarazo es mejor continuarlo durante la lactancia.
 Prescriba un máximo de dos (2) antidepresivos al mismo tiempo.

Medicamento	duloxetina (Cymbalta)	venlafaxina (Effexor XR)	fluvoxamina (Luvox)	paroxetina (Paxil)	mirtazapina (Remeron)	bupropión HCL (Wellbutrin XL)
Dosis inicial	20 mg	37,5 mg	25 mg	10 mg	7,5 mg	75 mg
Cómo incrementar ↑	↑ a 30 mg después de 4 días; luego, reevaluar mensualmente y ↑ en 30 mg hasta que los síntomas remitan	↑ a 75 mg después de 4 días; luego, reevaluar mensualmente y ↑ en 75 mg hasta que los síntomas remitan	↑ a 50 mg después de 4 días; luego, ↑ a 100 mg después de 7 días; luego, reevaluar mensualmente y ↑ en 50 mg hasta que los síntomas remitan	↑ a 20 mg después de 4 días; luego, reevaluar mensualmente y ↑ en 10 mg hasta que los síntomas remitan	↑ a 15 mg después de 4 días; luego, reevaluar mensualmente y ↑ en 15 mg hasta que los síntomas remitan	↑ a 150 mg después de 4 días; luego, reevaluar mensualmente y ↑ en 75 mg hasta que los síntomas remitan
Rango terapéutico***	30-120 mg	75-300 mg	50-200 mg	20-60 mg	15-45 mg	300-450 mg

Temporal (de días a semanas)

Náuseas (más común)
 Estreñimiento/diarrea
 Mareos
 Dolores de cabeza

A largo plazo (de semanas a meses)

Aumento del apetito/peso
 Efectos secundarios sexuales
 Sueños vívidos/insomnio
 ** Prolongación de QTC (citalopram y escitalopram)

- Indique a las mujeres que tomen el medicamento con alimentos y que solo aumenten la dosis si la toleran; de lo contrario, que esperen a que desaparezcan los efectos secundarios antes de aumentar la dosis.
- Empezar el medicamento por la mañana; si le causa sueño a la paciente, recomendar que la tome al irse a dormir.

Tratamiento de la depresión moderada/grave que aparece al final del embarazo o en los 3 meses posteriores al parto: brexanolona (Zulresso)

- Infusión intravenosa de alogregnanolona durante 60 horas
- Debe llevarse a cabo en un entorno hospitalario
- Puede llamar a PSI al 1-800-944-4773 ext. 4 o indicar a las pacientes que llamen a PSI al 1-800-944-4773 para obtener más información

Puede encontrar más información sobre todos los tratamientos farmacológicos en Reptox y LactMed

Una vez que se determine que la paciente padece de un trastorno de salud mental, repita la evaluación en 4 semanas y vuelva a analizar el plan de tratamiento mediante una evaluación clínica

Si la mejoría clínica es mínima o nula después de 4 semanas

- Si la paciente no presenta efectos secundarios o estos son mínimos, aumente la dosis de medicamento antidepresivo hasta la remisión completa de los síntomas (por ejemplo, calificación menor que 10 de la EPDS/PHQ-9, menor que 5 del GAD-7, menor que 3 del PC-PTSD).
- Si la paciente presenta efectos secundarios intolerables o graves, disminuya gradualmente el medicamento hasta suspenderlo y comience simultáneamente con un nuevo antidepresivo.
- Aumente otros tratamientos (por ejemplo, terapia, cambios en el estilo de vida, grupos de apoyo).
- Si el embarazo está avanzado, dados los cambios fisiológicos del proceso, puede ser necesario aumentar la dosis del antidepresivo por encima del rango terapéutico habitual (p. ej., sertralina [Zoloft] de 250 mg por día en lugar de 50-200 mg).
- Considere la posibilidad de añadir otros medicamentos. Consulte la página 23.
- Repita las pruebas cada 4 semanas y vuelva a evaluar el tratamiento a través de la evaluación clínica hasta la remisión o, si no continuará atendiendo a la paciente, dévela al médico de atención primaria.

Si hay mejoría clínica y los efectos secundarios son mínimos o nulos

- Vuelva a evaluar cada mes durante el embarazo y el posparto y ajuste el medicamento en consecuencia. Consulte la página 23.
- Anime a la paciente a seguir con el medicamento y a continuar con la terapia.
- Si no continuará atendiendo a la paciente, dévela al médico de atención primaria.

Si hay mejoría clínica y los efectos secundarios son mínimos o nulos

Si no continuará atendiendo a la paciente después del parto:

- Comuníquese con el médico de atención primaria (PCP) y facilite la derivación.
- Pida a la paciente que agende una cita con su PCP.
- Envíe un resumen al PCP.
- Reúnase con la paciente de nuevo para asegurarse de que está en tratamiento

Una vez que la paciente experimenta la remisión de los síntomas (por ejemplo, 2 puntajes consecutivos menores a 10 de la EPDS/PHQ-9, menores a 5 del GAD-7, menores a 3 del PC-PTSD)

Puede considerarse la disminución gradual del antidepresivo cuando la paciente ha estado en remisión durante 6 meses o más para la depresión y 12 meses o más para la ansiedad. Disminuya el medicamento gradualmente para minimizar el riesgo de recaída y el síndrome de discontinuación.

- Los medicamentos de acción corta (p. ej., paroxetina [Paxil], venlafaxina [Effexor]) tienen más probabilidades de provocar el síndrome de discontinuación, por lo que deben disminuirse lentamente.
- Establezca un plan de anticoncepción posparto para ayudar a las mujeres a tomar una decisión fundamentada con respecto a la planificación familiar.

Opciones de asistencia

Hable con su paciente sobre las opciones de asistencia complementaria, como las siguientes:

- Autocuidado
- Higiene del sueño
- Conciencia plena
- Ejercicio
- Libros y manuales (p. ej., *The Pregnancy and Postpartum Anxiety Workbook* [El manual de la ansiedad durante el embarazo y el posparto] de Pamela S. Wiegartz y Kevin Gyoerkoe)
- Consulte el Plan de autocuidado (página 30)

Determinantes sociales y estructurales de la

Pregunte y tenga en cuenta los factores sociales y estructurales que pueden comprometer el cuidado de la salud:

- Acceso a una vivienda estable
- Acceso a alimentos o agua potable segura
- Necesidades de servicios públicos
- Seguridad en el hogar y la comunidad
- Estado de inmigración
- Condiciones de empleo
- Transporte
- Cuidado infantil

Derivar a los servicios sociales según lo indicado

Herramienta DAÑOS, INSULTOS, AMENAZAS y GRITOS (HITS) para la detección de violencia doméstica

¿Con qué frecuencia su pareja...	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CON BASTANTE FRECUENCIA	CON FRECUENCIA
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1. ...le hace daño de forma física?					
2. ...la maltrata o menosprecia?					
3. ...amenaza con hacerle daño?					
4. ...le grita o insulta?					
5. (+) ...la obliga a hacer actos sexuales con los que no se siente cómoda?					
PUNTAJE TOTAL:					

- (+) Pregunta agregada para registrar la violencia sexual

Cada enunciado tiene una calificación del 1 al 5. La calificación puede variar de 5 a 25. Un puntaje superior a 10 indica que corre el riesgo de sufrir violencia doméstica y que debe buscar asesoramiento o ayuda en un centro de recursos para la violencia doméstica, como los siguientes:

Coalición contra la violencia doméstica de Utah: 1-800-897-LINK (5465)

Línea de crisis las 24 horas de la Asociación Cristiana de Mujeres Jóvenes (YWCA): 801-537-8600 o sin cargo 855-992-2752

Antecedentes:

La herramienta HITS (Daños, Insultos, Amenazas y Gritos, *Hurt, Insult, Threaten, and Scream*) fue desarrollada por Kevin Sherin, James Sinacore, Xiao-Quiang Li, Robert Zitter y Amer Shakil en 1998. Se probó por primera vez en una población femenina del Hospital Christ de Chicago y contó con la participación de médicos de familia y consultorios de medicina familiar. Desde entonces, la herramienta de detección se ha evaluado en diversos entornos ambulatorios y se ha comprobado la confiabilidad interna y la validez concurrente, que han resultado aceptables.

La "Revisión sistemática de la evidencia para actualizar las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de EE. UU. del 2004" del 2012 de *Annals of Internal Medicine*, analizó 36 estudios sobre la detección de la violencia doméstica en entornos de atención médica y determinó que existen herramientas de detección eficaces, que las herramientas de detección no causan daños significativos y que algunas intervenciones, principalmente para mujeres embarazadas o púerperas, han tenido resultados positivos. La revisión examinó 15 estudios que evaluaron 13 instrumentos de detección existentes. La herramienta HITS fue uno de los seis instrumentos que resultaron ser muy precisos y que el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF) recomendó usar.

El USPSTF recomienda que las mujeres en edad fértil se sometan a pruebas de detección de violencia doméstica y que aquellas con resultados positivos reciban servicios de intervención o sean derivadas. Esta recomendación se aplica a las mujeres que no presentan signos o síntomas de abuso. La herramienta HITS fue evaluada por el USPSTF y resultó estar entre las 6 principales herramientas que demostraban mayor sensibilidad y especificidad. La evaluación HITS es más sencilla y rápida que otras medidas de violencia doméstica, lo que hace que sea más práctica de utilizar en un entorno clínico concurrido. También es única en el sentido de que evalúa tanto la violencia doméstica psicológica como la agresión física.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., informe de la política de ASPE, agosto del 2013,
Instituto Nacional de Salud, Instrumentos de detección de violencia doméstica, mayo del 2009
Investigación y métodos clínicos, Validación de la herramienta HITS de detección de violencia doméstica con hombres, marzo del 2005
Departamento de Asuntos de Veteranos de EE. UU., Administración de la Salud de los Veteranos, diciembre del 2013.

Enlaces y recursos adicionales

Perinatal Mental Health Toolkit for Pediatric Primary Care: Overview and Primer (**Kit de herramientas de salud mental perinatal para la atención primaria pediátrica: descripción general y manual**)

<https://www.dchealthcheck.net/documents/PMH%20Toolkit%20Spring%202020.pdf>

Kit de herramientas para la salud mental perinatal de Lifeline for Mom:

<https://escholarship.umassmed.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1140&context=pib>

Safe Environment for Every Kid (SEEK):

<https://seekwellbeing.org/evaluating-seek/>

Standardized Screening for Health-Related Social Needs in Clinical Settings (**Evaluación estandarizada de las necesidades sociales relacionadas con la salud en entornos clínicos**):

<https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/05/Standardized-Screening-for-Health-Related-Social-Needs-in-Clinical-Settings.pdf>

Referencias

- 1 Putnick, D., Sundaram, R., Bell, E., Ghassabian, A., Goldstein, R., & Robinson, S. et al. (2020). *Trajectories of Maternal Postpartum Depressive Symptoms*. *Pediatrics*, 146(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-0857>
- 2 ACTUALIZACIÓN DE PMR: Maternal Mortality in Utah. [mihp.utah.gov](https://mihp.utah.gov/wp-content/uploads/PMR-Update-0718.pdf). (2018). Obtenido de <https://mihp.utah.gov/wp-content/uploads/PMR-Update-0718.pdf>.
- 3 Wisner, K., Sit, D., McShea, M., Rizzo, D., Zoretich, R., & Hughes, C. et al. (2013). Onset Timing, Thoughts of Self-harm, and Diagnoses in Postpartum Women With Screen-Positive Depression Findings. *JAMA Psychiatry*, 70(5), 490. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.87>.
- 4 Earls, M. (2010). *Incorporating Recognition and Management of Perinatal and Postpartum Depression Into Pediatric Practice*. *Pediatrics*, 126(5), 1032-1039. <https://doi.org/10.1542/peds.2010-2348>
- 5 Patel, R., Reiss, P., Shetty, H., Broadbent, M., Stewart, R., McGuire, P., & Taylor, M. (2015). *Do antidepressants increase the risk of mania and bipolar disorder in people with depression? A retrospective electronic case register cohort study: Table 1*. *BMJ Open*, 5(12), e008341. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008341>.
- 6 Olfson, M., Das, A., Gameroff, M., Pilowsky, D., Feder, A., & Gross, R. et al. (2005). *Bipolar Depression in a Low-Income Primary Care Clinic*. *American Journal Of Psychiatry*, 162(11), 2146-2151. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.11.2146>.
- 7 American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). *Screening for Perinatal Depression #757*.
- 8 American College of Obstetricians and Gynecologists. (2018). *Optimizing Postpartum Care, Committee Opinion #736*.
- 9 Earls, M., Yogman, M., Mattson, G., Rafferty, J., Baum, R., & Gambon, T. et al. (2019). *Incorporating Recognition and Management of Perinatal Depression Into Pediatric Practice*. *Pediatrics*, 143(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3259>.