



CREAMOS RED EN SALUD MENTAL PERINATAL

C. Martínez- Bueno¹, Ll. Garcia-Esteve, A. Carrascón, R. Almirall, G. Parramón, A. Zaragoza, C. Vall, E. Sardá, E. Vela 1

Responsable Corporativa ASSIR Catalunya. Direcció Assistencial d'Atenció Primària i Comunitària. ICS.

Palabras clave: Salud mental perinatal; Red; Detección; ASSIR.

La Salud Mental Perinatal (SMP) está aún lejos de tener una presencia sólida en las estructuras asistenciales y formativas de Salud Mental; sin embargo, también ha habido progresos que muestran el esfuerzo de muchos/as profesionales en este ámbito por hacer visible una realidad que sufren las madres y sus hijos. Pero, ¿cómo están las cosas a día de hoy? La ponente expuso el estado de la SMP en las estructuras que prestan esta cobertura, desde la asistencial a la formativa.

Empezando por saber de dónde venimos, se hizo hincapié en la tarea de **sensibilizar** a las instituciones para **visibilizar** la situación, teniendo presente la diversidad en las características territoriales y organizativas de los territorios en Catalunya, donde coexisten diferentes servicios y organizaciones implicadas. Así mismo se subrayó la no existencia de una definición del modelo de detección y actuación, la presencia de unos sistemas compartidos de información muy mejorables, y una baja percepción del problema y de las dificultades en la detección y atención.

Y, ¿hacia dónde vamos? La intención de mejora pasa por incorporar **estrategias de detección**, como las Preguntas Wholey en los tres trimestres, generar circuitos asistenciales donde haya una identificación y elaboración en cada territorio, lo que conlleva un trabajo conjunto entre los diferentes servicios implicados. La estrategia en los ASSIR (Asistencia a la Salud Sexual i Reproductiva) debe pasar por establecer objetivos específicos en su contrato de gestión, siendo imprescindible la formación para la detección y atención.

La **detección temprana** del malestar debe ser prioritaria, por lo que en el ASSIR se debe realizar un control partiendo de una propuesta de cribado que sea eficaz. La Dra. Martínez expuso cómo se opera en los ASSIR, con un

esquema que resulta válido tanto por su eficacia como por su sencillez de aplicación: en la 1ª visita (6-10 semanas): Anamnesis. En la 2ª visita (12-14 semanas) y 3ª visita (29-30 semanas), aplicación del cuestionario Wholey (recomendado por la guía NICE, 2014). Durante el último mes, se pueden realizar sencillas preguntas que detecten cómo se encuentra la mujer gestante (“¿Se ha sentido frecuentemente baja de ánimo, deprimida o desesperanzada?”; “¿Ha sentido con frecuencia que ha perdido el interés y el placer por las cosas?”; “¿Se ha sentido nerviosa, ansiosa o desbordada?”; “¿Se ha sentido incapaz de controlar o parar sus preocupaciones?”). A partir de aquí, se deben establecer niveles de riesgo durante el embarazo que pueden ser Riesgo Medio/Alto/Muy Alto.

Igual que en el embarazo, se debe realizar la detección y evaluación durante el **posparto**. De nuevo la ponente expone el procedimiento que pasa por la administración del EPDS a las 6 semanas después del parto (si las puntuaciones son por debajo de 9, el cribado es negativo; si son superiores a 11, o ítem 10 positivo, se derivará para evaluación y diagnóstico en psicología de la ASSIR y médico de familia; si las puntuaciones están entre 9 y 11, se deberá repetir la EPDS en las dos semanas posteriores). Ante señales de riesgo, se deberán controlar variables tales como un control del puerperio domiciliario o en consulta (durante 15 días después del parto), una revisión de la historia clínica, con los datos del parto y la evolución del puerperio inmediato, una valoración del vínculo emocional de la madre con su bebé, una valoración de la capacidad de autocuidado y cuidado del bebé, una valoración del apoyo a la mujer por parte de la pareja y/o familia, y una valoración del estado emocional de la púerpera, con especial atención a los síntomas depresivos.

El estado de la Red y Estructura para la asistencia de la SMP, también se reflejaron en esta ponencia. Y el primer titular es que se trata de una estructura compleja para abordar un problema complejo: el trabajo en red requiere formas diversas de coordinación, objetivos comunes para mejorar la atención en salud mental perinatal, revisar la atención que se está prestando, identificar necesidades y los recursos necesarios, una planificación y fundamentación de los propósitos y acciones, complementariedad de esfuerzos y capacidades, especialización de tareas, y establecimiento de circuitos y una coordinación entre

servicios. Estas redes deben seguir unos principios para su establecimiento: generar sinergias, una buena cooperación, más oportunidades de mejora, motivación, diversidad y tener presente la importancia de los profesionales. Los servicios implicados deben ser todos aquellos que sean susceptibles de recibir mujeres en estado de riesgo (ASSIR, Trabajo Social, CSMA-CSMIJ, CAS, Hospital. Servicio de Salud Mental Perinatal).

Por último, y no por ello menos importante, un capítulo para la formación, estableciendo como principales objetivos el sensibilizar, aportar conocimiento, contribuir a la mejora de la atención y mejorar habilidades.