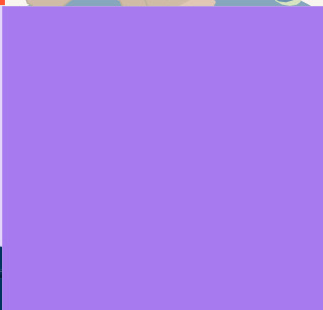
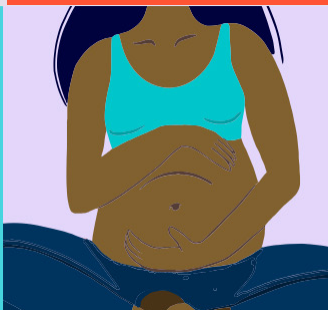
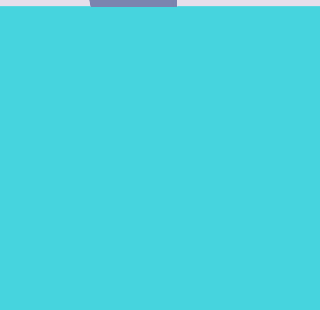
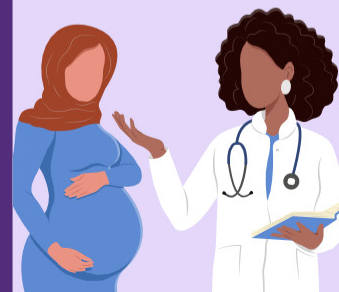




GRUPO DE TRABAJO SOBRE SALUD MENTAL MATERNA

Estrategia nacional para mejorar la atención de la salud mental materna



Índice

Resumen ejecutivo.....	1
La estrategia nacional para mejorar la atención de la salud mental materna: pilares, prioridades y recomendaciones.....	3
Antecedentes.....	3
Salud mental materna en EE. UU.	3
Factores de riesgo y disparidades abordados en la estrategia nacional.....	4
Barreras relacionadas con la falta de infraestructura y entorno propicios	6
Políticas que contribuyen al estigma y los temores de las separaciones entre padres e hijos.....	6
Escasez de personal y dificultades para acceder a los servicios.....	7
Un sistema de atención médica fragmentado	8
Falta de apoyo sistémico durante los desafíos del posparto	9
El período perinatal: una oportunidad para abordar los trastornos de salud mental y los trastornos por consumo de sustancias	11
Introducción.....	12
Público, alcance y visión de la estrategia nacional.....	15
Público.....	15
Alcance.....	15
Visión	16
Llamamiento a la acción.....	16
Recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna.....	17
Pilar 1: Construir una infraestructura nacional que priorice la salud mental y el bienestar perinatal.....	17
Pilar 2: Hacer que la atención y los servicios sean accesibles, económicos y equitativos.....	30
Pilar 3: Utilizar datos e investigaciones para mejorar los resultados y la responsabilidad en la gestión.....	44
Pilar 4: Promover la prevención e involucrar, educar y trabajar en conjunto con las comunidades.....	52
Pilar 5: Elevar la experiencia vivida.....	58
Conclusión.....	64
Apéndice A: Acrónimos y abreviaturas.....	A-i
Apéndice B: Lenguaje utilizado en esta estrategia nacional.....	B-i
Apéndice C: Lista de miembros del grupo de trabajo.....	C-i
Miembros del personal federal	C-i
Miembros del personal no federal	C-iv
Apéndice D: Referencias	D-i
Apéndice E: Reconocimientos.....	E-i

Según los estándares académicos y de publicación, este documento incluye citas bibliográficas y otras atribuciones a fuentes impresas y digitales y otros materiales de investigación. Este informe también ha sido revisado con un software de detección de plagio estándar de la industria. Todos los casos señalados de posible material publicado anteriormente se han investigado a fondo y, en su caso, se han citado o atribuido en consecuencia. Este informe incorpora información obtenida a partir de comentarios solicitados públicamente a través de [FR Doc. 2023-28890](#) y de cientos de expertos en la materia, y cuando es posible, este documento cita o atribuye esta información de manera adecuada. Sin embargo, las solicitudes federales de comentarios públicos hacen posible la incorporación de información o texto de fuentes no publicadas o de otras fuentes, que no pueden citarse ni atribuirse en este documento.

Resumen ejecutivo

Los trastornos de salud mental materna, los trastornos por consumo de sustancias (TCS) y su coexistencia han alcanzado niveles de crisis en los Estados Unidos y se encuentran entre las complicaciones más comunes del embarazo. El suicidio, la sobredosis de drogas y otros incidentes y afecciones relacionados con la salud mental y los TCS son las principales causas de muertes relacionadas con el embarazo. La falta de infraestructura (es decir, entorno, políticas, sistemas y programas) y mano de obra suficientes en los EE. UU. dificulta el apoyo integral a la salud mental materna. Si bien se han desarrollado mejores prácticas para abordar algunos aspectos del problema, no se han implementado de manera uniforme. Debido a que falta infraestructura nacional y mano de obra, nuestro sistema no brinda la atención adecuada en el momento adecuado a todas las personas que padecen trastornos de salud mental materna y TCS. La falta de una infraestructura sólida es un factor importante que configura un panorama nacional en el que estas afecciones a menudo pasan desapercibidas y no reciben tratamiento. Esto tiene consecuencias negativas para las personas, sus hijos, sus familias y sus comunidades, así como un alto costo para nuestro país. Además, estas afecciones y los resultados negativos asociados afectan desproporcionadamente a subgrupos con determinantes sociales de salud desafiantes (por ej., dificultades económicas, inseguridad alimentaria y de pañales, experiencias de discriminación, falta de vivienda estable, falta de acceso al transporte, falta de acceso al cuidado infantil y falta de acceso a atención médica y seguros) y situaciones de vida (por ejemplo, tener estas afecciones antes del embarazo y experimentar violencia de género y otros traumas).

En consonancia con los esfuerzos más amplios para abordar la salud general de las mujeres y la salud materna en todo el país, el Congreso ordenó al Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS) formar el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna o incorporar deberes específicos, reuniones públicas e informes en los comités o grupos de trabajo federales pertinentes existentes ([Ley de Asignaciones Consolidadas de 2023 \[Ley Pública 117–328, Sección 1113\]](#)). El Secretario del HHS determinó que estos deberes, reuniones públicas e informes deberían incorporarse en el [Comité Asesor de Servicios para Mujeres \(ACWS\) de SAMHSA](#).

El Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna de ACWS es un panel de expertos de múltiples disciplinas complementarias —algunos de los cuales han vivido la experiencia— que representan organizaciones federales y no federales relacionadas con la atención de los trastornos de salud mental materna y TCS. **Esta estrategia nacional presenta las recomendaciones del grupo de trabajo de ACWS para un enfoque de todo el gobierno con el fin de construir la infraestructura necesaria para mejorar la atención de los trastornos de salud mental materna y los TCS.** Las recomendaciones de esta estrategia representan el consenso general del grupo de trabajo. Es posible que las recomendaciones individuales no cuenten con el apoyo total de las más de 100 organizaciones representadas por los miembros del grupo de trabajo.

Un informe complementario, *The Task Force on Maternal Mental Health's Report to Congress (Informe del Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna al Congreso)*, proporciona un análisis detallado de la crisis de salud mental materna en Estados Unidos, los métodos del grupo de trabajo, las mejores prácticas, los programas federales existentes y la coordinación, así como los comentarios de las sesiones de escucha con las partes interesadas estatales y locales.

La visión establecida por esta estrategia nacional es una en la que la salud mental materna (también conocida como salud mental perinatal) y la atención al consumo de sustancias se integren de manera fluida y sin fisuras en los sistemas médicos, comunitarios y sociales. La visión incluye modelos de atención y apoyo que son innovadores y sensibles a las experiencias de las personas, la cultura y la comunidad y no distingue entre atención de salud física y atención de salud mental. Aprovechando los esfuerzos existentes del gobierno federal, el grupo de trabajo esboza un camino para lograr la visión dentro de un marco que consta de los siguientes cinco pilares, cada uno con prioridades y recomendaciones de apoyo.

- 1. Construir una infraestructura nacional que priorice la salud mental y el bienestar perinatal**, lo que implica establecer y mejorar políticas federales que promuevan la salud mental y el bienestar perinatal —con un enfoque en la reducción de las disparidades— y políticas federales que promuevan modelos de atención de equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios que integren la atención perinatal y la atención de salud mental y TCS con apoyo holístico para la díada madre-hijo y sus familias.
- 2. Hacer que la atención y los servicios sean accesibles, económicos y equitativos**, lo que promoverá la implementación de evaluaciones clínicas culturalmente relevantes y que tengan en cuenta el trauma, mejorará los vínculos con la intervención y el tratamiento tempranos accesibles, creará servicios accesibles e integrados basados en evidencias que sean económicos y reembolsables y desarrollará capacidad mediante la capacitación, la expansión y la diversificación del personal de salud mental perinatal.
- 3. Utilizar datos e investigaciones para mejorar los resultados y la responsabilidad en la gestión**, lo que abarca el apoyo basado en evidencias de estrategias e innovaciones que mejoran los resultados y construyen una base para responsabilidad en la gestión en la prevención, la detección, la intervención y el tratamiento.
- 4. Promover la prevención e involucrar, educar y asociarse con las comunidades**, lo que implicará promover y financiar estrategias de prevención, elevar la educación del público sobre la salud mental perinatal y el uso de sustancias e involucrar a las comunidades con actividades de extensión y comunicaciones.
- 5. Resaltar la experiencia vivida**, lo que incluye escuchar las perspectivas y voces de las personas con experiencia vivida y priorizar sus recomendaciones (muchas de las cuales se superponen con las del grupo de trabajo), como se describe en un informe especialmente preparado por el Servicio Digital de EE. UU. y se resume en esta estrategia nacional.

Los cinco pilares de esta estrategia nacional resaltan los imperativos transversales de (1) aumentar la equidad y el acceso, (2) mejorar la coordinación federal, (3) elevar los apoyos culturalmente relevantes y (4) utilizar enfoques que tengan en cuenta el trauma para reforzar la salud mental materna y mejorar la atención de los trastornos de salud mental perinatal y los TCS. La estrategia nacional también destaca prácticas prometedoras (por ej., programas) basadas en evidencias y fundadas en pruebas, con recursos y experiencia de apoyo que pueden ampliarse para una implementación generalizada. A lo largo de todo el documento, el grupo de trabajo señala oportunidades para que el gobierno federal colabore con diversos grupos de socios para encabezar la implementación de la estrategia nacional y alzar las voces de las personas que han vivido la experiencia (resaltadas entre comillas). Por último, el grupo de trabajo señala que esta estrategia nacional es un documento vivo que se actualizará periódicamente. Se centra en las formas en que el gobierno federal puede liderar los esfuerzos, pero también hace un llamamiento a muchos tipos de socios (por ej., estados, defensores, sociedades médicas y profesionales y personas que han vivido la experiencia) a fin de ayudar a construir la infraestructura necesaria para apoyar la salud mental y el bienestar de las madres del país y sus hijos, familias y comunidades.

La estrategia nacional para mejorar la atención de la salud mental materna: pilares, prioridades y recomendaciones

Antecedentes

El Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna de la ACWS establece esta estrategia nacional y el informe que la acompaña al Congreso para abordar una urgente crisis de salud pública nacional. Como demuestran estos documentos, los trastornos de salud mental materna se encuentran entre las complicaciones más comunes del embarazo. En la actualidad, Estados Unidos no cuenta con la infraestructura, los sistemas, las políticas ni el personal necesarios para apoyar una salud mental materna óptima para todos. Sin una infraestructura y un entorno de apoyo, el país no podrá abordar la alta prevalencia y las consecuencias negativas de los trastornos de

“La salud mental materna, también conocida como salud mental perinatal, es el bienestar emocional, social y mental general [de una persona] durante y después del embarazo” (Zuloaga, 2020).

salud mental materna, los trastornos por consumo de sustancias (TCS) y su coexistencia. Esta estrategia nacional incluye las recomendaciones del grupo de trabajo para que el gobierno federal mejore la colaboración y coordinación interna, pública-privada y estatal a fin de construir la infraestructura necesaria para encabezar los esfuerzos y así mejorar la atención de los trastornos de salud mental materna y los TCS.

Salud mental materna en EE.UU.

Se estima que los trastornos de salud mental y los TCS durante el embarazo y el período posparto afectan a 1 de cada 5 personas anualmente en los Estados Unidos (American Psychiatric Association, 2023). Los trastornos de salud mental materna (por ej., trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con traumas, trastorno obsesivo-compulsivo y psicosis posparto) y los TCS varían en tipo y gravedad (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2023; Clarke et al., 2023). Los trastornos de salud mental maternas preexistentes y los TCS, que incluyen enfermedades mentales graves como la esquizofrenia y los trastornos afectivos bipolares, pueden verse afectados por el embarazo y el período posparto con riesgo de mayores recaídas (Taylor et al., 2019). Si no se tratan, los trastornos de salud mental materna y los TCS pueden tener efectos negativos duraderos en las personas y las familias, con costos estimados en más de \$14 mil millones al año en los Estados Unidos (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, s.f.-a, s.f.-f; Jahan et al., 2021; Luca et al., 2020; Lupton et al., 2004; Mughal et al., 2019; Prince et al., 2024). Por ejemplo, las investigaciones vinculan la depresión y la ansiedad perinatal materna con problemas en el desarrollo socioemocional, cognitivo, del lenguaje, motor y del comportamiento adaptativo de los niños, hasta la adolescencia (Rogers et al., 2020). Las investigaciones en curso están examinando los complejos mecanismos biológicos subyacentes a estos vínculos (por ej., glucocorticoides maternos elevados, alteración de la función y perfusión placentaria y mecanismos epigenéticos) (Lewis et al., 2015). En nuestro sistema actual, la mayoría de las personas que padecen trastornos de salud mental y TCS no reciben tratamiento (Byatt et al., 2015; Lynch et al., 2021). Además, la detección clínica —una forma de detectar estas afecciones— por lo general no se hace para las afecciones más prevalentes (por ej., la depresión perinatal) (Britt et al., 2023).

“En Massachusetts, tuvimos dos madres locales que [murieron por suicidio] en el posparto, 2 a 3 días después del nacimiento y una después de un mes. Está en la mente de todas las nuevas mamás”.

- Un proveedor que coordina grupos de nuevas madres

La necesidad insatisfecha de tratamiento de los trastornos de salud mental materna y los TCS ha llegado a un punto crítico. Entre 2017 y 2019, el suicidio, la sobredosis de drogas y otros incidentes y afecciones relacionados con la salud mental y los TCS fueron la principal causa de muertes relacionadas con el embarazo en los Estados Unidos, lo que representa el 22.7 por ciento de estas muertes (Trost, Beauregard, Chandra, Njie, Berry, et al., 2022). En comparación, las siguientes causas principales de muerte relacionadas con el embarazo

fueron hemorragia (13.7 por ciento), afecciones cardíacas y coronarias (12.8 por ciento) e infecciones (9.2 por ciento) (Trost, Beauregard, Chandra, Njie, Berry, et al., 2022). Las muertes relacionadas con el embarazo por suicidio, sobredosis de drogas y otras causas relacionadas con trastornos de salud mental y TCS se analizan con mayor detalle en el informe al Congreso. Aquí, el grupo de trabajo señala que a menudo estas muertes pueden prevenirse, están marcadas por disparidades y ocurren hasta un año después del parto (Trost, Beauregard, Chandra, Njie, Berry, et al., 2022; Trost, Beauregard, Chandra, Njie, Harvey, et al., 2022). Estos hallazgos han aumentado la atención sobre la salud mental de las personas embarazadas y en período de posparto y el panorama de la atención y los servicios en los Estados Unidos. La preocupación por los trastornos de salud mental materna y los TCS se ve amplificada aún más por iniciativas más amplias en respuesta a la alta tasa general de mortalidad materna en los EE. UU., que es la más alta entre los países de altos ingresos a pesar de que gastamos más en atención médica por persona (Gunja et al., 2023; Hoyert, 2024).

Factores de riesgo y disparidades abordados en la estrategia nacional

El período perinatal es un período de intensas exigencias físicas y emocionales y de cambios fisiológicos y sociales. Aunque los factores subyacentes al riesgo de sufrir trastornos de salud mental, consumo de sustancias y TCS son complejos y multifactoriales (por ej., factores biológicos, factores ambientales y componentes que implican la interacción de factores biológicos y ambientales), el grupo de trabajo destaca una serie de subgrupos en alto riesgo porque experimentan situaciones desafiantes y factores estresantes. Estos desafíos y factores estresantes pueden contribuir a los trastornos de salud mental, el consumo de sustancias y los TCS que se presentan antes del embarazo y precipitan su aparición o recaída durante el período perinatal. Por lo tanto, estos subgrupos se mencionan brevemente aquí y se han integrado en todas las recomendaciones de esta estrategia nacional.

Los subgrupos con alto riesgo de padecer estas afecciones incluyen a personas que son miembros de las poblaciones de escasos recursos y desatendidas destacadas en “Lenguaje utilizado en esta estrategia nacional”, como los grupos raciales y étnicos de escasos recursos. Otros subgrupos con alto riesgo de padecer estas afecciones incluyen a personas encarceladas, padres de niños en unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN), personas que han sufrido pérdida de embarazo, desplazamiento forzado, trata o violencia de género, miembros del servicio activo, veteranos y personas con trastornos de salud mental preexistentes y TCS, incluidas aquellas con enfermedades mentales graves (Shah y Christophersen, 2010). Como se describe en el informe al Congreso, las experiencias adversas en la infancia (EAI) y los traumas* son muy frecuentes y pueden estar asociados con efectos negativos y duraderos en el riesgo de padecer trastornos de salud mental y TCS, en particular si se experimentan durante la infancia, si se experimentan varias veces y si no se recibe tratamiento (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, s.f.-g; Feriante y Sharma, 2024; Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2015). El informe al Congreso también detalla la intersección de sufrir EAI y traumas, incluida la violencia de género, con los trastornos de salud mental materna y los TCS. En toda esta estrategia nacional se destacan las consideraciones especiales para apoyar a las personas que sufren violencia de género en general y violencia de pareja (IPV) en particular. Por ejemplo, en el debate que se incluye en algunas recomendaciones se menciona que no todas las personas cuentan con familiares seguros o redes personales que las apoyen durante el período perinatal. Debido a la alta prevalencia de las EAI y los traumas (incluida la IPV y otros tipos de violencia de género), el grupo de trabajo subraya la necesidad de que los proveedores, los programas y las organizaciones reciban formación sobre los enfoques que tengan en cuenta el trauma y los implementen en la atención y los servicios de salud (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, s.f.-c; D'Angelo et al., 2022; Foti et al., 2023; Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2014).

* Las experiencias adversas en la infancia (EAI) son eventos potencialmente traumáticos que ocurren en la niñez, como abuso o negligencia, experimentar o presenciar violencia, desafíos en el hogar, acoso y problemas de salud mental y/o consumo de sustancias de los padres [CDC, 2023]. El trauma es un problema de salud mental que ocurre entre personas que han experimentado un evento o circunstancia que resultó en daño físico, emocional y/o potencialmente mortal [SAMHSA, 2022]

Enfoques que tengan en cuenta el trauma

Un enfoque de atención que tenga en cuenta el trauma abarca servicios que incorporan una comprensión del trauma y una conciencia del impacto que tiene. También considera el trauma a través de una lente cultural y reconoce que el contexto influye en la percepción y el procesamiento de los eventos traumáticos. Es importante destacar que la atención que tiene en cuenta el trauma anticipa y evita procesos y prácticas retraumatizantes (Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2023).

Cabe señalar que, al evaluar las preocupaciones relacionadas con el trauma, incluida la violencia de género, las prácticas de detección tradicionales no suelen ser las más adecuadas, porque el objetivo no es detectar o diagnosticar, sino crear espacios seguros que tengan en cuenta el trauma que permitan a las personas discutir sus preocupaciones y experiencias abiertamente con sus proveedores, quienes luego pueden ofrecer apoyo y recursos y abordar cualquier inquietud de seguridad inmediata.

Las situaciones de vida desafiantes y las barreras que influyen en la salud mental materna y el riesgo de padecer trastornos de salud mental materna y TCS a menudo se superponen considerablemente con los determinantes sociales de la salud (DSS) negativos.[†] Al analizar los trastornos de salud mental materna y los TCS en la estrategia nacional, el grupo de trabajo considera los determinantes sociales de la salud (DSS) —en particular en lo que respecta a la raza/etnia, el logro educativo, el nivel de ingresos y la ubicación geográfica, así como su interacción—, ya que estos impulsores sociales tienden a acumularse a lo largo de la vida, a asociarse con factores de riesgo y a contribuir a las marcadas disparidades e inequidades en materia de salud en los Estados Unidos (Academias Nacionales de Ciencias, Ingenierías y Medicina, 2021; Puka et al., 2022). Los trastornos de salud mental materna, el uso de sustancias y los TCS afectan de manera desproporcionada a las mujeres negras y a las indígenas estadounidenses/nativas de Alaska y a otras personas en comunidades de escasos recursos (Policy Center for Maternal Mental Health, 2023a, 2023b). Los DSS negativos (por ej., dificultades económicas, inseguridad alimentaria y de pañales, experiencias de discriminación, falta de vivienda estable, falta de acceso al transporte, falta de acceso al cuidado infantil y falta de acceso a atención médica y seguros) durante el período perinatal pueden ser muy estresantes y pueden contribuir a los trastornos de salud mental materna y los TCS. Los subgrupos que tienen un alto riesgo de padecer trastornos de salud mental y TCS también suelen enfrentar desafíos relacionados con los DSS y barreras sistémicas para recibir el apoyo y la atención que necesitan (que se analizan a continuación en “Barreras relacionadas con la falta de infraestructura y entorno propicios”).

El acceso a la atención de maternidad puede ser difícil

- Estados Unidos tiene una escasez crítica y creciente de proveedores de atención obstétrica. Más de 2.2 millones de personas en etapa reproductiva viven en un desierto de atención de maternidad, definido como “cualquier condado... sin un hospital o centro de maternidad que ofrezca atención obstétrica y sin ningún proveedor de obstetricia” (March of Dimes, 2022). Más de un tercio de los condados de EE. UU. están designados como desiertos de atención de maternidad, y dos tercios de ellos se encuentran en condados rurales (March of Dimes, 2022).
- Según el Policy Center for Maternal Mental Health, el 96 por ciento de las mujeres en edad de dar a luz en los Estados Unidos viven en una zona con escasez de profesionales de la salud mental materna. La mayoría (70 por ciento) de los condados de EE. UU. carecen de recursos suficientes de salud mental materna (Britt et al., 2023).
- Las mujeres en casi 700 condados enfrentan un alto riesgo de sufrir trastornos de salud mental materna, y más de 150 condados son “zonas oscuras de salud mental materna”, con alto riesgo y grandes brechas de recursos (Britt et al., 2023).

[†] Los determinantes sociales de la salud (DSS) son “las condiciones en los entornos donde las personas nacen, viven, aprenden, trabajan, juegan, practican su religión y envejecen que influyen en los riesgos y resultados de salud” [Healthy People 2030].

Barreras relacionadas con la falta de infraestructura y entorno propicios

Esta estrategia nacional y sus recomendaciones deben entenderse en el contexto de las barreras sistémicas que enfrentan quienes están embarazadas y quienes están en el posparto. Estas barreras no son culpa de la persona. Más bien, ocurren porque Estados Unidos carece de la infraestructura y el entorno necesarios para apoyar suficientemente la salud mental y el bienestar maternos. Una de las principales barreras es que los trastornos de salud mental y los TCS en general no se consideran médicos y, por lo tanto, es más probable que se los malinterprete, se los estigmatice y se los perciba como fuera del ámbito del sistema de atención médica. Debido a esta clasificación errónea, los trastornos de salud mental y los TCS no tienen la misma base de investigación, paridad de reembolso y enfoque en el sistema médico y de atención de salud. Suelen abordarse en diferentes sistemas de atención. Esta cuestión general se magnifica en el contexto de la salud mental materna. Tanto los proveedores, incluidos los médicos (Clarke et al., 2023), como los no médicos de la comunidad carecen de educación específica sobre estos trastornos. Además, la estigmatización de las personas que padecen trastornos de salud mental perinatales y TCS puede afectar si las personas buscan atención y cómo son tratadas en los sistemas de atención médica y servicios sociales (Cantwell, 2021; O'Connor et al., 2022). El tema del estigma y los trastornos de salud mental materna y los TCS se analiza con más detalle en el informe al Congreso.

Políticas que contribuyen al estigma y los temores de las separaciones entre padres e hijos

Persiste la percepción de que los trastornos de salud mental y los TCS no son médicos, y su estigmatización continúa. El estigma hacia las personas con TCS se manifiesta en políticas punitivas (Adams y Volkow, 2020). La evidencia indica que la separación familiar, la criminalización y el encarcelamiento por TCS durante el embarazo son ineficaces para disuadir el consumo de sustancias y son perjudiciales para la salud de las personas embarazadas y sus bebés (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020; Oficina de

“Tenía miedo de que me quitaran a mis hijos”.

- S.B., madre de dos hijos

Política Nacional para el Control de Drogas, 2022). Sin embargo, en muchos estados los proveedores de servicios tienen la obligación de informar sobre el consumo de sustancias por parte de personas embarazadas y en período de posparto. Algunas leyes estatales también tienen implicaciones para las políticas obligatorias de “prueba e informe”,

es decir, pruebas toxicológicas de orina para detectar sustancias durante el período perinatal e informes a los servicios de protección infantil. Los departamentos de servicios de protección infantil estatales o del condado pueden tomar la medida extrema de quitarle la custodia de su hijo a sus padres. Estas políticas se aplican a menudo de maneras que afectan desproporcionadamente a las mujeres negras; por ejemplo, se les hacen pruebas incluso si no tienen antecedentes de consumo de sustancias (Jarlenski et al., 2023). Las políticas punitivas relacionadas con la separación de los hijos también se aplican a las mujeres con trastornos de salud mental (como esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y otros trastornos de salud mental que implican psicosis). En el contexto de experimentar violencia de pareja, las parejas abusivas pueden usar políticas punitivas como un medio de control y coerción continuos, como se analiza en el informe al Congreso. Estas políticas dejan a muchas personas con un temor comprensible y les hacen desconfiar de los proveedores de servicios y de las organizaciones. Estos factores afectan la búsqueda de tratamiento y la voluntad de tener conversaciones honestas sobre la salud mental y el consumo de sustancias (Alderdice y Kelly, 2019; Choi et al., 2022; Megnin-Viggars et al., 2015; O'Connor et al., 2022). Las personas que han vivido la experiencia de trastornos de salud mental materna y TCS expresan estas preocupaciones. (Consultar “Pilar 5: Elevar la experiencia vivida”).

Recurso destacado: Asistencia técnica del Centro Nacional sobre Abuso de Sustancias y Bienestar Infantil

El Centro Nacional sobre Abuso de Sustancias y Bienestar Infantil ofrece [asistencia técnica](#) (por ej., capacitaciones, videos y webinars) a las localidades sobre cómo implementar los POSC de CAPTA. La asistencia está diseñada para mejorar (1) la seguridad y el bienestar de los bebés afectados por la exposición prenatal a sustancias y (2) los resultados de recuperación de sus cuidadores.

Las leyes federales (la [Ley de Prevención y Tratamiento del Abuso de Menores \[CAPTA\]](#)) requieren que los estados creen políticas que aborden el abuso y la negligencia infantil. Las políticas estatales (como la presentación obligatoria de informes), los procedimientos y los sistemas de investigación varían en muchas dimensiones, incluida la forma en que los estados implementan [Planes de atención segura \(POSC, por sus siglas en inglés\)](#), un requisito de la Ley Integral sobre Adicciones y Recuperación (CARA; [Ley Pública 114–198](#)), que modificó la CAPTA. Los POSC se centran en la responsabilidad compartida del bienestar infantil, los hospitales, los proveedores de servicios, los entornos de cuidado infantil y la educación de la primera infancia y otros para promover la salud y el bienestar de los bebés y sus cuidadores en el contexto de los TCS de los padres (Oficina de Política Nacional para el Control de Drogas, 2022).

Por lo general, una agencia local designada (por ej., servicios de protección infantil o una agencia de salud pública) desarrolla un POSC individualizado para una familia que está diseñado para fomentar la recuperación de cualquier padre con TCS y, al mismo tiempo, garantizar la seguridad y el bienestar de los hijos. Los POSC tienen como objetivo mantener a los niños en sus hogares con sus padres biológicos cuando eso se pueda lograr de manera segura (Oficina de Política Nacional para el Control de Drogas, 2022), y los POSC deben hacer cumplir las vías de notificación (en lugar de la presentación de informes) en las que se registra el consumo de sustancias por parte de la madre para facilitar los vínculos adecuados con los servicios y el seguimiento.

La sociedad y los profesionales tienen el deber de proteger a los niños. En el clima político actual, los proveedores están preocupados por los niños y el riesgo de daño y negligencia, así como de perder sus licencias para ejercer si no cumplen con las políticas. Sin embargo, el temor que tienen los padres con trastornos de salud mental o TCS a la presentación obligatoria de informes de los síntomas de salud mental materna y el consumo de sustancias a los servicios de bienestar infantil y la posibilidad de que los servicios de protección infantil saquen a sus hijos de sus hogares y los coloquen en hogares de acogida es una barrera para que busquen tratamiento para los TCS (Oficina de Política Nacional para el Control de Drogas, 2022). De acuerdo con el informe de la administración Biden-Harris titulado *Substance Use Disorder in Pregnancy: Improving Outcomes for Families (Trastorno por consumo de sustancias durante el embarazo: cómo mejorar los resultados para las familias)*, es fundamental que las políticas, los procedimientos y las prácticas apoyen la preservación de la familia y el acceso de los padres al tratamiento, a la vez que se mantiene seguros a los niños. Asimismo, se debe abordar el sesgo racial en las separaciones entre padres e hijos. Además de ver este problema en su experiencia profesional, los miembros del grupo de trabajo escucharon esta preocupación en sesiones de escucha con miembros del personal de agencias estatales y locales y en los comentarios públicos generados por una [solicitud de información](#). El Centro Nacional sobre Abuso de Sustancias y Bienestar Infantil ofrece recursos para ayudar a los proveedores a comprender las políticas y cómo implementar los POSC. En última instancia, existen múltiples factores que contribuyen a estas políticas y prácticas punitivas, y las soluciones deben incluir una mayor inversión educativa y una colaboración interdisciplinaria entre los responsables de las políticas, los administradores de hospitales, los proveedores de atención médica, los líderes comunitarios y las personas que han vivido la experiencia.

Escasez de personal y dificultades para acceder a los servicios

La escasez de proveedores de obstetricia y la falta de una infraestructura nacional para la atención, los servicios y el apoyo de la salud materna son barreras sistémicas que generan un estrés indebido en las personas embarazadas y en el posparto (March of Dimes, 2022). Además, nuestra nación tiene una escasez crónica y una mala distribución geográfica de proveedores de atención de salud mental y TCS, de modo que la mayoría de los

“Incluso si hubiéramos podido compensarlo económicamente, [pagar la terapia] habría parecido un lujo”.

- E.L., madre de un hijo

condados de EE. UU. no tienen los recursos para apoyar a las personas embarazadas y en posparto con estas afecciones (Britt et al., 2023; Administración de Recursos y Servicios de Salud, 2024a). En particular, esta escasez de personal juega un papel importante tanto en la incomodidad que sienten los proveedores que hacen derivaciones para detectar y diagnosticar estos trastornos (debido a la falta de vías de derivación) como en el acceso limitado a una atención oportuna y

apropiada para los pacientes. Las barreras sistémicas se cruzan además con los desafíos individuales, los DSS

y las desigualdades para influir en los trastornos de salud mental materna, el consumo de sustancias y los TCS. Para muchas personas es difícil acceder a servicios económicos e integrales de atención reproductiva, atención de maternidad y atención para trastornos de salud mental perinatal y TCS (Britt et al., 2023; Choi et al., 2022; Salameh et al., 2019). Las dificultades para acceder a la atención ocurren en muchos niveles (por ej., problemas con el transporte a las citas o falta de cuidado infantil que impide la asistencia a las consultas de atención perinatal). El grupo de trabajo reconoce esas barreras individuales, pero generalmente se refiere a los problemas de acceso como los problemas sistémicos más grandes que dificultan que las personas reciban la atención adecuada que satisfaga sus necesidades en el momento adecuado.

La falta de acceso se debe principalmente a una escasez significativa de personal, tanto clínico como no clínico, que presta servicios perinatales. Esta escasez provoca desiertos generalizados en la atención de maternidad. El acceso también se ve afectado por otros factores, incluida la necesidad de acudir a diferentes centros para recibir diversos tipos de atención y la falta de reembolso por los servicios necesarios (por ej., educación y evaluación de los pacientes). Solo el 32 por ciento de los centros de tratamiento por abuso de sustancias aceptan mujeres embarazadas como pacientes, según la Encuesta Nacional sobre Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias de 2022 (Administración de Abuso de Sustancias y Servicios de Salud Mental, 2023c). Además, es posible que no estén disponibles servicios y atención médica que sean culturalmente relevantes para la persona. Los sistemas de atención médica y servicios sociales existentes que atienden a esta población están muy fragmentados y, por lo general, no satisfacen las necesidades de la persona en su totalidad o de la diada madre-hijo. Por ejemplo, los sistemas de facturación suelen admitir el reembolso de los servicios prestados a un paciente individual en lugar de a la pareja madre-hijo. Los sistemas fragmentados y no holísticos contribuyen a que se pierdan oportunidades de identificar los trastornos de salud mental materna y los TCS, vincular a las personas con las intervenciones adecuadas y brindar la continuidad de atención necesaria (Byatt et al., 2015; Green et al., 2024). A partir de la experiencia y los conocimientos del grupo de trabajo, los sistemas y procesos de seguros complicados pueden resultar difíciles y estresantes de manejar. El costo de la atención —y la tendencia de los proveedores de atención para trastornos de salud mental y TCS a no aceptar seguros, lo que hace que todos los honorarios sean gastos de bolsillo— es una barrera importante para muchas personas.

Reconocimiento de los desafíos que enfrentan los proveedores

Los proveedores de primera línea que atienden a personas embarazadas y en posparto y a sus bebés enfrentan desafíos importantes a la hora de abordar los trastornos de salud mental materna y los TCS. El grupo de trabajo ha descubierto que, si bien el país cuenta con muchos proveedores que son expertos en salud mental perinatal y atención de TCS, los temas de salud mental perinatal y TCS en general no están bien cubiertos en los sistemas de educación y capacitación para proveedores de obstetricia, pediatría y atención médica primaria. De manera similar, muchos proveedores de atención de salud mental y TCS pueden carecer de la capacitación suficiente en las necesidades y consideraciones únicas de las personas embarazadas y en posparto (Clarke et al., 2023). La escasez de personal afecta tanto a los proveedores clínicos como a los no clínicos, a quienes se les pide cada vez más que presten más servicios en consultas de 15 o 30 minutos. Otros desafíos para los proveedores incluyen el agotamiento, la carga administrativa y los problemas de facturación (Herd y Moynihan, 2021). Los proveedores también pueden desconocer (y a menudo no tienen el personal que los ayude a encontrar) los recursos comunitarios para apoyar a las personas con trastornos de salud mental materna, TCS y diversas situaciones de la vida que afectan su bienestar (por ej., DSS y experiencias de trauma, incluida la violencia de género). Los proveedores también pueden tener inquietudes sobre la protección de la seguridad y confidencialidad de los pacientes/clientes que experimentan violencia de pareja.

Un sistema de atención médica fragmentado

Los debates del grupo de trabajo se centraron en la considerable fragmentación del sistema de atención médica de Estados Unidos y sus efectos sobre el acceso a la salud mental materna y la atención de los TCS. Según la experiencia del grupo de trabajo, nuestro sistema no aborda las necesidades holísticas de la diada madre-hijo. Los principales desafíos incluyen la integración de los servicios en el flujo de trabajo y los registros médicos electrónicos, problemas con el reembolso de los seguros, la escasez de personal y la necesidad de capacitación específica, y la falta de alianzas entre los médicos y la comunidad. Por ejemplo,

el pago conjunto de atención perinatal a menudo no incorpora servicios para trastornos de salud mental y TCS, y viceversa. Además, los centros clínicos (incluidas las maternidades) a menudo carecen de familiaridad con los recursos comunitarios que apoyan la salud mental materna y a los nuevos padres.

Asimismo, estos centros no están ubicados en el mismo lugar que los servicios de apoyo que los nuevos padres suelen necesitar. Por el contrario, la atención perinatal (o primaria) en el mismo lugar o integrada, proporcionada por equipos interdisciplinarios, ofrece acceso a servicios basados en evidencias para trastornos de salud mental y TCS. La atención integrada reduce el estigma y disminuye las cargas y los DSS negativos que enfrentan muchas personas —como la falta de acceso al transporte y al cuidado infantil y las limitaciones de tiempo— cuando necesitan acceder a estos servicios (incluidos los servicios para la violencia de pareja). En áreas con escasez de personal, la atención conjunta e integrada puede reducir la cantidad de personal de apoyo necesario. Los centros que ofrecen atención integrada podrían tener más probabilidades de utilizar programas de acceso a psiquiatría perinatal para abordar las brechas en la experiencia en lugar de negarse a tratar los trastornos de salud mental perinatales y los TCS. Los recursos en el lugar (por ej., miembros del equipo con el tiempo y la experiencia para hablar con los pacientes sobre preocupaciones complejas) y las asociaciones comunitarias establecidas también aumentan la capacidad de los proveedores ocupados para apoyar a las personas que experimentan violencia de pareja, otros traumas relacionados con la violencia de género o DSS negativos. Las colaboraciones en telesalud podrían representar otra vía hacia una mejor coordinación de la atención.

Falta de apoyo sistémico durante los desafíos del posparto

El embarazo y el período posparto representan acontecimientos importantes en el curso de la vida. Los desafíos físicos, mentales, emocionales y prácticos que implica cuidar a un bebé —incluida la falta de sueño, los costos asociados con la atención médica y el cuidado de un recién nacido y el cuidado las 24 horas del día, además de otras responsabilidades— son considerables. Nuestro país carece de la infraestructura a nivel federal y estatal necesaria para apoyar plenamente estos importantes acontecimientos de la vida. Esta infraestructura incluiría licencia médica y familiar paga garantizada, cuidado infantil universal, apoyo total para que los padres y los bebés reciban una nutrición adecuada y acceso equitativo y completo a servicios de atención médica y de salud mental culturalmente relevantes y con conocimiento del trauma. Los problemas sistémicos —que incluyen sistemas de salud mental y médica en su mayoría separados, procesos de seguro complicados, falta de personal para abordar los trastornos de salud mental perinatal y los TCS, falta de conocimiento sobre los recursos de apoyo y la obligación de informar y otras medidas punitivas— también plantean desafíos durante el período posparto. Además, el gobierno federal carece de la infraestructura para liderar los esfuerzos a fin de abordar estos problemas sistémicos.

La falta de licencia médica y familiar remunerada sigue siendo una preocupación primordial, así como el acceso a alimentos saludables y económicos para padres y bebés en todas las comunidades. Los programas actuales de red de seguridad social (por ej., el Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños [[WIC, por sus siglas en inglés](#)]; el Programa de Seguro Médico Infantil [[CHIP, por sus siglas en inglés](#)]; Asistencia Temporal para Familias Necesitadas [[TANF, por sus siglas en inglés](#)]; y el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria [[SNAP, por sus siglas en inglés](#)]) y la asistencia para la vivienda mitigan significativamente el impacto de la pobreza y la inseguridad alimentaria; sin embargo, dadas sus limitaciones o requisitos —como la cobertura insuficiente para quienes viven en extrema pobreza, los límites/requisitos de ingresos, los estrictos requisitos laborales, los difíciles procesos de solicitud, los desafíos de implementación de los programas y las limitaciones de tiempo para los servicios—, estos programas de apoyo no abordan suficientemente estos problemas sociales (Marti-Castañar et al., 2022; Shaefer et al., 2020; Giannarelli et al., 2017; Danziger, 2010 citado en Marti-Castanar et al., 2022).

De hecho, Estados Unidos es uno de los pocos países de altos ingresos que aún no ofrece licencia médica y familiar remunerada (Livingston y Thomas, 2019). Las políticas de licencia médica y familiar remunerada permiten a los trabajadores recibir una compensación cuando se ausentan del trabajo por períodos más largos por razones calificadas (por ej., tener un nuevo hijo, estar enfermo o tener un familiar enfermo) (Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, sin fecha).

En la actualidad, ninguna ley federal influye en estas políticas para el sector privado estadounidense.

Un número cada vez mayor de estados han establecido sus propias políticas. Las políticas de licencia médica y familiar remunerada son importantes porque permiten a los trabajadores dedicarse al empleo y a otras actividades económicas en lugar de abandonar la fuerza laboral para cuidar a sus seres queridos (Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, s.f.). Aunque la [Ley de Licencia Médica y Familiar de 1993](#) está disponible, los investigadores han señalado que los requisitos de la ley sobre un número mínimo de horas trabajadas, la duración del empleo y el tamaño del empleador generan inequidades (Heymann et al., 2021). Algunos investigadores han argumentado que las políticas de licencias remuneradas a nivel nacional (como la licencia por enfermedad remunerada) podrían ayudar a reducir las desigualdades socioeconómicas y de salud (Heymann y Sprague, 2021).

“Sentí que tenía que hacerlo todo, como Superwoman. No dije que estaba triste o que lloraba”.

- J.S., madre de un hijo

En general, la infraestructura fragmentada y los recursos limitados de nuestra nación a menudo ponen la carga de gestionar todos los desafíos del período perinatal sobre las personas y las familias, lo que afecta la salud mental y el bienestar de los padres. Además, algunas personas cuentan con sistemas de apoyo limitados o inexistentes que las ayuden con los aspectos prácticos y emocionales del embarazo y el período posparto. Las personas que carecen de apoyo y recursos personales y cotidianos durante los primeros meses posteriores al parto enfrentan muchos desafíos que pueden afectar su salud mental. Ellos, en particular, se beneficiarían de un sistema de atención que evalúe el nivel de apoyo que tienen las personas y refuerce la asistencia. También es fundamental que la infraestructura y los sistemas se adapten para abordar las consideraciones específicas que enfrentan las adolescentes embarazadas y en el posparto que tienen poco o ningún apoyo, ya que sus necesidades serán diferentes a las de los adultos.

“Con mi segundo [hijo]... me habría ido mejor si me hubiera tomado más tiempo para sanar adecuadamente. [Eso habría sido mejor] para ambos... para mí y para [mi] bebé”.

- C.S., madre embarazada con dos hijos

Como Estados Unidos no cuenta con una política federal de licencia médica y familiar remunerada, muchas personas deben regresar a trabajar antes de estar listas. Esta situación se ve agravada por la escasez de servicios de cuidado infantil económicos y de calidad y puede afectar negativamente la salud mental materna. (Consultar “Pilar 5: Elevar la experiencia vivida”). Un problema que surge durante el período posparto cuando los nuevos padres regresan al trabajo es la alimentación del bebé. La decisión informada de una

persona en el posparto sobre si amamantar como parte de su enfoque hacia la alimentación infantil debe contar con el apoyo de su proveedor y de aquellas personas en quienes confía. El método de alimentación del bebé es una consideración importante para las personas en el posparto. Si bien amamantar tiene muchos beneficios claros tanto para la madre como para el bebé (incluida su asociación con mejores resultados en cuanto a salud mental), la lactancia no siempre es fácil. Algunas evidencias sugieren que las personas que experimentan desafíos con la lactancia que no coinciden con sus expectativas pueden tener más probabilidades de experimentar resultados negativos en su salud mental (Yuen et al., 2022). Es posible que los apoyos necesarios para comenzar y tener éxito en la lactancia (por ej., extractores de leche de alta calidad, consultores de lactancia, entrenadores y programas de apoyo entre pares) no estén disponibles, no estén cubiertos por el seguro o no sean económicos. La falta de infraestructura en el lugar de trabajo (por ej., salas designadas para la lactancia, refrigeradores y adaptación de horarios para la extracción de leche) puede ser una barrera. La presión de los demás puede influir en la decisión de amamantar o no y sus efectos sobre la salud mental. Las afecciones maternas, incluidos los diagnósticos de salud mental o los TCS, pueden requerir medicamentos, y se deben tener en cuenta los riesgos y los beneficios al elegir estrategias óptimas de alimentación infantil. Tanto los proveedores como los pacientes necesitan información actualizada y basada en evidencias para poder participar en la toma de decisiones compartida sobre los riesgos y beneficios de la lactancia para su situación individual y también sobre la continuación de la medicación durante el embarazo y el período posparto. Las repercusiones en la salud mental deben reconocerse y abordarse de forma rutinaria.

El período perinatal: Una oportunidad para abordar los trastornos de salud mental y los trastornos por consumo de sustancias

El período perinatal ofrece una oportunidad única para involucrar a las personas embarazadas y en posparto en debates sobre salud mental y consumo de sustancias, y para intervenir con quienes tienen trastornos de salud mental y TCS. También brinda oportunidades para abordar cuestiones que afectan la salud mental y el bienestar maternos, como los DSS negativos y las experiencias de violencia de género y otros traumas. En general, las personas embarazadas y en período de posparto participan activamente en el sistema de atención médica. Una persona con un embarazo sin complicaciones tiene un promedio de 25 interacciones con proveedores de atención médica durante el período perinatal. Pero algunas experiencias, como la hospitalización del bebé en la UCIN o la hospitalización prolongada de la madre, pueden interrumpir las oportunidades de detección de trastornos de salud mental perinatales y TCS. Los sistemas de apoyo podrían ayudar a garantizar que no se desaprovechen las oportunidades de detectar estas afecciones. Además, las mujeres embarazadas y en período de posparto suelen interactuar con proveedores comunitarios no médicos, como doulas, educadores de parto, consultores de lactancia, visitadores domiciliarios y trabajadores de salud comunitarios. Estos proveedores comunitarios no médicos a menudo tienen relaciones sólidas y de confianza con sus clientes y están bien situados para brindar educación sobre los trastornos de salud mental materna, los TCS y otros temas, además de compartir recursos. El período perinatal también ofrece una oportunidad única de tener un enfoque de dos generaciones al abordar estas cuestiones que, si no se tratan, pueden tener efectos negativos a largo plazo en el curso de la vida de la madre y del niño.

“Cuando me preguntaron sobre mi salud mental, sentí que la salud mental y las emociones eran una preocupación legítima”.

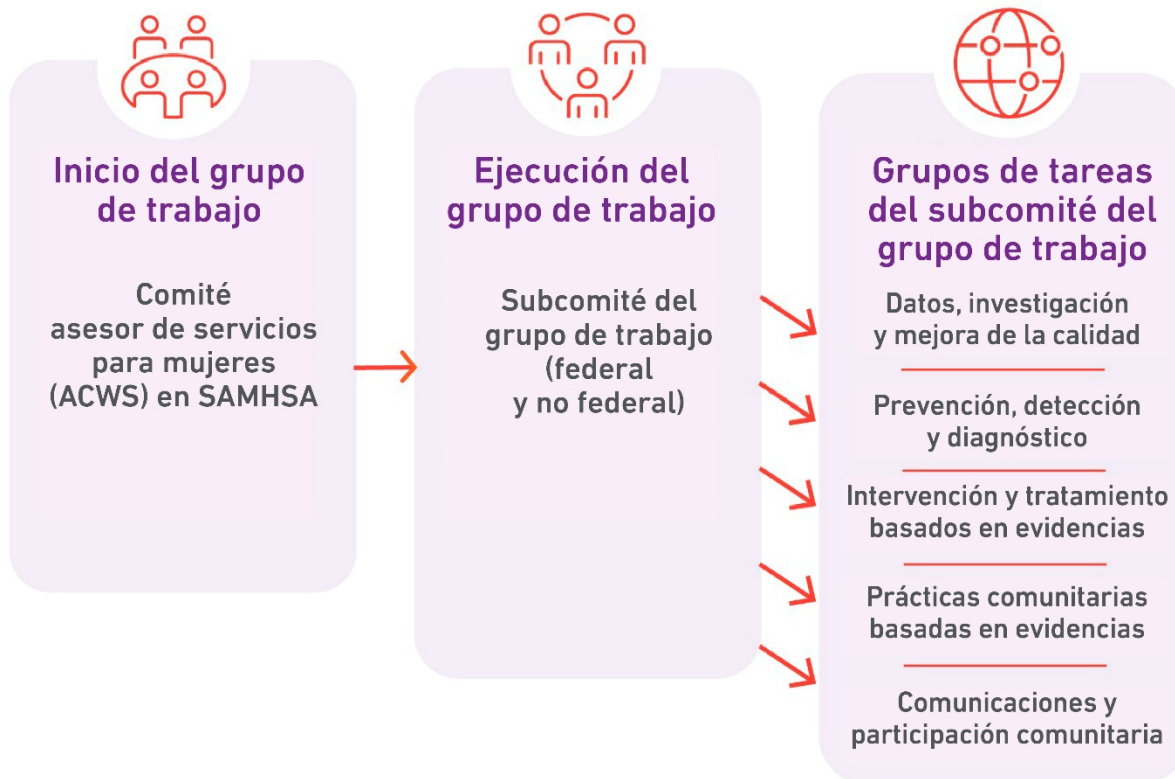
- S.B., madre de dos hijos

Introducción

La autorización del Congreso de los requisitos de reuniones e informes del grupo de trabajo tiene como objetivo abordar la crisis de salud mental materna al solicitar una mayor colaboración dentro del gobierno federal, enfatizando las mejores prácticas relacionadas con los trastornos de salud mental materna y los trastornos por consumo de sustancias (TCS), y requiriendo que el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna desarrolle una estrategia nacional que sirva como modelo para mejorar la atención de la salud mental materna y los TCS. La acción del Congreso fue motivada por las consecuencias individuales y sociales de estas afecciones cuando no se tratan, así como por los esfuerzos de defensa. El HHS formó el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna como un subcomité del Comité Asesor de Servicios para Mujeres (ACWS) de SAMHSA en respuesta a una directiva del Congreso para abordar esta crisis de salud pública ([Ley de Asignaciones Consolidadas de 2023 \[Ley Pública 117-328, Sección 1113\]](#)). Los miembros del grupo de trabajo desarrollaron las recomendaciones de esta estrategia nacional a partir de su experiencia y debates colectivos, la revisión de la literatura pertinente, sesiones de escucha con partes interesadas a nivel estatal y local y comentarios públicos. El grupo de trabajo también tuvo en cuenta los aportes de personas que tienen conocimiento y experiencia directa en estas afecciones (incluidos los proveedores). (Consulte “Pilar 5: *Elevar la experiencia vivida*”). Dada la urgencia de la crisis de salud mental materna, se agilizó la publicación de este documento y del *Informe complementario del Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna al Congreso* para acelerar la implementación de las recomendaciones del grupo de trabajo. El informe al Congreso detalla los métodos del comité.

El grupo de trabajo es un subcomité de [ACWS de SAMHSA](#) y está sujeto a la Ley del Comité Asesor Federal (FACA, por sus siglas en inglés). Las agencias principales son la Oficina de Salud de la Mujer (OWH, por sus siglas en inglés) de la Oficina del Secretario de Asistencia para la Salud (OASH, por sus siglas en inglés) del HHS y la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés).

Organización del Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna



De un vistazo: Miembros y métodos del grupo de trabajo

Miembros del grupo de trabajo

- Expertos en obstetricia y ginecología, salud maternoinfantil, psicología clínica y de investigación, psiquiatría, asesoramiento, violencia de género (VG), políticas estratégicas, salud conductual comunitaria, asociaciones federales-comunitarias y otras áreas relevantes.
- Más de 100 miembros de diversos orígenes.
- Miembros tanto federales como no federales.
- Miembros federales que dirigen departamentos y agencias (o las personas designadas por los líderes) con competencias que incluyen la salud y la atención médica materna e infantil, los servicios para trastornos de salud mental y TCS y los esfuerzos de vigilancia y recopilación de datos.
- Miembros no federales con experiencia en salud mental materna, reclutados a través de múltiples avisos en el *Registro Federal*, incluidos defensores, representantes de entidades sin fines de lucro, representantes de centros de políticas, proveedores, representantes de sociedades médicas y profesionales, representantes de la industria y personas que han vivido la experiencia.
- Personas que han vivido la experiencia de trastornos de salud mental materna y TCS (incluso como proveedores de atención).

Métodos del grupo de trabajo

- El grupo de trabajo consultó revisiones de programas federales y nacionales, consultó una revisión de literatura, llevó a cabo cuatro sesiones de escucha virtuales de 1 hora para recibir aportes a nivel estatal y local de representantes de grupos nacionales clave de partes interesadas, obtuvo comentarios públicos a través de una solicitud de información (RFI, por sus siglas en inglés) y consultó el informe titulado *Maternal Mental Health: Lived Experience [Salud mental materna: experiencia vivida]*, completado por el Servicio Digital de EE. UU. (USDS, por sus siglas en inglés).
- Cinco grupos de tareas del grupo de trabajo se reunieron virtualmente unas 40 veces (de 1 a 2 horas cada vez) entre noviembre de 2023 y abril de 2024 para generar las conclusiones y redactar recomendaciones para esta estrategia nacional.
- Entre noviembre de 2023 y abril de 2024 se celebraron 10 reuniones de control de los copresidentes del grupo de tareas.
- Se celebraron cinco reuniones de todo el grupo de trabajo y dos reuniones de miembros del grupo de trabajo federal para perfeccionar los borradores de la estrategia nacional en marzo y abril de 2024.
- Se celebraron dos reuniones con la ACWS para aprobar la estrategia nacional y sus recomendaciones (la primera reunión fue para la aprobación en principio y la segunda reunión fue para la aprobación del texto final) en abril de 2024.
- Se está trabajando para actualizar y complementar periódicamente el informe al Congreso y a la estrategia nacional, con fecha de finalización el 30 de septiembre de 2027.

Agencias federales participantes

- [Administración para Niños y Familias \(ACF, por sus siglas en inglés\)](#)
- [Administración para la Vida en Comunidad \(ACL, por sus siglas en inglés\)](#)
- [Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica \(AHRQ, por sus siglas en inglés\)](#)
- [Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades \(CDC, por sus siglas en inglés\)](#)
- [Centro de Asociaciones Religiosas y Vecinales \(Centro de Colaboración\)](#)
- [Centros de Servicios de Medicare y Medicaid \(CMS, por sus siglas en inglés\)](#)
- [Administración de Alimentos y Medicamentos \(FDA, por sus siglas en inglés\)](#)
- [Administración de Recursos y Servicios de Salud \(HRSA, por sus siglas en inglés\)](#)
- [Oficina del Subsecretario de Salud \(OASH, por sus siglas en inglés\) del HHS](#)
- [Oficina del Subsecretario de Planificación y Evaluación \(ASPE, por sus siglas en inglés\) del HHS](#)

De un vistazo: Miembros y métodos del grupo de trabajo

- [Oficina de Asuntos Intergubernamentales y Externos \(IEA, por sus siglas en inglés\) del HHS](#)
- [Servicio de Salud Indígena \(IHS, por sus siglas en inglés\)](#)
- [Institutos Nacionales de la Salud \(NIH, por sus siglas en inglés\)](#)
- [Oficina de Administración y Presupuesto \(OMB, por sus siglas en inglés\)](#)
- [Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias \(SAMHSA\)](#)
- [Departamento de Seguridad Nacional \(DHS, por sus siglas en inglés\) de los Estados Unidos](#)
- [Departamento de Defensa \(DOD, por sus siglas en inglés\) de los Estados Unidos](#)
- [Departamento de Trabajo \(DOL, por sus siglas en inglés\) de los Estados Unidos](#)
- [Departamento de Asuntos de los Veteranos \(VA, por sus siglas en inglés\) de EE. UU.](#)
- [Servicio Digital de EE. UU. \(USDS, por sus siglas en inglés\)](#)

La estrategia nacional del Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna y su informe al Congreso son una parte importante de esfuerzos federales más amplios para abordar la salud general de las mujeres (incluida su salud mental) y la salud materna en particular en todo el país. Los documentos del grupo de trabajo están alineados con múltiples iniciativas en curso, incluidas las siguientes:

- [La Iniciativa de la Casa Blanca para la Investigación sobre la Salud de la Mujer;](#)
- [Proyecto de la Casa Blanca para abordar la crisis de salud materna;](#)
 - El grupo de trabajo señala que el *Proyecto de la Casa Blanca para abordar la crisis de salud materna* hace **recomendaciones que abordan la salud mental materna**, entre ellas:
 - mejorar la recopilación de datos
 - centrarse en los veteranos
 - expandir la Línea Nacional de Emergencia de Salud Mental Materna
 - integrar apoyos para trastornos de salud mental y TCS en entornos comunitarios
 - Para acompañar el proyecto, la Oficina de Política Nacional para el Control de Drogas —con aportes de otras agencias federales, incluida SAMHSA— desarrolló [Trastorno por consumo de sustancias durante el embarazo: cómo mejorar los resultados para las familias](#).
- La [Colaboración de la Secretaría del HHS para la salud materna posparto](#) con seis estados (Iowa, Massachusetts, Maryland, Michigan, Minnesota y Nuevo México);
- La campaña [Hear Her](#) (con [recursos para indígenas estadounidenses y nativas de Alaska](#)) (CDC);
- El [Plan de acción para la atención de la maternidad](#) (CMS);
- El [Modelo de Transformación de la Salud Materna](#) (CMS);
- La [Iniciativa para mejorar la salud materna](#) (HRSA);
- La [Línea Nacional de Emergencia de Salud Mental Materna](#) (HRSA);
- La campaña [Hablemos sobre la depresión posparto](#) (OWH); y
- Las comunidades de aprendizaje sobre salud mental materna de asistencia técnica estatal (SAMHSA).

La coordinación entre las agencias federales, junto con la colaboración con los numerosos socios del gobierno federal, es esencial para maximizar el impacto de estos esfuerzos. Con la publicación de esta estrategia nacional, el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna indica un camino a seguir para que todo el gobierno federal coordine sus numerosas actividades, iniciativas y programas en curso con el objetivo de abordar las barreras analizadas. Las agencias federales individuales proporcionaron información sobre los programas federales analizados para las recomendaciones, y algunos de los textos citan o parafrasean sus sitios web y otras publicaciones y materiales de las agencias. El trabajo del gobierno federal debe incluir asociaciones continuas con estados, territorios estadounidenses, jurisdicciones locales y tribus. Si bien el informe al Congreso y esta estrategia nacional analizan recomendaciones y posibles asociaciones con los estados, el grupo de trabajo también elaborará un informe para todos los gobernadores de los EE. UU. que detalle otras oportunidades de asociaciones a nivel local y estatal y recomendaciones específicas para los estados. Las colaboraciones del gobierno federal también deben incluir entidades públicas y privadas, la industria, los defensores, las asociaciones médicas y profesionales, las comunidades y las personas que vivieron esa experiencia

y sus familias. En toda esta estrategia nacional, se hace hincapié en aprovechar y ampliar los programas, recursos y experiencia federales, así como las prácticas basadas en evidencias.

La implementación de la estrategia nacional proporcionará un modelo para construir la infraestructura necesaria para apoyar la salud mental y el bienestar de todas las personas embarazadas y en posparto, sus hijos, sus familias y las comunidades en todo el país.

Público, alcance y visión de la estrategia nacional

Público

El público objetivo principal de esta estrategia nacional es el gobierno federal, es decir, el Congreso y el poder ejecutivo, incluidos los numerosos departamentos y agencias federales que encabezan la prestación de atención y servicios de salud en las comunidades. Obsérvese que a veces las recomendaciones especifican una entidad particular dentro del gobierno federal y que en otras ocasiones no se especifica ninguna agencia o entidad en particular porque se da a entender que se necesita un enfoque de todo el gobierno.

Sin embargo, el trabajo del gobierno federal no puede llevarse a cabo sin colaboraciones y asociaciones con los estados, entidades públicas y privadas, la industria, los defensores, las asociaciones médicas y profesionales, las comunidades y las personas que vivieron esa experiencia y sus familias. Por lo tanto, esta estrategia nacional también se dirige a esos colaboradores y socios e identifica oportunidades para que se unan a fin de cambiar el panorama nacional de la salud mental perinatal y la atención del consumo de sustancias.

Alcance

El Congreso encomendó al grupo de trabajo la tarea de elevar las mejores prácticas y mejorar la coordinación federal para abordar la salud mental perinatal, el consumo de sustancias y su coexistencia (Ley de Asignaciones Consolidadas, 2023). Según la legislación que la autoriza, el alcance de la estrategia nacional es describir cómo el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna (así como los departamentos y agencias federales representados en el grupo de trabajo) “pueden mejorar la coordinación con respecto al tratamiento de los trastornos de salud mental materna, que incluye:

- Aumentar la prevención, la detección, el diagnóstico, la intervención, el tratamiento y el acceso a la atención de salud mental materna, incluida la atención clínica y no clínica —como la proporcionada por trabajadores de apoyo entre pares y trabajadores sanitarios de la comunidad—, a través de los sectores público y privado;
- Brindar apoyo relacionado con la prevención, detección, diagnóstico, intervención y tratamiento de trastornos de salud mental perinatal, incluidas las familias, según corresponda;
- Reducir las disparidades raciales, étnicas, geográficas y de otro tipo relacionadas con la prevención, el diagnóstico, la intervención, el tratamiento y el acceso a la atención de salud mental materna;
- Identificar oportunidades para modificar, fortalecer y coordinar mejor los programas federales existentes de salud materna e infantil para mejorar la detección, el diagnóstico, la investigación, la prevención, la identificación, la intervención y el tratamiento de la salud mental perinatal y el TCS con respecto a la salud mental materna; y
- Mejorar la planificación, la coordinación y la colaboración entre departamentos, agencias, oficinas y programas federales”.

El grupo de trabajo destaca los siguientes imperativos transversales a toda esta estrategia nacional:

- La necesidad de mejorar **la equidad y el acceso** a la atención y los servicios perinatales mediante la dirección de recursos a las personas, familias y comunidades que experimentan de manera desproporcionada estos trastornos de salud mental materna, consumo de sustancias y TCS;
- El importante papel de **la coordinación federal** en la construcción de una infraestructura y un entorno que apoyen la salud mental materna y de las familias;
- La contribución esencial del **apoyo y la atención culturalmente pertinentes** proporcionados por miembros del personal que comprenden el papel de las perspectivas de las madres de comunidades

de escasos recursos en el fortalecimiento de la salud mental materna; y

- La necesidad de **enfoques de atención y servicios que tengan en cuenta el trauma** y la importancia de la capacitación y la educación en esta área entre proveedores, programas y organizaciones.

Visión

El grupo de trabajo espera que su labor —esta estrategia nacional, el informe al Congreso y los informes y actualizaciones posteriores— mejore la salud mental y el bienestar materno de todas las personas y comunidades de todo el país. **El grupo de trabajo prevé que la salud mental perinatal y la atención por consumo de sustancias en nuestro país serán fluidas e integradas en los sistemas médicos, comunitarios y sociales, de modo que ya no habrá distinción entre atención médica física y mental y que los modelos de atención y apoyo serán innovadores y sensibles a las experiencias de las personas, la cultura y la comunidad.**

Llamamiento a la acción

El grupo de trabajo resume el panorama nacional actual en materia de trastornos de salud mental materna y TCS:

- Existe una alta prevalencia de muertes relacionadas con el embarazo, y los trastornos de salud mental materna y los TCS contribuyen significativamente a ello.
- Las disparidades afectan de manera desproporcionada a las personas con mayor riesgo de sufrir trastornos de salud mental y TCS perinatales.
- La violencia de género y los determinantes sociales de la salud (DSS) son factores contribuyentes.
- Hay una falta de políticas, programas y sistemas cohesivos; y
- Se han perdido muchas oportunidades de involucrar a personas embarazadas y en período de posparto.

Ante este panorama, el grupo de trabajo pide lo siguiente para lograr la visión antes mencionada:

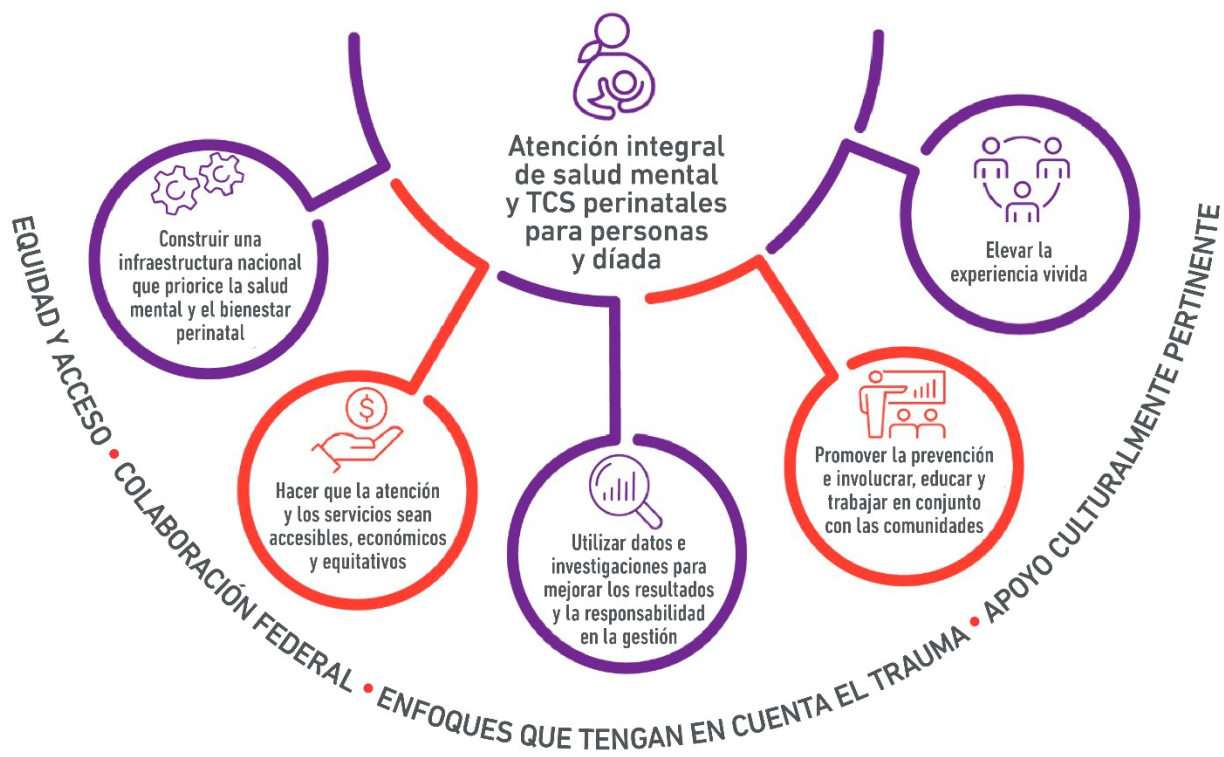
- Educación —y debate— regular y respetuosa sobre los trastornos de salud mental materna y los TCS (junto con la consideración de los DSS y la violencia de género) para todas las personas durante el período perinatal;
- Caminos claros para conectar a las personas afectadas por trastornos de salud mental materna y TCS con una atención que sea integral, equitativa, asequible, que tenga en cuenta el trauma, centrada en el paciente y cultural y lingüísticamente pertinente; y
- Atención con personal adecuado que se centra en la díada madre-hijo con enfoques bigeneracionales y garantiza que el tratamiento adecuado esté disponible en el momento oportuno.

Como se describe en el informe al Congreso, se están llevando a cabo programas federales, así como esfuerzos estatales y locales, para hacer realidad esta visión. Estos esfuerzos emplean prácticas prometedoras basadas en evidencias y fundadas en pruebas (ver las definiciones en “Lenguaje utilizado en esta estrategia nacional”), muchas de las cuales también se detallan en el informe al Congreso. En toda esta estrategia nacional, el grupo de trabajo destaca algunos programas federales, esfuerzos estatales y locales, modelos y mejores prácticas, sugiriendo formas en que la coordinación federal podría ampliar estas medidas efectivas. El grupo de trabajo también describe lo que el gobierno federal podría hacer, en colaboración con su diversa gama de socios públicos y privados, para promover la salud mental materna y prevenir los TCS en todas las personas embarazadas y en período de posparto.

Algunas de las recomendaciones descritas en esta estrategia nacional son viables a corto plazo, mientras que otras representan objetivos aspiracionales para trabajar a lo largo de muchos años. La estrategia nacional se estructura en torno a cinco pilares, cada uno de los cuales está respaldado por prioridades y recomendaciones para mejorar la atención y los servicios para los trastornos de salud mental materna y los TCS. Las voces de las personas que han vivido la experiencia se escuchan en toda esta estrategia nacional, incluso en citas de *Salud Mental Materna: experiencia vivida*. El Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna actualizará periódicamente la estrategia nacional, un documento vivo que informará al Congreso sobre los esfuerzos del gobierno federal y describirá el estado actual de esta área crucial de la salud pública en los Estados Unidos.

Recomendaciones del Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna

Como subcomité del ACWS, el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna desarrolló recomendaciones para coordinar y mejorar las actividades federales relacionadas con el abordaje de los trastornos de salud mental materna y los TCS. Su comité matriz, FACA, aprobó todas las recomendaciones, que se presentan en el marco de cinco pilares (con prioridades en cada uno de ellos). Las recomendaciones no reflejan necesariamente los puntos de vista, opiniones o posiciones de ninguno de los departamentos o agencias participantes. El marco organizativo de las recomendaciones se muestra en la siguiente figura. Si bien la sección de antecedentes de esta estrategia nacional proporciona las razones generales de las recomendaciones en su conjunto, cada recomendación está respaldada por una breve justificación (“¿Por qué?”) y actividades de implementación sugeridas por el gobierno federal (“¿Cómo?”). Las actividades son amplias y ambiciosas y dependerán de la colaboración federal con múltiples socios, incluidos los gobiernos estatales, locales, tribales y territoriales; la industria; asociaciones profesionales y científicas; organizaciones comunitarias; y comunidades de todo el país, para cambiar el panorama nacional de la salud mental perinatal y la atención por consumo de sustancias y, en última instancia, mejorar las vidas de las personas con estas afecciones.



Pilar 1: Construir una infraestructura nacional que priorice la salud mental y el bienestar perinatal

En la actualidad, nuestro país carece de la infraestructura y el entorno necesarios para apoyar suficientemente la salud mental y el bienestar maternos. Faltan leyes y políticas federales para apoyar la licencia parental y el cuidado infantil; las actividades a nivel federal requieren una mejor coordinación; los sistemas de atención a menudo están fragmentados y no cubren las necesidades de la díada madre-bebé; y algunas políticas son estigmatizantes y punitivas, sobre todo en torno a los trastornos por consumo de sustancias (TCS) maternos.

Las recomendaciones que respaldan el Pilar 1 incluyen establecer leyes, políticas, programas y mecanismos federales pertinentes para priorizar y desestigmatizar la atención de la salud mental y los TCS perinatales; mejorar las disparidades; integrar la atención de la salud física y mental; e implementar educación universal, prevención, detección, tratamiento y apoyo a la recuperación de los trastornos de salud mental materna y los TCS.

Prioridad 1.1: Establecer y mejorar políticas federales que promuevan modelos integrados de atención perinatal y de salud mental/TCS con apoyo holístico para las díadas madre-hijo y las familias desde equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios.

Recomendación 1.1.1

Promulgar leyes federales y alinear incentivos para los estados, el Distrito de Columbia (D.C.) y los territorios para reflejar la expansión, el financiamiento y la mejora de los modelos integrados de atención perinatal y de salud mental/TCS a nivel federal y estatal que involucran equipos multidisciplinarios e interdisciplinarios que se extienden desde el embarazo hasta al menos 1 año después del parto, incluidas prácticas de dos generaciones (atención materna y pediátrica), detección y prevención basadas en evidencias, provisión de tratamiento y vínculos con servicios de seguimiento y apoyo.

¿Por qué?

En la atención médica integrada, equipos de profesionales de la salud multidisciplinarios colaboran para brindar atención al paciente. Este enfoque se caracteriza por un alto grado de colaboración y comunicación entre los miembros del equipo de atención médica. Todos los profesionales de la salud del equipo comparten información sobre la atención al paciente para que se pueda desarrollar un plan de tratamiento integral individualizado (American Psychological Association, 2013). En la experiencia del grupo de trabajo, la atención perinatal integrada es holística y considera los efectos de las situaciones de la vida (por ej., los determinantes sociales de la salud [DSS] y la violencia de pareja [IPV]) sobre la salud y la capacidad de participar en la atención. Los modelos de atención integrada no separan la salud física de la mental y se centran en la promoción y la prevención de la salud más que en el tratamiento. Esta recomendación también se basa en una prioridad estratégica delineada en la [Hoja de ruta del HHS para la integración de la salud conductual](#).

Según la experiencia del grupo de trabajo, los modelos de atención integrada facilitan la detección universal de las afecciones de salud perinatal y los TCS, una práctica que reduce el estigma y ofrece oportunidades para brindar educación y recursos a los pacientes (por ej., folletos, videos, aplicaciones móviles y sitios web). Los modelos existentes de atención integrada basados en evidencias son eficaces y podrían mejorarse y ampliarse, con el potencial de lograr un aumento significativo en los resultados positivos. Por ejemplo, la implementación de MOMCare en el sistema de salud pública de los condados de Seattle y King para mujeres embarazadas con trastorno depresivo mayor o distimia condujo a una reducción en la gravedad de la depresión. Este programa, que resultó rentable, mejoró las tasas de adherencia a la atención y la remisión de la depresión (Grote et al., 2015). Como se describe en el informe del grupo de trabajo al Congreso, los programas federales que ofrecen atención integrada incluyen el Modelo de Uso Indebido Materno de Opiáceos (MOM, por sus siglas en inglés) y la Planificación y Recursos de Educación Reproductiva Perinatal (PREPARE, por sus siglas en inglés).

Las investigaciones apoyan la ampliación de la cobertura de atención del embarazo hasta un año después del parto. Entre las muertes relacionadas con el embarazo por suicidio, sobredosis de drogas y otras causas asociadas con trastornos de salud mental y TCS analizadas entre 2008 y 2017, casi dos tercios (63 por ciento) ocurrieron entre 43 y 365 días después del parto (en comparación con el 18 por ciento de las muertes por otras causas) (Trost et al., 2021). Entre las mujeres que informaron síntomas depresivos posparto entre los 9 y 10 meses, el 57.4 por ciento no informó estas experiencias entre los 2 y 6 meses, un hallazgo que subraya la importancia de atender la salud mental materna durante todo el año posterior al parto (Robbins et al., 2023). La ampliación de la cobertura del embarazo garantiza la continuidad de la atención, traspasos cálidos y derivaciones y vínculos con atención primaria o sistemas de apoyo de salud mental.

¿Cómo?

- Esta recomendación exige la integración de la atención de salud mental y la atención por consumo de sustancias en todos los entornos perinatales pertinentes, como consultorios de obstetricia, consultorios de atención médica primaria, entornos ambulatorios pediátricos, salas de emergencia, entornos de pacientes hospitalizados (incluidas las unidades médicas), entornos de parto y nacimiento, unidades de posparto y unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN).
- Los servicios integrados en estos modelos de atención deben incluir detección basada en evidencias, prevención, evaluación, tratamiento, derivación y servicios de seguimiento; servicios de tratamiento diádico (madre-hijo) basados en evidencias para abordar tanto los trastornos de salud mental como los TCS de los padres y las preocupaciones de salud mental asociadas en la primera infancia cuando estén presentes; personal de apoyo no clínico —como trabajadores de salud comunitarios, doulas y especialistas en apoyo entre pares— para facilitar vínculos culturalmente receptivos a los servicios en la comunidad y ayudar con la detección y el suministro de recursos para abordar los DSS; orientación sobre cómo lugares atípicos para la atención y los servicios (como cárceles, prisiones y oficinas del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños [WIC]) pueden integrar la salud mental y el tratamiento de TCS en su prestación de servicios; detección, educación del paciente y servicios para la violencia de género (VG) y otros traumas; y coordinación con organizaciones comunitarias para proporcionar al menos 1 año de apoyo de seguimiento en la comunidad.
- Todos los componentes de los modelos de atención integrada deben estar incorporados en los registros médicos electrónicos del consultorio o en sistemas de documentación equivalentes y tenerse en cuenta al momento de la facturación.
- Se deberían establecer incentivos y brindar apoyo a los estados para ofrecer un mayor reembolso por los servicios de detección y tratamiento relacionados con la salud mental perinatal y las afecciones por el consumo de sustancias (Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica, s.f.).
- Deben seguirse las directrices establecidas sobre la integración, como la [Guía para la integración de la atención de salud mental en la práctica obstétrica](#) del American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), la [Guía para la Integración de la Salud Mental Perinatal en Servicios de Salud Maternoinfantil](#) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la [información sobre la integración de la salud conductual para mujeres embarazadas y en posparto](#) de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Sanitaria (AHRQ).
- Se deben establecer y ampliar políticas e incentivos federales para alentar a todos los estados a promover y mantener la permanencia de la cobertura de Medicaid relacionada con el embarazo.
- El Congreso y el poder ejecutivo deberían promulgar leyes que hagan lo siguiente:
 - Exigir (en lugar de solo ofrecer una opción) que todos los estados, todos los territorios y D.C. amplíen la cobertura de Medicaid y del Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) de 60 días a 1 año después del embarazo, además de brindar información sobre cómo usar estos beneficios a proveedores, pacientes y comunidades (Ley MOMMIES, 2023).
 - Exigir que todos los estados, el D.C. y todos los territorios proporcionen cobertura de Medicaid al personal de apoyo no clínico, como trabajadores de salud comunitarios, doulas, facilitadores de salud, especialistas en apoyo entre pares, consultores de lactancia y consejeros/especialistas en violencia de género.
 - Exigir que todos los estados, el D.C. y todos los territorios proporcionen cobertura de Medicaid para servicios de salud mental y TCS familiares diádicos. Asegurarse de que los proveedores puedan facturar los servicios prestados tanto a la madre como al bebé durante la misma consulta (es decir, que no solo uno de ellos sea el paciente identificado).
- Debería haber incentivos y apoyo para que los estados y los pagadores privados implementen la misma cobertura descrita anteriormente.
- En ausencia de una ley federal, las agencias federales deberían alentar a más estados a optar por los beneficios de Medicaid para los servicios prestados por personal de apoyo no clínico, como trabajadores de salud comunitarios, doulas y especialistas en apoyo entre pares. Al 1 de julio de 2022, 29 estados que habían respondido a la 22.ª Encuesta anual de presupuesto de Medicaid de KFF informaron que permitían el pago de Medicaid por los servicios de los trabajadores de salud comunitarios (Haldar y Hinton, 2023).

- Se deberían financiar, ampliar y difundir los modelos que han funcionado, incluidos los siguientes:
 - El [Programa de Servicios Integrados de Salud Materna \(IMHS\)](#) fomenta el desarrollo y la demostración de modelos integrados de servicios de salud materna, como el Hogar Médico de Maternidad, con el objetivo de promover la equidad y apoyar la atención integral para mujeres embarazadas y en posparto de comunidades de escasos recursos.
 - El Centro AIMS de la Universidad de Washington ofrece una [Guía integral de implementación del Modelo de Atención Colaborativa](#), que es un modelo basado en evidencias que demuestra resultados positivos en el ámbito de la atención médica primaria (Melek et al., 2018) y también se ha demostrado que reduce las disparidades raciales en la atención (Comité de Atención Integrada de la American Psychiatric Association, s.f.). El administrador de atención conductual actúa como eje del Modelo de Atención Colaborativa. Los administradores de atención (a menudo trabajadores sociales clínicos, psicólogos o enfermeros por formación) actúan como el principal punto de contacto tanto para los pacientes como para los obstetras.
 - La [Academia de salud conductual integrada en Denver Health](#) utiliza los sistemas y el personal de tratamiento de salud mental y consumo de sustancias existentes para crear un proceso universal de detección y tratamiento de trastornos perinatales del estado de ánimo y de ansiedad en clínicas obstétricas (Lomonaco-Haycraft et al., 2019).
 - La [New Jersey Birth Equity Funders Alliance](#) tiene un modelo eficaz para proporcionar subvenciones a organizaciones comunitarias que se centran en reducir las disparidades.
- La capacitación debería incorporarse a los programas federales de asistencia técnica, y los programas de capacitación que han sido eficaces deberían difundirse (por ej., los programas de capacitación para administradores de atención integrada identificados por Miller y colegas [2020]).
- Se podrían crear centros de atención de maternidad (MCC, por sus siglas en inglés) para abordar los problemas de tener una mano de obra limitada y desiertos de atención de maternidad y brindar atención integrada (inspirada en las clínicas de salud conductual comunitarias certificadas [CCBHC, por sus siglas en inglés] y los centros de salud con calificación federal [FQHC, por sus siglas en inglés]), que incluya programas de acceso a psiquiatría, facilitadores entre pares, doulas, trabajadores de salud comunitarios y proveedores de atención de salud mental y consumo de sustancias con licencia. Esto debe incluir un programa y un proceso sólidos para la proyección, el control, el desarrollo y el despliegue de la mano de obra.

Recomendación 1.1.2

Promulgar leyes federales que exijan la implementación de 6 meses de licencia médica y familiar remunerada y cuidado infantil universal en todos los estados, el Distrito de Columbia y todos los territorios de EE. UU.

¿Por qué?

Licencia médica y familiar remunerada a nivel federal. Los beneficios que la licencia médica y familiar remunerada a nivel federal tendría para la salud mental perinatal surgieron como un tema general en las discusiones del grupo de trabajo, las sesiones de escucha y los comentarios públicos. Los países que ofrecen licencia médica y familiar remunerada por ley tienen mejores resultados en materia de salud y bienestar maternoinfantil (Alianza Nacional para Mujeres y Familias, 2021). Entre los 41 países examinados en un análisis, Estados Unidos fue el único que no ofreció ningún tipo de licencia médica o familiar remunerada a nivel nacional (Livingston y Thomas, 2019).

Sin una política federal de licencia médica y familiar remunerada, aproximadamente una cuarta parte de las nuevas madres regresan a trabajar dentro de las 2 semanas posteriores al parto. Las investigaciones sugieren que las políticas a nivel estatal que facilitan a las personas la extensión de las licencias médicas y familiares remuneradas pueden mejorar los resultados de salud mental materna. (Coombs et al., 2022). A partir de febrero

“No quería volver a trabajar, pero Estados Unidos no está preparado para que las madres se queden en casa y vivan con un solo ingreso, así que eso no era algo que podíamos hacer”.

- K.L., madre de dos hijos

de 2024, a los empleados federales se les ofrecen 12 semanas de licencia familiar y médica remunerada. El Departamento de Defensa de los Estados Unidos también ha ampliado la licencia médica y familiar remunerada a 12 semanas para los miembros del servicio y ofrece licencia de convalecencia para la recuperación del embarazo y el parto (Vergun, 2023). Solo 13 estados más el Distrito de Columbia tienen sistemas obligatorios de licencia médica y familiar remunerada. En los estados con licencia médica y familiar remunerada, muchos padres necesitan educación y asistencia para completar la documentación para la licencia. Además, el tiempo que transcurre hasta recibir el pago inicial puede ser un desafío para quienes tienen bajos ingresos.

La licencia médica y familiar remunerada puede tener un impacto positivo directo y duradero en la salud mental y el bienestar tanto de los padres como de los hijos (Herrick, 2023). Por ejemplo, la licencia por maternidad o paternidad puede ayudar a aliviar los síntomas de salud mental al prevenir o reducir el estrés asociado con el parto y la infancia y aumentar el tiempo de vinculación entre padres e hijos. Hay cierta evidencia de que la licencia familiar y médica remunerada reduce la inestabilidad financiera del hogar, lo que disminuye la pobreza y el estrés que podrían provocar síntomas de salud mental y otros resultados negativos, como la violencia familiar (Bullinger et al., 2024).

Cuidado infantil universal. El cuidado infantil económico y de alta calidad puede ofrecer enormes beneficios a las familias y a la economía en general (Herrick, 2023). En la actualidad, más de 3 millones de familias carecen de acceso a servicios de cuidado infantil y la mayoría de las familias se enfrentan al desafío del costo del cuidado infantil (Herrick, 2023). Además, a menudo, a las personas que trabajan en el sector del cuidado infantil se les pagan salarios inferiores a los requeridos. Es crucial que nuestra nación construya la infraestructura para un sistema de cuidado infantil sólido, incluido el aumento de los salarios de los trabajadores de cuidado infantil, para apoyar la salud mental y el bienestar de los padres, los niños y las familias.

¿Cómo?

Licencia médica y familiar remunerada.

- El gobierno federal debería identificar formas de apoyar al [Grupo de Trabajo Bipartidista sobre Permiso Familiar Remunerado de la Cámara de Representantes](#) (lanzado en enero de 2023).
 - El grupo de trabajo sugiere una duración de la licencia médica y familiar remunerada de al menos 6 meses (Earle y Heymann, 2019).
- Para los estados donde puede resultar difícil implementar esta legislación de manera oportuna, el gobierno federal debería ofrecer apoyo y asistencia técnica para su implementación.

Cuidado infantil universal.

- El Congreso y el poder ejecutivo deben implementar una serie de acciones, entre ellas las siguientes:
 - Ampliación de los créditos fiscales pertinentes, como los créditos fiscales por hijo y los créditos fiscales para empleadores que brindan servicios de cuidado infantil. (Por ejemplo, el Crédito para Cuidado Infantil Proporcionado por el Empleador del Servicio de Impuestos Internos “ofrece a los empleadores un crédito fiscal de hasta \$150,000 por año para compensar el 25 por ciento de los gastos de instalaciones de cuidado infantil calificadas y el 10 por ciento de los gastos de recursos y referencias de cuidado infantil calificados” [[Código 26 de EE. UU. 45F](#)]).
 - Establecer políticas que proporcionen subsidios para el cuidado infantil y ampliar los programas actuales de subsidios federales para el cuidado infantil.
 - Consideración de los ingresos federales universales durante el período posparto.
 - Promulgar leyes que establezcan un salario mínimo universal y beneficios de salud para todos los trabajadores de cuidado infantil.
- El gobierno federal debería establecer incentivos y apoyo para que los gobiernos estatales y locales aprovechen una variedad de fuentes de financiamiento diferentes para aumentar los salarios y los beneficios de la fuerza laboral de educación de la primera infancia (ECE, por sus siglas en inglés).

- El gobierno federal debería trabajar con los gobiernos estatales y locales para mejorar los esfuerzos de educación del consumidor a fin de que sean cultural y lingüísticamente sensibles para llegar a más familias y mejorar su acceso a programas y servicios de educación y cuidado temprano.
- El gobierno federal debería facilitar las asociaciones entre los gobiernos estatales y locales y las instituciones de educación superior para mejorar las trayectorias profesionales y las oportunidades de desarrollo profesional para el personal de ECE.

Recursos de la Administración para Niños y Familias (ACF) que apoyan el aumento de los salarios de los trabajadores de cuidado infantil y apoyan la salud mental y el bienestar de los padres y los niños

- La Oficina de Cuidado Infantil publicó una guía subregulatoria que apoya a las agencias líderes a [usar el Fondo de Cuidado y Desarrollo Infantil para mejorar la remuneración de los trabajadores del cuidado infantil](#).
- ACF organizó un webinar titulado “Cómo ayudar a los educadores de la primera infancia a prosperar: cómo promover la salud mental y el bienestar del personal de ECE”. Las diapositivas del webinar están disponibles [aquí](#).
- La Oficina de Desarrollo Infantil Temprano publicó una carta del tipo “estimado colega” titulada “[Estimado colega: Nuevas oportunidades federales para fortalecer la fuerza laboral de educación y atención temprana](#)”. La carta describe nuevas oportunidades federales para que los estados, los programas locales y las comunidades sostengan y desarrollen sus esfuerzos para fortalecer la fuerza laboral de ECE.
- La Oficina de Desarrollo Infantil Temprano actualiza periódicamente la página web [Recursos para apoyar las estrategias de la fuerza laboral en materia de educación y atención temprana](#). Los recursos abordan [la remuneración y las prestaciones](#), [las vías de promoción profesional](#) y la información sobre [las condiciones de trabajo](#) que demuestran el valor del personal de la primera infancia.
- La Oficina de Desarrollo Infantil Temprano también actualiza periódicamente la página web [Recursos de salud conductual para niños y familias](#). Esta página incluye recursos relacionados con el apoyo a la salud mental y el bienestar de los padres, otros cuidadores y el personal de ECE.
- El [Centro Nacional de Fuerza Laboral para la Educación y el Cuidado Temprano](#) es un centro conjunto de investigación y asistencia técnica. “Este centro se basa en esfuerzos más amplios de [ACF] para apoyar a la fuerza laboral de la primera infancia mediante la identificación de políticas y estrategias efectivas a través de la investigación y la evaluación, traduciendo las lecciones de la investigación a la práctica y apoyando innovaciones en los estados y las comunidades a través de asistencia técnica”.

Recomendación 1.1.3

Establecer políticas que respalden enfoques no estigmatizantes y no punitivos para la detección de TCS, trastornos de salud mental y suicidio en personas embarazadas y en posparto y garantizar el acceso a una atención basada en evidencias, centrada en la familia, culturalmente sensible y que tenga en cuenta el trauma.

¿Por qué?

El estigma y los enfoques punitivos contra las personas con trastornos de salud mental y TCS tienen efectos negativos en el bienestar perinatal y pueden ser fuertes impedimentos para buscar ayuda. El consumo de sustancias se considera abuso infantil según los estatutos civiles de bienestar infantil de 24 estados y el Distrito de Columbia (Weber et al., 2021). En 25 estados y el Distrito de Columbia, los profesionales de la salud tienen la obligación de informar sobre el presunto consumo prenatal de drogas, y ocho estados exigen la realización de pruebas a los bebés para detectar exposición prenatal a drogas cuando se sospecha consumo de sustancias por parte de la madre (Weber et al., 2021). Estas políticas a menudo se implementan de manera discriminatoria (Jarlenski et al., 2023).

Es comprensible que las mujeres estén preocupadas por las derivaciones obligatorias a los servicios de bienestar infantil y por la posibilidad de que los servicios de protección infantil saquen a sus hijos de sus hogares y los

coloquen en hogares de acogida, y esta preocupación es una barrera para que busquen tratamiento para los TCS (Oficina de Política Nacional de Control de Drogas, 2022). Además de ver este problema en su experiencia profesional, los miembros del grupo de trabajo escucharon esta preocupación en las sesiones de escucha estatales y locales y en los comentarios públicos. La evidencia indica que la criminalización del TCS durante el embarazo es ineficaz para disuadir el consumo de sustancias y, en realidad, puede conducir a peores resultados en la salud materna e infantil (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2020; Oficina de Política Nacional para el Control de Drogas, 2022). Estos temores pueden verse amplificados aún más en el contexto de la violencia de pareja, en el que las parejas abusivas amenazan con utilizar políticas punitivas como táctica de control (Oficina del Subsecretario de Planificación y Evaluación y Oficina de Servicios para la Familia y la Juventud, 2020; Phillips et al., 2021; Warshaw y Tinnon, 2018). Además de la Oficina de Política Nacional para el Control de Drogas (ONDCP), las principales sociedades médicas y profesionales han apoyado enfoques no punitivos para la detección y la atención, incluida la American Medical Association (AMA), ACOG (la American College of Obstetricians and Gynecologists) y la American Society of Addiction Medicine (ASAM). La ASAM “apoya firmemente las reformas para revertir el enfoque punitivo adoptado respecto del consumo de sustancias y el TCS durante y después del embarazo y responder a los intereses compartidos de la diada padre-recién nacido brindando atención ética, equitativa y accesible, basada en evidencias” (American Society of Addiction Medicine, 2022).

Las mujeres con trastornos de salud mental también pueden estar preocupadas por la separación de sus hijos, especialmente si experimentan pensamientos intrusivos sobre dañar a sus bebés, lo que puede ocurrir con el trastorno obsesivo compulsivo perinatal (Byatt et al., 2019). Como se señala en el informe del grupo de trabajo al Congreso, las mujeres que experimentan problemas de salud mental perinatal en el Reino Unido informaron que el estigma y el miedo (incluida la pérdida de la custodia de los hijos) eran barreras importantes para buscar tratamiento (Ford et al., 2019). Otras investigaciones cualitativas sobre personas con problemas de salud mental perinatal indicaron su necesidad de apoyo compasivo y sin prejuicios, su necesidad insatisfecha de información y su deseo de participar en las decisiones de tratamiento (Megnin-Viggars et al., 2015).

¿Cómo?

- El gobierno federal debe trabajar con los estados, el Distrito de Columbia y los territorios de EE. UU. para implementar las siguientes pautas, recomendaciones y acciones:
 - o [Declaración de política pública sobre el consumo de sustancias y el trastorno por consumo de sustancias entre personas embarazadas y en posparto](#) de ASAM, en la sección titulada “Cambios en las políticas federales y estatales y replanteamiento del apoyo”;
 - o Informe de la ONDCP titulado [Trastorno por consumo de sustancias durante el embarazo: Cómo mejorar los resultados para las familias](#);
 - o Declaración de política de ACOG titulada “[Oposición a la criminalización de personas durante el embarazo y el período posparto](#)”;
 - o Informe de la AMA titulado [Cómo mejorar el acceso a la atención para personas embarazadas y en posparto con trastorno por consumo de opiáceos: Recomendaciones para los responsables de las políticas](#); y
 - o Informe de investigación y políticas del Centro Nacional sobre Violencia Doméstica, Trauma y Salud Mental titulado “[Salvando vidas: Cómo satisfacer las necesidades de los sobrevivientes de violencia de pareja que consumen opiáceos](#)”, específicamente secciones que hacen recomendaciones para los responsables de las políticas federales y estatales.
- Se deben desarrollar actividades de capacitación y asistencia técnica sobre el terreno para reducir las notificaciones excesivas, y se deben establecer otros incentivos que respalden la implementación de las recomendaciones anteriores sobre enfoques no estigmatizantes y no punitivos para el consumo materno de sustancias, los TCS y los trastornos de salud mental (Roberts et al., 2024).
- El gobierno federal debería trabajar con los estados, hospitales, organismos de licencias, sociedades profesionales y programas de capacitación para establecer vías de notificación a recursos sin vías de presentación de informes.
- El gobierno federal debería ampliar, mejorar y financiar modelos exitosos que promuevan enfoques no punitivos y ofrezcan medicamentos para el trastorno por consumo de opiáceos (MOUD, por sus siglas

- en inglés) y medicamentos para el trastorno por consumo de alcohol (MAUD, por sus siglas en inglés).
- o El [Modelo de Uso Indebido Materno de Opiáceos \(MOM, por sus siglas en inglés\)](#), financiado a través del Centro de Innovación de Medicare y Medicaid, ofrece a los estados la posibilidad de integrar la salud materna, la salud mental y el tratamiento del TCS para ayudar a aliviar los factores estresantes psicosociales y el estigma en torno a la búsqueda de ayuda.
 - o El [Programa de Servicios para el Tratamiento Residencial de Mujeres Embarazadas y en Postparto](#) y el [Programa Piloto Estatal para el Tratamiento de Mujeres Embarazadas y en Postparto](#) de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA) apoyan la atención integral centrada en la familia y diádica para madres con diagnóstico primario de TCS y sus bebés.
- El gobierno federal debe asegurarse de que los estados cumplen la [Ley de Apoyo a Pacientes y Comunidades \(Ley Pública 115-271\)](#), que requiere que los programas estatales de Medicaid cubran todas las formas de MOUD aprobadas por la Administración de Alimentos y Medicamentos, así como también el asesoramiento.

Recomendación 1.1.4

Invertir fondos federales en la creación de centros de atención médica orientadas a la familia, accesibles, equitativas y que tengan en cuenta el trauma en todo el espectro de atención hospitalaria, residencial y ambulatoria, garantizando cuidado infantil gratuito integrado.

¿Por qué?

En diciembre de 2021, el presidente Joe Biden firmó la [Orden ejecutiva 14058](#), que se centra en mejorar la experiencia del cliente cuando se trata de interactuar con los servicios federales, incluida la atención de maternidad y el programa WIC. Los padres que visitan en persona un centro de atención médica, un entorno de atención de salud mental o un programa de tratamiento de TCS a menudo necesitan llevar a sus hijos con ellos porque carecen de otras opciones para el cuidado infantil (Waters et al., 2022). Puede ser estresante para los padres tener que lidiar con largos tiempos de espera, completar formularios y hacer consultas con niños pequeños auestas. La falta de cuidado infantil es una razón clave por la que muchas personas no pueden asistir a las visitas al consultorio y no completan sus programas de tratamiento durante el período posparto (Choi et al., 2022).

La atención hospitalaria especializada en forma de unidades psiquiátricas madre-bebé se considera el criterio de referencia de atención en otros países, y algunos han abogado por la expansión de estas instalaciones en los Estados Unidos (Demboosky, 2021; Posmontier et al., 2022). El bajo número de programas residenciales de tratamiento de TCS que incluyen cuidado infantil o restricciones sobre los niños que las madres pueden traer consigo se considera una barrera estructural (Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2009). Por lo tanto, la provisión de cuidado infantil se considera una forma de involucrar a las mujeres en el tratamiento del TCS (Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2009).

¿Cómo?

- El gobierno federal debería establecer incentivos y apoyo para que los estados, hospitales y clínicas ambulatorias creen espacios favorables para la familia y cuidado infantil gratuito integrado en instalaciones que incluyan tratamiento ambulatorio para TCS, unidades de salud mental para madres y bebés, centros de tratamiento residencial para TCS, programas ambulatorios intensivos maternos y perinatales y programas de hospitalización parcial.
- Se debería exigir que los centros de atención de médica federales, los programas de servicios de atención de salud física y mental y los programas de tratamiento de TCS establezcan un área de juegos designada para niños (equipada con juguetes y actividades apropiadas para su edad) con la supervisión de personal dedicado o voluntarios en el lugar.
- El gobierno federal debería ampliar, mejorar y aumentar la financiación de los programas modelo:
 - o El [Programa Piloto Estatal para el Tratamiento de Mujeres Embarazadas y en Postparto](#) y el [Programa de Servicios para el Tratamiento Residencial de Mujeres Embarazadas](#)

y en [Posparto](#) de SAMHSA hacen que los servicios de cuidado infantil en los centros de tratamiento sean obligatorios como parte de los servicios integrales de apoyo y recuperación.

- El gobierno federal debería brindar asistencia técnica para establecer espacios amigables para la familia, como planes de muestra, plantillas de presupuesto y cronogramas de voluntarios.

Recomendación 1.1.5

Aumentar la implementación de recomendaciones bien deliberadas y clínicamente sólidas, pautas de práctica e intervenciones basadas en evidencias relacionadas con el tratamiento y el apoyo de personas y díadas madre-infante con trastornos de salud mental perinatal, consumo de sustancias y TCS en todos los sistemas de atención médica relevantes, con la implementación universal como objetivo.

¿Por qué?

La American Academy of Family Physicians define las pautas de práctica clínica como “declaraciones que incluyen recomendaciones destinadas a optimizar la atención al paciente que se basan en una revisión sistemática de la evidencia y una evaluación de los beneficios y los daños de las opciones de atención alternativa” (American Academy of Family Physicians, 2017). Las pautas de práctica clínica ayudan a los profesionales a comprender los riesgos, los beneficios y los daños potenciales de un tratamiento para que puedan participar en la toma de decisiones compartida con los pacientes (American Academy of Family Physicians, 2017). Si bien existen mejores prácticas y recursos que podrían mejorar la salud mental materna, es posible que los proveedores no los desconozcan, que no tengan el tiempo ni los recursos para conocerlos e implementarlos, o que no los estén implementando debido a barreras sistémicas, lo que puede llevar a una atención subóptima y, en algunos casos, causar daño a los pacientes.

Recomendaciones seleccionadas y pautas de práctica

Varias sociedades médicas y profesionales han publicado recomendaciones y pautas de práctica bien deliberadas y clínicamente sólidas que son relevantes para brindar atención a la salud mental materna y los TCS, entre las que se incluyen las siguientes:

- [Pautas para la detección y el diagnóstico](#) de ACOG;
- [Pautas para el tratamiento](#) de ACOG;
- [Pautas para el tratamiento del trastorno por consumo de opiáceos](#) de la American Society of Addiction Medicine;
- [Pautas](#) de la Society for Maternal-Fetal Medicine;
- [Kit de herramientas de salud mental perinatal](#) de la American Psychiatric Association;
- [Pautas de práctica clínica para el manejo del embarazo](#) de los Departamentos de Asuntos de Veteranos y Defensa de los Estados Unidos;
- [Guía clínica para el tratamiento de mujeres embarazadas y madres con trastornos por consumo de opiáceos y sus bebés](#) de SAMHSA;
- [Kit de herramientas de salud mental perinatal](#) de ACCESS Mental Health for Moms;
- [Directrices de servicios de prevención para mujeres](#) con apoyo de HRSA;
- [Programa de Seguridad en Atención Perinatal](#) de la Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica; y
- [Paquetes de seguridad para el paciente](#) (analizado más abajo) de la Alliance for Innovation on Maternal Health’s (AIM).
 - o [Trastornos de salud mental perinatal](#)
 - o [TCS durante el embarazo y el posparto](#)
 - o [Paquetes de cambio del Institute for Healthcare Improvement \(IHI\)–AIM](#)

AIM ha desarrollado paquetes de seguridad para el paciente: recopilaciones de mejores prácticas fundadas en pruebas que abordan condiciones específicas en personas embarazadas y en período de posparto. Los paquetes ofrecen una forma estructurada de mejorar los procesos de atención y los resultados de los pacientes. Cada uno incluye pasos prácticos que pueden adaptarse a una variedad de centros y niveles de recursos. AIM ha

elaborado paquetes de seguridad sobre salud mental perinatal y TCS, junto con paquetes de cambio IHI-AIM. Los paquetes de seguridad para el paciente de AIM incluyen recursos multidisciplinarios y cambios implementables para las organizaciones, además de capacitaciones y simulacros. Además, los proveedores clínicos pueden ampliar su capacidad en el área de trastornos de salud mental materna y TCS al vincularse con servicios comunitarios. Estos esfuerzos están relacionados con el trabajo de grupos colaboradores de calidad perinatal (PQC, por sus siglas en inglés) — redes estatales o multiestatales de equipos que trabajan para mejorar la calidad de la atención materna e infantil— que se abordan en una recomendación separada (3.2.2) de esta estrategia nacional (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2023a).

“Lo más difícil es encontrar a alguien que acepte Medicaid. Puedo llamar a todos los terapeutas de la zona, pero no todos aceptan Medicaid”.

- F.P., madre embarazada con un hijo

¿Cómo?

- El gobierno federal debería aprovechar la experiencia, la evidencia, el trabajo en equipo y la ciencia de la comunicación existentes para aumentar el acceso y la implementación de prácticas basadas en evidencias y pautas de práctica clínica para el tratamiento de los trastornos de salud mental y los TCS perinatales a través de capacitación y asistencia técnica al personal.
 - Los ejemplos de programas federales existentes incluyen la cartera de HRSA de [actividades que apoyan a AIM](#), el Centro de Asistencia Técnica de AIM, las subvenciones de capacidad estatal de AIM y la Iniciativa de Atención Comunitaria de AIM.
 - Los beneficiarios, contratistas, hospitales y organizaciones comunitarias necesitan apoyo programático para elegir e implementar prácticas basadas en evidencias y las pautas clínicas más actualizadas.
- Se debería exigir a los proveedores de programas financiados por el gobierno federal que cumplan con las pautas, y los requisitos deberían agregarse a los avisos relevantes de oportunidades de financiación y contratos, junto con una guía para los representantes de los funcionarios contratantes (COR, por sus siglas en inglés) y los funcionarios de programas gubernamentales (GPO, por sus siglas en inglés) sobre cómo supervisar el cumplimiento.
- El gobierno federal debería trabajar con ACOG y la Comisión Conjunta para garantizar que la salud mental y la atención de TCS se incorporen en su Certificación Avanzada en Atención Perinatal, que requiere que los hospitales se basen en literatura basada en evidencias y pautas de práctica para diseñar e implementar sus políticas y mejorar los resultados clínicos (la Comisión Conjunta, s.f.). Este podría ser el criterio de referencia mediante el cual los programas federales analicen los hospitales, los entornos de atención hospitalaria y su prestación de atención.
- El Comité Nacional de Garantía de Calidad (NCQA) podría considerar cómo se podrían aprovechar aún más el conjunto de datos e información sobre la eficacia de la atención sanitaria (HEDIS, por sus siglas en inglés) y las medidas de Medicaid, que abordan la implementación hasta cierto punto.
- Las agencias federales deberían utilizar incentivos, medidas de calidad y medidas de mejora de la calidad (por ej., medidas de HEDIS y el Conjunto Básico de Medicaid) para aumentar la adherencia.
- El gobierno federal debería crear un centro nacional de asistencia técnica para la salud mental perinatal y los TCS que brinde asesoramiento al personal de salud y se centre en estrategias de implementación para prácticas basadas en evidencias relacionadas con los trastornos de salud mental materna y los TCS. También debería ayudar a difundir los resultados de las investigaciones y comunicarlos en un lenguaje sencillo. Por último, debería contar con un consejo asesor integrado por miembros que representen a diversas comunidades, culturas, entornos de práctica, tipos de profesionales y tipos de investigadores.
- Las agencias federales deberían asociarse con sociedades médicas apropiadas u otras organizaciones relevantes con el fin de crear paquetes de seguridad para el paciente de AIM para abordar la violencia de género en las poblaciones perinatales, así como paquetes que se centren en la salud mental materna en entornos especiales, como las UCIN.
- El gobierno federal debería consultar una revisión de evidencia para obtener información adicional sobre los cambios políticos y programáticos necesarios para mejorar la salud mental materna (Wisner et al., 2024).

Prioridad 1.2: Establecer y mejorar políticas federales que promuevan la salud mental y el bienestar perinatal con un enfoque en la reducción de las disparidades

Recomendación 1.2.1

Ampliar, mejorar y aumentar el financiamiento para los programas federales que atienden a las poblaciones perinatales para garantizar que se incluyan servicios de detección y prevención de salud mental, TCS y violencia de género, vínculos con un tratamiento holístico oportuno y recursos y derivaciones a servicios comunitarios de apoyo a la recuperación para trastornos de salud mental y TCS.

¿Por qué?

SAMHSA, HRSA, AHRQ y otras agencias federales involucran a poblaciones con alto riesgo de sufrir trastornos de salud mental materna y TCS en servicios a través de programas existentes. Sin embargo, no siempre se requiere que estos programas incorporen atención a los trastornos de salud mental materna y los TCS. Los organismos podrían ampliarlos fácilmente para incluir la detección de la salud mental materna y su vinculación con la intervención. Estos programas (por ej., Healthy Start) se analizan en el capítulo “Programas federales existentes y coordinación” del informe al Congreso. Los programas basados en la comunidad incluyen modelos basados en evidencias y respaldados en investigación, algunos de los cuales se analizan en el capítulo “Mejores prácticas” del informe al Congreso (por ej., CenteringPregnancy, Expect With Me, MAMA's Neighborhood, Mothers and Babies, el Programa ROSE, la Clínica CUB, Recursos prácticos para una crianza posparto eficaz [PREPP, por sus siglas en inglés], Family Spirit, Healthy Families America, Nurse-Family Partnership, HealthySteps y Parents as Teachers).

¿Cómo?

- Los programas federales relevantes para los cuales se podría considerar la expansión incluyen, entre otros, los siguientes:
 - o [CCBHCs](#);
 - o [Healthy Start](#);
 - o Centros de salud financiados por [FQHC](#) y la HRSA;
 - o [Visitas Domiciliarias para Madres, Lactantes y Niñez Temprana \(MIECHV, por sus siglas en inglés\)](#) y [MIECHV Tribal](#);
 - o El [Programa de Servicios para el Tratamiento Residencial de Mujeres Embarazadas y en Posparto](#);
 - o El [Modelo de Uso Indebido Materno de Opiáceos \(MOM, por sus siglas en inglés\)](#);
 - o El [Programa de Continuidad de Atención](#);
 - o [Programas de asociación estatales, locales, territoriales y tribales para reducir el número de muertes maternas causadas por la violencia](#); y
 - o El [programa de Estrategias de Gestión de la Maternidad y la Obstetricia Rural \(RMOMS, por sus siglas en inglés\)](#).
- Las agencias federales deberían hacer que la capacitación en salud mental perinatal, TCS y detección, evaluación, tratamiento y apoyo de recuperación de violencia de género sea obligatoria para los programas federales relevantes, asegurando un enfoque en abordajes culturalmente relevantes y que tienen en cuenta el trauma.
- El gobierno federal debería trabajar con pagadores privados y ofrecer incentivos para mejorar la cobertura de los servicios de salud mental materna y la detección e intervención del TCS.
- El Congreso y el poder ejecutivo deberían promulgar leyes para agregar un requisito específico de reserva para mejorar los servicios de capacitación, detección, intervención y tratamiento en salud mental perinatal, así como el personal de salud mental perinatal, dentro de la financiación existente de subvenciones estatales en bloque para la salud materna e infantil, el TCS y la salud mental. Además, estos fondos deberían cubrir asociaciones con servicios comunitarios para la violencia de género, el tratamiento del consumo de sustancias, la vivienda y la asistencia jurídica.

Recomendación 1.2.2

Reconocer los efectos que el racismo estructural y el trauma histórico tienen en la creación y el empeoramiento de los trastornos de salud mental y TCS y priorizar soluciones para mejorar la equidad racial, abordar el trauma y resolver las disparidades en la atención.

¿Por qué?

El informe del grupo de trabajo al Congreso analiza la intersección de los determinantes sociales de la salud (DSS) (por ej., raza, etnia, logros educativos, nivel de ingresos y ubicación geográfica), así como sus relaciones con las marcadas disparidades e inequidades en materia de salud en nuestro país (Puka et al., 2022). Los datos indican que las personas negras, hispanas e indígenas estadounidenses/de Alaska (AI/AN, en inglés), así como las personas con menos de un diploma de escuela secundaria (o un diploma equivalente) y los residentes rurales, generalmente están expuestos a DSS menos favorables, lo que genera peores resultados de salud y menor acceso a atención médica de alta calidad (Hill et al., 2023; Singh et al., 2017). El informe al Congreso también describe cómo los DSS negativos (por ej., experiencias de racismo y discriminación e inseguridad alimentaria) son factores estresantes que se asocian con una mayor probabilidad de trastornos de salud mental materna y TCS (Linares et al., 2020; Weeks et al., 2022). Estos hallazgos de investigación coinciden con la amplia comprensión de los DSS, tal como se refleja en la definición de los CDC. Esta definición dice que los DSS abarcan “el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que configuran las condiciones de la vida diaria” y agrega que esas fuerzas “incluyen políticas y sistemas económicos, agendas de desarrollo, normas sociales, políticas sociales, racismo, cambio climático y sistemas políticos” (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, s.f.-h).

Crear-Perry y colegas (2021) aplicaron un marco teórico que se centra en los “determinantes estructurales de la salud” para analizar la mayor tasa de mortalidad materna general entre las mujeres negras en los Estados Unidos. Su análisis describe cómo los determinantes estructurales de la salud (como la esclavitud, la era de Jim Crow y la segregación residencial) han influido en los DSS que interactúan (por ej., ingresos, vivienda, oportunidades educativas y acceso a la atención) (Crear-Perry et al., 2021). Estos DSS a su vez afectan la mayor tasa de mortalidad materna entre las mujeres negras (Hoyert, 2024). El marco teórico aplicado por Crear-Perry y colegas (2021) contribuye a la identificación de las “causas fundamentales de las inequidades” y amplía la comprensión de cómo las estructuras y políticas sociales y políticas han influido en la distribución de DSS desfavorables para subgrupos particulares de EE. UU. (Crear-Perry et al., 2021). Los autores también sugieren cómo se podrían cambiar las prácticas y las políticas para reducir las inequidades en la salud materna.

El acceso a una atención de maternidad de alta calidad es desigual en los Estados Unidos y se cruza con múltiples factores sanitarios, sociales y económicos que contribuyen a tasas más altas de complicaciones de salud materna e infantil (March of Dimes, 2023). Persisten múltiples disparidades relacionadas con la salud mental materna y los resultados del consumo de sustancias entre las subpoblaciones demográficas (por ej., las relacionadas con la raza, la etnia, la edad, el nivel socioeconómico, el rendimiento educativo y la ubicación geográfica) —y las personas negras y AI/AN se ven afectadas de manera desproporcionada (Policy Center for Maternal Mental Health, 2023a, 2023b). Los efectos actuales del racismo estructural influyen en las desigualdades en el acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento de los trastornos de salud mental materna y los TCS (Matthews et al., 2021). La investigación cualitativa sugiere la necesidad de centrar la equidad en la educación y la capacitación de los profesionales, las inversiones en el personal de salud mental y la financiación de las organizaciones comunitarias. Además, esta investigación destaca la importancia de invertir en todas las comunidades, reconocer las prácticas curativas tradicionales, promover la atención integrada y apoyar la toma de decisiones compartida (Matthews et al., 2021).

¿Cómo?

- Las agencias federales deberían incluir las mejores prácticas para la detección y el tratamiento de trastornos de salud mental, consumo de sustancias y TCS como dominios en las pautas de atención respetuosa (Cantor et al., 2024) e incorporarlas en las capacitaciones para proveedores clínicos y no clínicos y otras personas que trabajan con personas embarazadas y en posparto.

- El gobierno federal debería aumentar la financiación y el enfoque de la investigación en esta área, como nuevas oportunidades de financiación, avisos de interés especial e inclusión de este tema en iniciativas de investigación especiales, como el [Fondo Fiduciario para la Investigación de Resultados Centrados en el Paciente de la Oficina del Secretario](#).
- Las agencias federales deberían desarrollar métricas y mejorar la recopilación de datos sobre las disparidades raciales. Por ejemplo, el gobierno debería incentivar a los planes de salud y hospitales de todo el país para que reporten datos desglosados sobre la salud mental materna a sus estados, asegurando un enfoque en estos resultados y permitiendo enfoques personalizados para la mejora.
- Deberían existir avisos federales que orienten a los centros y proveedores de atención médica del país sobre cómo abordar el racismo estructural en la práctica y mejorar los resultados de los pacientes.
- Se deberían incorporar capacitaciones sobre prejuicios implícitos y racismo estructural en los programas de asistencia técnica federal.
- El gobierno federal debería seguir las recomendaciones de los [Estándares Nacionales para Servicios Adecuados a Nivel Cultural y Lingüístico en Salud y Atención médica: Un plan para promover y sostener la política y la práctica de CLAS](#) de la Oficina para la Salud de las Minorías del HHS y hacer obligatoria la implementación de los Estándares Nacionales CLAS en todos los programas federales relevantes que atienden a las poblaciones perinatales y sus familias.

Recomendación 1.2.3

Asignar fondos suficientes para mantener y administrar a nivel federal el trabajo del actual Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna para mejorar, coordinar y sostener los esfuerzos y las asociaciones en materia de salud mental perinatal y consumo de sustancias. Establecer en una futura legislación con financiación —antes de que finalice el período de sesiones del grupo de trabajo en 2027— un comité de coordinación permanente sobre salud mental materna que incluya a representantes federales y no federales.

¿Por qué?

Como se describe en *el Informe al Congreso del Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna*, el gobierno federal apoya muchos programas, iniciativas y actividades relacionadas con la promoción de la salud mental materna y el abordaje de los trastornos de salud mental materna y los TCS. Continuar la labor de este grupo de trabajo proporcionaría la coordinación necesaria para implementar esta estrategia nacional.

“Mi partera me controlaba periódicamente. Ella era una de mis proveedoras. Ella fue mi apoyo. Fui sincera con ella sobre mi situación mental, pero ella solo podía brindarme cierto apoyo”.

- F.P., madre embarazada con un hijo

¿Cómo?

- El Congreso debería considerar cambiar el nombre del grupo de “grupo de trabajo” a “comité de coordinación”.
- El Congreso debería considerar replicar el Comité Asesor sobre Prácticas de Inmunización (ACIP, por sus siglas en inglés), un comité altamente influyente de FACA cuyas recomendaciones son revisadas directamente por el Director de los CDC y, si se aprueban, se publican como recomendaciones oficiales del HHS en el *Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad (MMWR, por sus siglas en inglés)* (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2022).
- El Congreso debería identificar las agencias federales que deberían estar representadas en el Comité de Coordinación Permanente sobre Salud Mental Materna. Esta podrían incluir HRSA, SAMHSA, CDC, NIH, VA, DOD, DHS, ACF (incluida la Oficina de Servicios y Prevención de Violencia Familiar), ASPE, CMS, IHS, DOJ, AHRQ, OASH y DOL (incluida la Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados).
- El Congreso debería identificar organizaciones y partes interesadas no federales que estén representadas en el Comité de Coordinación Permanente sobre Salud Mental Materna. Esto podría incluir proveedores, sociedades médicas/profesionales, personas que han vivido la experiencia, representantes de la industria, pagadores, defensores y grupos sin fines de lucro, estados, agencias locales y grupos privados.

- El gobierno federal debería exigir la implementación de esta estrategia nacional y actualizarla periódicamente.
- Las agencias federales podrían crear un consorcio de partes interesadas clave para ayudar a guiar y apoyar la implementación de esta estrategia nacional para que esté alineada con el [Plan Nacional de EE. UU. para Acabar con la Violencia de Género: Estrategias para la acción](#).
- El Congreso debería considerar la posibilidad de modelar el enfoque de [Salud en todas las políticas \(HiAP\)](#) en la futura legislación para este trabajo.
- La Oficina de Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud del HHS debería reforzar los objetivos de [Healthy People 2030](#) relacionados con el embarazo y el período posparto, incluidos todos los trastornos perinatales del estado de ánimo y de ansiedad (PMAD, por sus siglas en inglés) y los TCS, así como su tratamiento (es decir, ir más allá de la detección). De manera similar, el gobierno debería revisar las recomendaciones del Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos (USPSTF, por sus siglas en inglés) sobre la prevención de la depresión perinatal y considerar ampliarlas a todos los PMAD y TCS e incluir un mecanismo para su aplicación y control. El gobierno debería utilizar los objetivos de Healthy People 2030, las recomendaciones del USPSTF, la designación “Birthing-Friendly” de CMS y los Conjuntos básicos para niños y adultos para guiar un enfoque interinstitucional con el fin de lograr cambios.

Pilar 2: Hacer que la atención y los servicios sean accesibles, económicos y equitativos

Las personas que padecen trastornos de salud mental maternas y TCS enfrentan muchas barreras para acceder a una atención que sea equitativa y económica. Muchos factores contribuyen a estos desafíos, incluida la escasez de personal (tanto clínico como no clínico), el hecho de que los sistemas de atención pueden ser fragmentados y no holísticos, los desafíos con el reembolso y el pago, y el hecho de que la atención no siempre es lingüística y culturalmente pertinente. Como resultado, la mayoría (hasta el 75 por ciento) de las personas que padecen trastornos de salud mental materna y TCS no reciben la atención que necesitan, lo que puede generar efectos negativos a largo plazo en las madres, los bebés y las familias (Byatt et al., 2015; Mughal et al., 2019). Las recomendaciones que respaldan el Pilar 2 incluyen abordar cuestiones de diagnóstico, reembolso, acceso, continuidad de la atención y escasez de personal.

Prioridad 2.1: Implementar diagnósticos y pruebas clínicas que tengan en cuenta el trauma y sean culturalmente pertinentes y mejorar los vínculos con intervenciones y tratamientos oportunos y accesibles.

Recomendación 2.1.1

Establecer vías integrales para mejorar la detección sistemática, culturalmente pertinente y que tenga en cuenta el trauma, de la presencia y evaluación de factores de riesgo relacionados con el desarrollo de trastornos de salud mental perinatal, consumo de sustancias y TCS, junto con violencia de género, otros traumas y DSS, con la provisión de servicios de prevención adecuados, recursos, referencias y vínculos a una intervención oportuna en todos los entornos de atención relevantes.

¿Por qué?

A pesar de la alta prevalencia de trastornos de salud mental materna y TCS, las tasas de detección siguen siendo bajas. Por ejemplo, solo alrededor del 20 por ciento de las personas se someten a pruebas de detección de depresión perinatal, según datos de HEDIS (Burkhard y Britt, 2022). Sin una detección y un seguimiento adecuados, las mujeres que padecen estas afecciones no reciben la atención que necesitan. Aunque existen muchas herramientas de detección validadas (que se mencionan en el informe del grupo de trabajo al Congreso), no se implementan de manera universal. En el caso de la depresión perinatal, los investigadores han demostrado que un modelo de atención colaborativa mejora las tasas de detección y recomendaciones

“[Sentí] ansiedad en torno al parto, me sentí insegura, nerviosa, tratando de hacer lo correcto para mantenerme saludable y cuidar a mi familia”.

- R.R., madre

de tratamiento (Miller et al., 2021). Los sistemas de atención médica deberían apoyar la formulación de preguntas a los pacientes sobre sus antecedentes de trastornos de salud mental materna y TCS tanto como apoyan la consideración de la diabetes gestacional y la preeclampsia en embarazos anteriores. La detección no es responsabilidad exclusiva del proveedor; los sistemas de atención médica y la infraestructura a menudo ofrecen poco apoyo, recursos y tiempo para que los proveedores hagan la

evaluación de una manera culturalmente pertinente y que tengan en cuenta el trauma. Por lo general, tampoco existe apoyo para que los proveedores entablen posteriormente un diálogo con las pacientes para brindarles educación sobre los resultados de las pruebas de detección y brindarles vínculos con recursos y atención de seguimiento. Otras barreras para la detección incluyen la falta de reembolso y la falta de apoyo para la provisión de coordinación de atención integral y recursos de derivación. Para que esta recomendación se haga realidad, los proveedores necesitan el apoyo, la infraestructura y el personal de práctica adecuados.

Violencia de pareja y detección de trastornos de salud mental

Es importante comprender los vínculos entre la violencia de pareja, los trastornos de salud mental materna y los TCS al hacer pruebas de detección de estas afecciones. Experimentar violencia de pareja tiene un impacto significativo en la salud mental materna y el consumo de sustancias y es un factor importante que contribuye a la mortalidad materna, el suicidio, la sobredosis y el homicidio. Las personas que experimentan violencia de pareja a menudo enfrentan barreras adicionales para recibir atención por parte de parejas abusivas que les impiden acceder al tratamiento, controlan sus medicamentos, sabotean sus esfuerzos de recuperación y luego aprovechan políticas relacionadas con el estigma en su contra (por ej., pérdida de la custodia de los hijos) como parte de patrones más amplios de abuso y control (Phillips et al., 2021; Warshaw et al., 2014). Las mujeres que experimentan violencia de pareja tienen 7.5 veces más probabilidades de que su pareja interfiera en su atención que aquellas que no experimentan esta forma de violencia (McCloskey et al., 2007). A pesar de que en un estudio se encontró que el 3.5 por ciento de las mujeres estudiadas habían experimentado violencia de pareja perinatal, muchas informaron que no se les había preguntado sobre violencia de pareja antes (58.7 por ciento), durante (26.9 por ciento) o después del embarazo (48.3 por ciento) (Kozhimannil et al., 2023).

¿Cómo?

El gobierno federal debería ampliar la capacitación y la implementación de servicios educativos, de detección y prevención para todos los sistemas y proveedores de salud.

- **Capacitación:**

- o Las agencias federales deben brindar asistencia técnica y capacitación en temas como (1) reducir el estigma, crear espacios seguros e implementar herramientas de detección con fidelidad y de maneras culturalmente pertinentes y que tengan en cuenta el trauma, incluido cómo plantear y discutir temas delicados (por ej., violencia de género y otros traumas); (2) flujo de trabajo clínico y reducción de la carga del proveedor; y (3) comunicación de los resultados de las pruebas de detección (incluso para las personas con discapacidades).
- o Las agencias federales deberían fomentar la prestación de educación al paciente como parte de un proceso de atención más amplio que comience con la detección. Los enfoques para educar a las personas embarazadas y en posparto y a sus proveedores, promover la salud mental materna y prevenir los TCS deben intentar eliminar el estigma y la vergüenza, garantizar el conocimiento sobre estas complicaciones del embarazo y el parto y empoderar a las personas para que accedan a los servicios; además, deben crear oportunidades seguras para que las personas discutan experiencias de violencia u otras circunstancias de la vida que afectan su salud mental, su bienestar y su acceso a la atención. Los métodos de educación y detección también deberían proporcionar información y recursos lo más temprano posible en el embarazo, lo que puede prevenir o mitigar los efectos negativos.

- o Las agencias federales deben brindar capacitación sobre respuestas que tengan en cuenta el trauma a las personas que experimentan violencia de género y otros traumas, incluida la incorporación de conversaciones sobre violencia de pareja y otros traumas en las evaluaciones de rutina y la atención clínica; información, recursos y apoyo continuo; trasposos cálidos o servicios de violencia de género en el lugar; acceso al tratamiento del trauma; y atención a cuestiones de seguridad, confidencialidad y control coercitivo (por ej., interferencia en el tratamiento, sabotaje de la recuperación, telesalud y seguridad de los registros médicos electrónicos, y amenazas relacionadas con la custodia).
- o Las agencias federales deberían ofrecer capacitación y asistencia técnica sobre la identificación del estatus militar/de veterano, la evaluación de estas personas y los recursos y tratamientos necesarios para apoyar mejor a los miembros del servicio y a los veteranos.
- **Implementación:**
 - o El gobierno federal debería trabajar con los estados y los sistemas de salud para incorporar evaluaciones de trastornos de salud mental, consumo de sustancias y DSS en las plataformas de registros médicos electrónicos de los proveedores, junto con indicaciones para preguntar y responder apropiadamente y abordar la seguridad.
 - o Las recomendaciones basadas en evidencias sobre servicios de prevención (como pruebas de detección) para mujeres embarazadas, personas en posparto y todas las mujeres en edad reproductiva (incluidas las adolescentes) deberían incorporarse en todos los programas y recomendaciones federales de atención materna, pediátrica y atención médica primaria que atienden a las poblaciones perinatales, como las recomendaciones del [Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de Estados Unidos \(USPSTF, por sus siglas en inglés\)](#) y el marco de la Alianza de Liderazgo en Salud Mental Materna que pone el mismo énfasis en la educación y la detección de pacientes (el [Proyecto de Educación y Detección de la Salud Mental Perinatal](#)).
 - o El gobierno federal debería financiar, modelar y ampliar las intervenciones que funcionan bien, por ejemplo:
 - Educación de proveedores comunitarios de SAMHSA sobre evaluación, intervención breve y derivación a tratamiento (SBIRT) y expansión de la implementación de SBIRT (Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2022). Esto debería incluir formas de incorporar la evaluación de la violencia de género, otros traumas y los DSS en SBIRT.
 - o Las agencias federales deberían apoyar prácticas de delegación de tareas en el personal para implementar pruebas de detección y exámenes relacionados con la violencia de género y los DSS. Los equipos interdisciplinarios deben incluir miembros (clínicos o no clínicos) que tengan tiempo para hablar con los pacientes sobre temas delicados.
 - El [Programa Nacional de Coordinación de Atención de Maternidad](#) del Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) incluye coordinadores de atención capacitados que se comunican con los pacientes por teléfono y administran algunas evaluaciones (por ej., para trauma y DSS) y derivan a los pacientes a atención según corresponda. Esto elimina la carga de los proveedores de atención clínica directa y al mismo tiempo garantiza que los pacientes reciban apoyo.
- Las agencias federales deberían considerar incentivos, asociaciones y asistencia técnica para facilitar la supervisión estatal a fin de garantizar que se cumplan las leyes y regulaciones en torno a la detección, por ejemplo:
 - o Las [Pautas de Servicios de Prevención para Mujeres](#) (con respaldo de la HRSA), que requieren que los siguientes servicios preventivos estén cubiertos en la mayoría de los planes de salud para las pacientes sin que tengan que pagar un copago, coseguro o deducible:
 - Detección de ansiedad en mujeres adolescentes y adultas, incluidas aquellas que están embarazadas o en posparto; y
 - Pruebas de detección de violencia interpersonal y doméstica a adolescentes y mujeres al menos una vez al año y, cuando sea necesario, brindarles o derivarlas a servicios de intervención inicial.
 - o [La legislación de California que obliga a realizar pruebas de detección de la salud mental materna](#) en los períodos prenatal, de parto y posparto (California A.B. 2193, 2018).

- Las agencias federales deberían trabajar con expertos, comunidades y organismos de investigación para liderar los esfuerzos y, de esta forma, adaptar y validar las herramientas de detección de trastornos de salud mental perinatal, consumo de sustancias y TCS para diversas culturas, diversos idiomas y personas con diversas discapacidades.

Recomendación 2.1.2

Aclarar, modificar y adoptar criterios de diagnóstico universales (por ej., lenguaje y definiciones) que reflejen una presentación más precisa de los síntomas, el rango, el momento, la frecuencia y la gravedad de los trastornos de salud mental perinatal y que mejoren el reembolso de la detección, la evaluación y la intervención.

¿Por qué?

Las investigaciones indican que aproximadamente el 75 por ciento de las mujeres que dan positivo en las pruebas de detección de trastornos de salud mental materna, los síntomas aparecen durante el embarazo o el período posparto (Moore Simas et al., 2023; Wisner et al., 2013). Los matices clínicos de estos trastornos requieren, como mínimo, especificadores perinatales, si no una nueva categoría para la enfermedad mental perinatal. Es necesaria la aclaración o estandarización del lenguaje en este campo con fines de diagnóstico y codificación y para mejorar la investigación y la vigilancia (por ej., tener tasas de prevalencia más precisas). En la actualidad, los estudios utilizan diferentes definiciones de “maternal”, “perinatal” y “posparto”. Como resultado de estas diferentes definiciones, las estimaciones de mortalidad y morbilidad y sus causas varían considerablemente (Nguyen y Wilcox, 2005). Esta estrategia nacional representa una oportunidad para que el gobierno federal, en asociación con la American Psychiatric Association y otras sociedades profesionales pertinentes, fomente el desarrollo de un conjunto universal de criterios que puedan, a su vez, respaldar las políticas de pagadores y proveedores relacionadas con la cobertura y el reembolso.

“Hágame sentir que realmente me escuchan. Pregunte sobre mí como persona. Sigo siendo una persona. Sigo siendo una mujer. A veces se tiene la sensación de que el médico no quiere escucharte”.

- J.N., madre embarazada con un hijo

¿Cómo?

- El gobierno federal debería facilitar reuniones, debates y asociaciones entre las partes interesadas pertinentes, como las organizaciones y las sociedades profesionales médicas, de salud mental y de investigación, así como los pagadores, los proveedores de atención médica y las personas que han vivido la experiencia.
- Las agencias federales deberían alinear las definiciones y los criterios de diagnóstico a través de asociaciones o apoyo a la investigación para construir una base de evidencias que pueda incorporarse al desarrollo de criterios de diagnóstico.
- Las agencias federales deberían colaborar con dichas partes interesadas relevantes para examinar la literatura con el fin de:
 - o Identificar condiciones específicas perinatales que tienen amplias bases de evidencias y que actualmente no están incluidas en los criterios de diagnóstico;
 - o Determinar un período de tiempo estandarizado que capture la mayoría de los resultados adversos relacionados con la morbilidad y la mortalidad maternas;
 - o Estandarizar las definiciones de terminología relevante, como “maternal”, “perinatal” y “posparto”, en todas las disciplinas de salud e investigación; y
 - o Proponer especificadores perinatales con presentaciones perinatales únicas respaldadas por la literatura.

Prioridad 2.2: Crear servicios accesibles, integrados y basados en evidencias que sean económicos y reembolsables

Recomendación 2.2.1

Crear mecanismos federales para financiar y desarrollar infraestructura que respalde la innovación en los modelos de prestación de atención para trastornos de salud mental, consumo de sustancias, TCS y violencia de género durante el período perinatal para reducir las barreras a una atención diádica más accesible, holística y multigeneracional.

¿Por qué?

Los modelos tradicionales de atención con cita previa y otras barreras relacionadas con los DSS (por ej., la falta de acceso a transporte y cuidado infantil) analizados en la sección Antecedentes de esta estrategia nacional contribuyen a las citas perdidas y a las dificultades para acceder a la atención perinatal. Mejorar la flexibilidad en la forma en que las personas embarazadas y en posparto acceden a los servicios (por ej., ampliando las horas de atención, visitas domiciliarias, extensión comunitaria y opciones tecnológicas innovadoras como la telesalud) es esencial para mejorar el acceso equitativo a la atención (Burak y Wachino, 2023; Goldfeld et al., 2021; Hanach et al., 2021; Stentzel et al., 2023).

“Me iba a llevar entre 3 y 6 meses encontrar a alguien, y al final me di por vencida”.

- C.S., madre embarazada con dos hijos

Las investigaciones sugieren que la salud móvil (mHealth) —incluidas las aplicaciones móviles y los mensajes de texto— es prometedora como un medio rentable para brindar educación a la paciente, facilitar el manejo de las condiciones de salud y apoyar el autocuidado (Rathbone y Prescott, 2017). Las aplicaciones relacionadas con el embarazo son cada vez más populares y pueden ofrecer oportunidades de difusión y participación. Hay más de 250 aplicaciones relacionadas con el embarazo, según una revisión sistemática publicada en 2024. Estas aplicaciones proporcionan entretenimiento, información y control de la salud materna (Mazaheri Habibi et al., 2024). Su uso podría ampliarse para proporcionar educación, concientización y conexiones con servicios de salud mental. Algunas aplicaciones se utilizan en la atención clínica. Por ejemplo, el Centro Nacional para el trastorno de estrés postraumático (TEPT) del VA ha desarrollado un [conjunto de aplicaciones gratuitas fundadas en pruebas](#) para ayudar a las personas a vivir con el trastorno de estrés postraumático. Las investigaciones sobre la capacitación de los proveedores de VA, tanto los de salud mental como los de otras áreas de atención, sugieren la viabilidad de introducir estos recursos durante las consultas (McGee-Vincent et al., 2023).

¿Cómo?

- El gobierno federal debería establecer (y reforzar los existentes) programas que incluyan/fortalezcan lo siguiente:
 - o Requisitos para incorporar una prestación de atención innovadora centrada en el paciente, incluida una programación flexible; servicios culturalmente pertinentes, como la inclusión de *promotoras de salud*, trabajadores de salud comunitarios o intermediarios culturales; citas coordinadas (por ej., consultas de terapia y tratamiento farmacológico); atención integrada y en el mismo lugar para la madre y el bebé (así como para niños en edad escolar primaria); y la creación de equipos móviles de salud mental;
 - o Programas de visitas domiciliarias que pueden brindar atención domiciliaria durante el período perinatal, por ej., aprovechando el programa financiado por la HRSA: [Visitas Domiciliarias para Madres, Lactantes y Niñez Temprana \(MIECHV, por sus siglas en inglés\)](#), que proporciona servicios de visitas domiciliarias voluntarias basadas en evidencias a personas embarazadas y padres de niños pequeños para mejorar su salud y bienestar y se centra en mejorar el desarrollo de la primera infancia, prevenir el abuso y la negligencia infantil, aumentar la preparación de los niños para la escuela y conectar a las familias con los recursos comunitarios para abordar los DSS (por ej., WIC, Medicaid y apoyo para la vivienda);

- o Acceso a tecnología y telecomunicaciones, como banda ancha económica y accesible y planes de datos subsidiados por el gobierno que permitan consultas médicas por video; apoyo de infraestructura, incluida la mejora y financiación del acceso a la telesalud; métodos innovadores para llegar y apoyar a las personas durante el período perinatal, en particular en zonas con servicios médicos insuficientes; apoyo sostenido para el reembolso de telesalud (incluida la atención telefónica); y opciones de telesalud con protecciones para la seguridad de las personas que experimentan violencia de pareja;
- o Contenido de la aplicación creado en conjunto con expertos en salud mental materna, personas que vivieron la experiencia, narradores de historias y otras partes interesadas;
- o El uso de mensajes de texto entre organizaciones comunitarias para mejorar la participación y adaptar el contenido de las intervenciones y el apoyo;
- o Soluciones digitales en entornos comunitarios para ayudar a cerrar la brecha de acceso a servicios de apoyo, como [Health Evolve](#); y
- o Capacitación y asistencia técnica sobre cómo implementar, controlar y sostener todas las intervenciones mencionadas anteriormente.

Recomendación 2.2.2

Mejorar la financiación federal y el apoyo para la implementación de servicios integrados de intervención en crisis para las poblaciones perinatales y sus familias, la capacitación del personal en la prestación de cuidados de crisis que tengan en cuenta el trauma y sean culturalmente pertinentes y el desarrollo de infraestructura que aproveche el apoyo de los sistemas de crisis estatales y locales.

¿Por qué?

Las personas embarazadas y en posparto que experimentan una crisis de salud mental necesitan servicios de intervención integrados para prevenir la autolesión. El informe del grupo de trabajo al Congreso proporciona información detallada sobre las muertes por suicidio relacionadas con el embarazo. Un análisis de las muertes relacionadas con el embarazo en 14 estados encontró que el 63 por ciento de las muertes que un comité de revisión de la mortalidad materna (MMRC, por sus siglas en inglés) determinó que estaban relacionadas con un trastorno de salud mental fueron por suicidio (Trost et al., 2021). Entre las personas con muertes por problemas de salud mental relacionados con el embarazo (es decir, muertes por suicidio, muertes por sobredosis o intoxicación relacionadas con TCS y otras muertes que un MMRC consideró relacionadas con un trastorno de salud mental o TCS), más de una quinta parte (22 por ciento) tenía un intento o intentos de suicidio previos documentados, y el 72 por ciento tenía antecedentes de depresión (Trost et al., 2021). Este estudio también encontró que casi dos tercios (63 por ciento) de las muertes relacionadas con el embarazo por causas asociadas con la salud mental ocurrieron entre 43 y 365 días después del parto (Trost et al., 2021). Este hallazgo coincide con los resultados de una investigación llevada a cabo en la provincia canadiense de Ontario entre 1994 y 2008, que encontró que estas muertes ocurrieron con mayor frecuencia después de los 6 meses posteriores al parto (Grigoriadis et al., 2017). Otras investigaciones han descubierto que tanto la depresión como los pensamientos suicidas durante el año anterior al embarazo aumentaron entre 2008 y 2018, y los aumentos más pronunciados se produjeron entre las mujeres negras (Tabb et al., 2023).

En el contexto de estos y otros hallazgos sobre el comportamiento suicida perinatal, los investigadores han señalado la falta de estudios que informen estrategias basadas en evidencias para la prevención y han enfatizado la necesidad de elevarla como un imperativo de salud pública (Kobylski et al., 2023). El grupo de trabajo agrega que, actualmente, no existen pautas exhaustivas y basadas en evidencias para los proveedores del departamento de emergencias sobre la atención a personas que experimentan una crisis de salud mental durante el período perinatal (Pluym et al., 2021). El informe del grupo de trabajo al Congreso analiza la intersección de la violencia de género, en particular el trauma causado por la violencia de pareja, con los trastornos de salud mental perinatal, los TCS y las muertes relacionadas con el embarazo. El grupo de trabajo afirma que los servicios integrados de intervención en crisis para las poblaciones perinatales deben adoptar un enfoque que tenga en cuenta el trauma y brindar apoyo culturalmente pertinente.

¿Cómo?

- El gobierno federal debería establecer programas que implementen servicios de intervención en crisis, capacitación y apoyo de infraestructura para abordar las crisis relacionadas con la salud mental, el TCS y la violencia de género en las poblaciones perinatales; además, debería incorporar ese tipo de apoyo en los programas de servicios integrados existentes.
- Toda intervención en situaciones de crisis debe ir acompañada de asistencia técnica y capacitación específicas del programa sobre cómo implementar las mejores prácticas en apoyo a las poblaciones perinatales en situaciones de crisis. Algunos ejemplos de formas de lograrlo incluyen los siguientes:
 - o Ampliar las subvenciones actuales de asistencia técnica, como el [Centro de Formación y Asistencia Técnica en Respuesta a Sistemas de Crisis](#) y el [Centro de Recursos para la Prevención del Suicidio](#) de SAMHSA, para incorporar la asistencia técnica sobre este tema;
 - o Trabajar con el equipo 988 de SAMHSA y el equipo de la Línea Nacional de Emergencia de Salud Mental Materna de HRSA para garantizar que el contenido específico de los trastornos de salud mental materna y los TCS (como el riesgo de suicidio y la psicosis posparto) se incorpore en todas las capacitaciones de los equipos de respuesta a crisis y salud mental; y
 - o Brindar capacitación y asistencia técnica a los primeros intervinientes en la comunidad sobre cómo manejar las crisis perinatales.
- El gobierno federal debería financiar el desarrollo y la difusión de directrices basadas en evidencias para los proveedores de salas de emergencia sobre cómo evaluar, diagnosticar provisionalmente y tratar las crisis de salud mental perinatal.

Recomendación 2.2.3

Trabajar con los estados y todos los pagadores para ayudar a establecer incentivos financieros, incluido un mayor reembolso y apoyo para intervenciones de salud mental perinatal y TCS que demuestren resultados positivos.

¿Por qué?

Cuando buscan atención de salud mental, muchas personas tienen dificultades para encontrar proveedores de salud mental dentro de la red que acepten nuevos pacientes (Oficina de Responsabilidad del Gobierno de EE. UU., 2022). El acceso limitado a proveedores dentro de la red y el bajo reembolso para los pacientes de Medicaid impulsan este problema. Las bajas tasas de reembolso de los proveedores para el tratamiento psicológico, psiquiátrico y por consumo de sustancias también contribuyen a este problema. Las leyes de paridad en salud mental requieren que los planes de salud y las aseguradoras ofrezcan beneficios de salud mental y TCS que sean comparables a su cobertura de atención médica y quirúrgica general. Los requisitos de autorización previa y derivación para servicios relacionados con trastornos de salud mental perinatal y TCS son barreras para el tratamiento. La eliminación de estas barreras ayudaría a la salud mental materna y a facilitar el acceso oportuno al tratamiento. Incentivar a los estados para que aumenten el reembolso de sus programas de Medicaid representa otra forma en que el gobierno federal podría apoyar un mayor acceso y equidad en la salud mental materna. Más de dos quintas partes (41 por ciento) de las mujeres que dieron a luz en los Estados Unidos en 2021 estaban cubiertas por Medicaid (Valenzuela y Osterman, 2023).

“El costo financiero de pagarle a alguien [por asesoramiento en salud mental] del propio bolsillo no está dentro del presupuesto”.

- F.P., madre embarazada con un hijo que no tenía terapeuta después de 6 meses

EE. UU., 2022). El acceso limitado a proveedores dentro de la red y el bajo reembolso para los pacientes de Medicaid impulsan este problema. Las bajas tasas de reembolso de los proveedores para el tratamiento psicológico, psiquiátrico y por consumo de sustancias también contribuyen a este problema. Las leyes de paridad en salud mental requieren que los planes de salud y las aseguradoras ofrezcan beneficios de salud mental y TCS que sean comparables a su cobertura de atención médica y quirúrgica general. Los requisitos de autorización previa y derivación para

servicios relacionados con trastornos de salud mental perinatal y TCS son barreras para el tratamiento. La eliminación de estas barreras ayudaría a la salud mental materna y a facilitar el acceso oportuno al tratamiento. Incentivar a los estados para que aumenten el reembolso de sus programas de Medicaid representa otra forma en que el gobierno federal podría apoyar un mayor acceso y equidad en la salud mental materna. Más de dos quintas partes (41 por ciento) de las mujeres que dieron a luz en los Estados Unidos en 2021 estaban cubiertas por Medicaid (Valenzuela y Osterman, 2023).

Los estados podrían beneficiarse de la asistencia para alentar a las compañías de seguros a mejorar el reembolso y la cobertura de las parteras y otros servicios de apoyo perinatal, así como los servicios prestados por trabajadores comunitarios (La Casa Blanca, 2022). La cantidad de programas estatales de Medicaid que reembolsan los servicios de especialistas en apoyo entre pares, trabajadores de salud comunitarios y doulas está aumentando. Los roles laborales basados en la comunidad brindan trayectorias profesionales significativas para personas que han vivido la experiencia; dichos trabajadores comprenden a las personas a las que atienden. El Policy Center for Maternal Mental Health (2023c) y otros han argumentado que los especialistas en apoyo entre pares están bien posicionados para abordar la salud mental materna, ya que sus servicios son reembolsados por

la mayoría de los programas estatales de Medicaid (Fallin-Bennett et al., 2020; McLeish et al., 2023). Las reformas deberían tender hacia un sistema en el que todos los proveedores de la red que atienden a pacientes perinatales puedan facturar los servicios de especialistas certificados en apoyo entre pares.

Los modelos de pago alternativos (AMP, por sus siglas en inglés) son otra forma de incentivar a los estados de manera que se alineen con resultados positivos en la atención de la salud mental perinatal y el consumo de sustancias. Según los CMS, un APM “es un enfoque de pago que ofrece pagos de incentivos adicionales para brindar atención de alta calidad y rentable. Los APM pueden aplicarse a una afección clínica específica, un episodio de atención o una población” (Centros de Servicios de Medicare y Medicaid, s.f.). Los APM pueden servir como vehículo para brindar prevención más flexible, intervención temprana o atención que tradicionalmente no se considera médica (por ej., vinculación con un proveedor de vivienda o apoyo para personas que experimentan violencia de pareja) que reduce el riesgo de resultados negativos para la madre y el niño. Los APM podrían abordar específicamente el acceso equitativo a la atención durante el período perinatal (Stone et al., 2023).

“Me uní al centro de mujeres afroamericanas. Tienen una doula en el personal para ayudar. Me programa citas, tiene atención para los niños. Así fue como mantuve la compostura”.

- J.N., madre embarazada con un hijo

¿Cómo?

- El gobierno federal debería trabajar con los estados y los pagadores privados para aumentar los incentivos financieros y el reembolso de los servicios que demuestren resultados positivos. A continuación se muestran algunas formas de hacerlo:
 - o Los CMS podrían apoyar a los estados con propuestas creativas para cambiar las metodologías de pago de la salud materna, incluidos los APM, sobre todo aquellos que incentivan la atención y el apoyo previos para prevenir el consumo de sustancias y las crisis de salud y familiares.
 - o Los CMS podrían aumentar la conciencia de su [nueva regulación](#) que requiere que los estados comparen sus tasas de pago por servicio de atención médica primaria, atención obstétrica y ginecológica y servicios ambulatorios de salud mental y TCS con las tasas de Medicare y publiquen sus análisis cada dos años.
 - o La [Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados](#) del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos podría participar en conversaciones sobre el reembolso de los servicios de salud mental materna perinatal y TCS en la [Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974 \(ERISA\)](#) y seguro proporcionado por el empleador.
 - o El gobierno federal podría incentivar las asociaciones público-privadas en un esfuerzo por reducir la carga administrativa y alentar a las compañías de seguros a eliminar los requisitos de autorización previa y derivación para servicios relacionados con trastornos de salud mental perinatal y TCS.
 - o El gobierno federal podría trabajar con todos los pagadores para fomentar el aumento de las tasas de reembolso para lo siguiente:
 - Programas de Medicaid estatales. Por ejemplo, el gobierno debería considerar la posibilidad de proporcionar fondos a los programas estatales de Medicaid para un pago de incentivo por atención de maternidad o salud mental/TCS que podría complementar las tarifas actuales. Esto ayudaría a aumentar el número de pacientes con Medicaid que son aceptados para recibir atención de salud mental y TCS. El gobierno debería llamar la atención sobre la necesidad de incluir la administración de los reembolsos y la facturación en el trabajo directo e indirecto de los proveedores de servicios.
 - Personal de apoyo no clínico, como trabajadores de salud comunitarios, doulas y especialistas en apoyo entre pares. El gobierno debería alentar a más estados a optar por el beneficio de Medicaid para trabajadores de salud comunitarios (actualmente disponible en 29 estados) (Halder y Hinton, 2023).

- Desarrollar y ampliar modelos de atención colaborativa perinatal en entornos como obstetricia y ginecología, pediatría y atención médica primaria (Miller et al., 2020). Los modelos de atención colaborativa son modelos de atención basados en evidencias y centrados en el paciente que tradicionalmente integran la atención médica primaria y la atención de salud mental y han demostrado que [reducen el estigma](#) (American Psychiatric Association, s.f.) y [reducen las disparidades](#) (Comité de Atención Integrada de la American Psychiatric Association, s.f.). Estos modelos pueden proporcionar muchas lecciones que se aplican a las poblaciones perinatales. Es vital prestar especial atención al reembolso en la atención colaborativa perinatal, ya que el reembolso y la cobertura del seguro varían según las disciplinas y los proveedores.

Nota: Esto podría implicar la creación de foros (como comunidades de aprendizaje, academias de políticas o paneles de expertos técnicos) para alentar el aprendizaje entre pares de modelos exitosos y analizar los beneficios de un mayor reembolso, incluidos ahorros de costos, mejores resultados y compromiso de los pacientes, expansión de la fuerza laboral y apoyo a proveedores clínicos que a menudo están sobrecargados y con poco personal.

- El gobierno federal debería implementar y mantener planes de acción nacionales para la atención perinatal de Medicaid que tengan en cuenta la detección y el tratamiento integrados de la salud mental y el consumo de sustancias.
 - Un ejemplo es el nuevo [Modelo de Transformación de la Salud Materna \(TMaH\)](#) de los CMS. El modelo TMaH incluirá un APM para los estados participantes. Es un nuevo modelo de pago y prestación de atención de 10 años con el objetivo de mejorar la salud materna y los resultados del parto para las mujeres y sus bebés. El modelo TMaH se centra en mejorar la atención de la salud materna para las personas inscritas en Medicaid y el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP).

Recomendación 2.2.4

Fortalecer la continuidad de la atención en la comunidad alentando a las agencias federales a agregar requisitos a sus avisos de oportunidades de financiamiento que dirijan a los beneficiarios a colaborar con otros programas financiados por el gobierno federal y desarrollar asociaciones con organizaciones comunitarias y programas regionales/estatales para ampliar el acceso y la derivación a servicios de tratamiento y apoyo a la recuperación.

¿Por qué?

Los esfuerzos para mejorar los servicios, apoyos y recursos perinatales en la comunidad deben garantizar que respondan a las diferencias culturales. Según la experiencia de los miembros del grupo de trabajo y los participantes en las sesiones de escucha, fortalecer los vínculos con los servicios comunitarios es particularmente importante para las poblaciones con pocos recursos porque esas poblaciones tienen menos probabilidades de buscar atención en los sistemas de atención médica. Los comentarios basados en evidencias para garantizar la sensibilidad cultural. Estos comentarios destacaron problemas de confianza, estigma y racismo sistémico como desafíos que podrían abordarse mediante la integración de trabajadores comunitarios (incluidos especialistas en apoyo de pares, doulas, trabajadores de salud comunitarios, facilitadores y consultores de lactancia) en los servicios perinatales. Como se describe en el informe del grupo de trabajo al Congreso, estos trabajadores normalmente prestan servicios a personas en sus comunidades, tienen experiencias de vida similares y están familiarizados con los recursos locales. Están bien posicionados para brindar apoyo multigeneracional culturalmente relevante para madres, bebés y familias. Durante los debates del grupo de trabajo, las sesiones de escucha y los comentarios públicos, los participantes destacaron el importante papel que desempeñan los servicios y trabajadores comunitarios en el apoyo a la salud mental materna.

¿Cómo?

- Debería haber colaboración entre los programas financiados por el gobierno federal que apoyan la salud mental y conductual, incluida la Línea Nacional de Emergencia de Salud Mental Materna, el Programa de Subvenciones para Centros Comunitarios de Salud Mental, los servicios de salud mental del VA, el programa de la Ley de Servicios y Prevención de la Violencia Familiar y el Programa de Acceso a Atención de Salud Mental Pediátrica.
- Los programas financiados por el gobierno federal deben desarrollar y mejorar las asociaciones para ampliar las opciones de servicios de tratamiento y apoyo a la recuperación y coordinar servicios y actividades para lograr los objetivos del programa. Esto debe completarse haciendo lo siguiente:
 - Desarrollar asociaciones en todo un estado, tribu o región y luego conectar a estos socios con una amplia gama de proveedores de tratamiento y recuperación de salud mental y consumo de sustancias basados en la comunidad;
 - Garantizar que las asociaciones aumenten el acceso a dichos servicios para las personas embarazadas y en período posparto y sus familias; y
 - Garantizar que se establezcan alianzas con entidades que reciben fondos de otros programas federales para facilitar referencias a servicios integrales para personas embarazadas y en período posparto.
- Los programas financiados por el gobierno federal (por ej., FQHC, CCBHC, Healthy Start, el modelo MOM, MIECHV y visitas domiciliarias de HRSA) deben especificar las categorías de asociaciones que requieren en las oportunidades de financiación como condición de financiación para garantizar los vínculos comunitarios.

Prioridad 2.3: Desarrollar capacidades mediante la capacitación, la ampliación y la diversificación del personal de salud mental perinatal

Recomendación 2.3.1

Exigir que todos los programas de capacitación, planes de estudio y asistencia técnica financiados por el gobierno federal incorporen cómo prevenir, detectar, evaluar y tratar los trastornos de salud mental perinatal, incluidos el TCS y la violencia de género.

¿Por qué?

Los proveedores están en el corazón de la infraestructura de salud mental materna prevista, pero ellos mismos deben recibir apoyo. Por ejemplo, tanto los proveedores clínicos como los no clínicos requieren la capacitación y la educación adecuadas sobre los trastornos de salud mental materna, el consumo de sustancias y los TCS (incluida una atención no estigmatizante, respetuosa y culturalmente apropiada). La capacitación adecuada de los proveedores ayuda a generar confianza con las personas embarazadas y en posparto. Los debates del grupo

“No fui [a terapia] durante meses. Había listas de espera. El otro motivo fue que estaba retomando el trabajo y buscando una guardería. [Solicitar una cita de salud mental]... me parecía [demasiado], sumar otra cosa [que hacer]”.

- S.B., madre de dos hijos

de trabajo, las sesiones de escucha y los comentarios públicos apuntaron a la necesidad de una capacitación específica en el área de la salud mental materna. Los proveedores de primera línea, incluidos los que no prestan servicios médicos (por ejemplo, parteras, doulas, trabajadores de salud comunitarios y consultores), necesitan capacitación específica para saber cómo abordar trastornos de salud mental perinatal y los trastornos por consumo de sustancias (TCS). Según la

experiencia del grupo de trabajo, se necesita capacitación específica sobre trastornos de salud mental perinatal y los trastornos por TCS entre los proveedores de atención médica (por ejemplo, en obstetricia, pediatría y medicina familiar) de todos los niveles (por ejemplo, enfermeras de práctica avanzada, otras enfermeras, médicos y asistentes médicos). Los proveedores de atención de salud mental (por ejemplo, psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, consejeros y terapeutas) y los especialistas en tratamiento de TCS también necesitan capacitación específica en trastornos perinatales. Parte de la capacitación de los proveedores debe abarcar los factores de riesgo y los subgrupos más afectados por trastornos de salud mental perinatal y los TCS. Los proveedores también necesitan apoyo y supervisión constantes.

El sector necesita más oportunidades de capacitación en atención interdisciplinaria (incluida la atención en salud mental) y requisitos de competencia cultural y conocimiento de los determinantes sociales de la salud (DSS). La formación médica y la residencia para obstetras-ginecólogos en salud mental materna no son suficientes. Las transformaciones importantes en las capacitaciones de los proveedores (como requisitos, certificaciones/acreditaciones y cambios en los planes de estudio) pueden requerir modificaciones en las leyes, políticas, regulaciones y estándares establecidos por los organismos médicos y educativos. La necesidad de capacitación específica está relacionada con la resistencia que tienen muchos proveedores de atención médica para recetar (o continuar) medicamentos para trastornos de salud mental y TCS a las pacientes durante el período perinatal (Asociación Estadounidense de Psiquiatría American Psychiatric Association, 2022; Kalfoglou, 2016). Las iniciativas de educación y capacitación continua y de asistencia técnica tienen el potencial de enriquecer el conocimiento de los proveedores sobre ese tema. Aunque resulta difícil implementarlos, estos cambios probablemente tendrían un gran impacto en el acceso general a los servicios y en los encuentros de atención individuales.

¿Cómo?

- Para llevar a cabo esta recomendación, las agencias federales deberían:
 - o Incorporar la implementación de iniciativas de capacitación especializada por parte de agencias federales y expertos en el área de salud mental perinatal y TCS, como los que se indican a continuación, en todos los programas federales de capacitación y asistencia técnica pertinentes:
 - El [Plan de estudios nacional de psiquiatría reproductiva](#), que ofrece información sobre salud mental reproductiva tanto a proveedores de salud mental como de salud materno-infantil e incluye Plan de estudios resumido de 5 horas con los aspectos básicos sobre el tema, está diseñado para estudiantes que tienen tiempo limitado para dedicarlo a la psiquiatría reproductiva;
 - Programas apoyados por la Oficina de Salud Materno-infantil de la Administración de Recursos y Servicios de Salud (por ejemplo, [Maternal and Child Environmental Health Network: MotherToBaby](#));
 - [Sistema de Asistencia Clínica de Proveedores \(PCSS\)](#) y [Asesor para Enfermedades Mentales Graves \(SMI\)](#) de SAMHSA; y
 - [Oportunidades de capacitación](#) de Postpartum Support International.
 - o Trabajar con asociaciones profesionales, asociaciones, proveedores y centros nacionales de asistencia técnica para mejorar la capacitación y la asistencia técnica; esto incluye el diseño de guías a través de publicaciones e informes;
 - o Incluir oportunidades para que los médicos tengan acceso a capacitación gratuita para la Certificación Internacional de Asistencia de Postparto en Salud Mental Perinatal;
 - o Garantizar que la capacitación y la asistencia técnica estén dirigidas a todas las disciplinas de atención médica, incluidas la pediatría, la medicina interna, la medicina familiar, la medicina de urgencias, la obstetricia y la ginecología, la salud mental y la atención TCS, y la enfermería; e
 - o Incentivar y ofrecer asistencia técnica para apoyar la capacitación sobre interacción con pacientes no estigmatizante y no discriminatoria para los proveedores de atención médica y todo el personal (por ejemplo, asistentes, personal de recepción y otros).

Recomendación 2.3.2

Educar a los profesionales clínicos actuales y futuros sobre trastornos de salud mental perinatal, el uso de sustancias, los trastornos por consumo de sustancias y la violencia de género, para garantizar que estos temas están incluidos en los planes de estudio tanto para proveedores de atención médica como de atención de salud mental (por ejemplo, en escuelas de medicina y enfermería, en programas de capacitación sobre salud mental y consumo de sustancias, y programas de salud afines y de salud mental) y en los requisitos de la capacitación continua.

¿Por qué?

Como se mencionó anteriormente, no se ofrece suficiente capacitación ni educación sobre salud mental perinatal, trastornos por consumo de sustancias y violencia de género, y se necesitan iniciativas más integrales y con mayor colaboración para mejorar los programas de estudio en las escuelas y en la capacitación continua de los proveedores que ejercen su profesión. La escasez de trabajadores debe compensarse incrementando la cantidad de nuevos proveedores que ingresan al sector y que están capacitados desde el principio para brindar atención a las pacientes con trastornos de salud mental materna y trastornos por consumo de sustancias (que incluye a las personas que han experimentado violencia de género).

¿Cómo?

- Las agencias federales deben trabajar con asociaciones de profesionales médicos, programas de capacitación clínica y otras instituciones relevantes para respaldar el ajuste de programas de capacitación y educación y certificaciones con el objetivo de incluir los trastornos de salud mental perinatal, el consumo de sustancias, los trastornos por consumo de sustancias, la violencia de género y los determinantes sociales de la salud (DSS), y además garantizar que las evaluaciones reflejen las pautas de práctica actuales para las mujeres embarazadas y en etapa de posparto. Las agencias deben fomentar la inclusión y la apertura sobre estos temas en todos los exámenes que se exigen para obtener la licencia profesional correspondiente, como el Examen de Licencia Médica de los Estados Unidos (USMLE) para médicos, el examen de certificación de la Junta Estadounidense de Psiquiatría y Neurología (ABPN) para psiquiatras y el examen de calificación de la Junta Estadounidense de Obstetricia y Ginecología (ABOG).
- Los programas federales de capacitación y asistencia técnica deberían proporcionar unidades de educación continua (CEU) y educación médica continua (CME) para los médicos.
- Las agencias federales deberían trabajar con los organismos de licencias para crear un requisito para que se complete una cantidad mínima de créditos educativos sobre salud mental perinatal, trastornos por consumo de sustancias y violencia de género para la aprobación inicial de la licencia y las renovaciones posteriores en todas las profesiones que atienden a mujeres embarazadas y en etapa de posparto.

Recomendación 2.3.3

Asignar fondos a largo plazo para establecer, ampliar y mantener los programas de consulta sobre salud mental perinatal, consumo de sustancias y violencia de género para trabajadores médicos, profesionales de salud mental y consumo de sustancias, personal de enfermería, profesionales de salud afines y no clínicos en la comunidad.

¿Por qué?

Dada la escasez de obstetras y psiquiatras que se especialicen en el tratamiento de trastornos de salud mental durante el embarazo y la etapa de posparto, los [programas de acceso a psiquiatría perinatal](#) pueden ayudar a satisfacer la necesidad de atención. Los programas de acceso a psiquiatría perinatal (que incluyen líneas de consulta profesional) suelen ser recursos estatales que posibilitan que los obstetras y ginecólogos puedan mejorar el acceso a la atención de salud mental de alta calidad. Estos programas también ayudan a los proveedores de atención de salud mental que quieren mejorar su capacitación o competencia en atención de salud reproductiva. Al ofrecer consultas con especialistas en salud mental perinatal (por ejemplo, psiquiatras especialistas en reproducción y psiquiatras perinatales) a través del servicio de

“Estaba buscando una [proveedora] latina, alguien que hubiera tenido la experiencia de un parto en su casa, una experiencia que pudiera compartir conmigo”.

- F.P., madre embarazada con un hijo

telesalud se puede incrementar el acceso a servicios como el diagnóstico de trastornos de salud mental y trastornos por consumo de sustancias. Los programas de acceso a psiquiatría perinatal también pueden ser un medio de capacitación y educación para los proveedores, particularmente en áreas rurales y otras áreas donde los servicios médicos no son suficientes. La ampliación de estos programas surgió como una manera importante de incrementar el acceso y abordar la escasez de personal en las deliberaciones de los grupos de trabajo, las sesiones para escuchar opiniones y los comentarios públicos. Según la experiencia del grupo de trabajo,

para esta ampliación es necesario incrementar la cantidad de especialistas con conocimientos sobre los trastornos de salud mental perinatal y los trastornos por consumo de sustancias para que el personal asista a estos programas.

¿Cómo?

- Los programas estatales de acceso a la psiquiatría perinatal financiados por la Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) que se ofrecen a través del [Programa de Evaluación y Tratamiento de Trastornos de Uso De Sustancias y Salud Mental en la Maternidad](#), deberían ampliarse para llegar a todos los estados, al Distrito de Columbia y a todos los territorios. Estos programas deberían ofrecer asistencia específica y ser culturalmente apropiados para las tribus y los territorios.
- El gobierno federal debería alentar a los estados a adoptar las [guías de Medicaid recientes sobre consultas entre profesionales](#), para que se pueda hacer el reembolso de la consulta entre los profesionales. Con esto, los profesionales de la obstetricia obtienen reembolsos por sus servicios cuando consultan con un especialista, sin tener interacción personal con el paciente.
- Las agencias federales deberían desarrollar y ampliar programas de asistencia técnica basados en consultas, como los asesores para enfermedades mentales graves (SMI), el [Centro de Asistencia Técnica de Salud Conductual para personas Migrantes y Refugiadas](#) (los dos abarcan el abordaje sobre la salud mental perinatal, los trastornos por consumo de sustancias o la violencia de género) y el [Programa de Consulta de Salud Mental Reproductiva del Departamento de Asuntos de los Veteranos \(VA\)](#).
- Las agencias federales deberían aumentar la concientización y la participación en estos programas de acceso a la psiquiatría entre los proveedores de atención perinatal, incluidos los médicos de atención primaria, los médicos de salud mental/TCS y los profesionales de salud afines.
- El gobierno federal debería aclarar el mensaje que quiere dar sobre el propósito y la población objetivo de cada línea de consulta.
- Las agencias federales deberían considerar formas de involucrar directamente a los proveedores clínicos y no clínicos relevantes para incrementar el uso de las líneas de consulta.
- Programas de apoyo como [Lifeline for Moms](#), que brinda capacitación y asistencia técnica a los proveedores que desean implementar líneas de acceso a psiquiatría perinatal, deben ampliarse y modelarse.

Recomendación 2.3.4

Financiar, incentivar y reforzar las iniciativas de reclutamiento y capacitación para ampliar y diversificar el personal que trabaja en las áreas de salud mental y consumo de sustancias clínica y no clínica perinatal, particularmente en áreas de escasos recursos.

¿Por qué?

El recorte brusco de personal y la falta de recursos generan la falta de acceso a servicios para trastornos de salud mental perinatal y trastornos por consumo de sustancias, así como al apoyo general para mujeres embarazadas, en etapa de posparto y padres. Esto es particularmente cierto en áreas donde la atención médica materna es inexistente. La escasez de personal, así como la falta de representación entre las comunidades más afectadas por trastornos de salud mental materna y trastornos por consumo de sustancias, fue un tema importante en los debates del grupo de trabajo, las sesiones para escuchar opiniones y los comentarios públicos. Nuestro país enfrenta falta de obstetras, parteras autorizadas, médicos de familia y profesionales de atención de salud mental y tratamiento de TCS (Counts, 2023; Administración de Recursos y Servicios de Salud, 2024a; La Casa Blanca, 2022). Estas profesiones carecen de diversidad y tienen vías limitadas para que las personas de comunidades subrepresentadas tengan acceso a estos puestos, lo que contribuye a la existencia de brechas en la atención culturalmente apropiada (Counts, 2023; La Casa Blanca, 2022). También hay falta de profesionales comunitarios no clínicos que brinden servicios perinatales y asistencia para la salud mental y la recuperación de TCS, un problema que está relacionado integralmente con las bajas tasas de reembolso y la falta de cobertura de las aseguradoras (Counts, 2023; La Casa Blanca, 2022). Los estados necesitan orientación sobre cómo podrían ampliar el acceso a parteras autorizadas, doulas, trabajadores de apoyo entre colegas, trabajadores de salud comunitarios y centros de maternidad independientes.

Hincapié en los programas que incorporan doulas

Las doulas son el corazón de [Hummingbird Indigenous BirthKeepers](#), un programa que integra atención basada en evidencias, atención culturalmente apropiada y conexiones sociales. Indigenous BirthKeepers ofrece apoyo integral durante el período perinatal. Este programa de la Junta de Salud Indígena de Seattle recibió una subvención para salud materna del Fondo de Mejora de la Calidad del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS). Oregón fue el primer estado en lanzar el reembolso de Medicaid para "trabajadores sanitarios tradicionales", como las doulas, en 2012 (Proyecto de Ley 3311 de la Cámara de Representantes del Estado de Oregón, 2012). El [Programa Comunitario de Doulas](#) ha capacitado a doulas para que sean especialistas en bienestar entre pares. La capacitación permite que las doulas de apoyo entre pares ayuden a mujeres embarazadas afectadas por el consumo de sustancias durante el embarazo y hasta 3 años después del parto. La colaboración entre el Programa Comunitario de Doulas de Oregón y un programa de apoyo entre pares para personas que trabajan para recuperarse ha permitido que el 90 por ciento de las personas conserven la custodia de sus hijos (Institute for Medicaid Innovation, 2023).

¿Cómo?

- El gobierno federal debería invertir y reforzar las iniciativas actuales que capacitan y certifican a trabajadores comunitarios no clínicos (como especialistas en apoyo entre pares, doulas, trabajadores de salud comunitarios, *promotoras de salud*, navegadores y asesores de lactancia) para ampliar y diversificar el personal especializado en etapa perinatal y mejorar la salud mental durante esa etapa, particularmente en áreas de escasos recursos.
 - Por ejemplo, Healthy Start incluye asistencia para la capacitación y el apoyo de doulas como parte del equipo de atención para mujeres embarazadas y en etapa de posparto (Administración de Recursos y Servicios de Salud, 2024b).
- Las agencias federales deberían exigir capacitación en salud mental materna y atención de trastornos por consumo de sustancias (TCS) como parte de la certificación de especialistas en apoyo entre pares, doulas y trabajadores de salud comunitarios.
- Las agencias federales deberían facilitar la implementación del modelo de “Care Extender” (auxiliar de medicina general) —que incrementa la cantidad de personal de atención médica, desarrolla la capacidad de los equipos de salud materna y brinda atención culturalmente congruente— con asesores comunitarios. A corto plazo, el gobierno debería publicar y difundir orientación para saber cómo reclutar, capacitar e implementar modelos que incluyan a los asesores comunitarios como parte de un equipo de atención integral. A largo plazo, se deberían cambiar las políticas y modelos de pago para incorporar servicios de asesoramiento comunitario como parte de paquetes de pago o esquemas de pago por servicio.
- Las agencias federales deberían aplicar lo que se aprendió de [Modelo de Comunidades Sanitarias Responsables](#), desarrollado por CMS, para cerrar la brecha entre la atención clínica y los servicios comunitarios. Este modelo implementó servicios de detección, derivación y asesoramiento comunitario para abordar las necesidades de los determinantes sociales de la salud (DSS). El desarrollo de capacitaciones podría basarse en este modelo, que fue [evaluado](#) en mayo de 2023.
- El gobierno debería ampliar la financiación e incorporar capacitación obligatoria sobre salud mental perinatal y atención de TCS en los programas laborales federales que incluyen, entre otros, los siguientes:
 - [Programa de becas para minorías de SAMHSA](#);
 - [Centro de Excelencia para Escuelas y Universidades Históricamente Negras de SAMHSA en el Programa de salud conductual](#); y
 - Se destinaron más de 60 programas de la [Oficina de Recursos Humanos de Salud \(BHW, por sus siglas en inglés\)](#) para fortalecer el empleo del sector de salud y reforzar al personal especializado en salud materna aumentando la oferta, la distribución y la calidad de los médicos que pueden promover la salud materna; esto abarca a proveedores de medicina familiar y obstetricia y ginecología, enfermeras y enfermeras parteras certificadas. Las inversiones más importantes incluyen:
 - El programa de Ampliación del Personal de Enfermería para Atención Materna (MatCare), que se centra en la capacitación de enfermeras parteras y tiene como

- objetivo mejorar la capacitación en salud materna para abordar mejor la salud mental materna, la mortalidad materna y los factores de riesgo de morbilidad;
- El programa de Capacitación y Mejora de la Atención Médica Primaria, Prevención Comunitaria y Salud Materna, que capacita a médicos de atención primaria para brindar atención de salud materna haciendo hincapié en mejorar los resultados para el grupo perinatal;
 - Programas integrados de salud conductual que amplían la cantidad de proveedores capacitados para brindar servicios integrados para trastornos por consumo de sustancias en entornos comunitarios, incluidos programas como la Beca de Medicina de Adicciones, el Programa Integrado de Capacitación sobre Trastornos por Consumo de Sustancias y el Programa de Asistencia a Familias Afectadas por Opiáceos; y
 - El Programa de Educación y Capacitación de Empleados del Sector de Salud Conductual para Paraprofesionales otorga subvenciones, cuyo objetivo es aumentar el número y mejorar la calidad de los profesionales de salud mental y TCS.
- SAMHSA, HRSA y las agencias relacionadas deberían financiar pasantías clínicas y no clínicas en programas financiados por el gobierno federal que atiendan a poblaciones perinatales para aumentar el reclutamiento en esa área.
 - Las agencias federales deberían incentivar a los estudiantes y pasantes de la escuela secundaria, la universidad y la educación de posgrado a elegir carreras en áreas de necesidad a través de programas de desarrollo de líneas de trabajo que despierten el interés y desarrollen el conocimiento sobre las profesiones de atención de la salud mental. Las oportunidades incluyen pasantías, programas de verano y educación para consejeros profesionales de la escuela secundaria.

Pilar 3: Utilizar datos e investigaciones para mejorar los resultados y la responsabilidad en la gestión

La recopilación, evaluación y difusión de datos es necesaria para garantizar que las políticas y los programas sean eficaces. Como se señala en el informe del grupo de trabajo entregado al Congreso, nuestro país enfrenta actualmente muchos desafíos relacionados con los datos de salud materna en general, incluidos los datos relacionados con las condiciones de salud mental materna y los trastornos por consumo de sustancias. Las recomendaciones que respaldan el Pilar 3 abordan las maneras en que Estados Unidos podría mejorar la calidad de la recopilación, interpretación, medición, análisis y difusión de datos, incluida la garantía de que existan comités de revisión de mortalidad materna y grupos colaboradores de calidad perinatal en todo el país. El grupo de trabajo también identificó dos áreas principales en las que los datos y la investigación podrían impulsar un cambio positivo en la salud mental materna. En primer lugar, se podrían aprovechar los datos y la investigación para apoyar estrategias e impulsar innovaciones en todos los ámbitos de la atención (prevención, detección, diagnóstico, intervención y tratamiento) para mejorar los resultados para las personas que padecen trastornos de salud mental perinatales y trastornos por consumo de sustancias. En segundo lugar, los datos y la investigación son fundamentales para ayudar a los sistemas y profesionales de la salud a mejorar la calidad de la atención en todo el espectro de servicios y aumentar el acceso y la equidad.

Prioridad 3.1: Utilizar datos e investigaciones para respaldar estrategias e innovaciones que mejoren los resultados

Recomendación 3.1.1

Organizar un panel interdisciplinario e interinstitucional de expertos para determinar áreas de alta prioridad de investigación, supervisión y ciencia de la implementación que influirán directamente en las mejoras a nivel nacional de las condiciones de salud mental perinatal y los trastornos por consumo de sustancias. El panel de expertos se encargaría de garantizar la coordinación en el gobierno federal, transformar los datos en medidas y monitorear y sostener la investigación y la supervisión en esta área.

¿Por qué?

Faltan investigaciones y recopilación de datos en algunas áreas relevantes para la salud mental perinatal (por ejemplo, los efectos de los medicamentos y otros tratamientos en poblaciones de escasos recursos de embarazadas, niños, parejas y familias). Las agencias federales apoyan la investigación y la recopilación de datos en muchos temas diferentes, y un panel de expertos coordinadores podría ayudar a priorizar estas iniciativas para garantizar el mayor impacto posible. Se necesita financiación específica y un plan estratégico a largo plazo.

¿Cómo?

- El panel de expertos ayudaría a llevar a cabo esta agenda nacional de investigación y promovería investigaciones que respalden el desarrollo, la implementación y la evaluación de una variedad de enfoques holísticos integrales para mejorar la salud mental materna, que incluiría los enfoques recomendados en esta estrategia. La agenda de investigación incluiría:
 - Apoyar la investigación longitudinal perinatal, la observación y la recopilación de datos (que incluya las experiencias vividas cualitativas de las familias) para examinar los efectos de las condiciones de salud mental, el consumo de sustancias y los trastornos por consumo de sustancias y la necesidad de asistencia continua para mujeres, niños, parejas y otros miembros de la familia.
 - Examinar la interacción entre las condiciones de salud mental materna, los trastornos por consumo de alcohol y las comorbilidades (por ejemplo, hipertensión, enfermedad cardíaca, enfermedad renal y defectos de nacimiento) para garantizar que estos temas estén integrados en los modelos de investigación, supervisión y atención.
 - Ampliar la investigación sobre los factores de riesgo modificables y no modificables (por ejemplo, la genética, la falta de sueño, la ayuda social y las experiencias adversas en la infancia (EAI), así como sus efectos sobre la neuroplasticidad), la violencia de género y los determinantes sociales de la salud (por ejemplo, el entorno establecido y el entorno social, el acceso a los alimentos, el acceso y la calidad de la educación, el empleo y la estabilidad económica, y el acceso y la calidad de la atención médica) que afectan las condiciones de salud mental materna y los trastornos por consumo de sustancias (TCS).
 - Apoyar estudios que incluyan una mayor participación de las embarazadas, mujeres en etapa de posparto y con hijos durante el plazo que dure la investigación (por ejemplo, desarrollo, implementación y difusión) para informar las políticas, las prácticas y la atención centrada en la persona a lo largo de la vida, a diferencia de los estudios que se centran en períodos específicos (por ejemplo, el período posparto).
 - Financiar investigaciones dedicadas a investigar las diferencias según el sexo y garantizar la representación de los grupos con escasos recursos y el dúo madre-hijo.
 - Apoyar el análisis sistemático del pago basado en el valor y los nuevos modelos de prestación (por ejemplo, atención colaborativa) para evaluar la relación costo-eficacia de invertir en este tipo de atención para las condiciones de salud mental materna y los TCS.
 - Promover iniciativas sistemáticas y continuas de captura de datos para evaluar las necesidades no satisfechas de atención de salud mental perinatal y TCS en múltiples niveles (por ejemplo, nacional, estatal, jurisdiccional, dentro del condado, a nivel local y dentro del sistema de salud). Centrarse en reducir las muertes por suicidio relacionadas con el embarazo.
 - Mejorar la investigación sobre la salud mental perinatal y el consumo de sustancias para investigar los resultados maternos e infantiles asociados con metodologías de tratamiento y modelos de atención específicos, que incluyen la investigación de implementación. Además, examinar los resultados maternos e infantiles asociados con la alimentación infantil.
 - Apoyar la investigación que aborda las maneras de evitar que el tratamiento sea por castigo, especialmente para las comunidades con escasos recursos.

Recomendación 3.1.2

Invertir en formas de generar confianza en comunidades con escasos recursos que han sufrido abusos para que participen en las iniciativas de investigación y recopilación de datos. Reconstruir la seguridad involucrando a las comunidades, es decir, a las embarazadas y a las personas en etapa de posparto con mayor riesgo, en asociaciones (por ejemplo, a través de investigaciones participativas dentro de la comunidad) para garantizar que la investigación, la recopilación de datos, el análisis y los informes sobre la salud mental perinatal y el consumo de sustancias se centren en la equidad, sean representativos, culturalmente relevantes, estén informados sobre las secuelas y atentos a la protección de la confidencialidad necesaria con el mayor respeto ético hacia los grupos vulnerables y de escasos recursos.

¿Por qué?

La investigación sobre salud materna que incluye a las subpoblaciones más afectadas es crucial para avanzar en el conocimiento, así como en la equidad y el acceso. Además, la exclusión de las personas embarazadas de los estudios y los trabajos de supervisión da como resultado una base empírica extremadamente limitada; esto limita la capacidad de proporcionar intervenciones personalizadas respaldadas por investigaciones para los trastornos de salud mental y los TCS durante la maternidad. En la actualidad, las personas de comunidades con escasos recursos a menudo no están representadas en la recopilación de datos (2022).

Las inversiones en la creación de confianza y asociaciones que respalden la participación de comunidades con escasos recursos facilitarían la investigación traslacional y la implementación de intervenciones en entornos comunitarios. Una mayor inclusión de personas de comunidades de escasos recursos en las investigaciones posibilitaría el avance en la implementación y difusión de investigaciones para mejorar los resultados relacionados con los trastornos de salud mental materna y los TCS.

Los miembros de comunidades con escasos recursos que han sufrido abusos históricos pueden desconfiar del sector de la salud y la investigación médica. Para comprender sus perspectivas es necesario valorar algunas experiencias abusivas relacionadas con la raza, la etnia, el nivel socioeconómico y otros factores en el contexto de la investigación médica. Históricamente, algunos han utilizado el pretexto de la investigación científica para perpetuar creencias racistas (por ejemplo, la eugenesia) y apoyar disparidades actuales sin evidencia (Bergeron 2021). Históricamente, los grupos con escasos recursos no han estado representados en la base empírica financiada por los contribuyentes y los hallazgos no siempre se han aplicado para mejorar las vidas de las personas de estas comunidades (Bergeron, 2021).

A continuación se presentan ejemplos de abusos en la investigación histórica:

- Las células de Henrietta Lacks, una mujer afrodescendiente empobrecida que buscó tratamiento en un hospital con afiliación académica en la década de 1950, se utilizaron con fines de investigación sin consentimiento informado. La Sra. Lacks recibió tratamiento para sus síntomas, pero finalmente murió de cáncer cervical a la edad de 31 años. El uso de su línea de células se ha generalizado en la investigación y continúa, pero sus descendientes no han recibido compensación a pesar de las demandas (Baptiste et al., 2022).
- En la década de 1930, investigadores de Tuskegee, Alabama, comenzaron un estudio sobre sífilis no tratada con hombres afrodescendientes sin consentimiento informado. Estos hombres no recibieron el tratamiento que prometieron los investigadores, pero el estudio continuó en la década de 1960 a pesar de las múltiples oportunidades que tuvieron las agencias gubernamentales para detenerlo. Algunos hombres que participaron en el estudio se infectaron durante el proyecto de investigación, pero no recibieron tratamiento y murieron de sífilis. Las esposas de estos hombres también desarrollaron esta infección de transmisión sexual y algunos de sus hijos adquirieron sífilis congénita (McVean, 2019).
- En 2004, la tribu Havasupai entabló una demanda contra una universidad de investigación por utilizar muestras de ADN en estudios para los que los miembros de la tribu no habían dado su consentimiento informado. Los miembros de la tribu habían participado en un estudio sobre diabetes tipo 2, entregando muestras de sangre para análisis genéticos, pero no habían dado su consentimiento para que se puedan usar en otras investigaciones (Garrison, 2013). La universidad pagó una compensación financiera para resolver las demandas legales en 2010 (Mello y Wolf, 2010).

Las iniciativas actuales de investigación en materia de salud, como el [Programa de investigación *All of Us*](#) de los Institutos Nacionales de Salud (NIH), destacan la amplia participación que representa la diversidad de los Estados Unidos. Aun así, la secuela por acontecimientos pasados resuena hoy y contribuye a que las personas de grupos de escasos recursos se resistan a participar en investigaciones médicas.

Actualmente, la recopilación de datos no está homologada en todos los dominios relevantes para la salud mental materna. Esto limita el conocimiento del impacto de las condiciones de salud mental y los TCS en las vidas de las personas y las subpoblaciones. El área debe ir más allá del modelo médico para abordar el impacto de estos trastornos en todos los aspectos de la vida, tanto de los padres como de los niños. La recopilación de datos debe abarcar los factores de riesgo y los DSS (por ejemplo, inseguridad alimentaria, estrés e inseguridad habitacional) asociados con estos trastornos. La recopilación exhaustiva de datos permite construir estrategias de intervención que tienen en cuenta la experiencia vivida y las condiciones socioeconómicas de una comunidad. Estos factores afectan el acceso y las conductas de búsqueda de atención médica, así como los resultados en materia de salud mental materna. Faltan datos sobre algunos problemas emergentes de salud mental materna que justifican una investigación (por ejemplo, lugares seguros para dormir, uso de opiáceos durante el embarazo y tasas de detección de depresión posparto). Para promover la equidad en la salud, la recopilación de datos, tanto cuantitativos como cualitativos, debe hacer hincapié en comprender y satisfacer las necesidades de las comunidades marginadas. Aunque los datos se recopilan rutinariamente en la prestación de la atención a mujeres y sus bebés (por ejemplo, certificados de nacimiento y defunción y datos de facturación hospitalaria) y en muchos programas públicos (por ejemplo, el Programa Especial de alimentos suplementarios para Mujeres, Bebés y Niños [WIC, por sus siglas en inglés]), esta información rara vez se complementa para su evaluación o investigación. Una mejor conexión de los sistemas de datos existentes y del aprovechamiento de los datos podrían reducir el trabajo de los investigadores y proporcionar una evaluación más completa de los resultados maternos e infantiles. En última instancia, los responsables de las políticas y los líderes comunitarios deben poder utilizar los datos para crear estrategias de intervención que mejoren los resultados de la salud y la equidad.

¿Cómo?

- El [Programa Nacional de Compensación de Lesiones Causadas por Vacunas](#) debería ser un modelo para la inclusión de mujeres embarazadas y en etapa de posparto en investigaciones relacionadas con el uso de tratamientos basados en fármacos o dispositivos.
- El gobierno federal debería trabajar con los centros de epidemiología tribales de todo el país para respaldar la recopilación, el análisis y la presentación de datos sobre salud mental materna. Por ejemplo, el Centro de Epidemiología Tribal del Suroeste del Área de Albuquerque realizó una encuesta para el Sistema de Monitoreo de Evaluación de Riesgos durante el Embarazo (PRAMS, por sus siglas en inglés) en comunidades tribales. Sin embargo, esto fue por un tiempo limitado y la encuesta no pudo continuar por falta de fondos. PRAMS ha colaborado con 10 jurisdicciones que incluyen poblaciones tribales para promover las prioridades y actividades de salud materna e infantil (por ejemplo, salud mental, atención prenatal, lactancia materna y nutrición). Una financiación específica podría garantizar la inclusión sistemática de las comunidades tribales en la encuesta PRAMS.
- El gobierno federal debe difundir e implementar las recomendaciones del [Grupo de Trabajo de Investigaciones Específicas para Mujeres Embarazadas y Lactantes \(PRGLAC\)](#), que ha abogado por la inclusión de personas embarazadas en investigaciones y ensayos clínicos y que asesora al Secretario del HHS sobre los vacíos en la investigación respecto de si las terapias son seguras y eficaces para implementar entre mujeres embarazadas y lactantes.
- Las agencias federales deberían apoyar la investigación participativa de la comunidad, que involucra a las subpoblaciones de interés. Algunos ejemplos incluyen:
 - o La [Alianza de Participación Comunitaria de los NIH](#);
 - o El [Programa de Premio de Participación PCORI de Eugene Washington](#); y
 - o El [Plan a largo plazo 2024-2028](#) del Instituto Nacional de Investigaciones sobre Discapacidad, Vida Independiente y Rehabilitación.

- Las agencias federales deberían fomentar el uso de la lista de verificación GAP-REACH, que da orientación sobre la presentación de informes estándar sobre raza y etnia para la investigación.
- Debería haber una serie de grupos focales patrocinados por el gobierno federal con personas que hayan tenido experiencia con trastornos de salud mental perinatal y trastornos por consumo de sustancias y que representen a los grupos más afectados por estos problemas; sus opiniones deberían incluirse en la agenda nacional de investigación mencionada anteriormente.
- Las agencias federales deberían analizar los estudios de casos de los trabajos de investigación que han generado confianza en comunidades con pocos recursos que han experimentado abusos en el pasado.

Recomendación 3.1.3

Apoyar y financiar sistemas de datos integrados compartiendo datos entre servicios de salud y comunitarios, mientras que se preserva la confidencialidad del paciente. Utilizar datos para informar e fomentar el desarrollo de políticas más equitativas, prácticas efectivas, innovadoras intervenciones y metodologías de tratamiento y mejores resultados.

¿Por qué?

Hay dos razones principales para compartir datos. Una es que los médicos pueden coordinar la atención, que en muchos casos puede salvar vidas; la segunda es que posibilitan el análisis de las innovaciones a nivel de sistemas con miras a la mejora y la equidad. A medida que el país moderniza la recopilación de datos y los vínculos entre archivos de datos, es fundamental invertir en normas, vínculos, arquitectura e infraestructura de datos y acuerdos de intercambio de datos. Estos aspectos son necesarios para permitir la combinación, comparación y análisis de datos médicos y otros datos a nivel nacional, jurisdiccional y local. El grupo de trabajo reconoce que el gobierno federal controla únicamente determinados sistemas de datos y que la integración de estos sistemas puede ser limitada. También reconoce las diferentes limitaciones que existen para compartir y vincular los sistemas de registros médicos. En todas las iniciativas para vincular los sistemas de datos se deben seguir las mejores prácticas para la coordinación de datos y el desarrollo de normas que posibiliten la investigación.

Los datos relevantes para la salud de una persona a menudo se almacenan en múltiples fuentes (por ejemplo, registros administrativos de compañías de seguros, bases de datos de ensayos clínicos u otras investigaciones y agencias de servicios). La técnica de vinculación de datos (que combina información sobre una persona proveniente de diversas fuentes) proporciona un recurso valioso que los investigadores pueden aprovechar para comprender estados de salud complejos en toda la población (Harron, 2022). El grupo de trabajo afirma que, para apoyar la salud mental materna óptima, nuestro país necesita vincular datos de manera sostenible; es decir, sistemas que se mantengan y queden vinculados con el transcurso del tiempo. La vinculación actual de datos federales deberían aprovecharse, fortalecerse y utilizarse como base para estas actividades.

¿Cómo?

- El gobierno federal debería invertir en sistemas que integren datos de municipios, condados, estados, territorios de Estados Unidos, islas del Pacífico afiliadas a Estados Unidos y agencias federales.
- Las agencias federales deben buscar orientación legal y ética para saber cómo integrar los sistemas de datos de manera tal que se respete la privacidad y la confidencialidad del paciente. Deberían incluir a grupos de derechos para los pacientes (por ejemplo, la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales y Salud Mental de Estados Unidos) así trabajan como colaboradores en este proceso.
- Se debería determinar qué sistemas de datos federales requieren la vinculación.
- Se debe desarrollar un lenguaje contextual para indicar la norma con la que se supervisará todo el intercambio de datos de observación señalando que la intención es mejorar la salud y el bienestar de los padres biológicos.
- Se deben aprovechar y fortalecer todos los vínculos existentes a nivel federal.
- Se debe contratar a expertos en modernización de datos para desarrollar las normas y la canalización de datos necesarios, crear almacenes y registros de datos y vincularlos. Los modelos sugeridos son:
 - o El [Marco de Intercambio Confiable y Acuerdo Común \(TEFCA\)](#), que establece un acuerdo

sobre asuntos técnicos que respalda la interoperabilidad a nivel nacional, posibilita que las agencias de salud y servicios sociales mejoren la atención y permite que los pacientes puedan acceder a su propia información de atención médica (HealthIT.gov, s.f.).

- o La [Asociación de Resultados Médicos Observacionales \(OMOP\)](#), que se creó para dar un marco normativa respecto de los datos de observación y análisis para producir evidencia médica y de salud de alta calidad.
 - El equipo MAT-LINK de los CDC (con la ayuda de un equipo de implementación asociado de la Universidad Johns Hopkins) está trabajando atentamente en la modernización del modelo de supervisión con enfoque clínico con objetivo de optimizar la calidad y la integridad de los datos antes de que lleguen a los CDC. El equipo está trabajando para representar las variables a OMOP en los sitios clínicos para incrementar la interoperabilidad, introducir más herramientas de calidad de datos y regularizar la extracción de datos de los registros médicos electrónicos. El equipo también está trabajando para incrementar la eficiencia en la recopilación de datos extraídos en el modelo de datos común mediante la integración de registros médicos electrónicos con REDCap (software que respalda bases de datos de investigación).
- o Actividades del [Programa de Informática y Ciencias de Datos de Salud para su Observación](#).
- Las agencias federales deberían colaborar con la Oficina del Coordinador Nacional de Tecnología de Información de Salud para analizar las opciones de registros médicos electrónicos.
- Las agencias federales deberían modelar y ampliar programas como el [Almacén de datos de salud pública](#) en Massachusetts, que combina datos de atención médica y servicios sociales para abordar los DDS de las mujeres que viven con trastornos de salud mental y TCS. El almacén vincula los registros de las madres y sus hijos, y además recopila los resultados de las mujeres embarazadas hasta 1 año después del parto. (La conexión de estos sistemas podría requerir aprobación legislativa).
- La coordinación y vinculación de datos deberían ser obligatorios en los programas federales de subvención actuales, como el [programa de detección y tratamiento de trastornos de salud mental y consumo de sustancias en la madre](#), y debería proporcionarse asistencia técnica y financiación para estos fines.
- El gobierno federal debería utilizar criterios consistentes para definir las condiciones relevantes para los informes de salud pública a fin de garantizar que se recopilen datos regulados que permitan hacer comparaciones entre áreas geográficas y desarrollar estrategias específicas. Vea ejemplos en "[Estrategias del estado para aprovechar los datos sobre el síndrome de abstinencia neonatal para fundamentar la formulación de políticas](#)" y "[Evaluación de la supervisión estatal del síndrome de abstinencia neonatal: seis estados de EE. UU. 2018–2021](#)".
- El gobierno federal debería mejorar la vinculación de datos como parte del programa de la [iniciativa de modernización de datos](#) y el uso de big data.
- Las agencias federales deberían considerar el informe del Subsecretario de Planificación y Evaluación del HHS titulado [Vinculación de los datos estatales de Medicaid y los certificados de nacimiento para la investigación de la salud materna](#).

Recomendación 3.1.4

Aumentar la inversión en los programas vigentes de recopilación de datos de salud perinatal y crear un centro de intercambio de información para que los proveedores, funcionarios de salud pública, funcionarios del gobierno y el público en general puedan identificar y utilizar rápidamente las fuentes de datos de salud perinatal.

¿Por qué?

Si bien el gobierno federal apoya las fuentes de datos y las mejores prácticas de salud perinatal, muchos investigadores desconocen su disponibilidad. Una mayor concientización de estas fuentes entre la comunidad científica y de salud pública probablemente incrementaría la cantidad de investigadores que analizan las enfermedades perinatales y ampliaría la base empírica. Las mejoras en la base empírica en las áreas de prevención, intervención, tratamiento y ciencia de implementación contribuirían a mejorar los resultados de salud materna.

¿Cómo?

- El gobierno federal debería seguir financiando la [Red Maternoinfantil para Comprender los Resultados Asociados con la Medicación para el Trastorno por Consumo de Opiáceos durante el embarazo \(MAT-LINK\)](#) (administrado por los CDC), que recopila datos de observación relacionados con el embarazo y el trastorno por consumo de opiáceos de 11 centros clínicos para obtener información sobre madres y niños hasta los 6 años de edad (por ejemplo, comorbilidades, factores de riesgo y DSS).
- El gobierno federal debería seguir financiando y mejorando el [Sistema de Monitoreo de Evaluación de Riesgos durante el Embarazo \(PRAMS\)](#). PRAMS proporciona datos de salud perinatal basados en la población que son específicos de cada jurisdicción sobre actitudes, experiencias y comportamientos antes, durante y poco después del embarazo. Los nacimientos en las 50 jurisdicciones que participan en PRAMS representan el 81 por ciento de todos los nacimientos con vida en los Estados Unidos. Se necesitan urgentemente más inversiones para mantener datos de alta calidad, lo que incluye una elevada participación en la encuesta, así como la difusión de la encuesta PRAMS en las comunidades territoriales y tribales.

Recomendación 3.1.5

Crear mecanismos para vincular la guía de implementación y las estrategias de difusión con los hallazgos científicos, de investigación y de observación sobre la salud mental perinatal, el consumo de sustancias, los TCS y la violencia de género para el uso, la aplicación y la adopción a nivel masivo de las intervenciones, directrices y los datos más actualizados.

¿Por qué?

Los hallazgos científicos y los datos de observación se publican en la literatura científica y de investigación, pero no necesariamente se utilizan para respaldar acciones de salud pública específicas y directas. Además, gran parte de esta información no se traslada a materiales prácticos y accesibles al público que sean fáciles de entender. Como existe un alto predominio de trastornos de salud mental y trastornos por consumo de sustancias (TCS) en la maternidad, es fundamental que las personas, las familias y los profesionales tengan acceso a la información mientras toman decisiones sobre atención médica y tratamientos.

¿Cómo?

- Las agencias federales deben garantizar que los resultados de las investigaciones y la supervisión de los trastornos de salud mental perinatal y los TCS se difundan más allá de la comunidad científica para que lleguen a los socios de la comunidad, los profesionales, las personas que padecen o están en riesgo de padecer estos trastornos y los responsables de las políticas.
- Las agencias federales deberían compartir investigaciones en formatos accesibles para los diferentes destinatarios para informar las políticas, la práctica y la atención centrada en el paciente.
- Los materiales basados en evidencias, incluida la información sobre las condiciones de salud mental perinatal y los TCS, deben trasladarse y difundirse adecuadamente entre los pacientes (en cada visita perinatal), los proveedores y las familias. Estos materiales ayudan a los pacientes a tomar decisiones informadas sobre su atención médica.
- Las agencias federales deben implementar la guía en lenguaje sencillo de los CDC (incluido el uso de [Una sola hoja informativa sobre objetivos de comunicación primordiales](#)) y utilizar [recursos relacionados](#).
- Las agencias federales deberían recurrir a la orientación de expertos sobre [comunicación centrada en el trauma](#) y [orientación práctica para implementar un enfoque centrado en el trauma](#).
- El gobierno federal debería ofrecer materiales y recursos redactados en varios idiomas que reflejen las preferencias culturales. Por ejemplo, Minnesota creó [materiales en varios idiomas](#) para que los padres y las familias aprendan sobre la depresión y la ansiedad durante y después del embarazo.

Prioridad 3.2: Construir una base para la responsabilidad de la gestión en materia de prevención, detección, intervención y tratamiento

Recomendación 3.2.1

Establecer e implementar métricas de mejora de la calidad para proveedores, sistemas hospitalarios y aseguradoras, con seguimiento longitudinal plurianual de costos y resultados. Crear mecanismos para garantizar la implementación de soluciones basadas en evidencias.

¿Por qué?

Cuando se desarrollan intervenciones basadas en evidencias, se necesita una implementación de alta fidelidad para garantizar que las mejoras lleguen a los entornos de la primera línea. Como los entornos son diferentes, la ciencia para mejorar la calidad (QI) es necesaria para monitorear la eficacia en diversos entornos, mantener las buenas prácticas y adaptarse a condiciones únicas. Las métricas de calidad sistemáticas y significativas garantizan que la implementación se realice con eficiencia óptima, que las estrategias ineficaces se adapten a nuevos entornos y que los procesos puedan adaptarse a las condiciones cambiantes.

¿Cómo?

- Para esta iniciativa debería existir un modelo colaborativo en el que puedan participar múltiples divisiones operativas.
- Las agencias federales deberían crear los códigos de facturación necesarios, incentivos para la intervención de los proveedores y la comunidad, y programas de mejora de la calidad y el monitoreo para garantizar que los programas basados en evidencias se adopten más ampliamente.
 - Una estrategia es establecer medidas sobre el conjunto de datos e información sobre la eficacia de la atención médica (HEDIS) centradas en la salud mental materna y los resultados de TCS al menos durante el primer año después del embarazo (por ejemplo, suicidio y consumo de sustancias).
- El Congreso y el poder ejecutivo deberían promulgar leyes que exijan a los estados que informen sobre todo el [Conjunto de medidas básicas de Medicaid para adultos](#) (ya es obligatorio informar sobre todas las medidas de salud conductual y el conjunto de medidas básicas para niños ya es obligatorio).
- Los CMS deben garantizar que el sistema de calificación de estrellas sobre la calidad general del hospital incluya medidas que hagan un seguimiento de los resultados de la atención de la salud mental materna y el consumo de sustancias.
- Los CMS deberían considerar mejorar la designación “Apto para atención maternal de calidad” para garantizar que las repeticiones futuras incluyan medidas de calidad más sólidas (incluso para la salud mental materna y para el consumo de sustancias). Los CMS deberían incluir una variedad de partes interesadas, como los grupos colaboradores de calidad perinatal, para ayudar a determinar los criterios de designación.

Recomendación 3.2.2

Financiar completamente y ampliar el apoyo a los grupos colaboradores de calidad perinatal (PQC, por sus siglas en inglés) en los 50 estados, Distrito de Columbia y todos los territorios de EE. UU., incluidos los centros militares y de veteranos.

¿Por qué?

Los PQC son redes estatales o multiestatales de equipos que trabajan para mejorar la calidad de la atención materna e infantil. Los miembros del PQC se centran en identificar los procesos de atención médica que necesitan mejorarse y en utilizar los mejores métodos disponibles para realizar cambios lo más rápido posible (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, s.f.-e). Los PQC han hecho contribuciones importantes para mejorar la atención y los resultados de la salud materna e infantil (por ejemplo, reducciones en las complicaciones graves del embarazo) (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, s.f.-e).

¿Cómo?

- Actualmente, la División de Salud Reproductiva de los CDC brinda apoyo a los PQC en 36 estados (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, 2023b). Este apoyo debería ampliarse a los 50 estados y a todas las jurisdicciones.
- Cada agencia federal relevante debería establecer mecanismos de monitoreo que puedan supervisar la incorporación de los trastornos de salud mental materna y los TCS como componentes de sus principales iniciativas de responsabilidad de la gestión y alinearlos con los indicadores de logros.
- El gobierno federal debería seguir financiando la [Red Nacional de Grupos colaboradores de Calidad Perinatal \(NNPQC\)](#). NNPQC es una plataforma que facilita el intercambio amplio de estrategias de mejora efectivas.

Recomendación 3.2.3

Continuar financiando completamente los comités de revisión de mortalidad materna (MMRC) en los 50 estados, Distrito de Columbia y todos los territorios de EE. UU.

¿Por qué?

Los MMRC “son comités multidisciplinarios que se reúnen a nivel estatal o local para revisar exhaustivamente las muertes que ocurren durante o dentro del año del embarazo (muertes asociadas al embarazo)” (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, s.f.-b). Los MMRC formulan recomendaciones para prevenir la mortalidad materna y los CDC trabajan con ellos para mejorar sus procesos de revisión. Actualmente, el [Programa para Mejorar las Revisiones y la Supervisión para Erradicar la Mortalidad Materna \(ERASE MM\)](#) de los CDC respalda a 44 estados y dos territorios de EE. UU. A través de una asignación del Congreso, los CDC publicaron una oportunidad de financiamiento (CDC- RFA-DP-24-0053) en marzo de 2024 para apoyar un MMRC en cada estado, el Distrito de Columbia, en cada Territorio de Estados Unidos y todos los estados libremente asociados. Con el apoyo de los CDC, las organizaciones que coordinan y gestionan los MMRC pueden identificar los factores que contribuyen a las muertes relacionadas con el embarazo y recomendar formas de prevenirlos. La financiación de ERASE MM también mejora la comprensión y reducción de las disparidades en la mortalidad materna. Como se señala en el informe del grupo de trabajo al Congreso, los PQC y otras iniciativas que abordan la salud materna utilizan los hallazgos y recomendaciones de los MMRC para informar sus iniciativas.

¿Cómo?

- Los CDC deberían seguir invirtiendo en el programa [ERASE MM](#) para poder abarcar los 50 estados, D.C. y todos los territorios de EE. UU.
- El gobierno federal debería ampliar el apoyo a los MMRC para abordar las lesiones y la violencia (por ejemplo, sobredosis, suicidio y homicidio) como causas de muertes relacionadas con el embarazo.

Pilar 4: Promover la prevención e involucrar, educar y trabajar en conjunto con las comunidades

La labor del gobierno federal tendrá más éxito si se lleva a cabo en colaboración con los estados, las entidades públicas y privadas, la industria, los defensores, las asociaciones médicas y profesionales, las comunidades y las personas que vivieron esa experiencia y sus familias. Las recomendaciones que respaldan el Pilar 4 identifican oportunidades para reunir a los colaboradores a fin de promover y financiar estrategias de prevención en la comunidad que hagan hincapié en el empoderamiento y la resiliencia, además de mejorar la educación sobre los trastornos de salud mental materna y los trastornos por consumo de sustancias.

Prioridad 4.1: Promover y financiar estrategias de prevención primaria a nivel comunitario

Recomendación 4.1.1

Promover y financiar la implementación de mejores prácticas y programas basados en evidencias que promuevan la detección y prevención centradas en la persona que sean culturalmente relevante a nivel comunitario de los trastornos de salud mental perinatal y los trastornos por consumo de sustancias, especialmente en comunidades de escasos recursos con alto riesgo de padecer estos trastornos, y garantizar la cobertura relacionada con Medicaid y de pagadores privados.

¿Por qué?

Como se describe en el informe del grupo de trabajo al Congreso, existen mejores prácticas y programas basados en evidencias para prevenir los trastornos de salud mental perinatal y los trastornos por consumo de sustancias. Sin embargo, no se implementan masivamente, particularmente en grupos de escasos recursos. El período perinatal ofrece una oportunidad única para que las personas hablen sobre su salud mental y el consumo de sustancias, así como también de otros factores de riesgo que afectan la salud y el bienestar. Las embarazadas y personas en etapa de posparto necesitan el apoyo de los sistemas de atención y de los proveedores para mejorar su salud general, así como su salud mental y su bienestar. Este compromiso, que podría cambiar el curso de la vida de los padres y del niño, debe incluir la educación del paciente y la conexión con recursos y referencias. El gobierno federal podría liderar iniciativas de prevención que sean culturalmente relevantes, lingüísticamente adecuadas y sensibles a las necesidades de las personas embarazadas y en etapa de posparto, en especial aquellas de comunidades de escasos recursos que tienen un alto riesgo de sufrir trastornos de salud mental materna y trastornos por consumo de sustancias.

¿Cómo?

- El gobierno federal debería financiar, modelar y ampliar programas, herramientas e iniciativas de prevención en consonancia con esta recomendación. Esto debería incluir la implementación de mejores prácticas para la prevención de trastornos de salud mental y trastornos por consumo de sustancias entre personas que están en la fase de concepción y personas que han tenido abortos espontáneos, mortinatos, hijos en UCIN u otros eventos perinatales traumáticos.
- Algunos ejemplos incluyen:
 - [CenteringPregnancy](#);
 - [PREPP](#) (que significa “Recursos prácticos para una crianza posparto eficaz”);
 - El [programa ROSE](#) (que significa “conectarse, ser fuerte, aspectos básicos para las madres de recién nacidos”);
 - El [programa Health Advocates In-Reach and Research \(HAIR\)](#) para grupos perinatales, que ofrece evaluaciones médicas, servicios y apoyo comunitario a la comunidad de una manera culturalmente relevante que ha creado confianza y relación con la comunidad;
 - La [Herramienta de Detección de Informantes Comunitarios \(CIDT\)](#), que promueve la búsqueda de ayuda para personas con trastornos de salud mental perinatal y trastornos por consumo de sustancias; y
 - Oportunidades para que las comunidades desarrollen, implementen y evalúen intervenciones culturalmente sensibles y centradas en el empoderamiento para los trastornos de salud mental materna y los trastornos por consumo de sustancias.
- El gobierno federal debería mejorar y promover los programas para reducir daños. Según SAMHSA, “la reducción de daños es un método basado en evidencias que es fundamental para interactuar con las personas que consumen drogas y equiparlas con herramientas e información que les salven la vida para que puedan generar un cambio positivo en sus vidas y potencialmente ponerlas a salvo” (Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2023a), que es el pilar principal de la [Estrategia para la Prevención de Sobredosis del HHS](#).

- Debe haber más iniciativas federales como el [Plan federal de recuperación y resiliencia equitativas a largo plazo](#)—que se encarga de empoderar y reforzar la resiliencia de las personas, las familias y las comunidades.

Prioridad 4.2: Mejorar la educación del público sobre la salud mental perinatal y el consumo de sustancias e involucrar a las comunidades con actividades de difusión y comunicación

Recomendación 4.2.1

Respaldar un método a nivel nacional para aclarar los mensajes y la audiencia objetivo de todas las líneas directas de apoyo en materia de salud mental, TCS, violencia de género y crisis para los grupos perinatales y sus familias.

¿Por qué?

Actualmente existen varias líneas telefónicas de emergencia y de atención al público. Si bien cada una presta servicios de suma importancia, la cantidad de líneas y la separación por áreas temáticas, autoridades y población destinataria pueden generar confusión y reducir su impacto potencial. La coordinación y aclaración de los mensajes sobre estos recursos facilitarían un entorno en el que no haya “ninguna equivocación” para todas las embarazadas y personas en etapa de posparto y sus familias cuando se trata de líneas de emergencia y líneas de ayuda.

Líneas de emergencia públicas que apoyan la salud mental perinatal

Las líneas directas disponibles en la actualidad incluyen las siguientes:

- [Línea Nacional de Emergencia de Salud Mental Materna de la HRSA](#);
- [Línea de Ayuda de Postpartum Support International](#);
- [Línea de Ayuda Nacional de SAMHSA](#);
- [Línea de Ayuda para Casos de Suicidio y Crisis 988 de SAMHSA](#);
- La [Línea Nacional de Ayuda Contra la Violencia Doméstica](#);
- La [Línea Telefónica Nacional de Ayuda Contra el Abuso Sexual](#); y
- La [Línea Nacional contra la Trata de Personas](#).

¿Cómo?

- Debería existir un centro federal de información sobre líneas de emergencia y líneas de ayuda, y el gobierno federal debería brindar orientación adecuada sobre los temas que abarcan esas líneas y a quiénes están destinadas. El centro de intercambio de información debe contener recursos estatales y nacionales y difundirse entre la comunidad y los trabajadores de las líneas de emergencia y líneas de ayuda existentes para que puedan transferir a las personas que llaman a los recursos más adecuados.
- Las agencias federales deberían fomentar la capacitación interdisciplinaria y las referencias cruzadas entre las líneas de emergencia y líneas de ayuda de salud mental materna y de violencia de género.
- El gobierno federal debería brindar asistencia técnica y capacitación sobre cómo apoyar a subgrupos específicos (incluidas los grupos perinatales) y sobre temas relevantes (por ejemplo, mejores prácticas para apoyar a las personas que sufren violencia de género) para los trabajadores de las líneas de emergencia y líneas de ayuda.

Recomendación 4.2.2

Mejorar las estrategias federales de comunicación e involucrar a las familias, las redes personales, las personas con experiencia y las comunidades en charlas sobre salud mental perinatal, consumo de sustancias, TCS y atención, haciendo hincapié en reducir el estigma, generar conciencia y abordar la seguridad, de manera continua.

¿Por qué?

A pesar del alto predominio de trastornos de salud mental perinatales y TCS, muchas personas necesitan educación sobre estos trastornos y sus efectos, lo que barca a miembros de la familia, redes de apoyo personal, comunidades con escasos recursos y agencias policiales.

“Si mi marido hubiera estado más preparado para comprender todos los cambios hormonales por los que se atraviesan o los signos de la depresión posparto, si hubiera estado más informado, podría haberme dado más apoyo”.

- Una madre

Para las embarazadas que viven en un entorno familiar seguro, es esencial involucrar a los miembros de sus redes personales y educarlos sobre las formas en que podrían apoyar la salud mental materna. Los familiares pueden escuchar las preocupaciones de su ser querido, ofrecerse a acompañarlo a las citas médicas, ayudarlo a hacer preguntas, tomar notas y brindar apoyo durante el embarazo y la atención de seguimiento (Centros para el Control y la

Prevención de Enfermedades, s.f.-d).

La participación de los miembros de la familia es fundamental para promover la salud mental materna, independientemente de dónde vivan. El apoyo de la red personal es importante porque, con mucha frecuencia, la atención está puesta en los bebés en lugar de las madres (Megnin-Viggars et al., 2015). Los familiares comprometidos que estén capacitados sobre la salud mental materna pueden apoyar a las madres en estas áreas y ayudar a los proveedores a satisfacer sus necesidades. Se necesitan políticas, infraestructura y sistemas (por ejemplo, aquellos que facilitan la asistencia a las citas de atención perinatal de la pareja) para que los miembros de la red familiar y personal puedan apoyar la salud mental materna de un ser querido.

Como se describe en *el Informe al Congreso del Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna*, la violencia de pareja y otras formas de violencia de género están directamente relacionadas con la salud mental, el consumo de sustancias y los trastornos por consumo de sustancias en las personas embarazadas y en etapa de posparto. Además, el embarazo y el período posparto se han relacionado con un mayor riesgo de violencia de pareja (Campbell et al., 2021; Noursi et al., 2020). Por lo tanto, las comunicaciones y la participación comunitaria también deben considerar la violencia de género de manera más amplia y reconocer que muchas personas embarazadas y en período de posparto tienen preocupaciones constantes sobre la seguridad, la confidencialidad y el control coercitivo. Asimismo, los mensajes sobre la salud mental materna deben ser culturalmente relevantes, no objetivantes ni retraumatizantes. Los mensajes también deben dar información sobre el impacto que la violencia de género puede tener en las condiciones de salud mental materna, el consumo de sustancias y los trastornos por consumo de sustancias, y cómo las personas que los experimentan pueden acceder a recursos y ayuda.

La participación de la comunidad en las iniciativas es esencial, de modo que las agencias federales deben involucrar y escuchar a los líderes comunitarios, miembros de comunidades religiosas, personas embarazadas y en etapa de posparto, miembros de la familia y personas con experiencia vivida. La participación de mensajeros de confianza identificados por la comunidad en los trabajos del gobierno federal para abordar los trastornos de salud mental materna y los trastornos por consumo de sustancias garantiza que los mensajes sean relevantes, identificables y creíbles para el público. Los mensajeros de confianza identificados por la comunidad están mejor posicionados para comprender las necesidades, las preferencias y los estilos de comunicación de sus pares, lo que aumenta la eficacia de las iniciativas de divulgación. Pueden ayudar a transmitir esta información a los socios federales y a las agencias de servicios. Los mensajeros de confianza identificados por la comunidad (por ejemplo, líderes comunitarios, proveedores de atención médica, compañeros de apoyo, personas con experiencia vivida y miembros de comunidades religiosas) mejoran el nivel de credibilidad de los materiales de comunicación y los trabajos de difusión. Están bien posicionados para recomendar a las personas a buscar apoyo cuando lo necesitan y ayudar a vincularlas con la atención. También pueden ayudar a difundir mensajes y materiales a personas y organizaciones de la comunidad.

¿Cómo?

- El gobierno debería crear nuevos programas federales (e incorporarlos a los vigentes, por ejemplo, contratos, órdenes de trabajo, subvenciones) que se dediquen brindar educación, mensajes y participación comunitaria.
 - o *Respecto de la educación y los mensajes:*

- Evalúe incorporar los siguientes temas en las comunicaciones y mensajes: abordar conceptos erróneos comunes sobre los trastornos de salud mental materna y los trastornos por consumo de sustancias, brindar información respaldada por investigaciones, mejorar la participación en la atención, reducir el estigma, medios para que los padres obtengan asistencia financiera y comprender el vínculo entre la violencia de pareja y los trastornos de salud mental materna y los trastornos por consumo de sustancias. Todo mensaje debe incluir un llamado a la acción único a través de un lenguaje conciso, repetible, simple y que se pueda recordar. Los mensajes y materiales deben ser accesibles a personas de todos los niveles educativos, etarios y étnicos. Las personas con experiencia vivida deben participar en la co-creación y revisión de mensajes y materiales que conecten a las personas con recursos, ofrezcan educación y reduzcan el estigma. Los materiales deben aprovechar historias impactantes que presenten a personas que han enfrentado dificultades con problemas de salud materna y trastornos por consumo de sustancias. Al mismo tiempo, los mensajes deben amplificar las voces de los familiares que brindan apoyo. Las campañas de comunicación deben abordar específicamente la salud mental materna y los derechos de los trabajadores conforme a la Ley de Licencia Familiar y Médica. Las campañas deberían eliminar conceptos erróneos comunes sobre los trastornos de salud mental materna y los trastornos por consumo de sustancias a través de la difusión estratégica en escuelas, lugares de culto, hospitales y clínicas de salud pública. Los materiales deben utilizar un enfoque centrado en el trauma para crear entornos de apoyo, reconocer el impacto del trauma en la vida de las personas y promover la curación y la resiliencia. Los mensajes y materiales deben identificarse con los valores, las creencias y las prácticas culturales de comunidades específicas, lo cual es esencial para reducir el estigma y aumentar las conductas para buscar ayuda. Los grupos destinatarios en la comunidad incluyen pacientes, parejas, familias, proveedores y organismos policiales.
- Fundamentar las comunicaciones en la investigación, incluidas las preferencias del público en cuanto a la recepción de información y la participación, de modo que los mensajes puedan adaptarse a las diferentes preferencias de la comunidad.
- Asegurarse de que el público conozca sus derechos y las formas de acceder a [opciones de tratamiento o ayuda gratuitas o de bajo costo relacionadas para la salud mental o el consumo de sustancias](#). Asociarse con los proveedores y concientizar a las personas embarazadas y en etapa de posparto sobre la disponibilidad de estos recursos.
- *Respecto del compromiso:*
 - Estas iniciativas de difusión y participación deben ser flexibles en sus enfoques (deben atender las necesidades de la comunidad y aprovechar sus recursos) y trabajar en estrecha colaboración con líderes confiables identificados por la comunidad como fuente principal de conocimiento. Asociarse con mensajeros de confianza identificados por la comunidad en las iniciativas de comunicación y difusión que están vinculadas con la salud mental perinatal y el consumo de sustancias. Involucrar a estas personas en el desarrollo o la adaptación de mensajes y materiales a medida que evolucionan las necesidades de la comunidad.
 - Aprovechar los canales de las redes sociales de agencias federales y socios de confianza (por ejemplo, asociaciones médicas y profesionales) para aumentar la difusión de la información sobre la salud mental materna.
 - Evaluar el hecho de involucrar regularmente a las organizaciones comunitarias en sesiones para escuchar opiniones y obtener información sobre las necesidades de los participantes y los miembros de la comunidad relacionadas con el apoyo a las personas con trastornos de salud mental y trastornos por consumo de sustancias.
 - Involucrar a las juntas asesoras comunitarias (CAB), conformadas por líderes confiables y establecidos, que participan en el desarrollo y la defensa de sus

comunidades. Los miembros de las CAB pueden desempeñar un rol fundamental para llegar a las comunidades con pocos recursos, ya que actúan como expertos y facilitadores locales. Entienden la política y tienen mecanismos para difundir información a un público amplio. Los miembros de las CAB también pueden dar comentarios sobre los programas para mejorar su eficacia, especialmente en respuesta a las necesidades cambiantes de la comunidad.

- Trabajar con organizaciones comunitarias que atienden a personas embarazadas, en etapa de posparto y/o con hijos, ya que son socios valiosos para llegar a las audiencias previstas e implementar programas. Estas organizaciones pueden ofrecer información valiosa sobre lo que funciona y lo que no funciona en sus comunidades, y sus voces podrían incluirse en la preparación de oportunidades de financiación para programas. Los trabajadores comunitarios también pueden organizar sesiones para escuchar opiniones con miembros del público destinatario para obtener información sobre sus principales problemas.
 - Considere la participación de las comunidades en la distribución de recursos. En la distribución de recursos hay que identificar y aprovechar los recursos, fortalezas y redes existentes dentro de la comunidad. Cuando una comunidad participa en la distribución de recursos, garantiza que todos se sientan conectados con una causa común y que los materiales de comunicación sean localizados, efectivos y sostenibles.
 - Considere utilizar las herramientas disponibles para el desarrollo comunitario basado en recursos (ABCD), por ejemplo, [ABCD Toolkit, de Collaborative for Neighborhood Transformation](#), y [Módulo 2 de “The Practice of Hope”](#).
 - Alinear el desarrollo de materiales con los principios de competencia cultural, investigación participativa en la comunidad y atención colaborativa.
 - Trabajar con organizaciones estatales y locales para conectar a las personas con servicios de apoyo perinatal y difundir materiales.
- El gobierno federal debería lanzar una campaña de salud pública para contrarrestar el estigma hacia las personas con trastornos de salud mental materna y trastornos por consumo de sustancias.
 - Algunos buenos ejemplos son la [campaña Hear Her](#) de los CDC y los [recursos para estadounidenses y las comunidades indígenas/nativas de Alaska](#), la [campaña Tough as a Mother](#) y [el proyecto The Blue Dot](#).
 - Las agencias federales deberían trabajar con los estados para mejorar su rol en los trabajos de comunicación y difusión.
 - El gobierno federal debe promover sus recursos y prácticas que faciliten las comunicaciones y la participación comunitaria culturalmente sensibles y receptivas que incluyen, entre otros:
 - SAMHSA ofrece [recursos para saber cómo hablar sobre salud mental](#) desde diferentes perspectivas (Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias, 2023b). Normalizar las conversaciones sobre salud mental ayuda a las personas a buscar la ayuda que necesitan.
 - Los CDC y March of Dimes colaboraron para desarrollar [Beyond Labels](#), que ofrece orientación para disminuir el estigma relacionado con la salud, que abarca el estigma asociado con el consumo de sustancias y los trastornos de salud mental entre las personas en el periparto.
 - Como la violencia (incluida la violencia de pareja y la violencia de género en general) es un problema transversal para comunidades que necesitan mensajes de apoyo y sensibilidad constantes, las comunicaciones deben incorporar los principios de un [enfoque centrado en el trauma](#). Los recursos en esta área abarcan el [Plan de Acción Nacional de los EE. UU. para Terminar con la Violencia de Género: Estrategias para la acción](#) y el [Recurso para la Acción y la Prevención de la Violencia de Pareja](#) de los CDC.
 - Hay muchas herramientas disponibles para apoyar la difusión y la participación de la comunidad, que abarca la [Promoción de la Equidad Sanitaria en la Prevención y el Tratamiento de Enfermedades Crónicas](#) de los CDC, e involucrar a la comunidad.
 - El gobierno federal ofrece [orientación sobre comunicación clara y lenguaje sencillo](#).

Pilar 5: Elevar la experiencia vivida

La información que se proporciona en el Pilar 5 de esta estrategia nacional refleja las conclusiones del Servicio Digital de EE. UU. (USDS), que participó de un sprint de investigación de 6 semanas en enero de 2024 para reportar la labor del Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna. El objetivo del sprint de investigación fue **capturar información sobre las experiencias vividas por personas que pasaron por trastornos de salud mental perinatal y los proveedores que trabajan junto con ellas**. El informe resultante, titulado *Salud mental materna: La experiencia vivida*, presenta los resultados de las entrevistas con 11 personas de diferentes orígenes para ofrecer una perspectiva personal sobre los temas considerados por el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna.

Cabe destacar que este grupo ha analizado atentamente todas las lagunas que aparecen en las recomendaciones del Pilar 5. El grupo de trabajo ha abordado estas lagunas formulando recomendaciones adicionales y de refuerzo en los otros cuatro pilares en función de los comentarios públicos y los aportes de muchos miembros con experiencia vivida. Como **el sprint de investigación no fue un estudio formal con una muestra representativa**, el grupo de trabajo señala la importancia de considerar las experiencias vividas de todas los grupos, que abarcan los miembros de los subgrupos raciales y étnicos y las comunidades con pocos recursos destacados en el recuadro "Lenguaje utilizado en esta estrategia nacional", los militares en servicio activo y veteranos, los migrantes y refugiados, las personas con discapacidades, las personas con embarazos no deseados, las personas que han sufrido violencia de género y las personas que han estado en prisión. El grupo de trabajo también sugiere que se consideren las experiencias vividas de los proveedores de servicios y atención médica, que abarcan sus perspectivas sobre la escasez de personal, el agotamiento, las demandas de mayor trabajo sin sistemas de contención, el estrés de las consultas con tiempo limitado y los problemas de reembolso y facturación. Por último, el grupo de trabajo reconoce la necesidad de considerar las experiencias vividas por las parejas y otras personas en las redes de contención personal de las embarazadas y personas en etapa de posparto con trastornos de salud mental y trastornos por consumo de sustancias.

Prioridad 5.1: Escuchar las perspectivas y voces de personas con experiencia vivida

La información de esta sección resume los hallazgos descritos en *Salud mental materna: Experiencia vivida*.

Proporcionar más información sobre el embarazo y el período posparto

Muchas madres comunicaron que tanto ellas y sus parejas **necesitaban más información sobre las diferentes experiencias de salud mental que pueden ocurrir durante el embarazo y el período posparto**. En particular, querían saber qué experiencias de salud mental tienen que esperar, cómo pueden reconocer los signos y síntomas de los trastornos y dónde buscar tratamiento. Las madres señalaron que incluir la salud mental en los materiales perinatales y de crianza proporcionados durante las visitas de atención primaria habría sido útil para ellas, sus parejas y los miembros de sus redes personales. En algunos casos, las madres eran conscientes de las señales de advertencia sobre salud mental, pero las ignoraron.

Las madres estaban preocupadas por cómo serían percibidas por sus familiares, amigos y proveedores de atención médica, y mencionaron preocupaciones como las comparaciones sociales y el hecho de tener que salir de casa para asistir a citas de posparto. Las mujeres a menudo se sentían agobiadas por la presión de ser "buenas" madres, lo que afectaba su salud mental y a veces era un obstáculo para buscar atención médica. Expectativas sociales, presión de los proveedores de atención médica y la salud mental perinatal a menudo se entrecruzaban a la hora de decidir si amamantar o no. Las madres con problemas de salud mental expresaron su preocupación por el hecho de que, si bien sentían más presión por parte de los proveedores para amamantar, no conocían los beneficios y las desventajas de las alternativas.

Continuar concentrándose en las madres y prestarles atención

Un punto de vista en común entre las madres fue que **después del embarazo, la atención médica tiende a centrarse en el bebé y eso las hace sentir desvalorizadas en lugar de sentirse apoyadas**. Las mujeres compartieron que, al ser las principales cuidadoras de sus bebés, se sentían vulnerables durante la transición

a la maternidad. Al tener menos citas disponibles después del parto, no se sentían apoyadas por los proveedores de atención médica y percibían que el enfoque estaba en el bienestar de sus bebés. Esta experiencia disminuyó la confianza de las mujeres en el sistema de atención médica y disminuyó su sensación de que las nuevas madres cuentan con el apoyo de una comunidad más grande.

Esto puede haber contribuido al deseo expresado de conectarse con otras madres que comparten su experiencia vivida con trastornos de salud mental perinatal. Sin embargo, la gran mayoría no sabía cómo ni dónde conectarse con otras personas. **Consideraron que las madres que habían pasado recientemente por experiencias similares tendrían experiencia y podrían ofrecer orientación de apoyo, una cultura compartida y un sentido de comunidad.** Con la responsabilidad de tener que tomar decisiones importantes sobre el cuidado de sus bebés, las madres que no contaban con otras personas con experiencia de vida que las apoyaran y guiaran se sentían ansiosas, solas y aisladas durante el período posparto. Las personas que vivían más lejos de amigos y familiares tendían a sentirse más aisladas.

Generar confianza

La confianza de las madres en el sistema de atención médica a veces se vio socavada por las evaluaciones de detección de trastornos salud mental, que crearon más ansiedad cuando se entregaron sin contexto ni una conversación sobre por qué se entregaron. Las madres describieron situaciones en las que se les entregó un cuestionario impreso durante una cita prenatal, de posparto o con el pediatra sin ninguna explicación sobre por qué se les entregó la evaluación de evaluación o qué sucedería después si obtenían una puntuación demasiado alta. Las mujeres hablaron de sus sentimientos de ansiedad a la hora de responder las preguntas con sinceridad. En casi todas las madres que participaron en las entrevistas, sus problemas de salud mental se identificaron de maneras distintas a las que se utilizan con las evaluaciones de detección estándar.

Las madres mencionaron otros problemas con las evaluaciones de detección, entre ellos que (1) el período en que atravesaron los trastornos de salud mental no se incluyó en el examen único durante las citas posparto de seis semanas, (2) las preguntas tendían a no coincidir con sus experiencias, (3) sus respuestas estaban influenciadas por el miedo de ser percibidas como “malas” madres y (4) tenían una percepción errónea de que no se necesita ayuda si no hay una crisis. Las mujeres de comunidades de escasos recursos expresaron un mayor sentimiento de temor respecto de las evaluaciones de detección, ya que sentían presión para demostrar más competencia como madres.

Desde la perspectiva del proveedor, la evaluación puede ser difícil. Los proveedores señalaron que no tienen tiempo y no tienen educación o capacitación específica sobre la detección de trastornos de salud mental perinatal, consumo de sustancias o experiencias que se atraviesan (por ejemplo, violencia de pareja y determinantes sociales de la salud). Muchos mencionaron que no hacen evaluaciones porque la salud mental perinatal está fuera de sus áreas de especialidad. Otras razones para no hacer la evaluación fueron la falta de reembolso por la prestación de este servicio y el desconocimiento de los recursos adecuados para la derivación.

Entender a las madres como personas y lo que sucede en sus vidas

Los factores situacionales negativos en la vida de una mujer se combinan para influir en su salud mental perinatal. Las experiencias de estrés financiero y con respecto a la salud, los desafíos físicos y el dolor durante el embarazo y el posparto, además de la falta de sueño, agravaron el riesgo de desarrollar trastornos de salud mental, especialmente para las personas que no cuentan con apoyo inmediato. Las mujeres que tenían una cobertura de seguro limitada o cambiaron sus situaciones de vida experimentaron mayor estrés. Las madres que habían sufrido problemas de salud durante el parto y el nacimiento y las madres que habían experimentado una recuperación más prolongada también notaron efectos negativos en su salud mental. **Regresar al trabajo demasiado pronto puede ser un desencadenante de problemas de salud perinatal.** Las madres que participaron en las entrevistas estaban en diferentes situaciones financieras. Muchas tuvieron que volver a trabajar y dejar de lado su recuperación, así como las necesidades de sus bebés (por ejemplo, suspender la lactancia materna).

Las dificultades para buscar y recibir tratamiento de salud mental (que incluyen los costos financieros, la falta de trabajo y los problemas para acceder a los servicios) resultaron a menudo insuperables para las madres que participaron en las entrevistas. Las mujeres hablaron sobre las dificultades que tienen para

encontrar un proveedor de salud mental que sea económico, que esté disponible y sea capaz de establecer una conexión. Encontrar la opción adecuada era importante para las mujeres, quienes sentían que eran las únicas responsables de determinar si necesitaban ayuda, de ver cómo acceder a la atención y tener cobertura de seguro. El pesado proceso de buscar tratamiento, además de tener que cuidar a un recién nacido, a menudo resultó tan abrumador que muchas madres dejaron de intentarlo. Quienes persistieron esperaron meses para recibir atención, y los retrasos a veces empeoraron la salud mental perinatal. Las personas con Medicaid tuvieron experiencias particularmente difíciles para encontrar atención en su debido momento de parte de proveedores disponibles de alta calidad que aceptaran su cobertura (es decir, tasas de reembolso más bajas).

Responder a las necesidades de las madres y sus familias

Las madres destacaron que los profesionales clínicos y no clínicos (entre ellos, médicos, enfermeras, parteras y doulas) que detectaron y respondieron a sus necesidades cambiaron sus trayectorias de salud mental hacia el bienestar. Por ejemplo, los proveedores que se tomaron el tiempo de preguntar a las madres sobre su salud mental y/o las contactaron con coordinadores de atención mejoraron la probabilidad de tener un diagnóstico correcto y de recibir los servicios adecuados. Las madres destacaron que los controles por teléfono o las visitas a domicilio de una partera, enfermera o doula inmediatamente después del parto las hicieron sentir contenidas. Las mujeres señalaron que los controles fueron beneficiosos porque podían hablar con más sinceridad sin que las desestimaran y no tenían que esperar hasta la cita de las seis semanas posteriores al parto para hablar sobre sus problemas de salud mental. Durante las entrevistas, las personas también mencionaron que tener relaciones establecidas con profesionales que entendían sus antecedentes de salud mental facilitó un diagnóstico correcto y sirvió de apoyo para la atención continua. Las madres mencionaron que tener continuidad en la atención con sus proveedores disminuyó la ansiedad y aumentó el ritmo del tratamiento y la recuperación.

Prioridad 5.2: Priorizar las recomendaciones de personas que vivieron la experiencia

La información de esta sección resume los hallazgos descritos en *Salud mental materna: Experiencia vivida*. Durante las entrevistas del USDS, las personas que han vivido experiencias de salud mental perinatal expresaron opiniones sobre los cambios que habrían mejorado su situación durante el embarazo y el período de posparto. Mencionaron lo siguiente:

- Oportunidades para conectarse con madres experimentadas para construir una comunidad;
- Información, preparación y conexiones comunitarias durante el inicio del embarazo;
- Acceso a atención médica de alta calidad para todas las personas;
- Controles de salud mental perinatal con proveedores (hablar sobre salud mental con anticipación y frecuencia);
- Educación sobre los medicamentos disponibles que benefician a las personas con trastornos de salud mental y su uso durante el período perinatal;
- Información clara sobre la continuación del tratamiento con medicación para trastornos de salud mental durante el embarazo y la lactancia;
- Reconocimiento de que la lactancia materna puede afectar en gran medida la salud mental perinatal;
- Servicios que llegan a las madres y a los bebés donde estén;
- Estrategias y ayuda para dormir durante el inicio del embarazo;
- Reconocimiento de que la detección por sí sola no es suficiente; esto incluye la necesidad de que los proveedores dediquen tiempo a la conexión personal y a las explicaciones;
- Reconocimiento de que la atención de la salud mental perinatal es atención médica;
- Reconocimiento de que la licencia médica y familiar remunerada mejora los efectos para toda la familia; y
- Capacitación especializada que respalde la salud mental perinatal para las trabajadoras que integran los grupos de escasos recursos.

Salud mental materna: La experiencia vivida destacó oportunidades fundamentales de cambio que mejorarían las experiencias y los resultados para las madres. Las recomendaciones del informe abordan las deficiencias y los desafíos generales en materia de salud mental perinatal en todos los niveles de gobierno para ofrecer vías que los órganos legislativos, las agencias federales y las agencias estatales pueden tomar. Cambiar la trayectoria por adelantado en la experiencia de la maternidad generaría resultados positivos para familias enteras. Estas oportunidades clave se basan en entrevistas cualitativas con madres, proveedores, expertos y empresas de salud mental digital, así como en otros estudios cualitativos y cuantitativos. Se destacan las citas de los participantes.

Oportunidades para el cambio	Lo que se escuchó durante las entrevistas
<p>1. Una política nacional de licencia médica y familiar remunerada</p> <p>Recomendación 1.1.2 del Grupo de Trabajo</p>	<p><i>“No quería volver a trabajar, pero Estados Unidos no está preparado para que las madres se queden en casa y vivan con un solo ingreso, así que eso no era algo que podíamos hacer”. — K.L., madre de dos hijos</i></p> <p><i>“Definitivamente sentí un poco de ansiedad por separarme de los dos [mis bebés]. Pero, por supuesto, tengo que trabajar, tengo que poder sobrevivir, así que tengo que superarlo”. — C.S., madre embarazada de dos hijos</i></p>
<p>2. Personal médico del sector perinatal diverso, interdisciplinario y culturalmente competente</p> <p>Prioridad 2.3 del Grupo de Trabajo</p>	<p><i>“[Desearía que hubiera] más apoyo de la partera que ya está preparada después de las 6 semanas [para ti]. Has pasado por una experiencia terrible junto a ellos y luego no los vuelves a ver después de 6 semanas. [Solo los ves en la cita de las 6 semanas] para ver si puedes tener relaciones sexuales nuevamente”. — S.B., madre de dos hijos</i></p> <p><i>“Con mi terapeuta y con mi hija [la segunda], saber que tenía a alguien con quien hablar fue muy útil y el servicio estaba incluido. Me visitó cuando estaba en el hospital cuando tuve a mi bebé y conoció al bebé y a mi esposo. No es algo que hubiera buscado si la partera no me lo hubiera sugerido”. — M.S., madre de dos hijos</i></p> <p><i>“Me uní al centro de mujeres afroamericanas. Tienen una doula en el personal para ayudar. Me programa citas, tiene atención para los niños. Así fue como mantuve la compostura”. — J.N., madre embarazada de un niño</i></p> <p><i>“Las doulas son buenas para las presentaciones. Suelen tener acceso a recursos locales para que estés involucrada”. — Una enfermera psiquiátrica</i></p>
<p>3 Apoyo entre pares y un modelo de atención grupal</p> <p>Prioridad 2.3 del Grupo de Trabajo, Recomendación 2.3.4</p>	<p><i>“Para las mamás primerizas que nunca han tenido bebés, un grupo de apoyo posterior para que puedan compartir sus experiencias [sería útil/solidario]. Es más difícil de lo que pensaba y ese apoyo sería bueno. Debería haber ido a terapia mucho antes y haberme hecho una evaluación de salud mental más profunda. Hubiera tenido más posibilidades de hacerlo... [y] no me habría costado tanto”. — J.S., madre de un niño</i></p> <p><i>“Necesitaba a alguien que viera cómo me sentía y que no solo me escuchara y me dijera que era algo que les resultaba familiar y que lo habían superado; alguien con quien compadecerse”. — S.B., madre de dos hijos</i></p> <p><i>“Tener a alguien que conocía... como mi hermana o una comunidad de otras madres, más comunidad”. — M.S., madre de dos hijos</i></p>

Oportunidades para el cambio	Lo que se escuchó durante las entrevistas
<p>4. Medidas de la calidad de las experiencias de los pacientes con la atención materna, que incluye la atención de salud mental</p> <p>Prioridad 3.2 del Grupo de Trabajo, Recomendación 3.2.1</p>	<p><i>“Mi puntuación fue en el medio, justo por encima de lo normal. Me preguntaron cómo estaba, pero dijeron que era algo que había que tener en cuenta. Me dijeron que estaba triste pero que me estaba adaptando por ser madre primeriza. El médico puso en mi historial que no había señales ni síntomas”.</i> — J.S., madre de un niño</p> <p><i>“Me sentí muy cuidada durante todo el embarazo, y luego tuve el bebé y pensé: listo, ya está. Terminamos contigo y ahora nos centraremos en el bebé. Estaba muy confundida por esa dinámica”.</i> — M.S., madre de dos hijos</p>
<p>5. Modelos de atención integral que integran el tratamiento tanto de la madre como del bebé.</p> <p>Prioridad 1.1 del Grupo de Trabajo, Recomendación 2.2.1</p>	<p><i>“Si alguien viniera a mi casa, me sentiría más vista, apoyada y podría ser yo misma en plenitud”.</i> — M.S., madre de dos hijos</p> <p><i>“Habría sido bueno que las parteras o el obstetra me llamaran para ver cómo estaba, no solo en una cita de control del bebé”.</i> — S.B., madre de dos hijos</p> <p><i>“En la visita al pediatra después del nacimiento de mi hijo, me preguntó si estaba bien y me dijo que no me veía bien. Le contesté que era porque sentía que ella no podía ayudarme. Podemos charlar un rato, pero ¿qué me puedes ofrecer?”</i> — F.P., madre embarazada de un niño</p>
<p>6. Evaluaciones de detección de distintos tipos de trastornos perinatales del estado de ánimo y de ansiedad (PMAD), como ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno bipolar</p> <p>Pilar 1 del Grupo de Trabajo, Pilar 2, Prioridad 2.1, Recomendación 2.1.1</p>	<p><i>“Es muy difícil analizar a las personas y escribir cuando no les va bien. Es más fácil hablarlo. Los evaluadores son útiles para iniciar conversaciones”.</i> — Enfermera psiquiátrica</p> <p><i>“Tuve ansiedad posparto, distinta a la depresión. Tenía pensamientos intrusivos, compulsiones”.</i> — S.B., madre de dos hijos</p> <p><i>“Me sentí bien de que alguien se diera cuenta y no estuviera enviando estas encuestas al aire”.</i> — R.R., madre de dos hijos</p>
<p>7. Capacitación centrada en el ser humano e implementación de la evaluación de PMAD</p> <p>Prioridad 2.3 del Grupo de Trabajo, Recomendación 2.3.1, Recomendación 2.3.2</p>	<p><i>“La encuesta en [el consultorio del pediatra que] me conectó con alguien fue muy importante. Solo tenemos una cita posparto”.</i> — E.L., madre de un niño</p> <p><i>“La forma en que responde el proveedor de verdad importa. Podría ser algo pequeño que resulte muy beneficioso. A veces, “te veo, te escucho” es la intervención en sí misma”.</i> — Experto en políticas de salud mental</p>
<p>8. Sistemas de derivación de circuito cerrado para la salud mental perinatal</p> <p>Prioridad 2.1 del Grupo de Trabajo, Recomendación 2.1.1</p>	<p><i>“¿Cómo puede alguien pasar por el proceso de convertirse en madre sin contar con un terapeuta? Me pareció muy importante tener a alguien con quien hablar”.</i> — R.R., madre de dos hijos</p> <p><i>“La terapia debería estar incluida en Medicaid, al igual que la atención dental y de la vista También deberías tener una cita con el terapeuta”, dijo J.N., madre embarazada de un niño</i></p> <p><i>“Esto tenía cobertura del seguro, la consultora de lactancia y el terapeuta. Habría sido un gran obstáculo para mí si el seguro no lo hubiera cubierto, tanto mental como físicamente”.</i> — M.S., madre de dos hijos</p>

Oportunidades para el cambio	Lo que se escuchó durante las entrevistas
9. Requisitos de educación continua para proveedores de salud mental perinatal que abarque la administración de medicamentos Prioridad 2.3 del Grupo de Trabajo	<i>“Hay falta de claridad en el tratamiento [del trastorno por consumo de sustancias]. La gente se muere intentando controlar sus dosis”. — T.Y., madre de un niño</i>

Las recomendaciones de personas que vivieron la experiencia de padecer trastornos de salud mental materna y TCS son para el gobierno federal y otros posibles caminos la posibilidad de mejorar las experiencias y los resultados de la atención médica de las madres. Poner en práctica estas recomendaciones para abordar los desafíos políticos, sistémicos y estructurales que enfrentan las madres no solo mejora la calidad de la salud mental materna sino que también aumenta el bienestar de sus familias y comunidades.

Conclusión

En esta estrategia nacional, el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna describe las formas en que el gobierno federal podría liderar las iniciativas para construir una infraestructura nacional que respalde la salud mental materna y mejore la atención de los trastornos de salud mental perinatal y los trastornos por consumo de sustancias (TCS). Las recomendaciones abarcan un enfoque en todo el sector del gobierno para la coordinación y ampliación de los programas federales, la colaboración con un grupo diverso de socios públicos y privados y la incentivación de los estados para implementar modelos efectivos y mejores prácticas. Sin embargo, el grupo de trabajo señala aquí que algunas áreas importantes para la acción nacional están fuera de su alcance según la legislación que la autoriza; sin embargo, es relevante para promover la salud mental materna y mejorar la atención de los trastornos de salud mental materna y los TCS. Por ejemplo, los investigadores y los profesionales de la salud pública deberían centrarse en la necesidad de mejorar la salud de las personas antes de que queden embarazadas, en particular en lo que respecta a la atención de los trastornos de salud mental y los trastornos por TCS.

Esta estrategia nacional es un documento en evolución constante que el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna se encargará de actualizar periódicamente hasta su culminación en 2027. Las actualizaciones incluirán un informe que detalla los pasos para la implementación de las recomendaciones y un documento para los gobernadores de los estados que hace hincapié en las oportunidades de trabajo en equipo. Las actualizaciones de esta estrategia nacional informarán al Congreso sobre las iniciativas del gobierno federal y describirán el estado actual de la salud mental materna y la atención de los trastornos de salud mental perinatal y los trastornos por consumo de sustancias en los Estados Unidos.

Apéndice A: Acrónimos y abreviaturas

Nota: Las siguientes abreviaturas y términos pueden aparecer en *el Informe al Congreso del Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna* y en la *Estrategia nacional para mejorar la atención de la salud mental materna del Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna*.

AAP	Academia Estadounidense de Pediatría
AASTEC	Centro de Epidemiología Tribal del Suroeste del Área de Albuquerque
ACA	Ley de cuidado de salud a bajo precio de 2010
EAI	Experiencias adversas en la infancia
ACF	Administración para Niños y Familias
ACIMM	Comité Asesor sobre Mortalidad Materna e Infantil
ACL	Administración para la Vida en Comunidad
ACP	Colegio Americano de Médicos
ACOG	Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos
ACWS	Comité Asesor de Servicios para Mujeres
ACYF	Administración de Niños, Juventud y Familias
AHRQ	Agencia para la Investigación y la Calidad del Cuidado de la Salud
AI/AN	Indígena estadounidense/nativo/a de Alaska
AIM	Programa de la Alliance for Innovation on Maternal Health de HRSA
AIMS (Centro)	Centro Advancing Integrated Mental Health Solutions en la Universidad de Washington
AMA	Asociación Médica Estadounidense
AMCHP	Association of Maternal & Child Health Programs
AMI	cualquier enfermedad mental
APA	American Psychiatric Association
APG	objetivo prioritario de la agencia
APM	modelo de pago alternativo

ARP	Ley del Plan de Rescate Estadounidense de 2021
ASAM	American Society of Addiction Medicine
ASPE	Oficina del Subsecretario de Planificación y Evaluación del HHS
ASSIST	Prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias
AUD	trastorno por abuso de alcohol
AUDIT-C	Prueba de identificación de trastornos por consumo de alcohol (concisa)
BHW	Oficina de Recursos Humanos de Salud
BIPOC	Personas negras, indígenas y de color
IMC	índice de masa corporal
C2C	Connections to Care
CAB	junta asesora comunitaria
CA-PAMR	Revisión de la mortalidad asociada al embarazo en California
CAPTA	Ley de Prevención y Tratamiento del Abuso de Menores
CARA	Ley Integral sobre Adicciones y Recuperación
CARPP	Centro de Rehabilitación de Adicciones en el Embarazo y la Crianza
CBO	organización comunitaria
CBT	terapia cognitiva conductual
CCBHC	clínica de salud conductual comunitaria certificada
CCDF	Fondo de Cuidado y Desarrollo Infantil
CDC	Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades
CEAL	Alianza de Participación Comunitaria de los NIH
CHAP	Programa de Asistencia Sanitaria Comunitaria
CHIP	Programa de Seguro Médico Infantil de Medicaid
CHW	trabajador de salud comunitario
CLAS	servicios adecuados a nivel cultural y lingüístico

CMS	Centros de Servicios de Medicare y Medicaid
COVID-19	enfermedad del coronavirus 2019
CPG	pautas de práctica clínica
CSP	Programa Integral de Prevención del Suicidio de los CDC
Clínica CUB	Clínica Caring for YOU and Baby
DAST-10	Prueba de detección de uso de drogas
TDC	terapia dialéctica conductual
DFMB	Programa Drug Free Moms and Babies
DHS	Departamento de Seguridad Nacional de los Estados Unidos
DOD	Departamento de Defensa de los Estados Unidos
DOJ	Departamento de Justicia de los Estados Unidos
DOL	Departamento de Trabajo de los Estados Unidos
DOVE	Visitas domiciliarias en etapa perinatal reforzadas para casos de violencia doméstica
ECE	educación en la primera infancia
ED	Departamento de Educación de los Estados Unidos
EMTALA	Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto
EPDS	Escala de Depresión de Post-Parto de Edimburgo
EPSDT	Detección, diagnóstico y tratamiento anticipados y periódicos
ERASE MM	Programa para Mejorar las Revisiones y la Supervisión para Erradicar la Mortalidad Materna de los CDC
ERISA	Ley de Seguridad para los Ingresos de Jubilación de Empleados de 1974
FACA	Ley del Comité Asesor Federal
TEAF	trastornos del espectro alcohólico fetal
FDA	Administración de Alimentos y Medicamentos
FIT Court	Programa del Tribunal para Familias con Bebés y Niños Pequeños de Alaska

FQHD	centro de salud con calificación federal
GABA	ácido gamma-aminobutírico
TAG	trastorno de ansiedad generalizada
GAP-REACH	Lista del Grupo para el Avance de la Psiquiatría sobre Raza, Origen Étnico y Cultura en la Salud
GBV	violencia de género
HCUP-NIS	Muestra nacional de pacientes hospitalizados del Proyecto de Costo y Utilización de Atención Médica
HEAL	Iniciativa Ayudar a Acabar con la Adicción a Largo Plazo de los NIH
HEDIS	Conjunto de datos e información sobre la eficacia de la atención sanitaria
HHS	Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
VIH	virus de inmunodeficiencia humana
HMO	organización para el mantenimiento de la salud
HomVEE	Evidencia de efectividad de las visitas domiciliarias
HP2030	Iniciativa Healthy People 2030
HRSA	Recursos para la Salud y Administración de Servicios
HRSN	necesidad social relacionada con la salud
HUD	Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos
HWHB	Programa Mujeres Sanas, Bebés Sanos de Delaware
ICCFASD	Comité de Coordinación Interinstitucional sobre Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal
ICD	Clasificación Internacional de Enfermedades
IEA	Oficina de Asuntos Intergubernamentales y Externos del HHS
IHS	Servicio de Salud Indígena
IMHS	Programa de subvenciones para Servicios Integrados de Salud Materna del HHS
IMPACTT	Madres de Carolina del Sur para mejorar el acceso a la atención de la salud mental materna y a la atención de los trastornos por consumo de sustancias mediante un programa de telemedicina y telementoría

IMPROVE	Iniciativa del NIH para implementar una visión de resultados de embarazo y salud materna para todos
IPC	Comité de Políticas de Colaboración entre Agencias
IPT	terapia interpersonal/psicoterapia
IPV	violencia de pareja
LGBTQ+, LGBTQI+, LGBTQIA+	lesbiana, gay, bisexual, transgénero, queer/cuestionando su sexualidad, (intersexual), LGBTQIA+ (asexuales) y otros grupos minoritarios sexuales y de género
MAMA's	Programa Maternity Assessment and Management Access and Service Synergy Neighborhood de Neighborhood
MAT	tratamiento asistido con medicamentos
MAT-LINK	La Red Maternoinfantil, un sistema de supervisión para monitorear los resultados de salud materna, infantil y del niño asociados con MOUD durante el embarazo
MCC	centro de atención de maternidad
MCHB	Oficina de Salud para la Madre y el Niño
MDE	episodio depresivo grave
MEPS	Encuesta del Panel de Gastos Médicos
MIECHV	Programa de Visitas Domiciliarias para Madres, Lactantes y Niñez Temprana de la HRSA
MINT	Mothers and Infants Nurturing Together
MIPS	Sistema de pago de incentivos basado en el mérito
MISSION	Maintaining Independence and Sobriety through Systems Integration, Outreach, and Networking
MMH	salud mental materna
MMRC	Comité de revisión de la mortalidad materna
MOM Model	Modelo de Uso Indebido Materno de Opiáceos
MOMs+ Model	Apoyo médico para el uso indebido materno de opiáceos
MOUD	medicamentos para el trastorno por consumo de opiáceos
MQCC	colaboración para la atención materna de calidad
MST	trauma sexual militar

MVP	MIPS Value Pathway
NACCHO	Asociación Nacional de Funcionarios de Salud de Condados y Ciudades
NAS	síndrome de abstinencia neonatal
NASADAD	Asociación Nacional de Directores Estatales sobre Abuso de Alcohol y Drogas
NASHP	Academia Nacional de Políticas Sanitarias Estatales
NASMHPD	Asociación Nacional de Directores Estatales de Programas sobre Salud Mental
NCQA	Comité Nacional de Garantía de Calidad
NHOPI	Nativo/a de Hawái u otras islas del Pacífico
NHSC	Cuerpo Nacional de Servicios de Salud
NIAAA	Instituto Nacional sobre Abuso de Alcohol y Alcoholismo
NICHD	Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano <i>Eunice Kennedy Shriver</i>
UCIN	unidad de cuidados intensivos neonatales
NIDA	Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas
NIDILRR	Instituto Nacional de Investigaciones sobre Discapacidad, Vida Independiente y Rehabilitación
NIH	Institutos Nacionales de la Salud
NNEDV	Red Nacional para Poner Fin a la Violencia Doméstica (versión en inglés)
NOWS	síndrome neonatal de abstinencia de opiáceos
NSCSS	Grupo de Trabajo Federal Sindemia Nacional de Sífilis y Sífilis Congénita
NSDUH	Encuesta Nacional sobre la Salud y el Consumo de Drogas
NVDRS	Sistema Nacional de Notificación de Muertes Violentas
OASH	Oficina del Subsecretario de Salud del HHS
OB	obstetra u obstetricia
OB-GYN	obstetricia y ginecología
ob-gyn	obstetra y ginecólogo

TOC	trastorno obsesivo compulsivo
OMB	Oficina de Administración y Presupuesto de la Administración Nacional de Archivos y Registros de los Estados Unidos
OMHSP	Oficina de Salud Mental y Prevención del Suicidio del VA
OMOP	Modelo de datos común de la Asociación de Resultados Médicos Observacionales
ONC	Oficina del Coordinador Nacional de Tecnología de la Información de la Salud
ODD	trastorno por abuso de opiáceos
OWH	Oficina para la Salud de la Mujer del HHS
P2P	Pathways to Prevention de los NIH
PASS	Escala de Ansiedad Perinatal
PCORI	Instituto de Investigación de Resultados Centrados en los Pacientes de la Red Nacional de Investigación Clínica Centrada en el Paciente
PCTE-CPMH	Capacitación y Mejora de la Atención Médica Primaria, Prevención Comunitaria y Salud Materna
PEACE	Programa de Psiquiatría Perinatal, Educación, Acceso y Participación Comunitaria para Madres de la Universidad Emory
PeriPAN	Red de Acceso a Psiquiatría Perinatal de Texas
PMAD	trastornos perinatales del estado de ánimo y de ansiedad
PMHCA	Programa de Acceso a la Atención de Salud Mental Pediátrica
POSC	plan de atención segura
PPD	depresión posparto
PPNMSS	Escala de Percepción del Estrés Materno Prenatal
PQC	grupos colaboradores de calidad perinatal
PRAMS	Sistema de Monitoreo de Evaluación de Riesgos durante el Embarazo
PRAPARE	Protocolo para responder y evaluar los recursos, riesgos y experiencias de los pacientes
PREPARE	Planificación y Recursos de Educación Reproductiva Perinatal
PREPP	Recursos prácticos para una crianza posparto eficaz

PRGLAC	Grupo de Trabajo sobre Investigación Específica para Mujeres Embarazadas y Lactantes
Project ECHO	Proyecto de Extensión para los Resultados de la Atención Médica Comunitaria
PROSPER	Recursos prenatales, perinatales, posnatales y para padres y otros sistemas de apoyo para mujeres embarazadas y familias que participan en la iniciativa de recuperación
PROUD	Padres Recuperándose del Trastorno de Uso de Opiáceos
PPW	mujeres embarazadas y en posparto
PSI	Postpartum Support International
TEPT	trastorno de estrés postraumático
RACE for Equity	Resultados obtenidos a través de la participación comunitaria para la equidad
RADx Tech	Aceleración rápida de la tecnología de diagnóstico
RCORP-NAS	Programa de respuesta a opiáceos en comunidades rurales: síndrome de abstinencia neonatal
RFI	solicitud de información
RMH	salud mental reproductiva
ROSE Program	Programa ROSE (Reach Out, Stay Strong, Essentials [Conectarse, ser fuerte, aspectos básicos]) para prevenir la depresión posparto
RVU	unidad de valor relativo
SAMHSA	Administración de Salud Mental y Abuso de Sustancias
SBI	evaluación e intervención breve
SBIRT	evaluación, intervención breve y derivación a tratamiento
DSS	determinante social de la salud/determinantes sociales de la salud
SEP	embarazo expuesto a consumo de sustancias
SIDS	síndrome de muerte súbita del lactante
SMI	enfermedad mental grave
SMM	morbilidad materna grave
SOAR	Programa de capacitación sobre salud y bienestar de ACF: Detenerse. Observar. Preguntar. Responder.

SSA	Administración del Seguro Social
ISRS	inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
ITS	infecciones de transmisión sexual
TCS	trastorno por consumo de sustancias
Escala SURP-P	Perfil de riesgo de consumo de sustancias: escala de embarazo
T-ACE	Herramienta de detección de tolerancia, preocupación, reducción del consumo y revelación
TAMAR	trauma, adicciones, salud mental e intervención para recuperación
TANF	Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas
TCA	antidepresivo tricíclico
TEFCA	Marco de Intercambio Confiable y Acuerdo Común
TF-CBT	terapia cognitiva conductual centrada en el trauma
TMaH	Modelo de Transformación de la Salud Materna de los CMS
Prueba TWEAK	Prueba de tolerancia, preocupación, revelación y reducción del consumo
USDA	Departamento de Agricultura de Estados Unidos
USDS	Servicio Digital de EE. UU.
USPSTF	Fuerza de Tareas de Servicios Preventivos de los Estados Unidos
VA	Departamento de Asuntos de los Veteranos de EE. UU.
VHA	Administración de la Salud de los Veteranos
WHODAS	Programa de Evaluación de Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud
WIC	Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños
WMH	salud mental de las mujeres
Women's REACH	Programa de Recuperación, Participación, Acceso, Asesoramiento y Sanación para Mujeres
YUP!	Young United Parents!

Apéndice B: Lenguaje utilizado en esta estrategia nacional

Prenatal, perinatal y posparto

A menos que se indique lo contrario en este documento, “prenatal” se refiere al período del embarazo (es decir, antes de que ocurra el nacimiento) y es sinónimo de “antenatal”. “Perinatal” se refiere al período del embarazo y 1 año después del final del embarazo. “Posparto” se refiere al período de 12 meses posteriores al embarazo (García y Yim, 2017; Instituto Nacional del Cáncer, s.f.; Saldanha et al., 2023), independientemente del resultado del embarazo; consultar más abajo *Posparto y Después del Embarazo*. En todo momento, “maternal” y “perinatal” se utilizan indistintamente para describir los trastornos a los que se hace referencia. Tenga en cuenta que algunos profesionales de atención médica limitan el período posparto a 12 semanas después del parto (a veces denominado "cuarto trimestre"), dadas las consideraciones médicas particulares de las personas en posparto y sus bebés durante este período de tiempo (Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, 2018). Este documento especifica en qué momento las fuentes se refieren a un período posparto distinto de hasta 12 meses después del embarazo.

Posparto y después del embarazo

Aunque “posparto” a menudo describe el período posterior al parto de un niño (Berens, 2024), la definición más inclusiva del término del grupo de trabajo describe el período posterior a la conclusión de un embarazo, incluso cuando el embarazo no resultó en un nacimiento vivo o un parto. A menudo, el grupo de trabajo utiliza un lenguaje más inclusivo, como “después del embarazo”.

Salud mental materna

Este documento utiliza “salud mental materna” para reflejar el lenguaje utilizado en la autorización del Congreso para establecer el Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna. “La salud mental materna, también conocida como salud mental perinatal, es el bienestar emocional, social y mental general [de una persona] durante y después del embarazo” (Zuloaga, 2020).

Trastornos por consumo de sustancias y trastornos de salud mental

El lenguaje utilizado en la autorización del Congreso y el nombre del grupo de trabajo incluyen la frase “salud mental materna”. Las recomendaciones del grupo de trabajo destacan la importancia de abordar los trastornos de salud mental, los trastornos por consumo de alcohol, las afecciones coexistentes y el bienestar social, emocional y mental general de las personas embarazadas y en etapa de posparto. En este documento, “trastornos de salud mental y TCS” y frases similares son sinónimos de otros términos comunes (por ejemplo, “problemas de salud mental” y “enfermedades mentales”); sin embargo, en algunos casos, este documento puede referirse específicamente solo a los TCS para los trastornos de salud mental o al “consumo de sustancias” para reflejar un abordaje más estrecho o el lenguaje y las definiciones de las fuentes citadas.

Violencia de género y violencia de pareja

La violencia contra personas embarazadas y en período de posparto puede tener consecuencias adversas para la salud mental y física de esas personas y de sus bebés. Este documento utiliza “violencia de género” como término general para referirse a todo tipo de violencia contra personas que están embarazadas o en etapa de posparto o que pueden quedar embarazadas. Este documento también se refiere a tipos específicos de violencia de género, que incluyen la violencia de pareja y la violencia doméstica, y al trauma que resulta de esa violencia de género, violencia de pareja o violencia sexual. Los términos específicos utilizados reflejan las categorías y los parámetros de estudio de las fuentes citadas. (Ver el [Plan Nacional de EE.UU. para Acabar con la Violencia de Género: Estrategias para la acción](#) (para más definiciones de estos términos y los términos relacionados).

Relacionado con el embarazo y asociado al embarazo

Este documento utiliza estos términos como [los define el Centro Nacional de Estadística en Salud de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades \(CDC, por sus siglas en inglés\)](#). “Relacionado con el embarazo” se refiere a afecciones médicas o muertes que ocurren durante o dentro de 1 año del final de un embarazo por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo o su control (no por causas accidentales o incidentales). “Asociado al embarazo” se refiere a afecciones médicas o muertes dentro del mismo período de tiempo e incluye tanto causas relacionadas con el embarazo como causas incidentales.

Raza y origen étnico

Este documento utiliza las categorías de raza y origen étnico detalladas en las [Revisiones de las Normas para la Clasificación de Datos Federales sobre Raza y Origen Étnico](#), publicado por la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB) en 1997. Estas normas establecen un mínimo de cinco categorías de raza: “indio americano o nativo de Alaska”, “asiático”, “negro o afroamericano”, “nativo de Hawái u otra isla del Pacífico” (NHOPI) y “blanco”, así como dos categorías para los datos sobre origen étnico: “Hispano o latino” y “No hispano o latino”. Estas normas se revisaron el 29 de marzo de 2024 ([Normas para el mantenimiento, la recopilación y presentación de datos federales sobre raza y origen étnico](#)); sin embargo, la investigación y la literatura citadas en este documento son anteriores a las revisiones de 2024 y, por lo tanto, hacen referencia a las categorías raciales y étnicas establecidas en 1997. De acuerdo con las definiciones de la OMB, este documento reconoce la raza y el origen étnico como construcciones sociopolíticas más que categorías biológicas o genéticas. Sin embargo, estos términos a menudo funcionan como determinantes sociales importantes de la salud y, por lo tanto, se incluyen aquí. Este documento señala cuando las fuentes utilizan categorías o definiciones de raza y origen étnico que difieren de las de la OMB.

Con escasos recursos y carentes de recursos

En este documento, el grupo de trabajo utiliza el término “con escasos recursos” para referirse a las subpoblaciones y otros grupos demográficos descritos por el término de la Casa Blanca “comunidades marginadas”. La [Orden del Poder Ejecutivo sobre la Promoción de la Equidad Racial y el Apoyo a las Comunidades Marginadas a través del Gobierno Federal](#) define “comunidades marginadas” como “poblaciones que comparten una característica particular, así como comunidades geográficas, a las que se les ha negado sistemáticamente la oportunidad plena de participar en aspectos de la vida económica, social y cívica”. El lenguaje de la Casa Blanca especifica que dichos grupos pueden incluir “personas negras, latinas, indígenas y nativas americanas, asiático-americanos e isleños del Pacífico y otras personas de color; miembros de minorías religiosas; personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero y queer (LGBTQ+); personas con discapacidades; personas que viven en áreas rurales; y personas afectadas negativamente por la pobreza o desigualdad persistentes”. Otras poblaciones con escasos recursos pueden incluir grupos de migrantes, grupos de inmigrantes y otros. Este documento utiliza el término “marginadas” para referirse a áreas con escasez de proveedores de atención médica o de personas que residen allí.

Basado en evidencias, fundado en pruebas y prometedor

Las “prácticas basadas en evidencias” (por ejemplo, prácticas cuya seguridad y eficacia se han examinado específicamente en estudios de investigación biomédica y/o bioconductual) difieren de las “prácticas fundadas en pruebas” (por ejemplo, prácticas basadas en estudios de investigación biomédica y/o bioconductual pero no examinadas específicamente en dichos estudios) y de las “prácticas prometedoras” (por ejemplo, prácticas que los datos clínicos, la información anecdótica u otra información sugieren que pueden mejorar los resultados pero que tienen poca o ninguna base empírica de investigación). Este documento describe muchas de las mejores prácticas en el sector de la salud mental materna y el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias y, a menudo, utiliza el término “prácticas basadas en evidencias” en sentido amplio para referirse a prácticas prometedoras y fundadas en pruebas, así como en el sentido más estricto definido anteriormente. Actualmente, el grupo de trabajo respalda todas las prácticas prometedoras, las que están basadas en evidencias y fundadas en pruebas que se describen en este documento.

Equidad

“[‘]La equidad[‘] se refiere a prácticas y políticas justas y equitativas que garantizan que todos los miembros de la comunidad puedan prosperar. La equidad se diferencia de la igualdad en que la igualdad implica tratar a todos como si sus experiencias fueran exactamente las mismas. Ser equitativo significa reconocer y abordar las desigualdades estructurales —históricas y actuales— que benefician a algunos y perjudican a otros.

“La igualdad de trato genera equidad solo si todos comienzan con igualdad de acceso a las oportunidades” (División de Diversidad, Equidad e Inclusión de la Universidad de Iowa, s.f.).

Prevención primaria, secundaria y terciaria

El grupo de trabajo apoya los trabajos de prevención primaria, secundaria y terciaria para los trastornos de salud mental materna y los trastornos por consumo de sustancias. La prevención primaria tiene como objetivo evitar que ciertas afecciones se presenten en individuos sanos. La prevención secundaria tiene como objetivo prevenir afecciones en personas que no presentan síntomas evidentes pero que han experimentado cambios que tienden hacia una afección. La evaluación clínica es una forma de prevención secundaria. La prevención terciaria tiene como objetivo reducir la gravedad de una afección establecida y los problemas relacionados (Kisling y Das, 2023).

Apéndice C: Lista de miembros del grupo de trabajo

Clave

- * Persona con experiencia vivida
- † Miembro de ACWS
- ‡ Codirector del Grupo de trabajo sobre salud mental materna
- § Copresidente del grupo de trabajo

Miembros del personal federal

Administración de Asuntos de Niños y Familias (ACF, por sus siglas en inglés)

Lauren Behsudi, B.A., M.P.M.
Francine White, M.A., LPC

Administración para la Vida en Comunidad (ACL, por sus siglas en inglés)

Naomi Hess, B.S.
Elizabeth Leef, B.S.

Agencia para la Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ, por sus siglas en inglés)

Emily Chew, M.P.H.
Kamila Mistry, Ph.D., M.P.H.

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés)

Katharyn Baca, Ph.D., M.P.H., M.A.
Wanda Barfield, M.D., M.P.H., FAAP
Ashley Busacker, Ph.D.
Ada Dieke, Dr.P.H., M.P.H.
Meghan T. Frey, M.A., M.P.H.
Laurin Kasehagen, Ph.D., M.A.
Jean Ko, Ph.D.
Dana Meaney-Delman, M.D.§
Mohinee Mukherjee, M.P.H.
Angela Rohan, Ph.D.
Karen Remley, M.D., M.B.A., M.P.H., FAAP
Charlene Wong, M.D.

Centro de Asociaciones Religiosas y Vecinales (HHS/Centro de Colaboración)

Que English, D.Min., M.A. §

Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés)

Adam Conway, M.P.H., B.A.
Andrea Harmon, M.P.P.
Amanda Johnson, RN, CCM
Hannah Katch, M.P.P.
Aditi Mallick, M.D. §
Tequila Terry, M.B.A., M.P.H.
Ellen-Marie Whelan, Ph.D., CRNP, FAAN

Departamento de Defensa (DOD, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos

Holly Hoffmeyer, Ph.D.
Kimberly Lahm, LMFT

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina del Inspector General y Asuntos Exteriores (IEA, por sus siglas en inglés)

Marvin Figueroa, M.S.
Caryn Marks, M.P.P.

Departamento de Seguridad Nacional (DHS, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos

Ryan Farah
Amelia MacIntyre, M.S., D.O.
Margaret Schaefer, M.A.

Departamento de Trabajo (DOL, por sus siglas en inglés) de los Estados Unidos

Gayle Goldin, M.S.

Departamento de Asuntos de los Veteranos (VA, por sus siglas en inglés) de EE. UU.

Sally Haskell, M.D.
Sophia Hill-Smith M.S.N., RN
Meg Kabat, LCSW-C, CCM

Lisa Kearney, Ph.D., ABPP
Laura Miller, M.D.
Elizabeth Patton, M.D., M.Phil., M.Sc., FACOG
Jennifer Strauss, Ph.D.
Lourdes Tiglao, M.B.A.

Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA, por sus siglas en inglés)

Joyce Obidi, Ph.D.
Joshua Rising, M.D., M.P.H.
Catherine Roca, M.D.
Julia Tierney, J.D.
Anna Weissman, M.D.

Health Resources and Services Administration (HRSA, por sus siglas en inglés)

Dawn Levinson, M.S.W. §
CDR Sandra M. Sayegh, Pharm.D., M.B.A, M.S.
Melodye Watson, M.A, LCSW-C

Servicio de Salud Indígena (IHS, por sus siglas en inglés)

Tamara James, Ph.D.
Tina Pattara-Lau, M.D., FACOG§
Glorinda Segay, D.B.H., M.S.

Institutos Nacionales de la Salud (NIH, por sus siglas en inglés)

Alison Cernich, Ph.D.

Tamara Lewis Johnson, M.P.H., M.B.A.

Oficina del Subsecretario de Salud (OASH, por sus siglas en inglés)

Cyntrice Bellamy, Psy.D., M.S., M.Ed.

Dorothy Fink, M.D. †

Jennifer Gillissen, PMP, CMP, CGMP, VEMM

Deborah Kilday, M.S.N., RN

Richelle Marshall, M.B.A.

Abayomi Walker, B.S.N., M.S.N., WHNP-BC

Oficina del Subsecretario de Salud, Oficina de Operaciones Regionales de Salud (ORHO, por sus siglas en inglés)

David Johnson, M.P.H.

CDR Luz Rivera, Psy.D.

Oficina del Subsecretario de Salud, Oficina de Salud de las Minorías (OMH, por sus siglas en inglés)

Jasmine Lusane, M.P.H.

Oficina del Subsecretario, Oficina de Salud de Asuntos de la Población (OPA, por sus siglas en inglés)

Ciara Davis, Ph.D., M.S.W.

Oficina del Subsecretario, Oficina de Salud del Cirujano General (OSG, por sus siglas en inglés)

Melea Atkins, M.B.A., B.A.

Tyiesha Short, M.P.H.

Oficina del Subsecretario de Planificación y Evaluación (ASPE, por sus siglas en inglés)

Andre Chappel, Ph.D.

Kristina West, M.S., LL.M.

Oficina de Administración y Presupuesto (OMB, por sus siglas en inglés)

Maya Mechenbier, J.D.

Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Drogas (SAMHSA, por sus siglas en inglés)

Joe Bañez, B.S.

Somer Brown, J.D.

Zayna Fulton, M.P.H., M.Sc., CHW

Madonna Green, LICSW

Mirna Herrera, M.A., MT-BC, CPS

Martha Kent, M.A., LPCC, NCC

Valerie Kolick, DFO, M.A.

Amanda Sharp, Ph.D.

Nima Sheth, M.D., M.P.H. † (Presidente de ACWS)

Amy Smith, M.A., LPC, SAP

Servicio Digital de Estados Unidos (USDS, por sus siglas en inglés)

Amy Bontrager, M.S.
Arabella Crawford
Maya Mechenbier, J.D.
T. Annie Nguyen, M.Des.
Whitney Robinson
Elana Shneyer

Miembros del personal no federales

Rebecca Alderfer, M.P.P.

Directora ejecutiva
Grupos Colaboradores de Calidad de la Atención Perinatal de Colorado

Jeanne Alhusen, Ph.D., CRNP, RN

Directora de la Junta
Asociación de Enfermeras de Salud de la Mujer, Obstetricia y Neonatología

Nicole Barnett, M.S.W., LCSW-C, PMH-C *§

Educadora y defensora de la salud mental perinatal

Tina Beilinson Keshani, M.B.A.

Cofundadora y directora ejecutiva de Seven Starling

Joy Burkhard, M.B.A.

Fundadora y directora ejecutiva
Policy Center for Maternal Mental Health

Stacey Burns, LMSW, LCDC

Directora clínica de Nexus Recovery Center

Patricia Capo, M.D., FACOG

Obstetra-ginecóloga
Alaska Native Medical Center and Southcentral Foundation

Le Ondra Clark Harvey, Psy.D. †§

Administradora
California Council of Community Behavioral Health Agencies

Lisa M. Cleveland, Ph.D., APRN, CPNP-PC, IBCLC, FAAN

Profesora
Facultad de Enfermería del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en San Antonio

Wendy Davis, Ph.D., PMH-C

Director ejecutivo
Postpartum Support International

Ludmila De Faria, M.D.

Presidenta
Consejo de Salud Mental de la Mujer de la American Psychiatric Association

Emily Dossett, M.D., M.T.S.

Psiquiatra
MAMA'S Neighborhood

Kristina Dulaney, RN, PMH-C *

Fundadora
Cherished Moms

Kelley Franklin, M.S.N., RN

Directora asociada de proyectos
La Comisión Conjunta

Anique Forrester, M.D.

Profesora adjunta, Departamento de Psiquiatría
Facultad de Medicina de la Universidad de Maryland

Sara Gilbertson Mertz, M.S., CNM, PMH-C

Presidenta
Comité de Salud Mental del Colegio Americano de Enfermeras Parteras

Adrienne Griffen, M.P.P. *

Director ejecutivo
Alianza de Liderazgo en Salud Mental Materna

Octavia Harris, M.S. *†

Armada de los Estados Unidos (retirada)

Kathryn Icenhower, Ph.D. †§

Directora ejecutiva
SHIELDS for Families

Emmanuella Kiyieih, LMSC, LCDC

Gerente de filantropía y subvenciones del Nexus Recovery Center

Lisa Kunkel, B.A., ICADC, SAP

Trabajadora social
Iowa Specialty Hospital

Jennifer Law, B.A. *

Directora de salud maternal
Philips

Lily J. Lou, M.D., FAAP

Ex presidenta de la Sección de Medicina Neonatal y Perinatal
American Academy of Pediatrics

Kay Matthews, LCHW *

Director ejecutivo
Shades of Blue Project

Elizabeth McClaine

Vicepresidenta de Medicaid y Productos Comerciales
Neighborhood Health Plan of Rhode Island

Arin McClune, M.S.N., RNC-OB, CHC

Consultora sénior de Desempeño de Calidad
Blue Cross Blue Shield Association

Devon McCormick, M.A.Sc., M.A.C.P.

Especialista en proyectos
Elevate Policy Lab en Yale

Emily Miller, M.D.

Profesora asociada de Obstetricia y Ginecología y directora de la División de Medicina Materno-Fetal
de Facultad de Medicina de The Warren Alpert Medical School of Brown University

Tiffany A. Moore Simas, M.D., M.P.H., M.Ed.

Presidenta
Departamento de Obstetricia y Ginecología de UMass Memorial Health

Lavita Nadkarni, Ph.D. †

Decana adjunta
Escuela de Posgrado de Psicología Profesional de la Universidad de Denver

Joanne Nicholson, Ph.D. †§

Profesora
Brandeis University Institute for Behavioral Health

Kelly O'Connor, M.S.

Director ejecutivo
Maternal Mental Health Now

Beth Oller, M.D., FAAFP

Médica
Academia Estadounidense de Médicos de Familia (en inglés)

Erica Pulliam, B.A.

Gerente de Relaciones y Participación Comunitaria, doula perinatal
The Center for Great Expectations

Arlene Remick, M.P.H.

Directora del programa
American College of Obstetricians and Gynecologists

Roxanne Rosenberg, LCMHC, PMH-C

Cofundadora y directora clínica de Anchor Perinatal Wellness

Lisa Saul, M.D., M.B.A.

Directora médica nacional de Salud de la Mujer
UnitedHealth Group

Leslie Schrock, B.S. *

Autora de “Bumpin: The Modern Guide to Pregnancy”

Alpa C. Shah, M.D.

Médica, psiquiatra

Asociación Estadounidenses de Hospitales

Meredith Shockley-Smith, Ph.D. §

Director ejecutivo

Cradle Cincinnati

Kim Smith, FACHE *

Fundadora/directora ejecutiva

Health Evolve Technologies, LLC

Shaneca Smith, B.S.N., RN, CNOR(E)

Gerente de Mejora de la Calidad

Arkansas Foundation for Medical Care

Tanisha Thomas-Frederick, CLC *†

Fundadora

Beautiful as You Are

Barbara Tunstall *

Especialista en recuperación entre pares

Carole Warshaw, M.D.

Director

Centro Nacional sobre Violencia Doméstica, Trauma y Salud Mental

Ashleigh Wiederin, B.S., RN *

Coordinadora de integración de Servicios de Salud Materna

St. Anthony Regional Hospital

Apéndice D: Referencias

- Adams, J., y Volkow, N. (2020). Imperativos éticos para superar el estigma contra las personas con trastornos por consumo de sustancias. (versión en inglés) *AMA Journal of Ethics*, 22(8), E702-708. <https://doi.org/10.1001/amajethics.2020.702>
- Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica. (s.f.). *Mujeres embarazadas y en posparto y la integración de la salud conductual* [Resumen del tema]. (versión en inglés) <https://integrationacademy.ahrq.gov/products/topic-briefs/pregnant-postpartum-women>
- Alderdice, F., y Kelly, L. (2019). Estigma y atención de la maternidad. (versión en inglés) *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 37(2), 105–107. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1589758>
- American Academy of Family Physicians. (2017). *Manual de Pautas de Práctica Clínica*. (versión en inglés) <https://www.aafp.org/family-physician/patient-care/clinical-recommendations/cpg-manual.html#>
- Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. (2018). Optimización de la atención posparto. (versión en inglés) ACOG Committee Opinion No. 736. *Obstetrics & Gynecology*, 131, e140–150.
- Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. (2020). *Oposición a la criminalización de personas durante el embarazo y el periodo posparto* [Declaración de política]. (versión en inglés) <https://www.acog.org/clinical-information/policy-and-position-statements/statements-of-policy/2020/opposition-criminalization-of-individuals-pregnancy-and-postpartum-period>
- Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos. (2023). Detección y diagnóstico de trastornos de salud mental durante el embarazo y el posparto: guía de práctica clínica n.º 4 del ACOG. (versión en inglés) *Obstetrics & Gynecology*, 141(6), 1232–1261. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000005200>
- American Psychiatric Association. (16 de marzo de 2022). *Cuidados para mujeres embarazadas: una guía para el psiquiatra*. (versión en inglés) <https://www.psychiatry.org/news-room/apa-blogs/caring-for-pregnant-women-a-psychiatrists-guide>
- American Psychiatric Association. (31 de agosto de 2023). Embarazo, trastornos mentales y consumo de sustancias y su tratamiento: consejos de expertos en salud mental. (versión en inglés) <https://www.psychiatry.org/443/news-room/apa-blogs/pregnancy-and-mental-health-conditions>
- American Psychiatric Association. (s.f.). *Conozca el modelo de atención colaborativa*. (versión en inglés) <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/professional-interests/integrated-care/learn>
- Comité de Atención Integrada de la American Psychiatric Association. (s.f.). *El papel de la atención colaborativa en la reducción de las desigualdades en salud mental*. (versión en inglés) American Psychiatric Association. <https://www.psychiatry.org/getmedia/e24b9d4f-df28-43a1-8359-25cc4f9de661/APA-Role-CoCM-Reducing-Mental-Health-Inequities.pdf>
- American Psychological Association. (2013). *Atención médica integral: colaboración entre profesionales de la salud para proporcionar un tratamiento completo a los pacientes y mejorar el bienestar general*. (versión en inglés) <https://www.apa.org/health/integrated-health-care>
- American Society of Addiction Medicine. (2022). *Consumo de sustancias y trastorno por consumo de sustancias entre personas embarazadas y en etapa de posparto* [Declaración de política]. (versión en inglés) <https://www.asam.org/advocacy/public-policy-statements/details/public-policy-statements/2022/10/12/substance-use-and-substance-use-disorder-among-pregnant-and-postpartum-people>
- Baptiste, D. L., Caviness-Ashe, N., Josiah, N., Commodore-Mensah, Y., Arscott, J., Wilson, P. R. y Starks, S. (2022). Henrietta Lacks y la oscura historia de la investigación en Estados Unidos que involucra a los afroamericanos. (versión en inglés) *Nursing Open*, 9(5), 2236–2238. <https://doi.org/10.1002/nop2.1257>

- Berens, P. (2024). Visión general del período posparto: fisiología normal y atención maternos de rutina. (versión en inglés) En R. F. Connor (Ed.), *UpToDate*. Wolters Kluwer. <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-normal-physiology-and-routine-maternal-care>
- Bergeron, E. (2021). Las raíces históricas de la desconfianza en la ciencia. (versión en inglés) *Human Rights Magazine*, 46(4). https://www.americanbar.org/groups/crsj/publications/human_rights_magazine_home/the-truth-about-science/the-historical-roots-of-mistrust-in-science
- Britt, R., Burkhard, J., Murphy, C. y Childers, A. (2023). *EE. UU. “Zonas oscuras de salud mental materna”: condados con el mayor riesgo y los recursos más bajos revelados*. Policy Center for Maternal Mental Health. (versión en inglés) <https://www.2020mom.org/us-maternal-mental-health-dark-zones-revealed>
- Bullinger, L. R., Klika, B., Feely, M., Ford, D., Merrick, M., Raissian, K., Rostad, W. y Schneider, W. (2024). Licencia familiar remunerada: una intervención previa para evitar la violencia familiar. (versión en inglés) *Journal of Family Violence*, 39(3), 471-481. <https://doi.org/10.1007/s10896-022-00486-3>
- Burak, E. W. y Wachino, V. (2023). Promover la salud mental de padres e hijos fortaleciendo el respaldo de Medicaid para visitas domiciliarias. (versión en inglés) *Psychiatric Services*, 74(9), 970-977. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220608>
- Burkhard, J., y Britt, R. (2022). Las tasas de detección de depresión materna en EE. UU. se publican por primera vez a través de HEDIS. *Cerramos las brechas en la atención de la salud mental materna*. (versión en inglés) <https://www.2020mom.org/blog/2022/11/14/us-maternal-depression-screening-rates-released-for-the-first-time-through-hedis>
- Byatt, N., Levin, L. L., Ziedonis, D., Moore Simas, T. A. y Allison, J. (2015). Mejorar la participación en la atención de la depresión en entornos de atención perinatal ambulatoria. (versión en inglés) *Obstetrics & Gynecology*, 126(5), 1048–1058. <https://doi.org/10.1097/aog.0000000000001067>
- Byatt, N., Mittal, L., Brenckle, L., Logan, D., Masters, G., Bergman, A. y Moore Simas, T. (2019). Kit de herramientas de salud mental perinatal Lifeline4Moms. (versión en inglés) *Psychiatry Information in Brief*, 16(7). <https://doi.org/10.7191/pib.1140>
- California A.B. N.º 2193, (2018). https://leginfo.ca.gov/faces/billTextClient.xhtml?bill_id=201720180AB2193
- Campbell, J., Matoff-Stepp, S., Velez, M. L., Cox, H. H. y Laughon, K. (2021). Muertes asociadas al embarazo por homicidio, suicidio y sobredosis: revisión de la investigación y la intersección con la violencia de pareja. (versión en inglés) *Journal of Women’s Health*, 30(2), 236–244. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8875>
- Cantor, A. G., Jungbauer, R. M., Skelly, A. C., Hart, E. L., Jorda, K., Davis-O’Reilly, C., Caughey, A. B. y Tilden, E. L. (2024). Revisiones de eficacia comparativa de AHRQ. En *Atención materna respetuosa: difusión e implementación de la cultura de seguridad perinatal para mejorar la equidad en la prestación y los resultados de la atención de salud materna*. (versión en inglés) Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica (EE. UU). <https://doi.org/10.23970/ahrqepccer269>
- Cantwell, R. (2021). Trastorno mental en el embarazo y la primera etapa del posparto. (versión en inglés) *Anaesthesia*, 76(S4), 76–83. <https://doi.org/10.1111/anae.15424>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (31 de marzo de 2022). *Acta constitutiva de ACIP*. <https://www.cdc.gov/vaccines/acip/committee/charter.html>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2023a). *Grupos colaboradores estatales de calidad perinatal*. (versión en inglés) <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pqc-states.html>

- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (2023b). *Grupos colaboradores estatales de calidad perinatal*. (versión en inglés) <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pqc-states.html>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (s.f.-a). *Datos y estadísticas sobre el consumo de opiáceos durante el embarazo*. (versión en inglés) <https://www.cdc.gov/opioid-use-during-pregnancy/about/>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (s.f.-b). *Mejorar las revisiones y la supervisión para erradicar la mortalidad materna (ERASE MM)*. (versión en inglés) <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternal-mortality/erase-mm/index.html>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (s.f.-c). *Datos simples: prevención de experiencias adversas en la infancia*. (versión en inglés) <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/fastfact.html>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (s.f.-d). *Campaña Hear Her®*. (versión en inglés) <https://www.cdc.gov/hearher/index.html>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (s.f.-e). *Grupos colaboradores de calidad perinatal*. (versión en inglés) <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/pqc.htm>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (s.f.-f). *Consumo de múltiples sustancias durante el embarazo*. (versión en inglés) <https://www.cdc.gov/pregnancy/polysubstance-use-in-pregnancy.html>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (s.f.-g). *Estrategias de prevención*. (versión en inglés) <https://www.cdc.gov/violenceprevention/aces/prevention.html>
- Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. (s.f.-h). *Determinantes sociales de la salud en los CDC*. (versión en inglés) <https://www.cdc.gov/about/sdoh/index.html>
- Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. (s.f.). *Programa de Pago por Calidad: descripción general de APM*. (versión en inglés) <https://qpp.cms.gov/apms/overview>
- Choi, S., Rosenbloom, D., Stein, M. D., Raifman, J. y Clark, J. A. (2022). Puertas de entrada, facilitadores y barreras diferenciales para el tratamiento del trastorno por consumo de sustancias en mujeres embarazadas y madres: una revisión sistemática del campo de aplicación. (versión en inglés) *Journal of Addiction Medicine*, 16(3), e185–e196. <https://doi.org/10.1097/adm.0000000000000909>
- Clarke, D., De Faria, L., Alpert, J., el Panel Asesor de Salud Mental Perinatal y el Equipo de Investigación de Salud Mental Perinatal. (2023). *Trastorno mental y consumo de sustancias en etapa perinatal* [Estudio]. (versión en inglés) Asociación Estadounidense de Psiquiatría. <https://www.psychiatry.org/maternal>
- Consolidated appropriations act of 2023, Pub. L. No. 117-328, (2023). <https://www.congress.gov/117/plaws/publ328/PLAW-117publ328.pdf>
- Coombs, E., Theobald, N., Allison, A., Ortiz, N., Lim, A., Perrotte, B., Smith, A. y Winston, P. (2022). Explicación de la relación positiva entre la licencia familiar remunerada a nivel estatal y la salud mental. (versión en inglés) *Community, Work & Family*, 1-25. <https://doi.org/10.1080/13668803.2022.2140029>
- Counts, N. (2023). Comprender la falta de personal en el área de salud conductual en EE. UU. [Explicación]. (versión en inglés) <https://www.commonwealthfund.org/publications/explainer/2023/may/understanding-us-behavioral-health-workforce-shortage>
- Crear-Perry, J., Correa-De-Araujo, R., Lewis Johnson, T., McLemore, M. R., Neilson, E. y Wallace, M. (2021). Determinantes sociales y estructurales de las inequidades en la salud materna. (versión en inglés) *Journal of Women's Health*, 30(2), 230–235. <https://doi.org/10.1089/jwh.2020.8882>

- D'Angelo, D. V., Bombard, J. M., Lee, R. D., Kortzmit, K., Kapaya, M. y Fasula, A. (2022). Prevalencia de sufrir violencia física, emocional y sexual por parte de una pareja íntima actual durante el embarazo: estimaciones basadas en la población del Sistema de Monitoreo de Evaluación de Riesgos durante el Embarazo. (versión en inglés) *Journal of Family Violence*, 38(1), 117–126. <https://doi.org/10.1007/s10896-022-00356-y>
- Dembosky, A. (2021). Un enfoque humano para el cuidado de las nuevas madres en crisis psiquiátrica. (versión en inglés) *Health Affairs*, 40(10), 1528-1533. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.01288>
- Earle, A. y Heymann, J. (2019). *Licencia por maternidad o paternidad remunerada y políticas favorables a la familia: un resumen de pruebas*. (versión en inglés) UNICEF. <https://www.unicef.org/media/95086/file/UNICEF-Parental-Leave-Family-Friendly-Policies-2019.pdf>
- Fallin-Bennett, A., Elswick, A. y Ashford, K. (2020). Especialistas en apoyo entre pares y trastorno por consumo de opiáceos en etapa perinatal: alguien que ha estado allí, lo ha vivido, lo ha visto [Artículo]. (versión en inglés) *Addictive Behaviors*, 102, Article 106204. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106204>
- Ferriante, J. y Sharma, N. P. (2024). Traumatismo agudo y crónico de salud mental. (versión en inglés) En *Statpearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK594231>
- Ford, E., Roomi, H., Hugh, H. y Van Marwijk, H. (2019). Comprender las barreras que impiden a las mujeres buscar y recibir ayuda para problemas de salud mental perinatal en la práctica médica general del Reino Unido: desarrollo de un cuestionario. (versión en inglés) *Primary Health Care Research & Development*, 20. <https://doi.org/10.1017/s1463423619000902>
- Foti, T. R., Watson, C., Adams, S. R., Rios, N., Staunton, M., Wei, J., Sterling, S. A., Ridout, K. K. y Young-Wolff, K. C. (2023). Asociaciones entre las experiencias adversas en la infancia (ACE) y la salud mental prenatal y el consumo de sustancias. (versión en inglés) *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(13), 6289. <https://doi.org/10.3390/ijerph20136289>
- García, E. R. y Yim, I. S. (2017). Una revisión sistemática de conceptos relacionados con el empoderamiento de la mujer en el período perinatal y sus asociaciones con los síntomas depresivos perinatales y el parto prematuro. (versión en inglés) *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(S2). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1495-1>
- Garrison, N. A. (2013). Justicia genómica para los nativos americanos. (versión en inglés) *Science, Technology, & Human Values*, 38(2), 201–223. <https://doi.org/10.1177/0162243912470009>
- Goldfeld, S., Bryson, H., Mensah, F., Gold, L., Orsini, F., Perlen, S., Price, A., Hiscock, H., Grobler, A., Dakin, P., Bruce, T., Harris, D. y Kemp, L. (2021). Visitas domiciliarias de enfermería y salud mental materna: seguimiento de 3 años de un ensayo aleatorio. (versión en inglés) *Pediatrics*, 147(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2020-025361>
- Green, V. R., Kennedy-Hendricks, A., Saloner, B. y Bandara, S. (2024). Características del consumo de sustancias y su tratamiento en mujeres embarazadas y no embarazadas, 2015-2019. (versión en inglés) *Drug and Alcohol Dependence*, 254, 111041. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2023.111041>
- Grigoriadis, S., Wilton, A. S., Kurdyak, P. A., Rhodes, A. E., Vonderporten, E. H., Levitt, A., Cheung, A. y Vigod, S. N. (2017). Suicidio perinatal en Ontario, Canadá: un estudio poblacional de 15 años. (versión en inglés) *Canadian Medical Association Journal*, 189(34), E1085–E1092. <https://doi.org/10.1503/cmaj.170088>
- Grote, N. K., Katon, W. J., Russo, J. E., Lohr, M. J., Curran, M., Galvin, E. y Carson, K. (2015). Atención colaborativa para la depresión perinatal en mujeres socioeconómicamente desfavorecidas: una prueba aleatoria. (versión en inglés) *Depression and Anxiety*, 32(11), 821–834. <https://doi.org/10.1002/da.22405>

- Gunja, M. Z., Gumas, E. D. y Williams, R. D., II. (2023). *Atención médica en EE. UU. desde una perspectiva global, 2022: se aceleran los gastos y los resultados empeoran* [Resumen del tema]. (versión en inglés) The Commonwealth Fund. <https://doi.org/10.26099/8ejy-yc74>
- Haldar, S. y Hinton, E. (2023). *Políticas estatales para ampliar la cobertura de Medicaid para los servicios de trabajadores de salud comunitarios (CHW)*. (versión en inglés) KFF. <https://www.kff.org/medicaid/issue-brief/state-policies-for-expanding-medicaid-coverage-of-community-health-worker-chw-services/>
- Hanach, N., de Vries, N., Radwan, H. y Bissani, N. (2021). La eficacia de las intervenciones de telemedicina, realizadas exclusivamente durante el período posnatal, sobre la depresión posparto en madres sin antecedentes ni trastornos mentales existentes: revisión sistemática y análisis de datos. (versión en inglés) *Midwifery*, 94, 102906. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102906>
- Harron, K. (2022). Vinculación de datos en la investigación médica. (versión en inglés) *BMJ Medicine*, 1(1), e000087. <https://doi.org/10.1136/bmjmed-2021-000087>
- Administración de Recursos y Servicios de Salud. (2024a, 30 de abril). *Áreas con falta de personal sanitario*. (versión en inglés) <https://data.hrsa.gov/topics/health-workforce/shortage-areas>
- Administración de Recursos y Servicios de Salud. (2024b). *Buen comienzo: fomentar la salud, prevenir las disparidades*. (versión en inglés) <https://mchb.hrsa.gov/programs-impact/healthy-start>
- HealthIT.gov. (s.f.). *Marco de intercambio confiable y acuerdo común (TEFCA)*. (versión en inglés) <https://www.healthit.gov/topic/interoperability/policy/trusted-exchange-framework-and-common-agreement-tefca>
- Herd, P. y Moynihan, D. (2021). Cargas administrativas en la atención médica: centrar las experiencias del paciente. (versión en inglés) *Health Services Research*, 56(5), 751-754. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.13858>
- Herrick, C. (2023). *Hoja informativa sobre el cuidado infantil y la salud mental materna*. (versión en inglés) Policy Center for Maternal Mental Health. <https://www.2020mom.org/blog/2023/7/28/fact-sheet-on-childcare-and-maternal-mental-health>
- Heymann, J. y Sprague, A. (2021). Por qué adoptar una ley nacional de licencia por enfermedad remunerada es fundamental para la salud y para reducir las disparidades raciales y socioeconómicas, algo que se debía haber hecho hace tiempo. (versión en inglés) *JAMA Health Forum*, 2(5), e210514. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2021.0514>
- Heymann, J., Sprague, A., Earle, A., McCormack, M., Waisath, W. y Raub, A. (2021). La licencia por enfermedad en Estados Unidos dentro del contexto mundial: las normas de elegibilidad en Estados Unidos amplían las desigualdades a pesar de que existen soluciones fácilmente disponibles. (versión en inglés) *Health Affairs*, 40(9), 1501-1509. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.00731>
- Hill, L., Ndugga, N. y Artiga, S. (2023). *Datos clave sobre salud y atención médica según la raza y el origen étnico*. (versión en inglés) KFF. Recuperado el 17 de marzo de 2023 de <https://www.kff.org/racial-equity-and-health-policy/report/key-data-on-health-and-health-care-by-race-and-ethnicity/>
- Hoyert, D. L. (2024). *Tasas de mortalidad materna en Estados Unidos, 2022*. (versión en inglés) NCHS Health E-Stats. <https://dx.doi.org/10.15620/cdc/152992>
- Institute for Medicaid Innovation. (2023). *Innovación en salud perinatal e infantil en Medicaid: invertir en el marco de la etapa prenatal hasta los tres años para apoyar a las comunidades y promover la equidad*. (versión en inglés) <https://medicaidinnovation.org/wp-content/uploads/2023/04/IMI-2023-Innovation-in-Perinatal-and-Child-Health-in-Medicaid-FINAL.pdf>
- Jahan, N., Went, T. R., Sultan, W., Sapkota, A., Khurshid, H., Qureshi, I. A. y Alfonso, M. (2021). La depresión no tratada durante el embarazo y su efecto sobre los resultados del embarazo: un análisis sistemático. (versión en inglés) *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.17251>

- Jarlenski, M., Shroff, J., Terplan, M., Roberts, S. C. M., Brown-Podgorski, B. y Krans, E. E. (2023). Asociación de la raza con las pruebas toxicológicas de orina entre pacientes embarazadas durante el trabajo de parto y el parto. (versión en inglés) *JAMA Health Forum*, 4(4), e230441. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2023.0441>
- Kalfoglou, A. L. (2016). Dilemas éticos y clínicos en el uso de medicamentos psicotrópicos durante el embarazo. (versión en inglés) *AMA Journal of Ethics*, 18(6), 614-623. <https://doi.org/10.1001/journalofethics.2016.18.6.stas1-1606>
- Kisling, L. A. y Das, J. M. (2023). Estrategias de prevención. (versión en inglés) En *StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537222/>
- Kobylski, L. A., Keller, J., Molock, S. D. y Le, H.-N. (2023). Prevención del suicidio perinatal: una necesidad de salud pública insatisfecha. (versión en inglés) *The Lancet Public Health*, 8(6), e402. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(23\)00092-0](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(23)00092-0)
- Kozhimannil, K. B., Lewis, V. A., Interrante, J. D., Chastain, P. L. y Admon, L. (2023). Detección y experiencias de violencia de pareja en los Estados Unidos antes, durante y después del embarazo, 2016-2019. (versión en inglés) *American Journal of Public Health*, 113(3), 297–305. <https://doi.org/10.2105/ajph.2022.307195>
- Lewis, A. J., Austin, E., Knapp, R., Vaiano, T. y Galbally, M. (2015). Salud mental materna perinatal, programación fetal y desarrollo infantil. (versión en inglés) *Healthcare*, 3(4), 1212-1227. <https://doi.org/10.3390/healthcare3041212>
- Linares, D. E., Azuine, R. E. y Singh, G. K. (2020). Determinantes sociales de la salud vinculados con la salud mental entre madres estadounidenses con niños de 0 a 5 años. (versión en inglés) *Journal of Women's Health*, 29(8), 1039–1051. <https://doi.org/10.1089/jwh.2019.8111>
- Livingston, G. y Thomas, D. (16 de diciembre de 2019). *Entre 41 países, solamente Estados Unidos carece de licencia para madres y padres remunerada*. (versión en inglés) Pew Research Center. <https://www.pewresearch.org/short-reads/2019/12/16/u-s-lacks-mandated-paid-parental-leave/>
- Lomonaco-Haycraft, K. C., Hyer, J., Tibbits, B., Grote, J., Stainback-Tracy, K., Ulrickson, C., Lieberman, A., Van Bekkum, L. y Hoffman, M. C. (2019). Atención integral de salud mental perinatal: un modelo nacional de atención médica primaria perinatal en grupos vulnerables. (versión en inglés) *Primary Health Care Research & Development*, 20, 1–8. <https://doi.org/10.1017/s1463423618000348>
- Luca, D. L., Margiotta, C., Staatz, C., Garlow, E., Christensen, A. y Zivin, K. (2020). Costo financiero de los trastornos perinatales del estado de ánimo y de ansiedad no tratados entre los nacimientos de 2017 en los Estados Unidos. (versión en inglés) *American Journal of Public Health*, 110(6), 888–896. <https://doi.org/10.2105/ajph.2020.305619>
- Lupton, C., Burd, L. y Harwood, R. (2004). Costo de los trastornos del espectro alcohólico fetal. (versión en inglés) *American Journal of Medical Genetics. Part C: Seminars in Medical Genetics*, 127c(1), 42–50. <https://doi.org/10.1002/ajmg.c.30015>
- Lynch, V., Clemans-Cope, L., Howell, E. y Hill, I. (2021). Diagnóstico y tratamiento del trastorno por consumo de sustancias entre mujeres embarazadas en tres programas estatales de Medicaid de 2013 a 2016. (versión en inglés) *Journal of Substance Abuse Treatment*, 124, 108265. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108265>
- March of Dimes. (Octubre de 2022). *Falta de atención durante la maternidad*. (versión en inglés) <https://www.marchofdimes.org/peristats/data?top=23>
- March of Dimes. (6 de abril de 2023). *Semana de la salud materna afroamericana 2023*. (versión en inglés) <https://www.marchofdimes.org/black-maternal-health-week-2023>

- Matthews, K., Morgan, I., Davis, K., Estriplet, T., Perez, S. y Crear-Perry, J. A. (2021). Caminos hacia una atención de salud mental materna equitativa y antirracista: perspectivas de las mujeres negras interesadas. (versión en inglés) *Health Affairs*, 40(10), 1597-1604. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.00808>
- Mazaheri Habibi, M. R., Moghbeli, F., Langarizadeh, M. y Fatemi Aghda, S. A. (2024). Escalas de valoración de utilización y calidad de aplicaciones móviles de salud para mujeres embarazadas: un análisis sistemático. (versión en inglés) *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-023-06206-z>
- McCloskey, L. A., Williams, C. M., Lichter, E., Gerber, M., Ganz, M. L. y Sege, R. (2007). Mujeres maltratadas denuncian interferencia de su pareja en atención médica: una forma no reconocida de maltrato. (versión en inglés) *Journal of General Internal Medicine*, 22(8), 1067-1072. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0199-z>
- McGee-Vincent, P., Mackintosh, M.-A., Jamison, A. L., Juhasz, K., Becket-Davenport, C., Bosch, J., Avery, T. J., Glamb, L. y Hampole, S. (2023). Capacitación del personal de todo el sistema de atención médica del Departamento de Asuntos de Veteranos para utilizar aplicaciones móviles de salud mental: un proyecto nacional para mejorar la calidad. (versión en inglés) *JMIR Mental Health*, 10, e41773. <https://doi.org/10.2196/41773>
- McLeish, J., Ayers, S. y McCourt, C. (2023). Apoyo entre pares en materia de salud mental perinatal en la comunidad: una reseña realista [Reseña]. (versión en inglés) *Bmc Pregnancy and Childbirth*, 23(1), Article 570. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05843-8>
- McVean, A. (2019). *40 años de experimentación humana en América: el estudio Tuskegee*. (versión en inglés) Office for Science and Society de la Universidad McGill. <https://www.mcgill.ca/oss/article/history/40-years-human-experimentation-america-tuskegee-study>
- Megnin-Viggars, O., Symington, I., Howard, L. M. y Pilling, S. (2015). Experiencia en atención de problemas de salud mental en el período prenatal o posnatal para mujeres en el Reino Unido: una revisión sistemática y síntesis de datos de investigación cualitativa. (versión en inglés) *Archives of Women's Mental Health*, 18(6), 745–759. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0548-6>
- Melek, S. P., Norris, D. T., Paulus, J., Katherine, M., Weaver, A. y Davenport, S. (2018). *Posible impacto económico de la atención médica y conductual integrada: proyecciones actualizadas para 2017*. (versión en inglés) <https://www.psychiatry.org/getmedia/be47c6d5-12f7-4d07-8a43-15082b0a3029/Milliman-Report-Economic-Impact-Integrated-Implications-Psychiatry.pdf>
- Mello, M. M. y Wolf, L. E. (2010). El caso de la tribu indígena Havasupai: lecciones para la investigación que involucra muestras biológicas almacenadas. (versión en inglés) *N Engl J Med*, 363(3), 204–207. <https://doi.org/10.1056/NEJMp1005203>
- Miller, E. S., Grobman, W. A., Ciolino, J. D., Zumpf, K., Sakowicz, A., Gollan, J. y Wisner, K. L. (2021). Aumento de las pruebas de detección y recomendaciones para el tratamiento de la depresión después de la implementación de un programa de atención colaborativa perinatal. (versión en inglés) *Psychiatric Services*, 72(11), 1268-1275. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000563>
- Miller, E. S., Jensen, R., Hoffman, M. C., Osborne, L. M., Mcevoy, K., Grote, N. y Moses-Kolko, E. L. (2020). Implementación de la atención colaborativa perinatal: un enfoque de servicios de salud para la atención de la depresión perinatal. (versión en inglés) *Primary Health Care Research & Development*, 21. <https://doi.org/10.1017/s1463423620000110>
- Maximización de los resultados para las mamás a través de la Ley para Mejorar y Optimizar los Servicios de Medicaid (MOMMIES), H.R. 6004, 118th Congress, (2023). (versión en inglés) <https://www.congress.gov/bill/118th-congress/house-bill/6004/text>

- Moore Simas, T. A., Whelan, A. y Byatt, N. (2023). Depresión posparto: nuevas recomendaciones de detección y tratamientos. (versión en inglés) *JAMA*, 330(23), 2295–2296. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.21311>
- Mughal, M. K., Giallo, R., Arnold, P. D., Kehler, H., Bright, K., Benzies, K., Wajid, A. y Kingston, D. (2019). Trayectorias del sufrimiento materno y riesgo de retrasos en el desarrollo infantil: resultados de la cohorte de embarazo All Our Families (AOF). (versión en inglés) *Journal of Affective Disorders*, 248, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.132>
- Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina. (2021). *El futuro de la enfermería 2020-2030: trazando un camino para lograr la equidad en salud*. (versión en inglés) The National Academies Press. <https://doi.org/doi:10.17226/25982>
- Academias Nacionales de Ciencias, Ingeniería y Medicina, Políticas y Asuntos Globales, Comité sobre Mujeres en Ciencias, Ingeniería y Medicina, y Comité para Mejorar la Representación de Mujeres y Minorías Subrepresentadas en Estudios Clínicos e Investigaciones. (2022). 4 barreras para la representación de grupos subrepresentados y excluidos en la investigación clínica. En K. Bibbins- Domingo & A. Helman (Eds.), *Improving representation in clinical trials and research: Building research equity for women and underrepresented groups*. (versión en inglés) National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK584407/>
- Instituto Nacional del Cáncer. (s.f.). *Diccionario de términos sobre cáncer del NCI* (versión en inglés) <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/prenatal>
- Alianza Nacional para Mujeres y Familias. (Mayo de 2021). *La licencia remunerada es esencial para las mamás y los bebés sanos*. (versión en inglés) <https://nationalpartnership.org/report/paid-leave-is-essential-for/>
- Nguyen, R. H. y Wilcox, A. J. (2005). Términos en epidemiología reproductiva y perinatal: 2. Términos perinatales. (versión en inglés) *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59(12), 1019–1021. <https://doi.org/10.1136/jech.2004.023465>
- Noursi, S., Clayton, J. A., Campbell, J. y Sharps, P. (2020). La intersección de la morbilidad y mortalidad maternas y la violencia de pareja en los Estados Unidos [Revisión]. (versión en inglés) *Current Womens Health Reviews*, 16(4), 298–312. <https://doi.org/10.2174/1573404816999200502024742>
- O'Connor, M., Czarnik, M., Morrow, B. y D'Angelo, D. (2022). Uso de opiáceos durante el embarazo: un análisis de los datos de los comentarios de la encuesta del Sistema de Monitoreo de Evaluación de Riesgos durante el Embarazo de 2016. (versión en inglés) *Substance Abuse*, 43(1), 649–656. <https://doi.org/10.1080/08897077.2021.1986878>
- Oficina de la Política Nacional de Control de Drogas (2022). *Trastorno por consumo de sustancias durante el embarazo: mejorar los resultados para las familias*. (versión en inglés) https://www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2021/10/ONDCP_Report-Substance-Use-Disorder-and-Pregnancy.pdf
- Oficina del Subsecretario de Planificación y Evaluación, y Oficina de Servicios para la Familia y la Juventud, División de Prevención y Servicios de Violencia Familiar. (2020). *Entender la coerción por consumo de sustancias como una barrera para la estabilidad económica de las sobrevivientes de la violencia de pareja: implicaciones en las políticas*. (versión en inglés) <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/private/pdf/264166/Substance-Use-Coercion-Policy-Brief.pdf>
- Proyecto de ley 3311 de la Legislatura del Estado de Oregón (2012). (versión en inglés) <https://olis.oregonlegislature.gov/liz/2011R1/Downloads/MeasureDocument/HB3311>
- Phillips, H., Lyon, E., Krans, E. E., Warshaw, C., Chang, J. C. y Pallatino, C. (2021). Barreras en la búsqueda de ayuda entre sobrevivientes de violencia de pareja con trastorno por consumo de opiáceos [Artículo]. (versión en inglés) *International Review of Psychiatry*, 33(6), 534–542. <https://doi.org/10.1080/09540261.2021.1898350>

- Pluym, I. D., Holliman, K., Afshar, Y., Lee, C. C., Richards, M. C., Han, C. S., Krakow, D. y Rao, R. (2021). Uso de los servicios de urgencias en mujeres en etapa de posparto con trastornos de salud mental. (versión en inglés) *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 3(1), 100269. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100269>
- Policy Center for Maternal Mental Health. (2023a). *Salud mental materna de indígenas estadounidenses y nativos de Alaska (ai/an)* [Hoja informativa]. (versión en inglés) <https://www.2020mom.org/issue-briefs-and-papers>
- Policy Center for Maternal Mental Health. (2023b). *Salud mental materna de las personas afrodescendientes* [Resumen del tema]. (versión en inglés) <https://www.2020mom.org/blog/issue-brief-black-maternal-mental-health>
- Policy Center for Maternal Mental Health. (2023c). *Una solución importante para la salud mental materna: especialistas certificados entre pares* [Resumen del tema]. (versión en inglés) <https://www.issueab.org/resources/40014/40014.pdf>
- Posmontier, B., Geller, P. A., Horowitz, J. A., Elgohail, M. y Chiarello, L. (2022). Programas intensivos de salud mental perinatal en Estados Unidos: llamamiento a la acción. (versión en inglés) *Psychiatric Services*, 73(8), 930–932. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202100384>
- Prince, M. K., Daley, S. F. y Ayers, D. (2024). Consumo de sustancias durante el embarazo. (versión en inglés) *En StatPearls [Internet]*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK542330/>
- Puka, K., Buckley, C., Mulia, N., Lasserre, A. M., Rehm, J. y Probst, C. (2022). El nivel educativo y el estilo de vida son factores de riesgo asociados con la mortalidad de todas las causas en los EE. UU. [Artículo]. (versión en inglés) *JAMA Health Forum*, 3(4), 12, Article e220401. <https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2022.0401>
- Rathbone, A. L. y Prescott, J. (2017). El uso de aplicaciones móviles y mensajes SMS para intervenir en salud física y mental: una revisión sistemática. (versión en inglés) *Journal of Medical Internet Research*, 19(8), e295. <https://doi.org/10.2196/jmir.7740>
- Robbins, C. L., Ko, J. Y., D'Angelo, D. V., Salvesen Von Essen, B., Bish, C. L., Kroelinger, C. D., Tevendale, H. D., Warner, L. y Barfield, W. (2023). Momento en que aparecen los síntomas depresivos posparto. (versión en inglés) *Preventing Chronic Disease*, 20. <https://doi.org/10.5888/pcd20.230107>
- Roberts, S. C. M., Taylor, K. J., Alexander, K., Goodman, D., Martinez, N. y Terplan, M. (2024). Capacitar a los profesionales de la salud para reducir el exceso de reportes ante las autoridades de bienestar infantil en los casos de personas que consumen drogas durante el parto. (versión en inglés) *Addiction Science & Clinical Practice*, 19(1), 32. <https://doi.org/10.1186/s13722-024-00466-6>
- Rogers, A., Obst, S., Teague, S. J., Rossen, L., Spry, E. A., Macdonald, J. A., Sunderland, M., Olsson, C. A., Youssef, G. y Hutchinson, D. (2020). Relación entre la depresión y la ansiedad perinatal materna y el desarrollo infantil y adolescente: un análisis de datos. (versión en inglés) *JAMA Pediatrics*, 174(11), 1082-1092. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.2910>
- Salameh, T. N., Hall, L. A., Crawford, T. N., Staten, R. R. y Hall, M. T. (2019). Diferencias raciales/étnicas en el tratamiento de salud mental dentro de una muestra nacional de mujeres embarazadas con trastornos de salud mental y/o trastornos por consumo de sustancias en los Estados Unidos. (versión en inglés) *Journal of Psychosomatic Research*, 121, 74–80. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30928211/>
- Saldanha, I. J., Adam, G. P., Kanaan, G., Zahradnik, M. L., Steele, D. W., Danilack, V. A., Peahl, A. F., Chen, K. K., Stuebe, A. M. y Balk, E. M. (2023). Atención posparto hasta 1 año después del embarazo: revisión sistemática y análisis de datos. (versión en inglés) *En AHRQ Comparative Effectiveness Reviews*. Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención Médica. <https://doi.org/10.23970/ahrqpecer261>

- Shah, A. y Christophersen, R. (2010). Atención prenatal para mujeres con esquizofrenia. (versión en inglés) *Current Women's Health Reviews*, 6(1), 28-33. <https://benthamscience.com/issue/3591>
- Singh, G. K., Daus, G. P., Allender, M., Ramey, C. T., Martin, E. K., Perry, C., Reyes, A. A. L. y Vedamuthu, I. P. (2017). Determinantes sociales de la salud en Estados Unidos: abordar las principales tendencias de desigualdad en materia de salud en el país, 1935-2016. (versión en inglés) *International Journal of MCH and AIDS*, 6(2), 139-164. <https://doi.org/10.21106/ijma.236>
- Stentzel, U., Grabe, H. J., Schmidt, S., Tomczyk, S., Van Den Berg, N. y Beyer, A. (2023). Intervenciones de telemedicina relacionadas con la salud mental para mujeres embarazadas y madres primerizas: una revisión sistemática de la literatura. (versión en inglés) *BMC Psychiatry*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04790-0>
- Stone, J. S., Chesnokova, A. E. y Srinivas, S. K. (2023). Modelos de pago alternativo en el embarazo para mejorar los resultados y avanzar en la equidad. (versión en inglés) *JAMA*, 330(22), 2161-2162. <https://doi.org/10.1001/jama.2023.22800>
- Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (2009). Tratamiento del abuso de sustancias: Abordar las necesidades específicas de las mujeres [internet]. En (*Treatment Improvement Protocol (TIP) Series, No. 51.*) *5 Treatment engagement, placement, and planning*. (versión en inglés) Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK83238/>
- Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (2014). Concepto de trauma de SAMHSA y guía para abordar el tema con información sobre traumas (SMA14-4884). (versión en inglés) <https://store.samhsa.gov/product/samhsas-concept-trauma-and-guidance-trauma-informed-approach/sma14-4884>
- Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (2015). *Atención basada en el trauma en los servicios de salud conductual: guía rápida para médicos clínicos (basada en el consejo 57)* (SMA15-4912). (versión en inglés) <https://store.samhsa.gov/product/trauma-informed-care-behavioral-health-services-quick-guide-clinicians-based-tip-57/sma15>
- Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (12 de agosto de 2022). *Evaluación, intervención breve y derivación a tratamiento (SBIRT)*. (versión en inglés) <https://www.samhsa.gov/sbirt>
- Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (2023a, 24 de abril). *Reducir los daños*. (versión en inglés) <https://www.samhsa.gov/find-help/harm-reduction>
- Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (2023b, 24 de abril). *Cómo hablar sobre salud mental*. (versión en inglés) <https://www.samhsa.gov/mental-health/how-to-talk>
- Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (2023c). *Encuesta nacional sobre consumo de sustancias y servicios de salud mental (n-sumhss) 2022: tablas anuales detalladas (Publicación de SAMHSA n.º Pep23-07-00-002)* (versión en inglés) <https://www.samhsa.gov/data/sites/default/files/reports/rpt42714/NSUMHSS-Annual-Detailed-Tables-22.pdf>
- Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (2023d). *Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias: guía práctica para implementar un enfoque basado en el trauma*. (versión en inglés) Publicación de SAMHSA n.º PEP23-06-05-005. Rockville, MD: Laboratorio Nacional de Políticas de Uso de Sustancias y Salud Mental.
- Tabb, K. M., Dalton, V. K., Tilea, A., Kolenic, G. E., Admon, L. K., Hall, S. V., Zhang, X., Ryckman, K. K. y Zivin, K. (2023). Tendencias en los diagnósticos de depresión prenatal e ideación suicida entre mujeres en edad fértil con seguro comercial en los Estados Unidos, 2008-2018. (versión en inglés) *Journal of Affective Disorders*, 320, 263-267. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.120>

- Taylor, C. L., Stewart, R. J. y Howard, L. M. (2019). Recaída en los primeros tres meses postparto en mujeres con antecedentes de enfermedad mental grave. (versión en inglés) *Schizophrenia Research*, 204, 46–54. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30089534/>
- La Comisión Conjunta. (s.f.). *Certificación avanzada en atención perinatal*. (versión en inglés) <https://www.jointcommission.org/what-we-offer/certification/certifications-by-setting/hospital-certifications/certifications-for-perinatal-care/advanced-certification-in-perinatal-care/>
- La Casa Blanca. (24 de junio de 2022). *Proyecto de la Casa Blanca para abordar la crisis de salud materna*. (versión en inglés) <https://www.whitehouse.gov/wp-content/uploads/2022/06/Maternal-Health-Blueprint.pdf>
- Trost, S., Bearegard, J., Chandra, G., Njie, F., Berry, J., Harvey, A. y Goodman, D. A. (2022). *Muertes relacionadas con el embarazo: datos de los comités de revisión de mortalidad materna en 36 estados de EE. UU., 2017-2019*. (versión en inglés) Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.
- Trost, S., Bearegard, J., Chandra, G., Njie, F., Harvey, A., Berry, J. y Goodman, D. A. (2022). *Muertes relacionadas con el embarazo entre personas indígenas estadounidenses o nativas de Alaska: datos de los comités de revisión de mortalidad materna en 36 estados de EE. UU., 2017-2019*. (versión en inglés) Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternal-mortality/erase-mm/data-mmrc-aian.html>
- Trost, S. L., Bearegard, J. L., Smoots, A. N., Ko, J. Y., Haight, S. C., Moore Simas, T. A., Byatt, N., Madni, S. A. y Goodman, D. (2021). Prevención de muertes por problemas de salud mental relacionados con el embarazo: reflexiones de 14 comités de revisión de mortalidad materna de Estados Unidos, 2008-17. (versión en inglés) *Health Affairs*, 40(10), 1551–1559. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2021.00615>
- Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Oficina de la Mujer. (s.f.). *Licencia remunerada*. (versión en inglés) <https://www.dol.gov/agencies/wb/featured-paid-leave>
- Oficina de Responsabilidad del Gobierno de los Estados Unidos. (2022). *Atención de la salud mental: dificultades de acceso para las personas con cobertura y las iniciativas federales relevantes* (GAO-22-104597). (versión en inglés) <https://www.gao.gov/products/gao-22-104597#>
- División de Diversidad, Equidad e Inclusión de la Universidad de Iowa. (s.f.). *Dei definitions*. (versión en inglés) Logotipo de la Universidad de Iowa. Recuperado el 23 de abril de 2024 en <https://diversity.uiowa.edu/resources/dei-definitions>
- Valenzuela, C. P. y Osterman, M. J. K. (2023). Características de las madres según fuente de pago del parto: Estados Unidos, 2021. (versión en inglés) *NCHS Data Brief*(468), 1–8.
- Vergun, D. (29 de marzo de 2023). *Los miembros del servicio obtienen licencia parental extendida*. (versión en inglés) Departamento de Defensa de los Estados Unidos. <https://www.defense.gov/News/News-Stories/Article/article/3345492/service-members-get-extended-parental-leave/>
- Warshaw, C., Lyon, E., Bland, P. J., Phillips, H. y Hooper, M. (2014). *Encuestas sobre coerción en trastornos por consumo de sustancias y salud mental: informe del Centro Nacional sobre Violencia Doméstica, Trauma y Salud Mental y la Línea Nacional de Ayuda Contra la Violencia Doméstica*. (versión en inglés) <https://ncdvtmh.org/resource/mental-health-and-substance-use-coercion-surveys-report/>

- Warshaw, C. y Tinnon, E. (2018). *Coerción relacionada con la salud mental y el consumo de sustancias en el contexto de la violencia de pareja: un conjunto de herramientas para la detección, evaluación y asesoramiento breve en entornos de atención primaria y salud conductual*. (versión en inglés) Centro Nacional sobre Violencia Doméstica, Trauma y Salud Mental. https://ncdvtmh.org/wp-content/uploads/2022/10/NCDVTMH_MHSUCoercionToolkit2018.pdf
- Waters, A., Ghertner, R., Meyers, K. y Baston, P. (2022). *Dificultades para identificar y apoyar a los participantes de servicios humanos con trastornos por consumo de sustancias*. (versión en inglés) Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Oficina del Subsecretario de Planificación y Evaluación. <https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/documents/542cc4c90c384b7178984771821c0158/sud-id-framing-paper.pdf>
- Weber, A., Miskle, B., Lynch, A., Arndt, S. y Acion, L. (2021). Consumo de sustancias durante el embarazo: identificar el estigma y mejorar la atención. (versión en inglés) *Substance Abuse and Rehabilitation, Volume 12*, 105–121. <https://doi.org/10.2147/sar.s319180>
- Weeks, F., Zapata, J., Rohan, A. y Green, T. (2022). ¿Las experiencias de discriminación racial están asociadas con los síntomas de depresión posparto? Un análisis multiestatal de los datos del Sistema de Monitoreo de Evaluación de Riesgos durante el Embarazo. (versión en inglés) *Journal of Women's Health, 31*(2), 158–166. <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0426>
- Wisner, K. L., Murphy, C. y Thomas, M. M. (2024). Priorizar la salud mental materna para abordar la morbilidad y la mortalidad. (versión en inglés) *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2023.5648>
- Wisner, K. L., Sit, D. K., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L., Eng, H. F., Luther, J. F., Wisniewski, S. R., Costantino, M. L., Confer, A. L., Moses-Kolko, E. L., Famy, C. S. y Hanusa, B. H. (2013). Momento de inicio, pensamientos de autolesión y diagnósticos en mujeres posparto con resultados positivos en la prueba de detección de depresión. (versión en inglés) *JAMA Psychiatry, 70*(5), 490–498. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.87>
- Yuen, M., Hall, O. J., Masters, G. A., Nephew, B. C., Carr, C., Leung, K., Griffen, A., McIntyre, L., Byatt, N. y Moore Simas, T. A. (2022). Los efectos de la lactancia materna en la salud mental materna: un análisis sistemático. (versión en inglés) *Journal of Women's Health, 31*(6), 787-807. <https://doi.org/10.1089/jwh.2021.0504>
- Zuloaga, A. (Enero de 2020). *Qué saber sobre la salud mental materna*. (versión en inglés) Asociación Americana de Farmacéuticos Psiquiátricos. https://www.nami.org/wp-content/uploads/2023/07/Maternal-Mental-Health_2023.pdf

Apéndice E: Reconocimientos

Los copresidentes del grupo de trabajo, la Dra. Delphin-Rittmon y el Almirante Levine, reconocen los esfuerzos de cada miembro del grupo de trabajo, la orientación de los copresidentes del subcomité y los miembros del comité principal, el Comité Asesor de Servicios para Mujeres.

Dorothy Fink y Nima Sheth, los puntos de contacto del gobierno federal del grupo de trabajo, fueron vitales en la gestión del curso del grupo de trabajo y sus resultados, el informe al Congreso y la estrategia nacional. Otros dirigentes del gobierno federal del grupo de trabajo incluyen a Cyntrice Bellamy y Madonna Green.

Entre los miembros del personal federal que respaldan los trabajos del grupo de trabajo están Jennifer Gillissen, Somer Brown, Caryn Marks y Amy Smith.

El apoyo de los líderes también fue invaluable, y los copresidentes desean agradecer a Stephen Cha, Rachel Pryor, Rose Sullivan y Meg Sullivan.

Los copresidentes también expresan su agradecimiento a los directivos sénior de la agencia, que incluyen a Sarah Boateng, Sonia Chessen y Shalini Wickramatilake, así como a los líderes del centro y la oficina, incluidas Anita Everett, Richelle Marshall y Lauresa Washington.

Además, los copresidentes agradecen el liderazgo de Maya Mechenbier y a los miembros del equipo del Servicio Digital de EE. UU. por su valiosa contribución al realizar un sprint de investigación que produjo *Maternal Mental Health: Lived Experience (Salud mental materna: experiencia vivida)*. Este informe fue esencial para orientar e informar el desarrollo de la estrategia nacional.

La *Estrategia nacional para mejorar la atención de la salud mental materna* del Grupo de Trabajo sobre Salud Mental Materna se desarrolló con la asistencia de Synergy Enterprises, Inc., bajo el contrato n.º HHSP233201500134I/75P00123F37002, “Cambios en la salud del comportamiento y conexión de la evidencia con la práctica en la salud de la mujer”, otorgado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS). Lori Whitten, Ph.D. y Michelle Gaugh, M.A. se encargaron de la redacción científica. David Yontz hizo el trabajo de edición. Eric Sarlin, M.A., M.Ed., brindó apoyo editorial adicional. Maggie Bray diseñó los gráficos. Madeline Dewsnup se encargó de la autoedición del documento.

Los copresidentes también reconocen el trabajo de las siguientes personas del Centro para el Futuro de los Niños y la Familia y del Centro Nacional sobre Abuso de Sustancias y Bienestar Infantil: Katie Findley-Bhatta, Ph.D., M.S.W.; Teri Kook, M.S.W.; Graciela Mesa, B.A.; Giorgi Minasovi, M.Sc.; Sean Stielow, M.A.T. y Nancy K. Young, Ph.D., M.S.W.