

# Promoción de la salud mental en la mujer peruana

Isabel Rodríguez García<sup>1</sup>, Percy Pacora Portella<sup>2</sup>

*"Al principio ya existía la palabra y la palabra estaba junto a Dios, y la palabra era Dios. Ella estaba al principio junto a Dios. Todo llegó a ser por medio de ella. Y sin ella nada se hizo de cuanto fue hecha. En ella estaba la vida; y esta vida era la luz de los hombres"*, Juan 1:1-3

*"Eres producto de las palabras que has recibido desde el vientre de tu madre. Por eso, respeta a toda mujer como a ti mismo y empieza con el uso saludable de la palabra"*.

## Introducción

La salud mental es un estado dinámico de bienestar cerebral en el que el individuo es capaz de desarrollar sus habilidades, hacer frente a las situaciones cotidianas de estrés, trabajar de forma productiva y fructífera además de contribuir en su comunidad. La salud mental potencia la cohesión social y el capital social, mejora la paz y estabilidad en el entorno, contribuye al desarrollo económico de la sociedad y este concepto es un principio compartido y aceptado en los países desarrollados socialmente<sup>(1)</sup>.

Debido a que la salud de la mujer está unida a la salud de la humanidad y ésta se inicia en el útero materno con el desarrollo del niño<sup>(2)</sup>, los problemas en la salud mental en la mujer tiene graves consecuencias no solo en las mujeres, sino también en la salud del niño en desarrollo, la salud de su familia y la de la sociedad en su conjunto. Así, una madre con depresión emocional no puede cuidar, alimentar ni estimular positivamente el desarrollo neurológico, cognitivo e intelectual del niño. La depresión materna también se manifiesta por trastornos en el desarrollo somático del niño, tales como malnutrición crónica, detención de la talla, enfermedad diarreica, ingreso frecuente al hospital, bajo peso al nacer, prematuridad y falta del cumplimiento de los esquemas de vacunación del niño. Y en estados extremos, la depresión materna se manifiesta como conductas de riesgos para la salud y puede llegar hasta el suicidio. Así, el suicidio es la primera causa de muerte materna en mujeres gestantes adolescentes en el Perú<sup>(3)</sup>.

Promocionar la salud mental de la mujer significa:

1) educar a la niña, 2) abogar para que la mujer desarrolle el auto-cuidado y su auto-realización para que permanezcan sanas, 3) crear las condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el desarrollo psicológico

óptimo de la mujer que potencie su salud mental respetando la cultura, la equidad y la justicia social; y 5) respetar la dignidad de la mujer, por parte del varón, para que ella brinde el alimento biológico, social y psicológico a los niños desde la concepción que permita la formación de cerebros saludables con pensamientos brillantes que favorezcan el desarrollo de la sociedad. Los factores determinantes de las enfermedades mentales comunes en países de escasos ingresos económicos aparecen en la tabla 1. Estos factores potencialmente patógenos dependen de las condiciones de desventaja socio-económica (pobreza económica, vivir en hacinamiento o área rural, ser joven, no estar casada, pertenecer a minoría étnica o religiosa), la existencia de violencia doméstica, la poligamia, la mala relación con la familia del esposo, tener tres o más niños, vivir con la familia nuclear, tener insuficiente apoyo social, tener mala historia reproductiva (abortos, muerte fetal, parto por cesárea), presentar problemas médicos asociados, tener internamientos antenatales, presentar historia de enfermedad mental previa, tener al hijo enfermo o estar en duelo por la pérdida del niño<sup>(4)</sup>.

El presente artículo señala la evidencia científica que las enfermedades del cerebro, particularmente las enfermedades mentales o del contenido del pensamiento, se originan durante el desarrollo del ser humano en el útero materno dentro del hogar en concordancia con la teoría de la programación fetal e hipótesis del profesor David Baker.

## El ser humano es producto de su pensamiento y lo que han hecho con él en el hogar

La violencia doméstica y social es uno de los factores más importantes que favorecen el desarrollo de las enfermedades humanas en la familia y la sociedad. Actualmente se reconoce que las enfermedades crónicas, tales como el síndrome del bebé sacudido<sup>(5)</sup>, la esquizofrenia<sup>(6)</sup>, el retardo mental<sup>(7)</sup>, las adicciones<sup>(8)</sup>, los problemas en el

<sup>1</sup> Jefe del Departamento de Salud Mental. Hospital Nacional Docente-Madre-Niño "San Bartolomé", Lima, Perú. <sup>2</sup> Profesor Asociado de Ginecología y Obstetricia UNMSM y del Programa de Capacitación Permanente en la Atención Integral de Víctima de Violencia en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Presidente del Comité de Investigaciones, Hospital Nacional Docente Madre-Niño "San Bartolomé", Lima, Perú. Director del Centro de Promoción de la Salud "Perú Saludable".

Tabla I

**DETERMINANTES DE DESÓRDENES MENTALES COMÚNES EN LA MUJER DURANTE EL PERÍODO PERINATAL EN PAÍSES DE BAJOS INGRESOS ECONÓMICOS <sup>(6)</sup>**

Factor de riesgo	Mínimo OR (IC 95%)	Máximo OR (IC 95%)
<b>Sociales y Económicas</b>		
Desventajas socio - económicas caracterizado por :	2.1 (1.3 - 5.2)	13.2 (5.2 - 33.5)
- Insuficiente comida o dinero para pagar atención de la salud		
- Bajo ingreso o dificultad financiera		
- Vivir en hacinamiento o área rural		
- Edad joven	2.1(0.7- 6.4)	5.4 (2.6 - 10.3)
- Pertenecer a una minoría étnica o religiosa	2.1 (1.0 - 4.0)	
- No estar casada	3.4 (2.2 - 5.5)	5.8 (2.0 - 16.9)
<b>Calidad de la relación con la pareja</b>		
Dificultades en la relación con la pareja por	1.96 (1.0 - 3.9)	9.44 (2.4 - 37.8)
- pareja falto de compromiso, alcohólica y violenta		
- violencia física	2.11 (1.1 - 4.0)	6.75 (2.1 - 2.0)
- matrimonio polígamo	7.7 (2.3 - 25.9)	
<b>Relaciones familiares y sociales</b>		
No ayuda, temor ,discusiones con familia de la pareja	2.14 (1.1 - 4 - 3)	4.4 (1.8 - 10.8)
Insuficiente apoyo social	2.80 (1.2 - 6.4)	6.4 (1.4 - 26.0)
Viviendo en una familia nuclear	2.10 (1.2 - 3.8)	4.3 (1.4 - 13.3)
Tiene por lo menos tres niños	2.60 (1.1 - 6.3)	4.1 (0.9 - 19.0)
<b>Resultados adversos del embarazo</b>		
Embarazo no deseado	1.60 (1.3 - 1.9)	8.8 (4.5 - 17.5)
Nuliparidad	2.73 (1.4 - 4.2)	4.16 (2.3 - 7.7)
Un aborto previo		2.87 (1.0 - 8.0)
Un natimuerto previo	3.40 (1.3 - 8.7)	8.0 (1.7 - 37.6)
Problemas médicos asociados	3.43 (1.8 - 6.6)	8.3 (4.7 - 14.5)
Admisión hospitalaria antenatal	3.21 (1.8 - 5 .4)	3.95 (2.6 - 6.1)
Parto por cesárea	2.49 (1.2 - 5.3)	3.58 (1.7 - 7.5)
<b>Historia de enfermedad mental</b>		
Historia previa de enfermedad mental	5.1 (1.7 - 15.2)	5.6 (1.1 - 27.3)
Enfermedad psiquiátrica en el embarazo	3.2 (1.4 - 6.1)	6.0 (3.0 - 12.0)
Síntomas psicológicos no específicos ,tales como	2.2 (1.4 - 3.6)	19.9 (3.3 - 122.0)
- historia de irritabilidad premenstrual		
- ansiedad acerca del nacimiento		
- actitudes negativas hacia el embarazo		
<b>Característica del infante</b>		
No tener al niño con el sexo deseado	1.8 (1.4 - 2.3)	2.6 (1.2 - 6.5)
Infante llora por períodos prolongados	1.9 (1.2 - 3.0)	
Infante enfermo	1.10(0.6 - 2.3)	4.5 (3.2 - 6.4)
Duelo por muerte del niño	4.50(3.6 - 5.8)	14.1 (2.5 - 78.0)
<b>Factores protectores</b>		
Mayor año de educación	Riesgo relativo : 0.5 ( p=0.03)	
Tener un trabajo permanente o seguro	0.64 (0.4 - 1.0)	
La pareja trabaja	0.30 (p=0.002)	
Ser miembro de una mayoría étnica	0.2 (0.1 - 0.8)	
Cuidado postparto tradicional por una persona de confianza	0.4 (0.3 - 0.6)	1.9 (1.1 - 3.2)

OR: Odds ratio ; IC 95%: Intervalo de confianza al 95%

aprendizaje <sup>(9)</sup>, el asma <sup>(10)</sup>, la hipertensión arterial <sup>(11)</sup>, la diabetes mellitus tipo 2 <sup>(12)</sup>, la enfermedad cardiovascular <sup>(13)</sup> y la obesidad infantil <sup>(14)</sup> tienen como principal factor condicionante la violencia doméstica y la familia disfuncional <sup>(15)</sup>. Una de las consecuencias frecuentes de la violencia doméstica es el divorcio o la separación de los padres, lo cual también afecta negativamente la salud mental de la mujer y el desarrollo del niño.

### El divorcio y la separación de los padres es dañino para el desarrollo del niño

Aproximadamente la mitad de los niños en las sociedades modernas experimentarán el divorcio de sus padres <sup>(16)</sup>, y la separación o divorcio de los padres está asociado con una serie de consecuencias negativas para los hijos, incluyendo el comportamiento sexual de riesgo, la pobre adaptación psicológica, las adicciones y conductas no saludables <sup>(17)</sup>.

Aunque es frecuente el inicio de la actividad sexual en la adolescencia <sup>(18)</sup>, los adolescentes sexualmente activos no utilizan métodos de control de la natalidad, tienen varias parejas sexuales y emplean alcohol o drogas en el momento de la relación. Estos comportamientos de riesgos aumentan la probabilidad de embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual, y puede estar asociada con posterior mal ajuste psicológico. Los adolescentes más jóvenes sexualmente activos son más propensos a participar en estos comportamientos de riesgo y, en consecuencia, presentan la experiencia más negativa. Además del comportamiento sexual de riesgo, la depresión mayor es también un problema de salud que afecta a muchos adolescentes. Aproximadamente el 14% de los adolescentes han experimentado al menos un episodio de depresión mayor, dando lugar a alteraciones graves en el hogar, la escuela o el trabajo o en sus relaciones íntimas o la vida social <sup>(18)</sup>. En Lima 2002, 29,1% de los adolescentes manifestaron depresión y deseos suicidas asociado a desorganización familiar y violencia doméstica <sup>(30)</sup>.

Los síntomas depresivos tienden a correlacionarse con el comportamiento sexual en adolescentes <sup>(19,20)</sup>. Algunos adolescentes, tales como los expuestos a la inestabilidad de los padres pueden estar en mayor riesgo de presentar síntomas depresivos y las conductas sexuales de riesgo. Así, el suicidio ocurre es la primera causa de muerte materna indirecta (39%) en mujeres gestantes adolescentes en el Perú en el año 2010 <sup>(3)</sup>. Las gestantes adolescentes, además, tiene mayor frecuencia de adquirir infecciones de transmisión sexual, presentar abortos, nacimientos prematuros, recién nacidos desnutridos y niños con defectos congénitos. Por tal motivo, los hijos de madres adolescentes tienen menor calidad de vida y tienen mayor probabilidad de morir tempranamente.

Los adolescentes cuyos padres biológicos se han separado o no viven juntos tienden a comenzar a tener relaciones sexuales a edades más tempranas que los adolescentes con los padres que nunca se separan <sup>(21)</sup>. La separación de los padres a edad temprana del niño (antes de 5 años de edad) se asocia con tener más parejas sexuales en la adolescencia <sup>(22)</sup>, y la ausencia temprana del padre predice frecuencias más altas de actividad sexual entre los adolescentes del sexo femenino menor de 16 años <sup>(23)</sup>.

El momento de la separación de los padres también pueden predecir mayor angustia psicológica entre los niños y adolescente <sup>(17,23,24)</sup>. Cuando los padres de un individuo se separan durante su infancia, el niño tiende a tener menor bienestar como pre-adolescentes que aquellos cuyos padres se separaron más tarde en la infancia <sup>(25)</sup>. Los síntomas depresivos asociados con la experiencia de separación de los padres en la infancia también puede empeorar con el tiempo a medida que los individuos llegan a la adolescencia y la juventud.

El experimentar la separación de los padres puede afectar negativamente a los adolescentes en sus propias relaciones con sus padres. Los adolescentes que experimentan mala comunicación con sus padres y cuyos padres están menos informados sobre sus actividades y la de sus compañeros, es

más probable que empiece a tener relaciones sexuales antes que sus compañeros. La mala calidad de la relación padre-hijo también ha demostrado asociaciones consistentes con el desarrollo de depresión en los adolescentes <sup>(26)</sup>. Por lo tanto, las características de la relación padre-hijo explicaría la asociación entre la inestabilidad de los padres, la relación sexual temprana y la depresión durante la adolescencia.

Como la mayoría de los adultos divorciados se vuelven a casar o convivir con una nueva pareja tras una separación, la exposición a la "relación de transición" de los padres después de la separación original podría mediar en la asociación entre la inestabilidad y el inicio del comportamiento sexual y la depresión en la adolescencia. Una nueva relación estable de los padres, cuando los niños son pequeños podría ser de protección en el tiempo, en lugar de múltiples nuevas relaciones que son de corta duración. Los niños expuestos a más transiciones post-separación muestran peores ajustes psicológicos en comparación con los niños que sufren menos transiciones. La actitud de los padres después de la separación se asocia con el comportamiento sexual de los adolescentes, debido a que la observación de los padres es a menudo el principal modelo de conducta que los niños aprenden acerca de las relaciones románticas <sup>(26)</sup>.

La experiencia de separación los padres biológicos o el divorcio antes de los cinco años puede aumentar las probabilidades de tener relaciones sexuales antes de los 16 años y de experimentar un depresión mayor durante la adolescencia <sup>(26)</sup>.

### **La promoción de la salud mental se inicia en la familia**

El ser humano es producto de sus pensamientos y los pensamiento se traducen en conductas. Por lo tanto, es muy importante brindarles a los niños desde su formación en el vientre materno las palabras expresándoles cuanto se les ama y lo importante que son para los padres. Esto significa que los padres de familia deben invertir el tiempo necesario para educar el cerebro de sus niños desde el vientre materno y velen por el desarrollo cerebral cuidando la información que recibe la madre a través de los medios audiovisuales (televisión, radio, periódicos o revistas, videojuegos y medio ambiente) y -sobre todo- en la infancia cuidando la información que los niños reciben dentro de la familia por las acciones de los padres y los demás miembros de la comunidad <sup>(27)</sup>.

Una reciente investigación realizada por Milagros Delgado en el Servicio de Adolescentes en el Hospital San Bartolomé en Lima ha revelado que el 30% de las gestantes adolescentes han sufrido abuso sexual y los principales perpetradores han sido los familiares varones de la niña o mujer adolescente, tales como tíos, primos, padrastros y padres (Investigación aún no publicada).

El órgano más importante que permite relacionarnos socialmente, transmitir el pensamiento a través de generaciones y coordina las funciones corporales es el cerebro. El cerebro humano inicia sus funciones superiores con el lenguaje verbal

Tabla 2

**CÓMO PROMOVER LA SALUD MENTAL Y CURAR LAS HERIDAS PROFUNDAS <sup>(29)</sup>**

1. Conozca la historia familiar. Es importante conocer de que se enferma y se mueren los miembros de la familia para no repetir los mismos patrones de pensamiento y conducta de los ancestros.

Las enfermedades crónicas y la muerte prematura en el ser humano son debidas a cuatro factores:

- 1) Pensamientos de intranquilidad, ansiedad, depresión y desesperanza.
- 2) Empleo de palabras violentas y destructivas
- 3) Conducta no saludable caracterizada por el egoísmo, la irresponsabilidad, la promiscuidad sexual y la violencia.
- 4) Alimentación no saludable caracterizado por alto contenido en azúcares simples, grasa animal no saturada, productos manufacturados con alto contenido calórico, sodio y con persegantes artificiales.

2. Identifique uno de los cuatro factores descritos anteriormente como origen de las enfermedades crónicas y la muerte de los familiares a fin de aceptar de la necesidad en cambiar estos cuatro factores en forma saludable.

- 1) Pensamientos de paz, seguridad y confianza.
- 2) Empleo de palabras de unión, armonía y amor.
- 3) Conducta saludable caracterizada por la actividad física regular, la cooperación, la responsabilidad, cumplimiento de las normas legales, la monogamia y el altruismo.
- 4) Alimentación saludable caracterizado por la ingesta de granos, semillas, legumbres, vegetales, frutas, grasa vegetal y pescado.

3. Practique su fe religiosa o espiritualidad y agradezca al Creador de Todo el Universo por haberle creado a su imagen y semejanza y por los dones recibidos todos los días.

4. Pregúntele en oración al Todo Poderoso lo que El desea sanar en usted. El amor de Dios es como el amor de una madre abnegada. Nuestro Creador desea vernos sanos y felices siempre. Por lo tanto, obedézcale.

5. Honre a sus padres y personas mayores que le han cuidado o educado. Perdone sus defectos y ore por la salud de ellos. Ámelos.

6. Perdona a los que le hicieron daño y comparta con Dios un recuerdo doloroso que impide ser curado. Reconozca que todos somos un engranaje en esta sociedad y somos lo que hemos recibido en la infancia.

7. Solo se da lo que se tiene. De manera que si usted recibió agravios y violencia fue porque violencia y heridas era lo que esas personas tenían en su corazón. Perdónelos y ore por esas personas para que sanen sus corazones y descansen en paz. Ame a quienes le hicieron daño. Y bríndenles una sonrisa siempre. Ponga amor en el lugar de las heridas: perdonando los recuerdos dolorosos y agradeciendo los recuerdos dolorosos.

8. Agradezca a su Creador la curación.

9. Ore para que cure los recuerdos que le hacen daño y ejercítase en la oración.

10. Practique el ejercicio de la oración. Confiese sus debilidades humanas y su deseo de salvarse del dolor de la muerte y del pecado. Manténgase en comunión con Dios, obedézcale y sirva a los demás. Conviértase en una luz en su familia, el trabajo y la comunidad y de siempre buenas noticias sonriendo.

(la palabra). En esencia, el ser humano es producto de su pensamiento y su pensamiento es consecuencia de lo que han hecho sus familiares o ancestros durante el desarrollo del cerebro humano desde el vientre materno. Por lo tanto, la salud mental se inicia en la familia desde la concepción humana por las palabras y los actos de amor que recibe el niño en formación a través del cuidado que recibe la madre en el área física, social, psicológica y espiritual <sup>(4)</sup>.

La familia peruana es una de las instituciones básicas de la sociedad que está siendo afectada en su organización, funcionamiento e integridad debido a la falta de conocimiento y educación en la formación de padres y paternidad responsable.

De acuerdo al último censo 2007, el 43.4% de las familias peruanas es liderada por una mujer como cabeza de familia. Específicamente, el 52.9% de la familia en población

urbana y el 34.1% de las familias en la población rural es liderado por una mujer como cabeza de familia <sup>(28)</sup>. Lo cual significa que en más de la mitad de los hogares en zona urbana y la tercera parte de la familia peruana en zona rural, los varones adultos no ejercen autoridad, ni son ejemplo de educación en valores para los hijos. En consecuencia, se hace necesario una mejor comprensión de los mecanismos mediante los cuales la falta de unión de los padres afecta la salud de la descendencia en el desarrollo físico y mental.

Por tal motivo, se justifica la existencia de un programa de actividades dentro de los colegios, municipalidades, centros sociales, clubes, hospitales y centros de salud que fomente, eduque y oriente la creación de la familia saludable y fortalezca la unión familiar desde una perspectiva interdisciplinaria basada en evidencias científica con la finalidad última de lograr niños mentalmente sanos que permitan construir una sociedad desarrollada socialmente.

Este programa debiera llamarse familia saludable, también llamado "escuela de padres".

### Objetivos del programa familia saludable

1) Empoderar al padre para que ejerza su rol de autoridad en la familia basado en el cumplimiento de sus creencias religiosas y/o espirituales desarrollando en ellos el hábito de la lectura de la palabra de Dios y su cumplimiento.

2) Desarrollar habilidades en los padres para que enseñen a sus hijos la espiritualidad, el arte, la literatura, la buena comunicación, la nutrición, la actividad física y el manejo de conflictos a fin de promover la salud mental y la cultura de paz en la familia y la comunidad.

3) Fomentar la utilización del tiempo libre en los hijos en forma beneficiosa para el desarrollo físico y psicológico mediante la práctica del deporte, las artes plásticas, la danza, el canto, la oración, la lectura, la comunicación con los padres, profesores y personas mayores.

4) Enseñar a los niños en las escuelas sobre educación familiar que incluya conceptos de igualdad de género, autoestima, asertividad y el manejo de conflictos.

5) Demostrar las consecuencias negativas de la violencia doméstica en el desarrollo de enfermedades hereditarias y de la conducta, tales como las adicciones y la violencia social.

Para cumplir con los objetivos, se debe contar con un equipo de profesionales de diferentes disciplinas, tales como profesores, líderes comunitarios, religiosos, trabajadora social, psicólogos, enfermeras, obstetricas, médicos, particularmente ginecólogos, obstetras y pediatras. Recomendamos la lectura del documento que resume las normas técnicas para desarrollar la salud mental, el buen trato y la cultura de paz por etapas de vida desarrollado por el Ministerio de Salud.

### Diez estrategias para promover la salud mental en la mujer

1. La mujer debe conocer su historia familiar y la de pareja. Debido a que las enfermedades humanas son de origen hereditarias y ambientales, el primer paso para adquirir una vida saludable es conocer la propia historia familiar y de la pareja a fin de no repetir los mismos patrones no saludables de pensamiento y conducta de los ancestros (Tabla 2).

2. Enseñanza de la disciplina y la espiritualidad desde la infancia. La disciplina significa construir hábitos saludables desde la infancia temprana. La espiritualidad consiste en comprender que somos criaturas valiosas con la misión de ser mensajeros de buenas noticias siempre y que debemos regirnos por leyes universales que trasciende el tiempo, las cuales nos señalan que todos los seres humanos estamos unidos directa o indirectamente en la vida; y, por lo tanto, debemos ser solidarios entre nosotros mismos.

3. Enseñar a cumplir normas sociales y morales desde la infancia para desarrollar el carácter moral en la adultez. Al instruir al niño por la senda del bien desde pequeño, cuando sea grande no se apartará del camino saludable.

4. Fomentar la madurez psicológica de los niños que les permita desarrollar la autoestima, la independencia afectiva antes de establecer una relación de enamoramiento. Eduquemos a la niña a que se enamore de un hombre disciplinado con integridad, ética y carácter moral; y no se enamore de hombres con hábitos no saludables y violentos.

5. Educar sobre la sexualidad en la niños mediante una comunicación abierta con los padres y educadores que incluya el tema de paternidad responsable. Erradicar la violencia verbal dentro del hogar y desarrollar la comunicación abierta y sincera entre padres e hijos.

6. Desarrollar el hábito de la alimentación saludable, la lectura constructiva de pensamientos positivos y el ejercicio físico en las niñas y adolescentes para prevenir conductas de riesgo (fumar, drogas, alcohol, relaciones sexuales tempranas). Nosotros recomendamos que la mujer gestante no vea televisión, ni lea el periódico porque las noticias están plagadas de violencia y crean ansiedad y preocupación en la madre. En su lugar, fomentamos la lectura de la palabra de Dios (Salmos, Proverbios, los evangelios), libros de historia, literatura infantil, y que la madre practique ejercicios de matemáticas para que desarrollen la memoria, canten, bailen, escuche música, practiquen ejercicios aeróbicos y teatro. Incorporamos, también, activamente a la pareja y demás miembros de la familia en el cuidado de la mujer gestante y su niño en desarrollo mediante la estimulación prenatal.

7. Postergar las relaciones sexuales hasta que la mujer pueda tener una madurez psicológica que le permita discernir la elección de una pareja que le respete y le ame. Este modelo de pensamiento se logra enseñar efectivamente en la niña mediante la práctica del respeto y la fidelidad que del padre basado en el amor que tiene hacia su esposa.

8. Aprender a tener buen humor como indicador de buena salud mental mediante el desarrollo de una actitud positiva, llena de fe y esperanza. Ejercitarse en el hábito de sonreír y dar siempre buenas noticias.

9. Desarrollar la espiritualidad mediante la práctica religiosa, la oración y el servicio comunitario altruista.

10. Diagnosticar y tratar tempranamente el embarazo en forma interdisciplinaria para evitar las malformaciones congénitas, la depresión, el suicidio, la ansiedad, los trastornos alimenticios y el abandono social. El profesional que atiende la salud debe brindar una atención integral y cálida a la mujer y su niño en desarrollo haciendo participar activamente a la pareja, miembros de la familia y a las diferentes disciplinas médicas en forma individual en el cuidado de la salud de la mujer y el niño.

En conclusión, promover la salud mental de la mujer significa fomentar el desarrollo de familias saludables donde en la crianza de los hijos se promueva la igualdad de género, el respeto, la tolerancia y la cultura de paz. Es decir, el padre y/o la madre deben enseñar a los hijos que todas las personas, independientemente del sexo, de su lugar de origen y grado de instrucción, somos iguales y merecemos respeto. Además, los varones deben enseñar y mostrar respeto a la mujer de toda edad porque según la forma que hemos tratado a la mujer, habremos tratado a la humanidad. Y este respeto y cuidado del ser humano debe empezar con el saludable empleo de las palabras que formen vida, amor, la unión y la cooperación entre los seres humanos.

### Referencias bibliográficas

1. **Jané-Llopis, Anderson.** Mental Health Promotion and Mental Disorder Prevention: A policy for Europe. Nijmegen: Radboud University Nijmegen. 2005 <http://www.imhpa.net>
2. **Pacora P.** Ética en la atención de la salud de la mujer. *Diagnóstico* 2011;50(3). Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2011/jul-set/144-150.html>
3. **del Carpio Ancaya, L.** Situación de la mortalidad materna en el Perú, 2000-2012. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 2013;30(3):461-464.
4. **Fisher J, Cabral de Mello M, Patel V, Rahman A, Tran T, Holton S, Holmes W.** Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bull World Health Organ.* 2012;90(2):139-149H. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3302553/pdf/BLT.11.09185.0.pdf>
5. **Chiang WL, Huang YT, Feng JY, Lu TH.** Incidence of hospitalization due to child maltreatment in Taiwan, 1996-2007: A nationwide population-based study. *Child Abuse Negl.* 2012;36(2):135-141.
6. **McNeil TF, Schubert EW, Cantor-Graae E, Brossner M, Schubert P, Henriksson KM.** Unwanted pregnancy as a risk factor for offspring schizophrenia-spectrum and affective disorders in adulthood: a prospective high-risk study. *Psychol Med.* 2009;39(6):957-965.
7. **Collier SA, Hogue CJ.** Modifiable risk factors for low birth weight and their effect on cerebral palsy and mental retardation. *Matern Child Health J.* 2007;11(1):65-71.
8. **Hyman SM, García M, Sinha R.** Gender specific associations between types of childhood maltreatment and the onset, escalation and severity of substance use in cocaine dependent adults. *Am J Drug Alcohol Abuse.* 2006;32(4):655-664.
9. **Strathearn L, Gray PH, O'Callaghan MJ, Wood DO.** Childhood neglect and cognitive development in extremely low birth weight infants: a prospective study. *Pediatrics.* 2001;108(1):142-151.
10. **De Luca G, Olivieri F, Melotti G, Aiello G, Lubrano L, Boner AL.** Fetal and early postnatal life roots of asthma. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2010;23 Suppl 3:80-83.
11. **Fuller-Thomson E, Brennenstuhl S, Frank J.** The association between childhood physical abuse and heart disease in adulthood: findings from a representative community sample. *Child Abuse Negl.* 2010;34(9):689-698.
12. **Rich-Edwards JW, Spiegelman D, Lavidoti Hibert EN, Jun HJ, Todd TJ, Kawachi I, Wright RJ.** Abuse in childhood and adolescence as a predictor of type 2 diabetes in adult women. *Am J Prev Med.* 2010;39(6):529-536. Disponible en: <http://www.perusaludable.org/Revista/articulo21.html>
13. **Batten SV, Aslan M, Maciejewski PK, Mazure CM.** Childhood maltreatment as a risk factor for adult cardiovascular disease and depression. *J Clin Psychiatry.* 2004;65(2):249-254.
14. **Perryman ML.** Ethical family interventions for childhood obesity. *Prev Chronic Dis.* 2011;8(5):1-3. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181199/pdf/PCD85A99.pdf>
15. **American Academy of Pediatrics.** Family Pediatrics. *Pediatrics* 2003;111;Suppl 2:1541-1571. Disponible en: [http://pediatrics.aappublications.org/content/111/Supplement\\_2/1541.long](http://pediatrics.aappublications.org/content/111/Supplement_2/1541.long)
16. **National Center for Health Statistics.** Marriage and divorce, 2008.
17. **Lansford JE.** Parental divorce and children's adjustment. *Perspect Psychol Sci.* 2009;4:140-152.
18. **Lehrer JA, Shrier LA, Gortmaker S, Buka S.** Depressive symptoms as a longitudinal predictor of sexual risk behaviors among US middle and high school students. *Pediatrics.* 2006;118:189-200.
19. **Zimmer-Gembeck MJ, Helfand M.** Ten years of longitudinal research on U.S. adolescent sexual behavior: Developmental correlates of sexual intercourse, and the importance of age, gender, and ethnic background. *Dev Rev.* 2008;28:153-224.
20. **D'Onofrio BM, Turkheimer E, Emery RE, et al.** A genetically informed study of the processes underlying the association between parental marital instability and offspring adjustment. *Dev Psychol.* 2006;42:486-499.
21. **Ellis BJ, Bates JE, Dodge KA, et al.** Does father absence place daughters at special risk for early sexual activity and teenage pregnancy?. *Child Dev.* 2003;74:801-821.
22. **Amato PR.** The consequences of divorce for adults and children. *J Marriage Fam.* 2000;62:1269-1287.
23. **Allison PD, Furstenberg FF.** How marital dissolution affects children: Variations by age and sex. *Dev Psychol.* 1989;25:540-549.
24. **Cherlin AJ, Chase-Lansdale PL, McRae C.** Effect of parental divorce on mental health throughout the life course. *Am Sociol Rev.* 1998;63:239-249.
25. **Amato PR, Booth A.** A prospective study of divorce and parent-child relationships. *J Marriage Fam.* 1996;58:356-365.
26. **Donahue KL, D'Onofrio BM, Bates JE, Lansford JE, Dodge KA, Pettit GS.** Early Exposure to Parents' Relationship Instability: Implications for Sexual Behavior and Depression in Adolescence. *Adolesc Health.* Epub. 2010;47(6):547-554.
27. **Kalra G, Christodoulou G, Jenkins R, Tsiapas V, Christodoulou N, Lecic-Tosevski D, Mezzich J, Bhugra D.** Mental health promotion: guidance and strategies. *Eur Psychiatry.* 2012;27(2):81-86.
28. **INEI 2007.** Censo Nacionales 2007, XI de Población y de Vivienda. Disponible en: <http://censos.inei.gob.pe/Anexos/Libro.pdf>
29. **Pacora P. Sanando con Jesús.** Capítulo 8: Atención Primaria de la Mujer, la Niñez y la Adolescencia en el Perú: Principios y Estrategias (Pacora P, Oliveros M, Kendall R, Calle M, Guibovich A, Cano B, Cueva V, editores) Lima, Perú 2009. Disponible en: <http://www.perusaludable.org/Sanando%20con%20Jesus.doc>
30. **MINSA 2012.** Documento técnico, Modelo de abordaje de Promoción de la Salud. Acciones a Desarrollar en el Eje Temático de Salud Mental, Cultura de Paz y Buen Trato. Disponible en: <ftp://190.223.51.139/descargas/dgps/compendio/pdf/144.pdf>