



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud

Campo del conocimiento:

CIENCIAS DE LA SALUD

Campo disciplinario:

SALUD MENTAL PÚBLICA

Retos para la implementación de estrategias de atención a la salud mental perinatal en el primer nivel de atención en México

Tesis

Que para optar por el grado de:
Doctora en Ciencias de la Salud

Presenta:

Laura Elena Navarrete Reyes

Tutora principal

Dra. María Asunción Lara Cantú

Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"

Comité tutor

Dra. Shoshana Berenzon Gorn

Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"

Dra. Elia Jazmín Mora Ríos

Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente Muñiz"

Ciudad Universitaria, CDMX. Marzo de 2023



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	4
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1. DEPRESIÓN PERINATAL	10
1.1 DEPRESIÓN PERINATAL.....	14
1.1.1 Prevalencia depresión perinatal.....	18
1.1.2 Factores de riesgo	19
1.1.3 Consecuencias	20
1.1.4 Costos	21
1.2. ATENCIÓN A LA DEPRESIÓN PERINATAL	22
1.2.1 Prevención de la depresión perinatal.....	24
1.2.2 Detección.....	25
1.2.3 Tratamiento de la depresión perinatal.....	27
CAPÍTULO 2. INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA DEPRESIÓN PERINATAL DENTRO DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL.	28
2.1 DEFINICIÓN DE ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL	28
2.2 LA ATENCIÓN DE LA DEPRESIÓN PERINATAL INTEGRADA A LOS PROGRAMAS DE LA ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL. EJEMPLO EN OTROS PAÍSES.	32
2.2.1 Australia.....	32
2.2.2 Canadá	33
2.2.3 Estados Unidos.....	34
2.2.4 Reino Unido.....	35
2.2.5 Chile	37
2.2.6 India y Pakistán	38
2.3 ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL EN MÉXICO.....	41
CAPÍTULO 3.CAMBIO DE TAREAS Y ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL PERINATAL.	47
3.1 CAMBIO DE TAREAS	47
3.1.1 Antecedentes de la estrategia de cambio de tareas	51
3.1.2 Cambio de tareas en salud mental	52
3.1.3 Cambio de tareas en salud mental perinatal.....	53
3.2 PROFESIONALES DE LA SALUD NO ESPECIALIZADOS EN SALUD MENTAL Y SU PAPEL EN LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL PERINATAL	55
3.2.1 Médicos generales	55
3.2.2 Trabajo social	57
3.2.3 Enfermería	58
CAPÍTULO 4. IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS EN SALUD.....	63
4.1 TRADUCCIÓN DEL CONOCIMIENTO	64
4.2 IMPLEMENTACIÓN DE INTERVENCIONES.....	66
4.3 FACILITADORES Y BARRERAS EN EL PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN	68
CAPÍTULO 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	74
OBJETIVO GENERAL.....	76
Objetivos específicos.....	76
CAPÍTULO 6. MÉTODO	77
6.1 TIPO DE ESTUDIO	77
6.2 PARTICIPANTES.....	77
6.3 ESCENARIO	78
6.4 RECOLECCIÓN DE DATOS Y PROCEDIMIENTO.....	79

6.4.1	Guía de entrevista del personal de salud relacionado con la atención materno-infantil y directivos (Anexo 1)	79
6.4.2	Guía de entrevista para usuarias (Anexo 1)	79
6.4.3	Contacto con las instituciones	79
6.4.4	Entrevistas con el personal de salud	80
6.4.5	Entrevistas a usuarias	81
6.5	ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	82
6.5.1	Fase 1: Familiarización con los datos	82
6.5.2	Fase 2: Generación de categorías o códigos iniciales	83
6.5.3	Fase 3: Búsqueda de temas	83
6.5.4	Fase 4: Revisión de temas	84
6.5.5	Fase 5: Definición y denominación de temas	84
6.6	CONSIDERACIONES ÉTICAS	84
CAPÍTULO 7. RESULTADOS		85
7.1	PROFESIONALES DE LA SALUD	85
7.1.1	Características sociodemográficas	85
7.1.2	Conocimiento sobre la depresión perinatal	87
7.1.3	Detección y tratamiento	89
7.1.4	Barreras y facilitadores de la atención e implementación de programas de prevención y detección de depresión posparto	93
7.1.5	Actividades de prevención y promoción de la salud en el primer nivel de atención	98
7.1.6	Enfermería y atención a la salud mental perinatal	99
7.2	MUJERES EMBARAZADAS Y EN EL POSPARTO	105
7.2.1	Características sociodemográficas	105
7.2.2	Atención perinatal en el centro de salud	106
7.2.3	Grupos de salud en el embarazo y en el posparto	108
7.2.4	Embarazo, posparto y emociones	110
7.2.5	Conocimiento y atención a la depresión perinatal	113
7.2.6	Formas de obtener la información sobre embarazo y posparto	117
7.2.7	Enfermería y salud mental	118
CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES		121
8.1	NORMATIVIDAD	121
8.2	PROFESIONALES DE LA SALUD	122
8.3	USUARIAS	126
8.4	CREENCIAS CULTURALES	130
8.5	FACILITADORES PARA EL CAMBIO DE TAREAS	132
8.6	LIMITACIONES	134
8.7	SUGERENCIAS	135
8.8	CONCLUSIONES	135
REFERENCIAS		137
ANEXO 1. GUÍAS DE ENTREVISTA		163
ANEXO 2. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS		171
ANEXO 3. APROBACIÓN CON COMENTARIOS DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ		175
ANEXO 4. NOTAS DE CAMPO DE LAS REUNIONES CON LOS DIRECTORES DE JURISDICCIÓN		176
ANEXO 5. CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS DE SALUD		183
ANEXO 6. PUBLICACIÓN DERIVADA DEL TRABAJO DE TESIS		188

AGRADECIMIENTOS

Al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

A la Secretaría de Salud de la Ciudad de México y los centros de salud que colaboraron en el desarrollo de este estudio.

A la Dra. María Asunción Lara Cantú, quien ha sido pieza fundamental en mi desarrollo en la investigación, desde la licenciatura hasta el día de hoy. Muchas gracias por sus enseñanzas.

A la Dra. Shoshana Berenzon Gorn, por toda la paciencia y por siempre ofrecerme su apoyo para cruzar el mundo de la metodología cualitativa.

A la Dra. Jazmín Mora Rios por el tiempo, la disposición y la paciencia para enseñarme a describir los detalles de la fotografía de mi trabajo de investigación. Mil gracias.

Al Maestro Feliciano Bartolo Solís, por su apoyo para realizar este trabajo.

A las personas entrevistadas que compartieron sus experiencias para hacer posible este trabajo.

A la Maestra Valeria Zempoalteca García por su apoyo y retroalimentación en el análisis de datos.

A las alumnas de servicio social Dania Ruiz Alarcón, Sarahit Guzmán Corona, Ma. Elena Sánchez Enciso y Delia Vázquez Méndez quienes apoyaron en la transcripción y revisión de las entrevistas.

Al comité de evaluación conformado por la Dra. Marcela Tiburcio, la Dra. Guadalupe Acle, la Dra. Asunción Alvarez y la Dra. Emilia Lucio, por su tiempo y sus atinados comentarios para mejorar este trabajo.

RESUMEN

Antecedentes La depresión en el embarazo y en el posparto son los trastornos mentales más frecuentes durante el periodo perinatal. Si no se detecta y trata a tiempo, la depresión perinatal puede afectar de manera negativa a la madre, el infante y a la familia. Algunos países han incorporado programas de prevención y detección temprana de la depresión perinatal como parte de la atención materno-infantil, aprovechando los espacios y tiempos que ofrecen las consultas prenatales para implementar estos programas. En países de medianos y bajos ingresos no suelen incluir a personal especializado en salud mental como psicólogos o psiquiatras en estos programas, ya que, por lo general, no se cuenta con el número suficiente para cubrir las necesidades de atención, por lo que se incluye a otro personal que este en contacto con las mujeres, como ginecólogos, trabajadores sociales, el personal de enfermería y partería estas últimas son las más utilizadas ya que durante la etapa perinatal son quienes tienen mayor contacto con las usuarias. En México, a pesar de la evidencia aportada por la investigación clínica, epidemiológica y psicosocial indica que la depresión perinatal es una problemática de salud pública que puede prevenirse o tratarse con efectividad, y que se han documentado ampliamente los riesgos y daños de la falta de atención en estos temas en diversos grupos, esta problemática es poco detectada y atendida en los servicios de salud, debido a que no se encuentra dentro de los factores de riesgo del embarazo que deben evaluarse en la atención prenatal y a que las políticas sobre el manejo de problemas de salud mental durante el periodo perinatal a menudo son poco claras. Si bien en los últimos años se ha incluido este tema dentro de las reformas en las normas y programas en salud materno-infantil, no se especifican los mecanismos para su implementación en el primer y segundo nivel de atención.

Objetivos: Explorar los aspectos de la institución, del personal de salud y de las usuarias que deben de tomarse en cuenta para poder implementar un programa de prevención de depresión perinatal integrado a la atención materno-infantil en el que participe el personal de enfermería en los centros de salud de primer nivel de atención de la Ciudad de México

Método: Estudio exploratorio con enfoque cualitativo. Se entrevistó a médicos, enfermeras y trabajadoras sociales que brindan atención materno-infantil (al embarazo y puerperio) a

personal de salud mental, directivos de cuatro centros y a 4 mujeres embarazadas y cuatro mujeres en el primer año posparto. Las entrevistas fueron audio-grabadas y transcritas para realizar un análisis temático.

Resultados: En su mayoría, el personal de salud del primer nivel de atención desconoce la Norma Oficial que recomienda brindar atención a la salud mental materna en el periodo perinatal y no se observa que haya iniciativa alguna para su inclusión en la atención habitual. Una barrera importante para implementarla fue la percepción sesgada y estereotipada y la falta de información tanto de los profesionales de la salud como de las usuarias sobre la depresión perinatal, la maternidad y el papel de la mujer. Otras barreras fueron: la carga de trabajo de los profesionales de la salud, la división de la atención entre distintos profesionales, la falta de comunicación entre ellos y la falta de tiempo de las mujeres, la poca atención que las mujeres reciben en el posparto. Las mujeres con síntomas psicológicos no son referidas a tiempo con el personal de salud mental y cuando son referidas no hay un seguimiento para ver si acudieron a terapia. Las trabajadoras sociales tienen contacto más cercano con las mujeres y están más dispuestas a atender su malestar emocional.

Conclusiones: La atención a la salud mental materna, contingente con la atención al embarazo, parto y puerperio en centros de atención de primer nivel no es una posibilidad en este momento debido al desconocimiento, diversas barreras y dependencia de los directores de las decisiones de autoridades superiores.

INTRODUCCIÓN

El propósito del presente trabajo fue conocer qué aspectos de la institución, del personal de salud y de las usuarias deben de tomarse en cuenta para poder implementar un programa de prevención de depresión perinatal integrado a la atención materno-infantil en el que participe el personal de enfermería en los centros de salud de primer nivel de atención de la Ciudad de México

Este proyecto surgió después de varios años de trabajo con mujeres con sintomatología depresiva perinatal en diferentes escenarios en los que se observó una alta prevalencia y las consecuencias sobre la salud física y mental de la madre. Y si bien se probó la eficiencia de una intervención psicoeducativa para prevenir la depresión posparto, ninguna institución la adoptó. De aquí surge la pregunta de qué pasa en las instituciones y en los profesionales de la salud en los procesos de implementación de intervenciones, qué aspectos son necesarios para que una intervención logre ser parte de la atención habitual.

En algunos países se han incorporado programas de prevención y detección temprana de depresión perinatal como parte de la atención materno-infantil, aprovechando los espacios y tiempos que ofrecen las consultas prenatales para implementar estos programas. En países de medianos y bajos ingresos, el personal de enfermería durante la etapa perinatal es quien tiene mayor contacto con las usuarias.

Implementar estas acciones en nuestro país es todo un reto, debido a que existe una gran dificultad de incluir la atención a la salud mental en el primer nivel de atención. Para lograr esta meta, se deben de conocer las necesidades de atención de la población objetivo y analizar la viabilidad de la implementación del programa de acuerdo con la perspectiva de los actores relacionados con la atención materno infantil y los directivos de los servicios de salud.

Tomando en cuenta estos aspectos, se realizó un estudio cualitativo donde, a través de entrevistas semiestructuradas, se evaluaron las barreras y facilitadores para la atención a la salud mental perinatal y el conocimiento sobre la depresión perinatal desde la visión del personal involucrado en la atención materno-infantil como médicos, trabajadoras sociales, enfermeras, psicólogos, así como los directivos y las usuarias de los centros de salud.

En los resultados se puede observar que una de las principales barreras para implementar la prevención de la depresión perinatal es el desconocimiento de los profesionales de la salud sobre el tema, por lo que se subestima el número de casos y su impacto sobre la salud materno-infantil. Esta visión es compartida por los directivos, quienes no consideran prioritario realizar acciones de prevención en las consultas prenatales. Por su parte, las enfermeras se encuentran involucradas en la detección de varias enfermedades crónicas, como la diabetes, lo que les reduce el tiempo para estar en contacto con las mujeres embarazadas y realizar acciones de prevención. En cuanto a los facilitadores, la rotación del personal de enfermería permite que aquellas que están interesadas en el tema, puedan involucrarse en los cursos de embarazo saludable y estimulación temprana, e identificar y canalizar a las mujeres que están en riesgo de depresión perinatal. Por su parte, el personal de salud mental considera que algunas mujeres que acuden a tratamiento psicológico pudieron haber vivido depresión posparto y no haber recibido tratamiento de manera oportuna, por lo que es importante comenzar a realizar acciones de prevención en el primer nivel de atención.

En cuanto a la población objetivo, también hay un desconocimiento sobre el tema, así como un estigma en cuanto a hablar de las emociones en un momento en que la sociedad considera que es donde las mujeres se encuentran en plenitud. De igual forma, no ven en los profesionales de la salud el apoyo emocional que ellas necesitan ni el lugar para tener la libertad de hablar de sus experiencias. Preferirían que profesionales de la salud mental fueran quienes les brindaran atención directamente, lo que es difícil debido a la falta de personal en el primer nivel de atención.

Se puede concluir que en este momento los centros de salud no están preparados para atender la depresión perinatal, ya que, aunque existe la norma que sugiere su atención y la guía clínica con los elementos para hacerlo, este problema no ha estado incluido dentro de los programas prioritarios de salud, por lo cual, los directores de los centros no se ven obligados a atenderla. Esto impide que el personal que atiende a las mujeres en el embarazo y el posparto esté sensibilizado al problema y que cuente con los conocimientos, la capacitación, el tiempo y la organización para detectar y prevenir la depresión perinatal.

A pesar de todas estas barreras, se pueden implementar estrategias para la atención a la salud mental perinatal a través de las trabajadoras sociales, quienes tienen la actitud necesaria y cercanía con las mujeres que acuden al centro. Aún faltan muchos pasos para

lograr implementar acciones de prevención y detección de la depresión perinatal, sin embargo, estudios como estos nos permiten conocer las necesidades de la población y de los profesionales de la salud, lo cual permitirá que las acciones que se realicen sean más exitosas y se logren establecer a largo plazo en el primer nivel de atención.

CAPÍTULO 1. DEPRESIÓN PERINATAL

*Cuando las mujeres están predispuestas a la enfermedad mental
ya sea por antecedentes hereditarios, enfermedades previas o
por una excesiva susceptibilidad nerviosa, el embarazo, el parto
y la lactancia pueden tener repercusiones desastrosas*
L-V Marcé (1858)

La depresión es uno de los trastornos mentales más prevalentes en el mundo; se estima que más de 300 millones de personas en el mundo padecen este trastorno y la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2008) la considera como uno de los factores más importante que contribuye a la discapacidad global, y que en el 2030 será la primera causa de carga mundial de morbilidad (Bloom, et al., 2011).

Las prevalencias reportadas varían entre 3.3 y 21.4% (Kessler, et al., 2007; Lim, et al., 2018; Liu, et al., 2020). En Estados Unidos, la prevalencia se encuentra entre 13.23% al 20.8% (Hasin, et al., 2005; Kessler, et al., 2005; CBHSQ, 2018) y en México 8.0% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida y 9.8% ha presentado este trastorno en el último año (Rafful, et al., 2012) En la Encuesta de Salud y Nutrición (ENSANUT 2018-2019), se reportó una prevalencia de 17.9% que presentan sintomatología depresiva moderada o severa (Shamah-Levy, et al., 2020).

La depresión contribuye de manera significativa a la carga global de enfermedad, y es una de las causas principales de discapacidad a nivel mundial (McCarron et al. 2021). La depresión comienza a menudo a temprana edad; reduce el funcionamiento psicosocial, afectan las funciones físicas, mentales y sociales y se asocian con mayor riesgo de muerte prematura (Malhi & Mann, 2018).

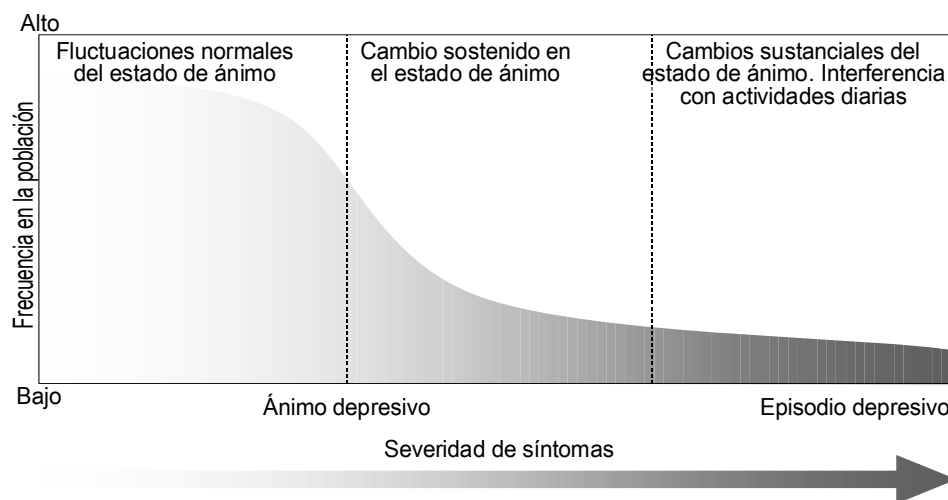
En la quinta edición del DSM (APA, 2014), la depresión está clasificada dentro de los trastornos del estado de ánimo. Dentro de los criterios diagnósticos, la persona con depresión debe presentar un estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer en las actividades que antes disfrutaba durante un periodo de, por lo menos, dos semanas. La persona también debe experimentar, entre otros, cuatro síntomas de una lista que incluye, cambios en el apetito o peso; del sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de culpa y dificultad para pensar, concentrarse y tomar decisiones, (Tabla 1). Finalmente, estos síntomas no deben ser causados por un problema de salud física, el consumo de algún medicamento o a una condición de pérdida o duelo.

Tabla 1. Síntomas de depresión mayor de acuerdo con el DSM-V

1.	Estado de ánimo deprimido
2.	Disminución acusada del interés o la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades.
3.	Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso; pérdida o aumento del apetito.
4.	Insomnio o hipersomnia
5.	Agitación o lentitud psicomotoras
6.	Fatiga o pérdida de energía
7.	Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva
8.	Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión
9.	Pensamientos recurrentes de muerte.

Esta clasificación de depresión excluye a todas las personas que no cumplen con el número de síntomas indicados ni con el tiempo establecido, las cuales también presentan sufrimiento y discapacidad en sus actividades cotidianas. La OMS (2001) en el reporte “Mental Health: New Understanding, New Hope” clasifica a la depresión de acuerdo con el número y severidad de los síntomas, pudiendo ser leve, moderada o grave (Figura 1). Esta clasificación permite conceptualizar los cambios en el estado de ánimo como un continuo donde aquellas personas que presentan depresión leve o moderada también presentan discapacidad y problemas en su salud que deben atenderse de manera oportuna (Ayuso-Mateos, et al., 2010)

Figura 1. El continuo de síntomas depresivos



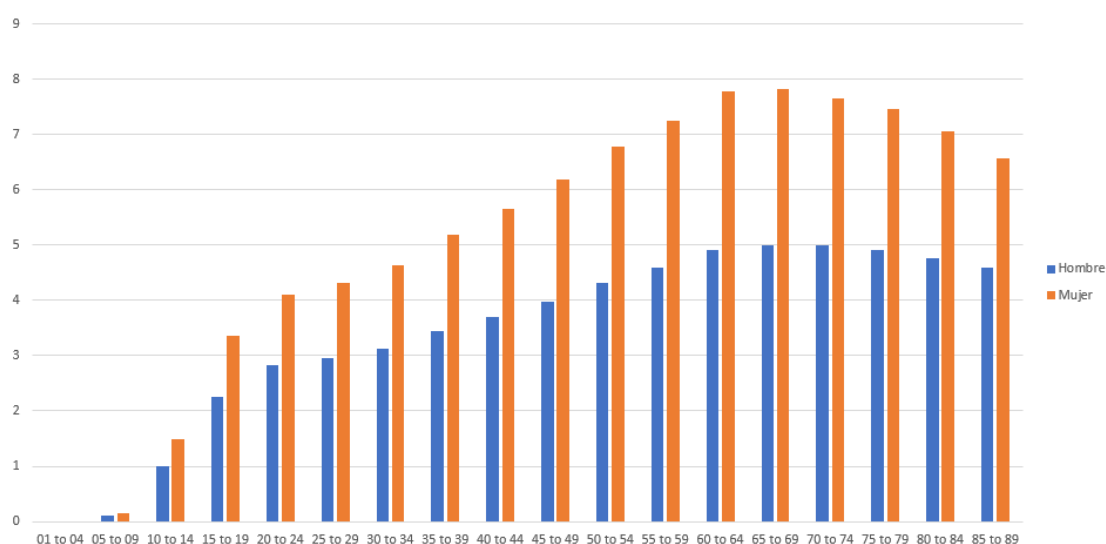
Fuente: The World Health Report, 2001

Independientemente de la forma en que se clasifique, la depresión es un problema importante de salud pública debido a la alta prevalencia reportada a nivel mundial y a la discapacidad que genera en quien la padece.

Se ha encontrado que las tasas de depresión son dos veces mayores en las mujeres en comparación con los hombres (OMS, 2001; Silverstein, et al., 2017). En varios estudios se reportan una diferencia en el número de casos de depresión en hombres y mujeres, indicando que por cada hombre que vivió depresión, dos mujeres presentaron este trastorno, independientemente del país y el nivel de ingreso (Kessler et al., 2005; Hasin, et al., 2005; Seedat, et al., 2009; Bromet et al., 2011; Wittchen et al., 2011; de Graaf et al., 2013; Jacobi et al., 2014). En México, también la depresión se presenta con mayor frecuencia entre las mujeres (10.4% a 17.6%) que entre los hombres (5.4% a 8.8%) (Rafful y et al., 2012; Cerecero-García et al., 2020).

Esta diferencia en la prevalencia no ocurre en la infancia, tanto niños como niñas, entre cinco y nueve años reportan una prevalencia similar (Douglas et al., 2014). Comienza a variar a partir de la pubertad, en la cual la depresión aumenta de manera considerable en las mujeres, duplicando los datos reportados por los hombres, la cual se mantiene hasta la vejez (Hankin et al., 2015). En la figura 2 se muestra esta diferencia.

Figura 2. Prevalencia global de trastornos depresivos, por edad y por sexo



Fuente: Global Burden of Disease Study 2017 (<http://gdhx.healthdata.org/gbd-results-tool>)

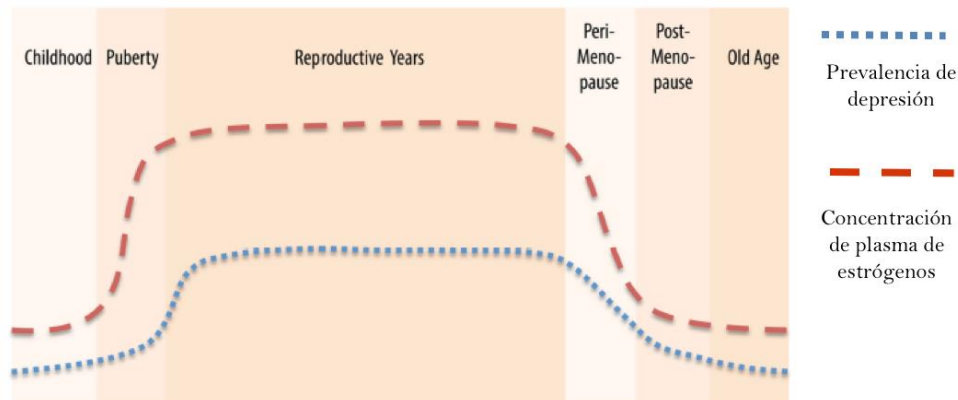
Algunos investigadores plantean que esta diferencia puede deberse a que hombres y mujeres experimentan y enfrentan la depresión de distinta manera (Fields, et al. 2010). Los síntomas que se asocian más con la depresión en hombres son: irritabilidad, ira, conductas de riesgo y aumento en el consumo de alcohol, los cuales no se encuentran reflejados en los instrumentos que existen para diagnosticar depresión, por lo que existe la hipótesis de que, debido a esta diferencia en la manifestación de los síntomas, la depresión en hombres se encuentra subdiagnosticada y, por lo tanto, no es atendida de manera oportuna (Shi, et al., 2021).

Por otro lado, otro grupo de investigadores considera que, independientemente de las diferencias que existen en la manera de vivir la depresión, las mujeres son más vulnerables a este trastorno, debido a cuestiones biológicas, psicológicas y sociales, lo que permite entender esta gran diferencia en la prevalencia entre hombres y mujeres a lo largo de la vida (Kuehner, 2017).

La depresión en las mujeres se ha relacionado con el ciclo reproductivo y el síndrome premenstrual, con alteraciones del humor asociadas, que se repiten regularmente durante cada ciclo menstrual, de tal forma que, entre los 12 y 56 años, las mujeres presentan una mayor prevalencia de depresión, (Sassarini, 2016).

Durante la infancia, se presentan bajos niveles de estrógenos en la sangre, y la prevalencia de depresión se encuentra entre el 2 y el 3% (Wagner et al., 2015). En la pubertad, comienza el aumento de producción de estrógenos, a la par que aumenta la prevalencia de depresión que llega a ser del 8% (Mullarkey et al., 2019). Durante los años reproductivos, cuando los niveles de estrógenos se encuentran en su punto máximo, la prevalencia reportada se encuentra entre el 21 y 38% (Mullarkey et al., 2019). Cuando disminuye la producción de estrógenos, baja la prevalencia de depresión (Cohen et al., 2006; Freeman et al., 2006; Unsal et al., 2011; Tamaria et al., 2013). Esta relación es representada por Barth, Villringer, Sacher (2015) en la Figura 3.

Figura 3. Vulnerabilidad para el desarrollo de un trastorno depresivo relacionado con las principales transiciones hormonales a lo largo de la vida de la mujer.



Fuente: Barth, Villringer, Sacher, 2015

Soares (2014) describe esta relación entre la depresión y el periodo reproductivo como “ventana de vulnerabilidad”. Y justo en esta ventana se encuentra la depresión perinatal, la cual durante muchos años fue considerada como un proceso “normal” causado por los cambios hormonales que ocurren durante el parto. Esta hipótesis es cuestionada debido a que, si bien, la prevalencia de depresión se dispara en la etapa reproductiva de la mujer, esta se mantiene alta cuando los cambios hormonales disminuyen después de la menopausia, por lo que no se puede dejar de lado el aspecto psicológico y social como parte de la depresión de la mujer.

1.1 Depresión perinatal

Como se mencionó en el apartado anterior, el periodo reproductivo en las mujeres es un momento en el que existe el riesgo de presentar depresión, debido a los cambios hormonales que ocurren en él (Kuehner, 2016). Durante el embarazo y el posparto, además de estos cambios, puede presentarse condiciones psicológicas, sociales y culturales que vulneren el estado emocional de la mujer y afectar su salud mental (Brockington et al., 2017). De acuerdo con el Instituto Nacional de Excelencia en Salud y Atención (NICE, por sus siglas en inglés; 2014), entre el 15 y 25% de las mujeres en el periodo perinatal presentan algún trastorno mental. Estos pueden presentarse por primera vez o ser una recaída de un trastorno preexistente (Paschetta et al., 2014). Aunque la mayoría de estos trastornos

pueden presentarse en cualquier momento de vida, durante el embarazo y el posparto es necesario atenderlos de manera oportuna, ya que no solo tienen consecuencias negativas en la mujer, también en el bebé y en su familia (NICE, 2014).

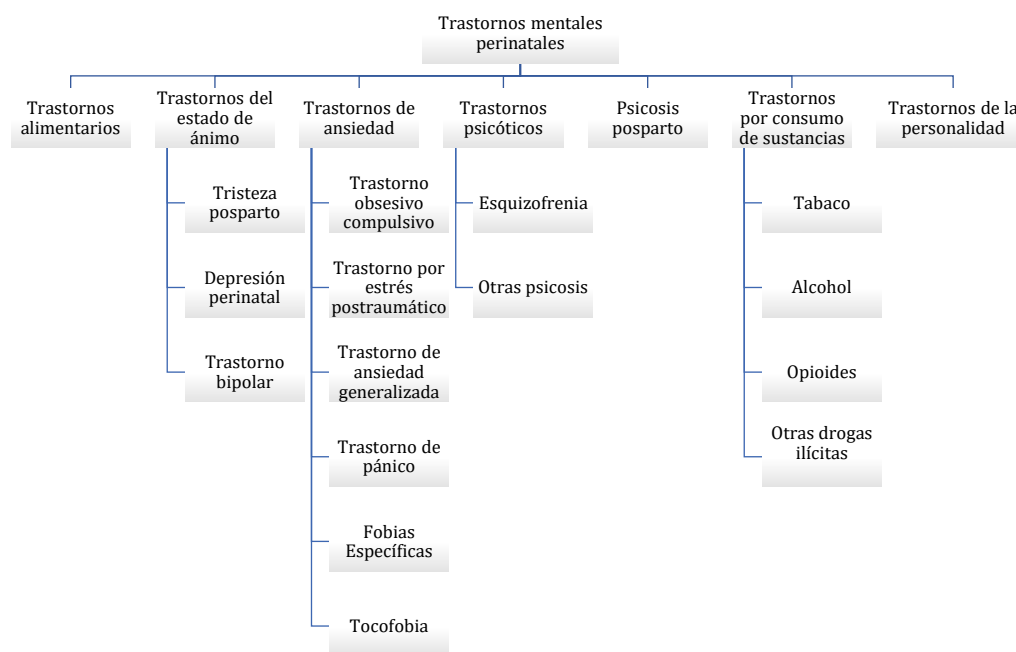
Entre los trastornos perinatales más importantes se encuentran los trastornos de la alimentación (anorexia o bulimia), trastorno bipolar, trastornos psicóticos (esquizofrenia) trastornos de la personalidad, trastornos por consumo de sustancias (consumo de sustancias ilícitas, consumo de alcohol, consumo de tabaco), trastornos de ansiedad (trastorno obsesivo-compulsivo, estrés postraumático, ataques de pánico, ansiedad generalizada) y depresión, siendo estos tres últimos los más prevalentes en esta población (Figura 4).

De todos estos trastornos, la depresión perinatal es aquella que más ha llamado la atención de los investigadores y de los clínicos debido a la frecuencia con la que se presenta en la población, así como las consecuencias que pueden presentarse tanto en la madre como en el infante (Mendoza, et al., 2015). A continuación, revisaremos brevemente sus antecedentes históricos.

Desde la antigüedad, se habían descrito trastornos emocionales relacionados con la gestación y/o al parto. En una revisión realizada por Brockington (2005) narra que, en la antigua Grecia, Hipócrates describió algunos casos de delirio causado por infecciones posparto, situación que volvió a encontrarse varios siglos después en una descripción realizada por Plater, en 1593 (Brockington, 2005). Posteriormente, los casos reportados se relacionaban con maltrato infantil y fue hasta el siglo XVIII que se comenzó a documentar los casos clínicos tanto en manuales de obstetricia, medicina general y partería la presencia de melancolía, manía, psicosis o delirio debido a una infección asociada al parto o a la lactancia, la cual era conocida como “locura puerperal” (Trede et al., 2009). En 1858, Louis-Victor Marcé escribió una monografía sobre los trastornos mentales perinatales basada en los casos que observó cuando trabajó en el asilo Sainte Anne’s, en París. Marcé consideró que los trastornos mentales asociados al periodo reproductivo de las mujeres se debían a que estos eventos afectaban de alguna manera varios órganos, entre ellos el cerebro, y que podrían tener una predisposición hereditaria (Trede et al., 2009). Posteriormente, otros médicos describieron casos de mujeres con “melancolía puerperal” que cometían filicidio, pero fue hasta después de la Segunda Guerra Mundial cuando la psiquiatría retomó el estudio de esta problemática debido a que los altos índices de mortalidad materna mostraron

la necesidad de contar con una serie de cuidados durante el embarazo para evitar complicaciones que terminaran en la muerte de la madre o el feto (Gómez y Berenzon, 2011).

Figura 4. Clasificación de los trastornos mentales perinatales.



Tomada de "Perinatal psychiatric disorders: an overview" por E. Paschetta, G Berrisford, F. Coccia, J Whitmore y A. G. Wood, S Pretlove, K. M. K. Ismail, 2014, American Journal of Obstetrics & Gynecology, 210, p.502. Copyright 2014 por Elsevier.

El estudio de la depresión en el embarazo y posparto ha tenido una gran relevancia en los últimos 35 años, en diversos países y en diferentes grupos de mujeres. Si bien Marcé consideraba que estos trastornos mentales podían ocurrir en el embarazo, en el parto o en la lactancia, los estudios realizados a partir de la década de los años setenta se enfocaron exclusivamente en los trastornos emocionales en el posparto, ya que la depresión en el embarazo o prenatal fue considerada por mucho tiempo un factor de riesgo de la depresión posparto, sin embargo, en recientes estudios se ha demostrado que esta condición, por sí misma, puede llegar a ser devastadora para la futura madre, por lo que debe cambiar el estilo de vida y evaluar si es necesario administrar fármacos, cuidando los efectos que puede presentarse tanto en la mujer como en el producto (Dávalos et al., 2012).

La definición de la depresión posparto ha causado debate entre varios investigadores del tema, ya que, para algunos, la depresión en el embarazo y en el posparto tiene los mismos

síntomas que una depresión mayor, siendo solo la temporalidad lo que la define, mientras que otros consideran que la depresión perinatal es una entidad con características propias (Kiewa et al., 2022). En el DSM-V se menciona la depresión posparto en el capítulo de trastornos del estado de ánimo como parte de un Episodio Depresivo Mayor que puede presentarse en el embarazo y hasta los 6 meses después del parto (APA, 2014), debiendo cumplir, para ser diagnosticada, con los criterios de una depresión clínica, es decir, al menos presentar cinco de los nueve síntomas descritos en el DSM-V, entre los cuales deben de estar al menos uno de los primeros dos (tristeza o pérdida de placer) y estar presente al menos por dos semanas casi todos los días, casi todo el día.

Por su parte, entre los investigadores que consideran que la depresión perinatal es una entidad con características propias y que, por lo tanto, requieren un diagnóstico y tratamiento especializado se encuentra Beck, quien, en diferentes estudios cualitativos (Beck, 2013, Beck, 2022) encontró que los síntomas de depresión posparto que describen las mujeres son más del ámbito emocional que del físico. Las mujeres mencionan haber sentido una soledad insoportable, que no se sentían cómodas con nadie, ya que consideraban que no las entendían; por otro lado, consideraban que la muerte podría ser una opción para terminar con la pesadilla que estaban viviendo, donde los pensamientos obsesivos acerca de su pésimo desempeño como madre están presentes todo el día, así como ataques de ansiedad que las hacen sentir al borde de la locura. Además, consideran que su vida jamás volverá a la normalidad, y que han perdido totalmente el control de su ser, y que ya no tienen interés en las cosas que antes disfrutaban hacer, y están distraídas la mayor parte del tiempo. Respecto al bebé, viven constantemente con miedo y culpa por tener pensamientos sobre hacerle daño y realizan las actividades de cuidado de manera mecánica, sin sentir emociones positivas hacia el infante. La madre entonces considera que, en ese momento, más que cuidar a otro, es ella quien necesita ser contenida (Beck, 2013; Beck, 2022). Como se puede observar, los síntomas físicos como fatiga, cambios en los hábitos de sueño o de alimentación no están presentes en esta descripción, ya que las mujeres consideran que estas condiciones son normales en el embarazo o posparto.

Estos cambios físicos en los hábitos de las mujeres son parte de los argumentos que tratan de explicar a la depresión perinatal como un efecto de los cambios hormonales causados que se presentan durante la gestación y que los síntomas tanto físicos como emocionales desaparecerán conforme los niveles de estrógenos, oxitocina y cortisol

disminuyan (Schiller et al., 2015). Si bien aparecen síntomas de depresión durante las primeras dos semanas posparto debido a la producción excesiva de hormonas, estos desaparecen en poco tiempo, mientras que la depresión posparto continua presente si no se recibe atención psicológica o psiquiátrica. La tristeza asociada a los cambios hormonales se le conoce como tristeza posparto o *baby blues*, que suele aparecer en los primeros diez días después del parto y se presenta entre el 30% a 70% de las mujeres (Musters et al., 2008). Los síntomas más característicos de la tristeza posparto son labilidad emocional, irritabilidad, insomnio, llanto y ansiedad generalizada. Como ya se mencionó, estos síntomas desaparecen rápidamente y no requieren atención médica, solo comprensión y apoyo de las redes sociales de la madre (Degner, 2017).

Si bien se deben tomar en cuenta las características particulares de la depresión perinatal, en especial en la prevención y el tratamiento de esta, la clasificación descrita en el DSM-V es la más utilizada para realizar un diagnóstico a nivel mundial, por lo que en este trabajo se abordara la depresión perinatal desde esta perspectiva. A continuación, se dará un panorama epidemiológico de este problema de salud pública.

1.1.1 Prevalencia depresión perinatal

A nivel internacional, se calcula que entre el 2% y 33% de las mujeres embarazadas sufren este trastorno (Bennett et al., 2004; Gaynes et al., 2005; Castro e Couto et al, 2016; Woody et al., 2017), mientras que, en el posparto, entre el 12% y 20% de las mujeres se enfrentan a esta condición (O'Hara y Wisner, 2014; Shorey et al., 2018; Woody et al., 2017). En México se observa que entre 9% y 30.7 de las embarazadas presenta depresión (Ocampo et al., 2007; Gómez y Aldana, 2007; Lara et al., 2006; Lara et al., 2015; Luna et al., 2020) mientras que en el posparto la prevalencia se reporta entre el 13.8 y 24.1% (Ocampo et al., 2007, Alvarado-Esquivel et al., 2010., Almanza-Muñoz, et al 2011, De Castro et al., 2011, Lara et al., 2015; Flom et al., 2018). Es importante resaltar que el rango que se reporta en la prevalencia tanto en la depresión en el embarazo como la depresión posparto es muy amplio, y esto puede deberse a que no existe una homogeneidad en el tipo de instrumento que se utiliza para el diagnóstico de este padecimiento y el tipo de población que es evaluada (clínica o población general, urbana o rural) (Gaynes et al., 2005).

1.1.2 Factores de riesgo

En la etiología de la depresión posparto están presentes varios factores de riesgo, como los aspectos físicos, los sociodemográficos, los gineco-obstétricos, y los psicosociales. Los aspectos físicos que han mostrado relación significativa con la presencia de depresión posparto son problemas de salud previos, bajo o exceso de peso corporal y dismenorrea (Aydin et al., 2005; Eilat-Tsanani et al., 2006; Green et al., 2006; Nakku et al., 2006; Andajani-Sutjahjo et al., 2007; Sword et al., 2011; Eastwood et al., 2012; Gaillard et al., 2014). La edad, el nivel de ingresos, el nivel educativo, y el desempleo son factores de riesgo para vivir depresión posparto tanto en países desarrollados como en aquellos en vías de desarrollo (Boyce and Hickey, 2005; Segre et al., 2007; Kim et al., 2008; Goyal et al., 2010; Quelopana et al., 2011; Sword et al., 2011; Eastwood et al., 2012; Míguez et al., 2021).

En cuanto a los antecedentes ginecológicos o situaciones durante el embarazo, existe controversia sobre su impacto en la presencia de la depresión perinatal. El embarazo no planeado (Csatordai et al., 2007; Míguez et al., 2021) y el nacimiento a través de cesárea (Koutra et al., 2014; Míguez et al., 2021) está asociado a presentar depresión posparto en algunos casos, sin embargo, en algunas revisiones sistemáticas reportan que la presencia de estas condiciones no impacta sobre la salud mental de las mujeres (Norhayati et al., 2015). En países en vías de desarrollo, el sexo del bebé (Xie et al., 2011), presentar problemas de salud durante el embarazo, historias de abortos no provocados y el embarazo no deseado (Csatordai et al., 2007) son factores de riesgo para sufrir depresión posnatal.

En cuanto los factores de riesgo psicosociales, se ha encontrado tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo que la falta de apoyo social, insatisfacción con la relación de pareja, vivir eventos estresantes durante el embarazo, violencia de pareja, episodios de ansiedad y depresión previas vulneran a las mujeres a sufrir depresión posparto (Leung et al., 2005; Kitamura et al., 2006; Rich-Edwards et al., 2006; Lee et al., 2007; Bilszta et al., 2008; Leigh et al., 2008; Escribà-Agüir et al., 2011; Hamdan et al., 2011; Lanes et al., 2011; Gaillard et al., 2014; Míguez et al., 2021).

En México, la edad, el tener bajo nivel educativo, ser madre soltera, tener bajos ingresos, desempleo, abortos previos, tener una niña, miedo en el parto, embarazo no planeado/deseado, número de embarazos previos, falta de apoyo social, mala relación de pareja, eventos estresantes en los últimos seis meses, apego al papel tradicional, baja

resiliencia y violencia prenatal se relacionan con la presencia de depresión en el posparto (Alvarado-Esquivel et al., 2010; Almanza-Muñoz et al 2011; DeCastro et al 2011; DeCastro et al. 2015; Lara et al., 2016; Ibarra-Yruegas et al., 2018).

1.1.3 Consecuencias

Los problemas asociados y las consecuencias a largo plazo de la depresión perinatal son importantes no solo para la madre, sino también el bebé y para su entorno. La depresión durante el embarazo se asocia con conductas de riesgo de la madre, tales como, no buscar atención prenatal oportunamente, consumo de alcohol y drogas y déficit nutricional, factores que, a su vez, se relacionan con un riesgo mayor de tener un parto prematuro, un bebé con bajo peso al nacer y padecer depresión posparto (Field et al., 2006; Milgrom y Gemmill, 2014; Fedaku et al., 2020).

Por su parte, la depresión posparto dificulta el proceso de crianza, lo que tiene consecuencias en la salud del infante, quien puede presentar con mayor frecuencia problemas como diarrea, fiebre y malestar general, así como dificultad para establecer patrones de sueños y detrimento en su desarrollo motor, cognitivo, del lenguaje y social (Slomian et al., 2019). El impacto de la depresión posparto también se ve reflejado en la salud física de la madre, quien muestra mayor malestar físico, dificultad para establecer la lactancia, causando en el bebé mala nutrición y aumento de peso en la madre y consumo de sustancias, además la necesidad de acudir con mayor frecuencia a atención médica (Muzik y Borovska, 2010). Es común que la depresión posparto se vea acompañada de sintomatología ansiosa y episodios depresivos de mayor duración; de tener la sensación de vivir más situaciones estresantes, contar con escaso apoyo social y que las relaciones de pareja sean poco satisfactorias (Slomian et al., 2019). Las mujeres con depresión en el embarazo o posparto suelen sentirse irritables y abrumadas por las demandas de la maternidad, lo cual dificulta el contacto cercano con el bebé afectando el desarrollo de una relación de apego adecuado madre-hijo (Letourneau, et al., 2017; Slomian et al., 2019). La evidencia muestra una mayor presencia de apegos inseguros y desorganizados en hijos de madres deprimidas (Hayes et al., 2013; Martins & Gaffan, 2000)

Las dificultades en la relación madre-hijo genera una menor interacción entre ellos, afectando el desarrollo emocional, social y cognitivo del infante (Stein et al., 2014;

Brummelte et al. 2016), que se manifiesta como un apego inseguro hacia la madre (Murray, et al., 1997) y problemas emocionales a largo plazo (Stein et al., 1991), déficit cognitivo (Cogill, et al., 1986), y problema del comportamiento tanto en la escuela como en casa que dura hasta la adolescencia (Hay, et al., 2003). En los países de bajos ingresos, los bebés de madres deprimidas tienen un mayor riesgo de problemas de salud, como episodios más frecuentes de diarrea (Rahman, et al., 2004).

1.1.4 Costos

Además de las consecuencias físicas y emocionales que pueden estar presentes en las mujeres, el bebé y su entorno, la falta de atención a la depresión perinatal de forma oportuna puede generar gastos a la familia, así como a los servicios de salud (Bauer et al., 2016). Se estima que entre el 75% y 90% de las mujeres que sufren depresión perinatal no son detectadas dentro de las consultas de rutina en el primer nivel de atención (Woolhouse et al. 2009; Goodman and Tyler-Viola, 2010; Pereira et al., 2014). Esta situación puede implicar un mayor gasto en los servicios de salud a largo plazo.

Petrou y colaboradores, en un estudio realizado en Reino Unido, estimaron los costos de la depresión posparto en un estudio longitudinal, tomando en cuenta los gastos generados por la atención a la madre y a los bebés (Petrou, et al., 2002). Los seguimientos se realizaron a las 18 semanas, al año y 18 meses después del parto. Los costos promedio calculados durante los primeros 18 meses posteriores al parto fueron, 2,419£ libras (\$60,503.43 pesos mexicanos) para mujeres con depresión posparto y 2,027£ libras (\$50,698.82 pesos mexicanos) para mujeres sin depresión, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa.

En Estados Unidos, se realizó un estudio similar para conocer la relación entre la depresión posparto y los gastos de los servicios de salud, encontrando que las mujeres deprimidas generaron 87% más gastos en los servicios de salud en comparación con aquellas mujeres que no estaban deprimidas (Dagher, et al., 2012).

En un estudio más reciente realizado por Bauer y colaboradores (2016) se realizó un estudio de los costos ocasionados por la falta de atención oportuna a la depresión perinatal. Los resultados mostraron que los costos totales, incluyendo los relacionados con los efectos negativos en los hijos y las recaídas, implica para el sistema de salud un gasto aproximado de 75 218£ libras (\$1, 654, 796 pesos) por cada mujer que haya sufrido esta condición (Bauer

et al., 2016). En México, hasta nuestro conocimiento, no se han realizado estudios de estos costos.

1.2. Atención a la depresión perinatal.

A lo largo del capítulo se ha visto la necesidad de brindar atención oportuna a las mujeres que presentan depresión en el embarazo y en el posparto. Los estudios epidemiológicos que se han realizado en las últimas décadas sobre los trastornos mentales nos permiten conocer los factores de riesgo relacionados y así determina el perfil de aquellas personas que se encuentran en mayor riesgo de presentar algún problema de salud, por lo que se puede realizar estrategias de prevención que reduzca el número de personas que requieran atención especializada.

De acuerdo con la OMS (1998), la prevención se refiere a las acciones que tiene como fin evitar la aparición de un problema de salud, reduciendo los factores de riesgo y detener su desarrollo y disminuir las consecuencias.

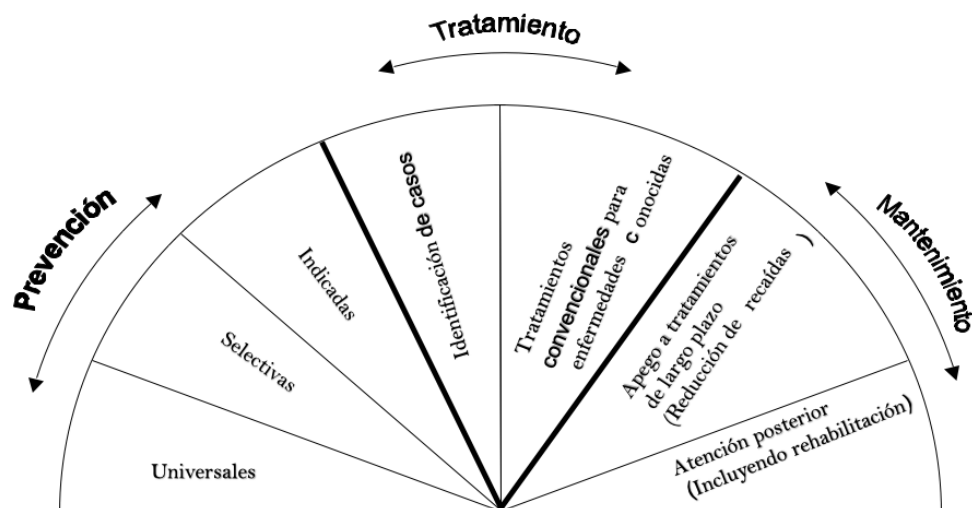
Mrazek y Haggerty, (1994) proponen un de clasificación basándose en el tipo de población a quien va dirigida la prevención, éstas son: universales, selectivas e indicadas.

- La prevención universal se define como aquellas intervenciones que se dirigen a toda la población o a un grupo determinado que no presenta riesgo de presentar la enfermedad.
- La prevención selectiva se dirige a un grupo de personas que presenta riesgo de desarrollar un trastorno mental ya que dentro de su historia existen factores de riesgo biológicos, psicológicos o sociales.
- La prevención indicada se dirige a personas identificadas como de alto riesgo, que ya presentan sintomatología leve de un trastorno mental, o marcadores biológicos indicando una predisposición para un trastorno mental, pero que aún no cumplen los criterios diagnósticos.

La prevención es el primer paso para la atención a un problema de salud mental. Desde el espectro de intervención en salud mental propuesto por Mrazek y Haggerty (1994) se debe detectar los posibles casos, ya sea evaluando los factores de riesgos asociados al trastorno o la severidad de sintomatología; y, en caso de que se considere necesario,

canalizar con el personal adecuado para recibir el tratamiento que ha demostrado ser efectivo para reducir el malestar. Haggerty y Mrazek (1994) incluyen en el tratamiento a las psicoterapias, grupos de apoyo, medicamentos y hospitalización. El tratamiento debe reducir el tiempo de duración de un trastorno, evitar que aumente su severidad y la aparición de recaídas futura (Figura 5).

Figura 5. El espectro de intervención en salud mental para los trastornos mentales.



Tomada de "Haggerty, R. J., & Mrazek, P. J. (Eds.). (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. National Academies Press".

En ocasiones es difícil diferenciar las intervenciones preventivas de aquellas enfocadas al tratamiento, para Tableman, y colaboradores (1985) la principal diferencia se refiere al momento en que se tiene acceso a ella, siendo los servicios de primer y segundo nivel, los espacios más adecuados para realizar la prevención y detección mientras que los servicios de tercer nivel se encargan de la atención especializada.

A continuación, se describirá brevemente como la prevención, la detección y el tratamiento son elementos fundamentales para reducir el número de casos de mujeres que se enfrentan a esta condición.

1.2.1 Prevención de la depresión perinatal

La prevención de la depresión perinatal busca reducir el número de casos identificando a las mujeres que presentan factores de riesgo y sintomatología leve para canalizarlas y reciban tratamiento de forma oportuna. De esta forma, han surgido diversas intervenciones psicosociales como terapias con elementos cognitivos conductuales (Cooper et al., 2003; Appleby et al., 1997), psicoterapia interpersonal (O'Hara et al., 2000), apoyo de pares (Dennis, 2003) y asesorías por parte del personal de salud (Holden et al., 1989; Wickberg y Hwang, 1996) las cuales han demostrado su efectividad para prevenir y tratar la depresión perinatal (Sockol et al., 2013; Mahdi et al., 2019). Estas intervenciones tienen como objetivo brindarles herramientas a las mujeres para modificar conductas negativas, darles motivación para buscar su bienestar emocional, brindarles información sobre los servicios de salud a los que pueden acudir si consideran que necesitan ayuda, manejar de mejor manera los estresores cotidianos a los que se enfrentan con la maternidad, mejorar sus estrategias de afrontamiento y buscar redes de apoyo (Dennis y Dowswell, 2013; Cluxton-Keller et al., 2018).

La mayoría de las intervenciones son grupales, lo que les permite ver a las integrantes que no son las únicas que presentan esas emociones y dificultades al cuidar a un hijo, además de que establecen redes de apoyo con sus compañeras, (Lara et al., 2003), sin embargo, este tipo de intervenciones presentan una gran deserción (Austin et al., 2008; Chabrol et al., 2007; Lara et al., 2010), y son difíciles de implementar en los servicios de salud y los facilitadores requieren que tengan experiencia en el manejo de grupos (Dennis y Dowswell, 2013).

En cuanto a las intervenciones individuales, también han demostrado ser efectivas en la reducción y prevención de depresión perinatal (Sockol et al., 2013; Dennis et al., 2013). Estas intervenciones fueron desarrolladas en países de bajos ingresos y que pueden ser implementadas por personal de salud no especializado en salud mental (Dennis et al., 2013). Entre las estrategias que se utilizan en estas intervenciones están las visitas domiciliarias por personal de enfermería (Dennis et al., 2013), apoyo telefónico de otras mujeres que están en condiciones similares (Dennis et al., 2013) folletos con información que se les da a las mujeres después del parto (Webster et al., 2003, Ho et al., 2009), entre otras.

1.2.2 Detección

Como ya se mencionó, la depresión perinatal es un trastorno que suele no ser diagnosticado, por lo que muchas mujeres no reciben ayuda oportuna; de esta forma la relación con el bebé y su entorno se ven afectados, así como su salud mental (Milgrom y Gemmill, 2015). Para poder prevenir y dar tratamiento a las mujeres que están en riesgo de presentar depresión posparto o que ya presentan, es importante detectar de manera oportuna. En diferentes países que han incluido en sus políticas públicas la atención a la salud mental perinatal, se recomienda implementar, dentro de la atención materno-infantil, la aplicación de instrumentos breves para detectar los posibles casos de depresión y canalizarlos con el personal de salud especializado (Hewitt et al., 2009).

Hewitt y colaboradores (2009) describen cinco estrategias para detectar la depresión perinatal: 1) evaluar la depresión posparto con instrumentos especializados; 2) evaluar la depresión posparto con instrumentos diseñados para diagnosticar depresión general; 3) evaluar la depresión en el embarazo con cuestionarios estandarizados que identifiquen la depresión actual o el riesgo de desarrollar depresión; 4) evaluar los factores de riesgo para identificar a las mujeres que pueden desarrollar depresión; y 5) capacitar al personal de salud para mejorar la identificación de síntomas clínicos y confirmar el diagnóstico con los diferentes instrumentos que existen.

Entre los instrumentos estandarizados más utilizados para detectar sintomatología depresiva en el embarazo y el posparto se encuentran la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D, por sus siglas en inglés; Radloff, 1977), el Cuestionario sobre la Salud del Paciente PHQ-9 (PHQ-9, por sus siglas en inglés; Kroenke, 2001), el Inventario de Depresión de Beck - II (IDB-II; Beck, 1996). En diferentes revisiones (Gaynes et al., 2005; Boyd et al., 2005; Hewitt et al., 2009) se han reportado las características psicométricas de estos instrumentos para población perinatal, mostrando buena confiabilidad y validez, sin embargo, se ha cuestionado el uso de estas escalas debido a que algunos síntomas físicos que se evalúan pueden confundirse con condiciones propias del embarazo, como el cambio significativo en el peso, cambios en los hábitos de sueño y cansancio y fatiga (Boyd et al. 2005). Pero en México, el CES-D fue validado en mujeres embarazadas mostrando una buena confiabilidad (Lara y Navarrete, 2012).

Para evitar esta confusión, se diseñaron instrumentos que miden características propias de la depresión perinatal, como son la Escala de Depresión Perinatal de Edimburgo

(EPDS, por sus siglas en inglés; (Cox et al., 1987) y la Escala de Detección de Depresión Posparto (PDSS, por sus siglas en inglés; Beck y Gamble, 2000). Estos instrumentos han demostrado un excelente desempeño psicométrico en la detección de depresión posparto (Gaynes et al., 2005; Boyd et al., 2005; Hewitt et al., 2009). En México, el EPDS ha sido validado en diferentes poblaciones, como en mujeres con embarazo de alto riesgo ($\alpha=0.84$) (Espíndola et al. 2004), en esposas de militares (Juárez et al., 2009), en mujeres que acuden a atención prenatal en Durango ($\alpha=0.86$) (Alvarado-Esquivel et al., 2014), mujeres que acuden a atención en la Ciudad de México (Flom, et al., 2018) y mujeres en el posparto en un hospital de tercer nivel de atención (Macías-Cortés et al., 2020). El PDSS también fue validado en México en mujeres en riesgo de depresión que acudían a hospitales públicos en la Ciudad de México (Lara et al., 2013), mostrando muy buenas características psicométricas ($\alpha=0.96$).

Por su parte, el Inventario de Predictores de Depresión Posparto Revisado (PDPI-R por sus siglas en inglés; Records, et al., 2007) evalúa los factores de riesgo relacionados con la depresión posparto, para que el personal de salud pueda identificar los problemas que afectan el estado emocional de las mujeres durante el periodo perinatal. En México, Ibarra-Yruegas y colaboradores (2016) validaron este instrumento en mujeres de bajos recursos que acuden a la atención prenatal mostrando buenas características psicométricas ($\alpha=0.84$).

En el primer nivel de atención, en donde las consultas son breves, se ha estudiado la viabilidad de detectar posibles casos de depresión con un instrumento de tres reactivos. En Australia y en Reino Unido utilizan las preguntas de Whooley y Arroll (Whooley et al., 1997; Arroll et al., 2005) en las consultas prenatales, para encontrar a mujeres en riesgo de depresión perinatal, y las canalizan al servicio de psicología para confirmar el diagnóstico (Howell et al., 2008; Darwin et al., 2016). En México se evaluaron las características psicométricas de las preguntas de Whooley y Arroll y se encontró que estas preguntas son adecuadas para detectar posibles casos de depresión durante el periodo perinatal (Navarrete et al., 2019). Estas preguntas pueden aplicarse durante las citas de control prenatal y consultas en el postparto para detectar de manera oportuna a mujeres en riesgo de depresión perinatal, recibir atención y así reducir las consecuencias adversas de la depresión perinatal en madres e infantes.

Implementar el uso de instrumentos de tamizaje para detectar depresión posparto dentro de la atención prenatal, ayuda a que las mujeres en riesgo de depresión sean

canalizadas y reciban atención oportuna para reducir su sufrimiento y establecer un vínculo adecuado con su bebé (Milgrom y Gemmill, 2015).

1.2.3 Tratamiento de la depresión perinatal

Como se ha visto, la alta prevalencia de la depresión perinatal y las consecuencias tanto en la diada mujer-bebé como en su entorno, vuelven necesario prevenirla, detectarla y brindar tratamiento de manera oportuna. A lo largo del mundo se ha realizado un esfuerzo por diseñar intervenciones que permitan reducir la presencia de los síntomas de depresión, así como prevenir la depresión en el posparto.

Para el tratamiento de la depresión perinatal es necesario considerar múltiples factores involucrados y las implicaciones que tiene sobre la madre y el bebé (Dois, 2012). De tal forma que se debe elegir bien si el tratamiento debe ser farmacológico o psicoterapia. Para tomar esta decisión se debe de tomar en cuenta la severidad de los síntomas y el diagnóstico clínico que presenta la madre. Si presenta depresión mayor, la mejor opción es el uso de antidepresivos (Gentile, 2007). En este sentido, se ha demostrado que algunos antidepresivos como la paroxetina y la sertralina no afectan al bebé si son amamantados, existen otros en los que la lactancia debe suspenderse, por lo que muchas mujeres prefieren abandonar el tratamiento (Lanza y Wisner, 2009; Molyneaux et al., 2018).

Dentro de las opciones de tratamiento de depresión posparto, existe la suplementación dietética, esta estrategia surge de la hipótesis de que ciertas deficiencias en la dieta de las mujeres en el embarazo y en el posparto pueden causar depresión posnatal. Si se brinda suplementos alimenticios para cubrir esta deficiencia, podría prevenirse este trastorno (Miller et al., 2013; Álvarez-Ramírez, et al., 2018; Middleton et al., 2018).

En cuanto a la psicoterapia, se debe de considerar un complemento del tratamiento farmacológico, en caso de depresión mayor. Cuando el diagnóstico es sintomatología depresiva severa o riesgo de depresión, las intervenciones psicosociales y psicológicas son una excelente opción (Dennis y Hodnett, 2007; Cuijpers et al., 2021).

Como se ha visto a lo largo del capítulo, la depresión perinatal es un problema de salud pública, por lo que detectar de manera oportuna a mujeres en riesgo de depresión perinatal puede ayudar a su atención para reducir sus consecuencias adversas en madres, infantes y familiares. En el siguiente capítulo se describirán los diferentes esfuerzos que se han realizado en diferentes países para reducir la prevalencia de la depresión perinatal.

CAPÍTULO 2. INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN A LA DEPRESIÓN PERINATAL DENTRO DE LOS PROGRAMAS DE ATENCIÓN MATERNO-INFANTIL.

El período perinatal es un momento excepcionalmente oportuno para las intervenciones de atención de salud. Centrándonos en la maternidad, podemos aprovechar el interés de las mujeres en adoptar comportamientos positivos de salud para invertir en el bienestar de sus hijos (Wisner et al., 2007).

Como se revisó en el capítulo anterior, la depresión perinatal requiere atención oportuna, por lo que se han desarrollado estrategias de prevención, detección y tratamiento a nivel mundial, de acuerdo con las necesidades de la población afectada. Sin embargo, en pocos países se ha establecido como política pública la atención de la salud mental perinatal. Por lo general, las acciones destinadas a reducir el número de mujeres que sufren algún trastorno emocional durante el embarazo y el posparto se han incluido dentro de la atención materno-infantil, incluyendo al personal de enfermería, trabajo social y médicos del primer nivel de atención. En esta unión de esfuerzos se aprovecha que la atención materno infantil es considerada un programa prioritario a nivel mundial, por lo que cuenta con los recursos y la infraestructura para brindar atención a la mayor parte de la población.

A continuación, se explicará brevemente a qué nos referimos con atención materno-infantil, su importancia a nivel mundial y cómo la salud mental se ha incluido en este programa.

2.1 Definición de atención materno-infantil

La atención materno-infantil se refiere a los cuidados que reciben las mujeres durante el embarazo, la gestación y el posparto que tienen como objetivo prevenir, diagnosticar y brindar tratamiento a las condiciones que pueden impactar sobre la morbilidad y mortalidad materna perinatal (SSA, 2008). La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que todas las embarazadas y recién nacidos del mundo deben de recibir una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo posnatal (OMS, 2018). Para que sea eficiente, se requiere que la atención sea *oportuna*, iniciando preferentemente en el primer trimestre del

embarazo; *periódica* para favorecer el seguimiento del embarazo; y contar con una *amplia cobertura* con el fin de reducir los índices de mortalidad materna y perinatal (SSA, 2017).

Los cuidados médicos durante el embarazo y el posparto cumplen la función de prevenir y detectar complicaciones maternas, así como la reducción de costos en la atención hospitalaria (Rouvier et al., 2011). La falta de una atención materno-infantil adecuada puede tener como consecuencia problemas en la salud de la madre y del bebé como la morbilidad y la mortalidad materno-infantil. Cada día en 2017, aproximadamente 810 mujeres murieron por causas prevenibles relacionadas con el embarazo y el parto (OMS, 2019); en cuanto a la mortalidad neonatal, en 2019 murieron en todo el mundo 2,4 millones de niños en su primer mes de vida. Cada día mueren unos 6700 recién nacidos, cifra que representa el 47% de todas las muertes de menores de 5 años (OMS, 2020). Una oportuna atención materna reduce el riesgo de que el bebé presente problemas de salud, bajo peso al nacimiento, o sea prematuro, lo que reduce costos de atención perinatal (Uribe et al, 2009).

La OMS (2016) realiza recomendaciones de atención para esta población para cumplir con actividades de promoción, diagnóstico y prevención de enfermedades que pongan en riesgo su salud.

En estas recomendaciones se establece que las mujeres durante la gestación deben acudir al menos a cuatro consultas de revisión (la primera durante los primeros cuatro meses del embarazo, la segunda ente el sexto y séptimo mes, la tercera a los 8 meses y la cuarta a los 9 meses), donde el médico debe verificar el estado de salud tanto de la futura madre como del producto, mandar las vacunas necesarias, detectar afecciones de riesgo (VIH, diabetes gestacional, preeclampsia, etc.), así como recibir la suplementación alimenticia necesaria, de acuerdo a sus condiciones de salud, información sobre lactancia, el uso de métodos anticonceptivos, reconocimiento de síntomas de riesgo en su salud y cómo reconocer las señales que indican el inicio del trabajo de parto (OMS, 2016).

En el mismo documento, se recomienda que, durante el posparto, tanto el bebé como la madre deben de ser revisadas en cuatro ocasiones: a las 24 horas después del parto, a las 72 horas después del parto, entre el día 7 y 14 postparto y la última cita de revisión a las seis semanas posparto. A lo largo de estas cuatro citas el bebé debe recibir las vacunas correspondientes (OMS, 2016).

La OMS (2016) considera que, llevando a cabo estas recomendaciones, se brinda a las mujeres una atención adecuada para prevenir complicaciones y reducir la mortalidad

materno-infantil. Sin embargo, esta atención no se brinda de igual manera en el mundo, debido a los diferentes sistemas de salud, así como a las diferencias en recursos humanos y financieros que presenta cada país.

Como se ha mencionado, la atención a la salud materno-infantil es una prioridad en salud a nivel mundial, y varios expertos han mencionado la importancia de incluir la salud mental a esta atención (Kendig, et al., 2017).

Los diferentes estudios que se han realizado para conocer las consecuencias físicas tanto en las madres como en los hijos han mostrado que existe relación entre los problemas de salud mental y la ausencia de autocuidado de las madres durante el embarazo, poniendo su salud física en peligro, así como el bajo peso al nacer que se relaciona con la mortalidad infantil durante el primer año de vida. En 2013, Rahman y colaboradores hablaron del esfuerzo que se venía realizando por parte de varias asociaciones para que la salud mental se integrara en los servicios de salud de atención primaria. En esa revisión se habla de tres experiencias positivas donde se logra implementar la salud mental en la atención materno-infantil: en Pakistán, Jamaica y Sudáfrica (Rahman et al., 2013).

En diferentes estudios se pudo observar que la incorporación de la salud mental a la atención materno-infantil en la atención primaria es factible, debido a que existe personal que está en contacto directo con las mujeres, así como a que las políticas de atención (número de consultas, exámenes físicos, etc.) permiten tener un seguimiento de las mujeres tanto en el embarazo como en el posparto (Bitew, et al., 2016). Sin embargo, esto suele ser complicado si no se cuenta con la capacitación y sensibilización del personal de salud, así como por la falta de recursos y políticas que faciliten ese proceso (Xue et al., 2020).

Para Rahman y colaboradores (2013) estas dificultades son más visibles en países de medianos y bajos ingresos, por lo que los retos planteados para hacer el binomio salud mental-salud materno infantil exitoso son los siguientes:

- Mejorar la colaboración entre los investigadores y profesionales de la salud para apoyar en la creación de protocolos de atención materno-infantil y salud mental.
- Desarrollar formas de integrar la detección, intervenciones básicas de salud mental en la atención primaria de salud de rutina.
- Seguir desarrollando intervenciones efectivas en las que participen personal no especializado que solo requieran de una capacitación mínima.

- Abordar el estigma relacionado con la enfermedad mental que podría impedir la integración de la salud mental en los programas de atención materno-infantil.
- Aumentar los servicios de atención y de investigación en los países de ingresos bajos y medios mediante la creación de centros regionales de investigación, educación, capacitación y práctica de salud mental que tomen en cuenta las necesidades de la población local.
- Desarrollar modelos sostenibles para capacitar y aumentar el número de proveedores para brindar atención basada en evidencia.
- Fortalecer el componente de salud mental en la capacitación de todo el personal de salud.
- Rediseñar los sistemas de salud para integrar la depresión materna con otras enfermedades crónicas y crear paridad entre las enfermedades mentales y físicas en términos de inversión en investigación, capacitación, tratamiento y prevención.
- Incorporar un componente de salud mental en los programas internacionales de ayuda y desarrollo de la atención materno-infantil.

Por su parte, la OMS publicó el documento “Pensamiento saludable. Manual para la atención psicosocial de la depresión perinatal” que forma parte del Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por sus siglas en inglés) con el objetivo de reducir la depresión materna y desarrollar el vínculo positivo entre la madre y el niño a través de técnicas cognitivo-conductuales y de educación sobre el desarrollo infantil. Este programa busca empoderar a la mujer para el control de su salud y el cuidado asertivo del niño (OMS, 2016). Este programa se desarrolló en Pakistán y ha sido probada en otros países como la India. La idea es que se utilice en países de bajos y medianos ingresos y que se modifique de acuerdo con el sistema de salud de cada país.

A continuación, se revisarán brevemente aquellos países donde se ha intentado integrar la atención a la salud mental en la atención materno infantil y qué tan exitosa fue la experiencia.

2.2 La atención de la depresión perinatal integrada a los programas de la atención materno-infantil. Ejemplo en otros países.

Para entender un poco más el contexto de cómo se ha tratado de implementar la atención a la salud mental en los programas de atención materno infantil en otros países, vale la pena hacer un breve análisis de las experiencias que han tenido Australia, Canadá, Estados Unidos, Reino Unido, Chile, India y Pakistán, países en los que se ha trabajado en la prevención de la depresión perinatal en los últimos 15 años.

2.2.1 Australia

Australia se encuentra conformado por 25, 043, 027 de habitantes, con un PIB de 1,100,449 millones de dólares de los cuales se destina el 6.3% a sus servicios de salud (Johnson, Stoskopf y Shi, 2018).

El gobierno se ocupa de proporcionar atención médica universal desde tres niveles: el federal, el estatal y el local. El gobierno federal es quien proporciona principalmente fondos, subsidiando a los proveedores de atención primaria a través del Esquema de Beneficios de Medicare (MBS por sus siglas en ingles) y el Esquema de Beneficios Farmacéuticos (PBS por sus siglas en ingles) y otorgando fondos para servicios estatales. Los estados son responsables del financiamiento de hospitales públicos, servicios de emergencia, atención dental pública, servicios de salud comunitarios y atención a la salud mental. Aportan sus propios fondos, además de lo proporcionado por el gobierno federal. Por su parte, los gobiernos locales financian programas comunitarios y de salud preventiva, como la inmunización y la regulación de las normas alimentarias (Commonwealth of Australia, 2017).

Respecto a la salud materno-infantil, el Departamento de Salud de Australia (2020) publicó una actualización a la guía de cuidado prenatal para los profesionales de salud involucrados en la atención al embarazo, el cual aborda la vigilancia, diagnóstico y tratamiento de aspectos físicos, así como relacionados con la depresión y ansiedad perinatal. En esta guía, propone que cuando es el primer embarazo y/o existen condiciones de riesgo, las usuarias deben acudir al menos a diez citas antes del parto, mientras que aquellas que su embarazo es subsecuente y/o no presentan algún riesgo se sugieren siete citas. Como parte de la atención a la salud mental, se recomienda aplicar a todas las mujeres embarazadas el

Inventario de Edimburgo y en caso de tener un puntaje mayor a doce, canalizar. Si presentan un puntaje entre 10 y 11, se sugiere evaluar nuevamente de 4 a 6 semanas después.

Durante cuatro años se implementó el “Programa Nacional de Depresión Posnatal Beyondblue” el cual se centró en lograr un cambio en la atención médica para las mujeres con depresión perinatal, para mejorar la detección y brindar tratamiento oportuno a fin de reducir las consecuencias en ellas y en su familia (Buist et al., 2008).

Esta atención se sigue ofreciendo de manera sistemática dentro del primer nivel de atención y participan enfermeras, parteras, médicos y personal de salud mental.

Recientemente, se publicó un artículo sobre cómo ha funcionado la detección en el embarazo en la prevención de la depresión perinatal, en el que se reportó que, si no existe una atención después de ser diagnosticadas, las mujeres pueden mantener la sintomatología depresiva a lo largo del tiempo. A pesar de los esfuerzos por brindar una atención integral, el estigma y barreras como falta de tiempo, financiamiento inadecuado, falta de lugares a donde canalizar, falta de capacitación y de recursos de referencia para casos complejos y falta de capacitación y la falta de atención en comunidades indígenas, afectan la efectividad de estos programas (Hirshler et al., 2021)

2.2.2 Canadá

Canadá es otro país que ha realizado grandes esfuerzos por prevenir la depresión perinatal, tiene 36,155,487 de habitantes con un PIB de 1,534,9373 de dólares, del cual 7.4% es destinado a los servicios de salud (Johnson, Stoskopf y Shi, 2018).

Las provincias y los territorios de Canadá son quienes organizan y brindan los servicios de salud. Por cada provincia se nombra a las autoridades responsables de distribuir y planificar la atención, entre las cuales se encuentra la hospitalaria, comunitaria, así como de los servicios de salud mental. Casi todos los proveedores de atención médica son privados.

El gobierno federal cofinancia los programas de salud, los cuales deben de cumplir con los cinco principios que marca la Ley de Salud de Canadá, que son los siguientes: 1) su administración es pública; 2) la cobertura debe ser integral; 3) universal; 4) accesible en todas las provincias, y 5) y de bajo costo. El gobierno federal también regula la seguridad y eficacia de dispositivos médicos, productos farmacéuticos y productos de salud naturales; financia investigaciones de salud; administra una gama de servicios para ciertas poblaciones (Mossialos et al, 2017).

Las provincias y territorios administran sus propios programas universales de seguro de salud, que cubren a todos los residentes. Por otro lado, dos terceras partes de la población cuenta con un seguro privado que cubre servicios excluidos del reembolso público, como atención oftalmológica, medicamentos recetados, servicios de rehabilitación, atención domiciliaria y habitaciones privadas en hospitales (Mossialos et al, 2017).

Respecto a la atención materno infantil, la sociedad de Obstetras y Ginecólogos de Canadá (SOGC, por sus siglas en inglés) en 1998 elaboró una guía de cuidados durante el embarazo y el parto, en donde se menciona que las mujeres deben recibir al menos 7 consultas durante su embarazo donde se describen a detalle cada uno de los aspectos a tratar en cada consulta como la importancia del ejercicio, las pruebas médicas, la alimentación, signos de riesgo entre otros aspectos (Lalonde et al., 2008). En esta guía no se aborda la exploración de la salud mental perinatal, sin embargo, el sistema de salud canadiense, a través del folleto “The Sensible Guide to a HEALTHY PREGNANCY” (2011) proporciona información sobre los síntomas de depresión y qué hacer en caso de sentirse triste durante el embarazo y el posparto. Así como en Australia, en Canadá no se encuentran resultados positivos, pues, la depresión perinatal sigue siendo un problema de salud subdiagnosticado debido a las barreras que encuentran las mujeres al momento de recibir atención (Bayrampour et al., 2018).

2.2.3 Estados Unidos

En Estados Unidos, también han realizado esfuerzos para prevenir la depresión perinatal desde varias instituciones y asociaciones. Este país está conformado por 324, 289, 210 habitantes y un PIB de 20, 512, 000 millones de dólares, de los cuales destina el 8.3% a los servicios de salud (Johnson, Stoskopf y Shi, 2018).

Posee un modelo de atención básicamente privado; con servicios públicos limitados proporcionados por las agencias Medicare y Medicaid siguiendo el modelo o sistema de libertad de empresa, y en el cual la actividad médica es vista como un negocio, la cobertura, la cantidad y calidad de los servicios es proporcional al poder adquisitivo del usuario; razón por la cual este sistema al que pertenecen más de las dos terceras parte de los médicos de ese país, es administrado por los empleadores (Mossialos et al, 2017).

La atención prenatal en los Estados Unidos propone para los primeros embarazos sin problemas de salud asistir a consulta cada 4 semanas hasta las 28 semanas, después cada 2 semanas hasta las 36 semanas y semanalmente hasta el parto (Dyer et al., 2018).

A diferencia de otros países, son diferentes las asociaciones que proponen atender la salud mental perinatal. La asociación de enfermeras pediátricas, en el 2011, redactaron un documento en el cual se sugiere evaluar y brindar apoyo a las madres para lograr el bienestar familiar y el bebé se desarrolle en las mejores condiciones. Para esto, las enfermeras pediátricas deben contar con las habilidades para detectar posibles casos de depresión perinatal durante el primer año posparto (Docherty et al., 2020). En el 2018, el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia publicó su opinión sobre la detección de depresión en el embarazo y posparto. Aunque la evidencia sobre los beneficios de la detección oportuna es baja, se recomendó que los médicos deben evaluar a las pacientes al menos una vez durante el periodo perinatal para detectar síntomas de depresión y ansiedad. Las mujeres con historia de depresión o ansiedad, y/o que presenten factores de riesgo de depresión perinatal, deben recibir un seguimiento a lo largo del periodo de gestación (AcoO, 2018).

Kendig y colaboradores (2017) resumen la opinión de varias asociaciones norteamericanas, las cuales consideran que la detección por sí misma no previene la depresión perinatal. Los sistemas de salud deben ofrecer a las pacientes intervenciones accesibles y monitorear a las mujeres que han sido identificadas con depresión perinatal. En ese sentido, Russomagno y Waldrop (2019) consideran que todas las guías deberían de estandarizar la detección de depresión posparto e implementar un algoritmo de referencia en el entorno perinatal que permita identificar el mayor número de casos y canalizar a tratamiento de manera oportuna para así mejorar la salud materna e infantil.

2.2.4 Reino Unido

Reino Unido, país conformado por 65 217 975 habitantes y un PIB de 2 787 741 mil millones de dólares, de los cuales destina el 7.6% a los servicios de salud (Johnson, Stoskopf y Shi, 2018), trabaja desde el primer nivel de atención para detectar y prevenir la depresión perinatal.

El Servicio Nacional de Salud (NHS, por sus siglas en inglés) es el encargado de brindar las prestaciones de salud en Reino Unido. El financiamiento proviene del pago de impuestos de la población y del presupuesto nacional. El NHS también recibe ingresos de

copagos, personas que usan servicios del NHS como pacientes privados y algunas otras fuentes menores. El NHS está dividido en la actualidad en cuatro regiones: el de Inglaterra, el de Escocia, el de Gales y el de Irlanda del Norte (Mossialos et al, 2017).

La cobertura es universal y en gran parte gratuita. Alrededor del 10.9% de la población del Reino Unido cuenta con un seguro de salud voluntario privado (Mossialos et al, 2017). El seguro privado ofrece un acceso más rápido a la atención, especialmente para los procedimientos hospitalarios (Mossialos et al, 2017).

Reino Unido cuenta con una serie de Guías elaboradas por el National Institute for Health and Care Excellent (NICE) donde se establece las pautas de atención que deben seguirse para diferentes condiciones de salud. Estos criterios están basados en la evidencia para la atención prenatal, intraparto y posnatal, y para la salud mental prenatal y posnatal (NICE, 2014). La atención es otorgada principalmente por parteras y obstetras, brinda oportunidades para que las mujeres tengan contacto con los servicios de atención médica (NICE, 2014). Para las mujeres que tienen un bajo riesgo obstétrico y médico, se recomiendan nueve consultas prenatales a las mujeres primíparas y siete para aquellas que ya han tenido hijos (NICE, 2014). La mayoría de las mujeres dan a luz en hospitales públicos, y solo el 3% en hospitales particulares (Office for National Statistics, 2020).

Las parteras son quienes brindan la atención en el hospital y dentro de la comunidad, haciendo visitas a domicilio, centros comunitarios y centros infantiles durante los primeros 28 días después del parto. Después de este periodo, las visitas a domicilio son realizadas por enfermeras comunitarias (Johnson, Stoskopf y Shi, 2018). Respecto a la Salud Mental, la guía NICE (2014) recomienda que los profesionales de primer nivel de atención deben incluir dentro de las actividades la detección de depresión perinatal, desde la primera consulta, hasta 3-4 semanas posparto para identificar condiciones de riesgo.

Otro personal de salud involucrado en la atención al embarazo, parto y el período posnatal temprano en Reino Unido, son los trabajadores sociales, voluntarios, acompañantes en el proceso de amamantamiento, consejeros y doulas (mujeres que brindan apoyo a otras mujeres) (NICE, 2014).

En el 2016 se realizó una evaluación sobre los servicios de salud mental en este país, observando que aún no se ofrece a todas las mujeres que presentan algún problema de salud mental durante el embarazo, una atención integral, por lo que se estableció un plan para

reducir las brechas existentes a los servicios de salud, apostando por el trabajo comunitario, invirtiendo en mejorar los servicios existentes y en la formación de profesionales de la salud especializados en salud mental perinatal (National Collaborating Centre for Mental Health, 2017).

2.2.5 Chile

Chile es un país conformado por 17,574,003 habitantes y un PIB de 454 344 millones de dólares, de los cuales destina el 3.9% a los servicios de salud (Johnson, Stoskopf y Shi, 2018). El Sistema de Salud chileno es mixto, compuesto de fondos públicos y privados. El sector público está integrado por organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), principalmente el Ministerio de Salud (MINSAL). La función principal del SNSS es brindar prestaciones de salud a través de una red asistencial compuesta por Hospitales, Consultorios Urbanos y Rurales, y Estaciones Médico-rurales y Postas Rurales. El financiamiento proviene de la recaudación fiscal y de recursos públicos, además de un aporte obligatorio de los asalariados que corresponde al 7% de sus sueldos (Johnson, Stoskopf y Shi, 2018).

En cuanto al cuidado prenatal, las guías de atención sugieren que sean cada 4 semanas durante el primer trimestre de embarazo, cada tres semanas entre la semana 28 y 36 y cada semana a partir de la semana 37. Este control prenatal es idéntico al que está implementado en Estados Unidos.

Respecto a la salud mental perinatal, el MINSAL publicó un protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento en el 2014, dirigido a todos los profesionales de la salud del primer nivel de atención que participan en la atención prenatal. En este protocolo se sugiere aprovechar las citas de control establecidas para detectar factores de riesgo, así como aplicar un instrumento de tamizaje (en este caso el EPDS) para diagnosticar de manera oportuna depresión perinatal. Cuando el puntaje de esta escala se encuentra entre 10 y 12 es importante darle seguimiento a esta condición y volver a evaluar en las siguientes citas. En caso de que el puntaje de la escala EPDS sea igual o mayor a 13, es necesario canalizar al departamento de salud mental (Minsal, 2014).

Rojas y colaboradores (2018) exploraron las barreras que se presentan para recibir atención a la depresión perinatal entre el tamizaje y el tratamiento, reportando que, si bien la realización del tamizaje pudo promover el contacto inicial de posibles casos de depresión

con los servicios de salud mental materna, esto no significó que todas las mujeres obtuvieran tratamiento. Para reducir esta brecha es necesario capacitar al personal implicado para que conozca las condiciones específicas de la depresión perinatal y se maneje de manera adecuada (Rojas et al., 2018).

2.2.6 India y Pakistán

India cuenta con 1,210,193,422 habitantes y un PIB de 9,489 billones de dólares, de los cuales destina el 1.4% a los servicios de salud (Johnson, Stoskopf y Shi, 2018). La calidad del cuidado médico en la India varía considerablemente y es limitado o inaccesible para la población de las áreas rurales. Como en la mayor parte de los países que se ha revisado, cuenta con el servicio médico público y privado. El gobierno financia los hospitales públicos regionales, los centros de salud primaria y los subcentros sanitarios, además de organizar campañas de prevención e inmunización, tomando en cuenta que en este país aún hay una alta mortalidad debido a enfermedades infecciosas. Sin embargo, debido a la geografía, al difícil acceso a los servicios de salud, la baja calidad y satisfacción con los servicios públicos, ha aumentado la demanda del sector privado, lo cual es financiado directamente de los ingresos de la población (Gangolli, Duggal, Shukla, 2005).

Respecto a la atención prenatal, este país tenía altas tasas de mortalidad materno-infantil, justo por la falta de atención dentro de las comunidades y a las barreras para tener acceso a los servicios. Por esta razón se han implementado varios programas como Pradhan Mantri Surakshit Matrutava Abhiyan (PMSMA), implementado en 2016 que tiene como objetivo identificar embarazos de riesgo en el segundo y tercer trimestre; Pradhan Mantri Matru Vandana Yojana (PMMVY) que busca que las mujeres den a luz en hospitales, Mamta Ghar el cual busca que las mujeres cuenten con acceso a una atención continua, que incluye el manejo adecuado del embarazo, el parto, la atención posparto y el acceso a atención obstétrica que salve vidas cuando surgen complicaciones (Chauhan et al. 2019). Otros programas que están enfocadas en el parto son Mamta Sakhi, que promueve que una mujer miembro de la familia esté al lado de la mujer embarazada en el momento del parto dentro de las instituciones gubernamentales, Mamta Doli que tiene cómo llevar a las mujeres embarazadas a un punto cercano al servicio de ambulancias y de ahí ser llevadas a los hospitales públicos, Mamta Card que se desarrolló como una herramienta para que las familias aprendan, entiendan y sigan prácticas positivas para lograr la buena salud de

mujeres embarazadas, madres jóvenes y niños (Mehta, Pandya, Solanki, 2016). Estos programas han logrado reducir casi al 50% las tasas de mortalidad materno-infantil y son operados por visitantes de salud, enfermeras comunitarias y parteras (Chauhan et al. 2019).

Mientras tanto, Pakistán, país que cuenta con 207 774 520 habitantes y un PIB de 1,060 billones de dólares, de los cuales destina el 0.9% a los servicios de salud- el país con menos recursos destinados a salud en este breve análisis de sistemas de salud- (Johnson, Stoskopf y Shi, 2018). Pakistán tiene un sistema de salud mixto que incluye organismos públicos, paraestatales, privados, de la sociedad civil, y agencias donantes. La prestación de servicios de salud tiene como objetivo brindar servicios preventivos, de promoción, de tratamiento y de rehabilitación. El sector privado atiende al 70% de la población a través de un grupo personal de salud y curanderos tradicionales (Nishtar et al., 2013). La mayor fortaleza del sistema de salud pública de Pakistán es la atención primaria brindada a nivel comunitario por trabajadoras sociales, visitadoras de salud y parteras comunitarias, las cuales cuentan con la aceptación y respeto de la comunidad (Kurji et al., 2016).

Como en la India, la atención prenatal es una de las prioridades de salud en Pakistán, debido a las altas tasas de mortalidad materno-infantil que han presentado a lo largo del tiempo (Khan, et al., 2013). Para reducir estos datos, se ha considerado que todas las mujeres embarazadas deben recibir al menos 4 consultas durante la gestación y una consulta posparto en los primeros 42 días después del parto para recibir vacunas, vigilar la lactancia y darle seguimiento al estado de salud de la madre (Asim, Malik, Siddiqui, Nawaz, Ali, 2017). En Pakistán, la mayoría de las mujeres dan a luz en su casa apoyada por parteras o familiares directos (WHO, 2006), y solo acuden a atención prenatal institucionalizada cuando presentan alguna complicación de salud (Khadduri, Marsh, Rasmussen, Bari, Nazir, Darmstadt, 2008). Así como en la India, la atención comunitaria es otorgada por enfermeras comunitarias, parteras y trabajadoras sociales. Dentro de las instituciones, médicos especializados en gineco-obstetricia y enfermeras son quienes brindan la atención (Memon, Khan, Soofi, Muhammad, Bhutta, 2013).

Respecto a la depresión perinatal, la prevalencia es alta tanto en la India como en Pakistán (15.6% en el embarazo y 19.8% en el posparto; Fisher et al., 2012) y por la falta de recursos económicos y humanos, no logran brindar la atención necesaria a todas las mujeres que lo solicitan, por lo que han implementado el programa pensamiento saludable de la OMS, -el cual fue desarrollado en comunidades rurales de Pakistán- (Rahman, 2007) y

debido a la saturación en sus servicios, quienes proporcionan la intervención son pares que han vivido depresión perinatal que han sido capacitados por personal de salud para brindar la atención adecuadamente (Atif et al., 2021). Las usuarias consideran que esta intervención es útil, logran disminuir los síntomas depresivos y están de acuerdo en que la intervención la lleven a cabo otras madres que han vivido lo mismo que ellas. Esta intervención es recomendada a mujeres, las cuales responden de manera afirmativa a las Preguntas de Whooley (Whooley et al., 1997) para detectar depresión perinatal. Este instrumento, así como el PHQ-4 se aplican como parte de los cuidados prenatales en el embarazo (Waqas et al., 2021).

Entre el 2014 y 2016, se evaluaron en ambos países la eficacia del programa Pensamiento Positivo. En Pakistán los resultados no fueron tan positivos, ya que la intervención no logró impactar en la gravedad de los síntomas ni en la remisión de la depresión perinatal a los seis meses, en comparación con la atención habitual. Sin embargo, a los tres meses si hubo reducción en la sintomatología depresiva (PHQ-9=6.11) y en los puntajes de discapacidad (WHO-Disability Assessment Schedule score=15.48) en comparación con el grupo control (PHQ-9=7.82; WHO-Disability Assessment Schedule score=17.50) y las mujeres que recibieron la intervención reportaron mejorar sus habilidades para obtener apoyo social, tanto a los tres como a los seis meses (Sikander, et al., 2019).

En la India, esta intervención tuvo mayor éxito y existieron diferencias en la remisión de síntomas a los seis meses entre el grupo de intervención y el grupo control (Fuhr et al., 2019). También se redujo la severidad de síntomas depresivos, los puntajes de discapacidad a los tres meses en el grupo de intervención en comparación con el grupo control, así como mejoras en las habilidades para obtener apoyo social tanto a los tres como a los seis meses (Fuhr et al., 2019).

En ambos países consideraron que, si bien no fueron los resultados esperados, la intervención impacta en el bienestar de las mujeres y reduce los costos de tratamiento en esta población (Sikander, et al., 2019; Fuhr et al., 2019).

Después de este breve análisis, se puede observar que la detección y prevención de la depresión perinatal es una estrategia que puede incluirse como parte de la atención prenatal, y que se debe incluir a los profesionales de la salud que participan en la atención materno-infantil sensibilizándolos y capacitándolos previamente en la atención a este

problema. La implementación de estas acciones se ve beneficiada cuando los tomadores de decisiones incluyen a la salud mental perinatal en las políticas públicas y se lucha por reducir la brecha de atención, otorgando recursos y apoyando a la formación de profesionales de la salud en esta área. También es importante que en los servicios de salud se realice un seguimiento a las mujeres identificadas con depresión perinatal y garantizar que cuenten con opciones de tratamiento y que las usuarias que buscan ayuda, no se sientan estigmatizadas por el personal de salud. Estos puntos deben tomarse en cuenta independientemente del tipo de sistema de salud, el nivel socioeconómico de cada país o los recursos humanos con los que cuente.

Pero, ¿qué sucede en nuestro país, ¿es posible contar con un sistema de salud y una normatividad que permita que la atención a la salud mental se pueda integrar a la atención materno-infantil? A continuación, se analizará el panorama en nuestro país.

2.3 Atención materno-infantil en México.

Nuestro país está conformado por 126,014,024 habitantes y un PIB de 10, 045,68 millones de dólares, de los cuales se destina el 5.6% a los servicios de salud (Johnson, Stoskopf y Shi, 2018).

Las políticas de salud de las últimas décadas han buscado establecer los mecanismos adecuados para que las mujeres embarazadas y el recién nacido puedan tener acceso a la atención prenatal y recibir un servicio médico de calidad durante el embarazo, el parto y el puerperio, independientemente de su nivel socioeconómico o la zona del país en la que viva (SSA, 2013). En 1995 se publicó la Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, “Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio”, para establecer los criterios de atención que deben de seguir todas las instituciones de salud para brindar cuidados perinatales. Posteriormente, en el 2009, se estableció que todas las mujeres deben de ser atendidas durante el parto, cuenten o no con seguridad social en cualquier hospital, sea del IMSS, ISSSTE o de la Secretaría de Salud.

En 2010, se hicieron modificaciones a la norma oficial, tratando de ofrecer una mejor atención a la población, buscando reducir la tasa de mortalidad materno-infantil. El proyecto de la nueva norma fue publicado en ese año para ser evaluada por expertos, siendo finalmente publicada en el 2016.

En esta norma se establece que la atención materno-infantil debe de ser prioritaria en los servicios de salud, ya que en nuestro país se busca cumplir con los Objetivos de Desarrollo Sostenibles propuestos por la ONU en donde se busca disminuir la tasa de mortalidad materno-infantil. De acuerdo a esta norma, la atención prenatal se define de la siguiente manera: “la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida. La atención prenatal incluye la promoción de información sobre la evolución normal del embarazo y parto, así como, sobre los síntomas de urgencia obstétrica; el derecho de las mujeres a recibir atención digna, de calidad, con pertinencia cultural y respetuosa de su autonomía. Todas estas acciones se deben registrar en el expediente clínico” (SSA, 2018).

De acuerdo con la norma, el personal de enfermería que ofrece atención prenatal debe contar con una especialidad en gineco-obstetricia o ser parteras técnicas o tradicionales, que tengan capacitación para realizar el acompañamiento de las usuarias durante el embarazo e identificar situaciones de riesgo para la madre y el producto.

Uno de los principales cambios que se dieron en la normatividad, fue el número de consultas; hace 20 años se establecía que deberían ser cinco consultas en el embarazo y actualmente se recomiendan ocho consultas: dos en el primer trimestre, tres en el segundo trimestre y tres en el tercer trimestre. Se considera que al menos deben ser cinco consultas para poder vigilar adecuadamente el estado de salud del binomio.

En la primera consulta se debe realizar el expediente de la madre, identificando datos sociodemográficos, problemas de salud, antecedentes familiares, antecedentes gineco-obstétricos. Otro de los cambios que se marcan en la normatividad es que en esta primera consulta se deben abordar tres aspectos que pueden estar impactando la salud mental de la mujer gestante: el consumo de sustancias, la violencia de pareja y la presencia de sintomatología depresiva o algún otro trastorno mental que esté relacionado con el embarazo. Cabe mencionar que no se indica cómo los médicos deben explorar estos temas ni que instrumentos de tamizaje utilizar para la detección de estos problemas de salud mental ni tampoco existen lineamientos para otros problemas de salud mental que no estén relacionados con el embarazo. Para conocer el estado de salud de la madre y del producto, se deben solicitar análisis clínicos (química sanguínea, biometría hemática, grupo sanguíneo

y factor Rh), examen general de orina para detectar infecciones en las vías urinarias y un ultrasonido para detectar riesgos fetales.

También en la primera consulta se debe ofrecer a las mujeres la opción de realizarse la prueba para detectar sífilis y VIH. Estas pruebas no son obligatorias, pero una consejera debe resaltar la importancia de una detección oportuna de ambas enfermedades para el desarrollo del feto y tener los cuidados adecuados durante el parto y el posparto.

En las consultas subsecuentes, se debe informar a las usuarias sobre diferentes aspectos de salud en el embarazo, con el fin de que estén informadas sobre los factores de riesgo, estilos de vida saludable, aspectos nutricionales, lactancia materna exclusiva y planificación familiar. En cada consulta, ya sea el personal de enfermería o el personal médico, deben mencionar los signos de alerta para que las mujeres detecten de manera oportuna alguna condición de riesgo y puedan ser canalizadas para recibir atención en el segundo o tercer nivel, según la gravedad de su estado. En las consultas las mujeres deben contar con el espacio para resolver sus dudas, en especial las que cursan su primer embarazo y cuentan con menos información. La norma sugiere llevar un control de los niveles de glucosa en cada consulta, así como de la presión arterial y de posibles infecciones de vías urinarias. De igual forma, se sugiere realizar un ultrasonido al menos cada trimestre para determinar el bienestar materno-fetal. En caso de que las usuarias no hayan accedido a realizarse la prueba de VIH en los primeros trimestres, la norma sugiere hablar con las mujeres nuevamente para realizar la prueba antes del parto o durante el posparto.

La participación de otros profesionales de la salud es importante, como el de nutrición y el de odontología, que permitirá prevenir condiciones comórbidas al embarazo, como las infecciones periodontales y promover el autocuidado. Las interconsultas deben quedar registradas en el expediente.

La norma también establece los cuidados que se deben de llevar a cabo durante el parto y el posparto, la mayoría de ellos no competen al primer nivel de atención. En la norma se sugiere que se debe de ir a consulta en los primeros tres días para revisión y a los veintiocho días.

La mujer vuelve a acudir al primer nivel de atención en las primeras setenta y dos horas después del parto, para realizar el tamiz neonatal, solo en caso de que no se haya realizado en el hospital donde tuvo al infante.

Posteriormente, en la norma oficial “Para la atención a la salud de la infancia” (SSA, 2015), en la búsqueda de la atención integrada al niño, se propone capacitar a los padres en el primer año de vida del infante sobre cuidados del recién nacido, nutrición y lactancia materna y capacitación en estimulación temprana para favorecer su desarrollo motor. Al registrar el expediente, se les da el esquema de vacunación en el cual se establece que se deben cumplir durante el primer año con seis vacunas y sus refuerzos.

Respecto a la salud mental en este periodo, en una revisión realizada a las políticas en depresión posparto en México, Place y colaboradores (2016) reportaron que no existen acciones establecidas en el Plan de salud para prevenir y manejar la depresión posparto. Sin embargo, en los últimos 5 años, se ha hecho una revisión, tanto en las guías clínicas de atención al embarazo como en las Normas Oficiales de Salud para incluir la depresión perinatal dentro de las políticas públicas. A continuación, se describirán brevemente estos cambios.

En el reglamento de la Ley de Salud Mental de la Ciudad de México (2014), en el artículo 18 se considera prioritarios los trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio, específicamente a la depresión prenatal y posparto y psicosis posparto y entre las actividades a realizar por el personal se determina que las acciones a seguir es la prevención a través de actividades dentro de los centros de salud o utilizando los medios de comunicación como redes sociales, internet, mensajes, aplicaciones, etc. Además de organizar eventos masivos, como foros, congresos, seminarios, talleres y el diseño de publicaciones, para brindar a las personas elementos para identificar a la enfermedad. En esta misma ley se estipula las actividades que deben de desempeñar los psicólogos, el psiquiatra, el personal de enfermería y de trabajo social para el manejo de la salud mental, sin especificar las acciones para cada trastorno.

Como ya se dijo, en la norma oficial “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida,” actualizada en el 2016, se menciona, dentro de las disposiciones generales, que durante las consultas y revisiones médicas se deben de identificar datos de depresión o cualquier trastorno en relación con la salud mental durante el embarazo, el parto y el puerperio (SSA, 2018).

En la Guía “Detección temprana del abuso físico desde el nacimiento hasta los 12 años para el primer nivel de atención” del 2011, se considera la depresión posparto como un factor de riesgo para el maltrato físico que debe indagarse dentro de la historia clínica de las

madres que ejercen este tipo de violencia (CENETEC, 2011). En la más reciente actualización de la guía de “Prevención, Diagnóstico y Tratamiento en el Binomio madre-hijo con infección por el VIH”, en el apartado atención durante el nacimiento de la mujer con infección por el VIH, se recomienda dar seguimiento a las madres después del parto para manejar de manera oportuna la presencia de depresión posparto (CENETEC, 2016). También en la versión más reciente de la guía “Intervenciones de Enfermería en la paciente con Preeclampsia/Eclampsia”, se sugiere que el personal de enfermería debe brindar información a las mujeres sobre situaciones que puede enfrentar debido a su embarazo de alto riesgo, entre ellas la depresión posparto (CENETEC, 2011), así como en la guía “Control prenatal con enfoque de riesgo” en la que se menciona que existe una relación entre depresión prenatal y depresión posparto por lo que es importante identificar a las mujeres con síntomas durante la gestación para reducir el riesgo de depresión posnatal (CENETEC, 2009).

Para contar con una estrategia que permitiera atender adecuadamente la depresión posparto, en el 2016, se elaboró la Guía de Práctica Clínica “Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Depresión Prenatal y Posparto en el Primero y Segundo niveles de atención” por la Secretaria de Salud (SS), la Secretaria de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaria de Marina (SEMARNAT) y el Consejo de Salubridad General, conformada por el Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Petróleos Mexicanos (PEMEX), Academia Nacional de Medicina y la Academia Mexicana de Cirugía, en la cual se establecen recomendaciones para identificar con precisión y eficacia el tratamiento de problemas de salud mental en el periodo perinatal, que permitan una mejor comunicación entre los profesionales de la salud y la madre y su pareja; que ayude a los profesionales de salud a contar con elementos para apoyar a las mujeres y contribuir a la aplicación de enfoques eficaces para la atención perinatal de la salud mental. Esta Guía está basada en las diversas guías internacionales que se han diseñado para abordar la depresión perinatal, en Reino Unido, Escocia, Australia, Nueva Zelanda, Estados Unidos y Chile. Sin embargo, al no ser la depresión perinatal un problema prioritario dentro del Plan Nacional de Salud, esta guía no se aplica dentro de los centros de atención de segundo y primer nivel. Esta guía fue actualizada en el 2021, sin embargo, sigue sin la

difusión y sin que se realicen las acciones necesarias para capacitar al personal de salud en su uso y en su implementación.

En cuanto a prevención, en 2009 se diseñó una intervención psicoeducativa en mujeres con riesgo de depresión posparto con el objetivo de prevenir la depresión posparto (Lara et al., 2009) probada en diferentes escenarios (un hospital de tercer nivel de atención que atiende embarazos de alto riesgo, una clínica de especialidad que brinda atención ginecológica y obstétrica a personal y familiares del Ejército y un centro de salud de primer nivel de atención, todos de carácter público), mostrando su eficacia y aceptación por parte de las usuarias (Lara, Navarro, Navarrete, 2010). Esta intervención consiste en 8 sesiones grupales de dos horas cada una de ellas en las que se da a las participantes información sobre depresión posparto, así como estrategias de enfoque cognitivo-conductual para reducir la sintomatología depresiva como realizar actividades placenteras, incrementar el autocuidado, aumentar las redes de apoyo y mejorar la manera de comunicarse con su entorno social (Lara et al., 2009). A pesar de ser una intervención que redujo la incidencia de la depresión posparto, no fue adoptada por los servicios de salud.

A lo largo de este capítulo se han descrito los grandes esfuerzos que se han realizado para brindar atención a la salud mental perinatal en diferentes países, a través de la atención a la salud materno-infantil. Independientemente de los recursos con los que se cuenten, el mayor problema es que se requiere a personal capacitado y sensibilizado para brindar la atención en las consultas prenatales y posnatales, así como un seguimiento a las mujeres para que lleguen a los servicios de salud mental cuando son canalizadas y en especial que puedan acceder a servicio psicológico o psiquiátrico si lo necesitan. Tomando en cuenta que el personal de salud mental no es suficiente para cubrir las necesidades de la población, es fundamental capacitar al personal de salud que participa en el primer nivel de atención para estas labores. Y de esto se hablará en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 3. CAMBIO DE TAREAS Y ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL PERINATAL.

El cambio de tareas es un proceso mediante el cual se asignan tareas específicas a personas con poco entrenamiento en salud para reorganizar al personal y hacer uso más eficiente de los recursos humanos existentes y aliviar así la carga que implica la prestación de los servicios.
(OMS, 2008)

Se sabe que son pocos los países de bajos ingresos que cuentan con los profesionales de la salud necesarios para cubrir las necesidades de atención de la salud mental de la población. Considerando esta situación es importante explorar las alternativas que existen para brindar atención a las personas que así lo requieran (Chowdhary, et al, 2014). En los diferentes países analizados anteriormente, se observa que no solo los profesionales especializados en salud mental participan en la atención a la depresión perinatal, se incluye en las acciones de prevención, diagnóstico y tratamiento principalmente a médicos, enfermeras y trabajadoras sociales desde el modelo de cambio de tareas.

Cambio de tareas o *task shifting* es una estrategia en donde se incluye a personal de salud no especializado para cubrir las demandas de atención cuando no se cuenta con los suficientes recursos humanos. Esta estrategia ha demostrado ser eficaz para mejorar el acceso a los servicios de salud, en especial en la salud mental (Chowdhary, et al, 2014). A continuación, se describirá a mayor profundidad el concepto.

3.1 Cambio de tareas

El cambio de tareas implica la redistribución estratégica de tareas entre los equipos y el personal de la fuerza laboral de salud. Las tareas específicas se transfieren, comparten o delegan, por lo general, de trabajadores de la salud altamente capacitados a aquellos con capacitación más corta o menos calificadas, incluidos los legos (OMS, 2007). Esto quiere decir que las actividades que realiza personal calificado son asignadas a personal de salud con menos entrenamiento con el objetivo de hacer más eficiente el uso de los recursos humanos en los sistemas de salud (Davhana-Maselesele, 2008).

El cambio de tareas es una forma prometedora de abordar la escasez mundial de personal de salud y el acceso insuficiente a la atención de problemas de salud crónicos, y se ha utilizado de manera efectiva para mejorar la salud en una variedad de contextos y condiciones (De Maeseneer et al., 2019). El cambio de tareas permite que los escenarios de salud ofrezcan los servicios de atención médica que sean requeridos, de una forma segura y eficaz que amplíe el acceso y mejore la atención en salud (WHO, 2008). El principal objetivo del cambio de tareas es tener a trabajadores adecuados, que cumplan las funciones necesarias, donde se les necesite, realizando las cosas de manera eficiente (WHO, 2006); es importante mencionar que esta estrategia no significa que se abandonen otros métodos para aumentar el número de trabajadores calificados.

De acuerdo con Sibbald (2004) existen cambios potenciales derivados del cambio de tareas. El primero es mejorar las habilidades en la atención a la salud, es decir, aumentar la complejidad del trabajo realizado por el personal de salud, al ampliar su rol y sus habilidades. Por ejemplo, la mejora del papel de las enfermeras en el manejo de enfermedades crónicas. Existe evidencia de que las clínicas dirigidas por enfermeras logran mayores mejoras en la salud de las usuarias que aquellas dirigidas por médicos en el manejo de enfermedades crónicas no complicadas (Fokkens et al., 2011). El segundo es sustitución o delegación de las actividades en la atención a la salud, lo que significa intercambiar el trabajo de una profesión a otra, rompiendo las divisiones profesionales tradicionales. Este cambio está muy relacionado con la mejora, ya que al momento en que los profesionales de la salud mejoran sus habilidades, pueden asumir otras funciones para las que antes no se les contemplaba. Por ejemplo, se ha encontrado que el personal de enfermería, con la adecuada capacitación, pueden obtener resultados similares al médico en el manejo del curso de la enfermedad; la implementación de estrategias de atención no farmacológicas y centradas en el paciente también puede ser exitosas al ser por enfermeras (Martínez-González et al., 2015). El tercero es la innovación de las actividades en la atención a la salud, lo que implica crear nuevos puestos de trabajo mediante la introducción de un nuevo tipo de trabajador (o tecnología). Esto puede implicar el desarrollo de nuevos tipos de profesionales existentes, tras la adquisición de nuevas habilidades. Los ejemplos pueden ser enfermeras que se especializan en el cuidado de pacientes que se recuperan de cáncer, que brindan atención a personas con colostomías o posmastectomía (De Maeseneer et al., 2019).

Otra forma de innovación, utilizada cada vez más en entornos de ingresos bajos y medios, pero también en algunos entornos de ingresos altos, es el empleo de trabajadores sanitarios comunitarios, tanto remunerados como voluntarios. Si bien la promoción y el desarrollo de nuevos roles profesionales tienen el potencial de respaldar la contención de costos y mejorar la prestación de atención médica, la combinación óptima de habilidades necesarias para lograr tales beneficios merece una mayor investigación (Tsiachristas et al., 2015).

En varios países, en especial los que se encuentran en vía de desarrollo, el cambio de tareas se ha aplicado de manera empírica, sin políticas claras, planificación, supervisión o evaluación (Nabudere et al., 2012). Entre las dificultades para implementar el cambio de tareas se encuentra que el cambio en la asignación de actividades puede oponerse a la normativa de salud vigente en cada país o a los reglamentos internos de cada institución. También existe dentro de los prestadores de salud, el temor de ser remplazados al ceder sus tareas a personal menos calificado (Lee, et al., 2009). En ese sentido, un grupo de expertos determinó que existen diferentes condiciones y requisitos que se deben de tomar en cuenta antes de implementar la estrategia de cambio de tareas (Orkin et al., 2021). Por ejemplo, la disposición de personal de participar en estas actividades, que el problema de salud que se desea abordar sea percibido como importante por los sistemas de salud y la población general y que los usuarios beneficiados acepten este cambio en la atención (Figura 6.)

Su principal uso ha sido para cumplir las demandas a las enfermedades crónico-degenerativas, como el VIH, donde el número de personas que requieren atención, sobrepasan la oferta de médicos (WHO, 2007).

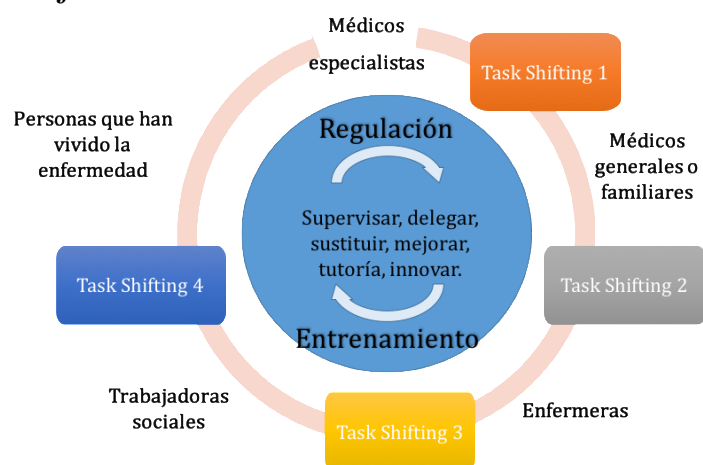
Existe varios niveles de cambio de tareas que permiten que las actividades se vayan redistribuyendo de acuerdo a las necesidades y se tome en cuenta a cada profesional de la salud capacitado, así como a las personas que viven o han vivido la enfermedad y se encuentren en las condiciones necesarias (WHO, 2007). En la Figura 7 puede observarse el proceso que sigue el cambio de tareas dentro de los servicios de salud.

Figura 6. Conceptos y oportunidades para implementar el cambio de tareas

Definición Cambio de tareas ocurre cuando la tarea es transferida o delegada,	Objetivos El objetivo del cambio de tareas es reducir la morbilidad, la mortalidad y la carga de la enfermedad en la población donde la escasez de profesionales de la salud profesionalizados limitan el acceso a cuidados efectivos. El cambio de tareas logra este propósito al posicionar a los profesionales de la salud con menos capacitación para brindar intervenciones efectivas, mejorando así el acceso y la cobertura de esas intervenciones sin comprometer los estándares de atención				
Oportunidades 1. El cambio de tareas puede ofrecer las siguientes oportunidades, dependiendo del contexto de la implementación. 2. Diversidad de opciones de atención y modelos de prestación de atención 3. Distribuir la responsabilidad dentro del equipo de personal de salud, lo que permite que los trabajadores altamente profesionalizados se concentren en la capacitación, supervisión, administración y manejo de casos difíciles o graves. 4. Brindar una atención más adecuada desde el punto de vista cultural y contextual en entornos donde los trabajadores altamente capacitados no son parte de la comunidad, lo que puede involucrar a trabajadores de salud comunitarios y pares que tienen una relación más cercana con la comunidad afectada. 5. Permitir la ampliación de las intervenciones esenciales al incluir a más proveedores para brindar esas intervenciones 6. Cambios en las jerarquías tradicionales entre los profesionales de la salud, en la que los profesionales de la salud más capacitados tienen la misma jerarquía que los profesionales con menor entrenamiento.					
Criterios de implementación Condiciones necesarias y consideraciones importantes para implementar un programa de cambio de tareas incluye: <table> <tr> <th data-bbox="347 1444 803 1470">Condiciones necesarias</th><th data-bbox="820 1444 1274 1470">Consideraciones importantes</th></tr> <tr> <td data-bbox="347 1480 803 1770"> 1. Un nuevo grupo de profesionales de la salud están dispuestos a ser capacitados para ofrecer la intervención y los profesionales existentes están dispuestos a brindar la capacitación necesaria. 2. El problema de salud es difícil de abordar debido a que existe escasez de recursos humanos en salud. 3. La intervención puede ser realizada por personal de salud con menos capacitación. 4. La intervención es clínicamente efectiva. </td><td data-bbox="820 1480 1274 1770"> 1. Hay recursos suficientes para el escalamiento 2. El problema de salud es importante para la población y el sistema de salud. 3. La intervención cuenta con protocolos y algoritmos que se pueden utilizar para facilitar la formación y la aplicación. 4. La intervención es socialmente aceptable. </td></tr> </table>		Condiciones necesarias	Consideraciones importantes	1. Un nuevo grupo de profesionales de la salud están dispuestos a ser capacitados para ofrecer la intervención y los profesionales existentes están dispuestos a brindar la capacitación necesaria. 2. El problema de salud es difícil de abordar debido a que existe escasez de recursos humanos en salud. 3. La intervención puede ser realizada por personal de salud con menos capacitación. 4. La intervención es clínicamente efectiva.	1. Hay recursos suficientes para el escalamiento 2. El problema de salud es importante para la población y el sistema de salud. 3. La intervención cuenta con protocolos y algoritmos que se pueden utilizar para facilitar la formación y la aplicación. 4. La intervención es socialmente aceptable.
Condiciones necesarias	Consideraciones importantes				
1. Un nuevo grupo de profesionales de la salud están dispuestos a ser capacitados para ofrecer la intervención y los profesionales existentes están dispuestos a brindar la capacitación necesaria. 2. El problema de salud es difícil de abordar debido a que existe escasez de recursos humanos en salud. 3. La intervención puede ser realizada por personal de salud con menos capacitación. 4. La intervención es clínicamente efectiva.	1. Hay recursos suficientes para el escalamiento 2. El problema de salud es importante para la población y el sistema de salud. 3. La intervención cuenta con protocolos y algoritmos que se pueden utilizar para facilitar la formación y la aplicación. 4. La intervención es socialmente aceptable.				

Modificada de: Orkin, A. M., Rao, S., Venugopal, J., Kithulegoda, N., Wegier, P., Ritchie, S. D., VanderBurgh, D., Martiniuk, A., Salamanca-Buentello, F., & Upshur, R. (2021). Conceptual framework for task shifting and task sharing: an international Delphi study. *Human resources for health*, 19(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00605-z>

Figura 7. Flujo del cambio de tareas dentro de los servicios de salud.



Modificada de "Task Shifting to tackle health worker shortages" por World Health Organization 2007, HIV/AIDS Programme Strengthening health services to fight HIV/AIDS. Taking stock. WHO/HSS/2007.03. Copyright 2007 por WHO.

3.1.1 Antecedentes de la estrategia de cambio de tareas

La transición epidemiológica a nivel mundial, donde el número de muertes por enfermedades infecciosas ha disminuido para dar paso al crecimiento de enfermedades crónico-degenerativo, ha llevado a un aumento de demanda de servicios dentro de los tres niveles de atención (Puertas et al., 2020). Sumado a esto, se deben de tomar en cuenta el envejecimiento de la población, el cambio de atención de la morbilidad y el uso de los servicios ambulatorios sobre los de hospitalización debido a los costos que esto implica (Arredondo et al., 2018).

Por esta razón, tanto los países desarrollados como los que se encuentran en vía de desarrollo tienen el gran reto de lograr la cobertura de salud universal luchando contra la transición demográfica, epidemiológica y la falta de interés de futuros médicos por especializarse en medicina familiar (Puertas et al., 2013). Por lo que el cambio de tareas que va de los médicos al personal de enfermería debidamente entrenada ayuda a cubrir la escasez de personal, mejorando la calidad de servicio y la eficiencia (Maier y Aiken, 2016).

En la Estrategia Mundial sobre Recursos Humanos para la Salud 2030, la Organización Mundial de la Salud (2016) estableció la necesidad de capacitar a todos los prestadores de salud para mejorar la fuerza de trabajo, en especial en áreas de salud relacionadas con los objetivos del milenio, como la salud materno-infantil.

El cambio de tareas se ha implementado en varios países como en Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Irlanda, Australia, Finlandia, Holanda y varios países africanos como Uganda, Etiopía, Sudáfrica, y en América Latina se han reportado casos en Haití, entre otros. Se ha observado su efectividad en enfermedades como VIH, enfermedades cardiovasculares, diabetes, y otras (Martínez et al., 2015) demostrando que tanto el personal de enfermería como el de trabajo social puede ayudar a la vigilancia, cuidados y atención de estas enfermedades, apoyando así el trabajo de los médicos y respondiendo a las necesidades de salud de la población (Agyapong et al., 2016).

3.1.2 Cambio de tareas en salud mental

De acuerdo con la OMS, se estima que los trastornos mentales, neurológicos, por consumo de sustancias y el suicidio causan el 18% de todos los años de vida ajustados por discapacidad y el 34% de todos los años vividos con discapacidad (PAHO, 2018). Sin embargo, existe una gran brecha entre el número de personas que necesitan tratamiento y el número de quienes lo reciben. Una de las razones de que exista esta brecha es la escasez de profesionales de la salud mental, no solo en los países en desarrollo sino también en los países desarrollados (Bruckner et al., 2011; Butryn et al., 2017). Muchas personas con problemas de salud mental, en particular trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, no recibieron los tratamientos adecuados que necesitaban (Thornicroft, 2007). La brecha de tratamiento alcanzó el 63 % en los países de ingresos altos y aún más en los países de ingresos medianos altos (78 %) y los países de ingresos medianos bajos (86,3 %) (Alonso et al., 2018; Evans-Lacko et al., 2018).

A pesar de la escasez de personal, la atención a la salud mental sigue siendo sesiones de tratamiento uno a uno, en un centro de salud (Patel et al., 2011; Kazdin, 2017). Este modelo no permite que se brinde tratamiento a más personas, ya que la mayoría de los profesionales en salud mental se concentran en áreas urbanas, y muchas personas no pueden acudir a los centros de salud (Kazdin, 2017). Entre las diversas estrategias para abordar este problema, además de aumentar el número de profesionales de la salud mental, esta desarrollar intervenciones psicosociales e involucrar a profesionales de la salud no especializados en salud mental, es decir utilizar la estrategia de cambio de tareas (Kazdin, 2017; Patel et al., 2010; Petersen, et al., 2011 Rebello et al. al., 2014).

La atención de la salud mental se puede brindar de manera efectiva en entornos de atención primaria de la salud, a través de programas comunitarios y el cambio de tareas. Esta es una opción viable para disminuir la brecha de atención, por lo que en los últimos 15 años se ha utilizado esta estrategia en poblaciones vulnerables, como pacientes con VIH, y en países de bajos recursos, en especial en el continente africano y asiático (Agyapong et al., 2015).

Existe evidencia de que los profesionales de la salud no capacitados, los trabajadores legos, las personas afectadas y los cuidadores con una capacitación breve pueden detectar, diagnosticar, tratar y monitorear a las personas con trastornos mentales y reducir parte de la carga del cuidador siempre y cuando sean supervisados adecuadamente por especialistas en salud mental (Weinmann et al., 2016)

Se están realizando varios estudios para probar la eficacia del cambio de tareas en salud mental con poblaciones vulnerables y diversas intervenciones (Weinmann et al., 2016), por ejemplo, en Ghana se ha utilizado desde hace varios años el cambio de tareas, ya que no cuenta con los suficientes especialistas para atender la salud mental de la población, mostrando que los prestadores de salud no capacitados pueden atender las necesidades de la población y que para los usuarios, los prestadores de salud y los directivos y políticos el cambio de tarea permite cubrir las demandas de salud mental (Agyapong et al., 2015). Sin embargo, siguen existiendo problemas con respecto a la generalización de los resultados.

3.1.3 Cambio de tareas en salud mental perinatal

La salud materno-infantil ha sido una prioridad dentro de los sistemas de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ONU, 2018) que busca que la atención sea universal para reducir las tasas de mortalidad materna y la mortalidad infantil. De tal forma que, además de las parteras y de los gineco-obstetras, se ha capacitado a otro personal de salud para brindar atención a esta población, tanto en consulta externa como en emergencias (Dawson et al., 2015). Como ya se ha mencionado, el cambio de tareas tiene como objetivo optimizar el desempeño de los prestadores de servicios de salud en escenarios que cuentan con pocos recursos humanos y económicos y dentro de la atención a la salud materno-infantil, ha demostrado ser una estrategia efectiva para brindar cuidados en el parto (Chilopora et al., 2007), durante el proceso de anestesia (Nyamtema et al. 2011) y en abortos provocados (Warriner, et al., 2011). Sin embargo, existen barreras que dificultan el

desempeño de estas estrategias, como falta de capacitación, supervisión e incentivos (Dawson et al., 2015).

A la par se ha llevado a cabo el cambio de tareas en el primer nivel de atención para atender los trastornos mentales en la etapa perinatal, en especial en países de bajos recursos como Sudáfrica, donde no existen normas ni programas de detección y tratamiento para los trastornos mentales en el embarazo y el posparto (Honikman et al., 2012). El Proyecto de Salud Mental Perinatal (PMHP, por sus siglas en inglés) desarrolló una intervención para brindar cuidado a la salud mental a mujeres embarazadas utilizando los recursos con lo que se cuenta en primer nivel de atención. En tres años, el 90% de las mujeres que acudieron a cuidado prenatal fueron evaluadas, resultando que el 35% de ellas necesitaba atención psicológica (Honikman et al., 2012). Esta estrategia demostró ser viable, efectiva y aceptada tanto por el personal de salud como por las usuarias.

En cuanto a las intervenciones que utilizan el cambio de tareas como estrategia para tratar la depresión perinatal, han mostrado su eficiencia en países de bajos y medianos ingresos. Chowdhary y colaboradores (2014) encontraron en un metaanálisis que la mejor manera de incluir estrategias de prevención de depresión posparto dentro del primer nivel de atención es a la par de las revisiones de rutina tanto en el embarazo como en el posparto.

Además de cuidar a la madre, se debe dar información e involucrar en el cuidado y atención a la pareja y otros familiares. Finalmente, se debe tener en cuenta el contexto y los problemas sociales que se presentan dentro de la comunidad, y favorecer el empoderamiento de las mujeres. El personal de salud no especializado en salud mental, entre los que se encuentran enfermeras, trabajadores sociales y promotores de salud, recibieron capacitación para detectar, prevenir y tratar la depresión posparto, demostrando que el cambio de tareas es una estrategia fácil de utilizar, pero que aún se debe explorar a mayor profundidad la mejor manera de implementarla dentro del primer nivel de atención (Chowdhary et al., 2014). Recientemente, Honikman y colaboradores (2020) reportaron que el personal de salud no especializado que colaboró en intervenciones psicosociales para disminuir la depresión perinatal obtuvo mayor autoridad en el centro de salud, debido a que contribuye a la promoción de la salud, la detección y la atención psicológica de primer nivel y reciben capacitación, supervisión y apoyo. Estas intervenciones funcionan adecuadamente si se siguen los pasos para implementarlas, si el personal está motivado y si existe una relación estrecha entre la comunidad y los profesionales de la salud (Honikman, et al., 2020).

A continuación, se abordará brevemente el papel de los profesionales de la salud no especializados en salud mental que participan en la atención materno-infantil.

3.2 Profesionales de la salud no especializados en salud mental y su papel en la atención a la salud mental perinatal.

Las propuestas que hace la OMS para la atención materno-infantil incluyen a diversos profesionales de la salud, entre los que se encuentran los médicos, los nutriólogos, los odontólogos, trabajadoras sociales y enfermeras (OMS, 2015). Para la atención a los problemas de salud mental perinatales se ha considerado que, además de los profesionales de salud mental (psicólogos y psiquiatras), pueden participar los médicos, trabajo social y enfermería para brindar una atención más integral (Byatt, et al., 2019). A continuación, se describirá el perfil de cada uno de estos profesionales.

3.2.1 Médicos generales

En la cadena del cambio de tarea, el personal médico que participa en el primer nivel de atención es el primer eslabón en la cadena para atender los problemas de salud mental.

La función de los médicos es promover el cuidado a la salud y atender la enfermedad del paciente, su familia y en la comunidad (Franco-Giraldo, 2015) y esta interacción favorece el desarrollo de una relación con el paciente que acude con regularidad al primer nivel de atención.

En México, este personal es quien atiende el 80% de los problemas de salud, por lo que sus actividades diarias van del diagnóstico al tratamiento, pasando por los administrativos (Hamui-Sutton y Halabe-Cherem, 2016). La mayoría de este personal son médicos cirujanos, y a lo largo de su jornada atienden diferentes condiciones de salud y población (hombres/mujeres, niños/jóvenes/adultos/adultos mayores).

En la atención prenatal, su función es vigilar el estado de salud de la mujer, observando la presencia de los factores de riesgo y mandando a hacer los estudios clínicos necesarios para garantizar el bienestar de la madre y el feto (SSA, 2016).

Durante su formación, los médicos generales tienen poco contacto con los temas de salud mental. De acuerdo con el plan de estudio de médico cirujano de la UNAM, en el primer año tienen la materia Introducción a la Salud Mental, en quinto semestre (tercer año) ven la materia Medicina Psicológica y Comunicación y en sexto semestre hacen

rotación en la especialidad de psiquiatría. El resto de su formación está enfocado en ver las diferentes patologías del cuerpo.

Si bien los conocimientos sobre salud mental son básicos en los médicos generales, este personal puede realizar adecuadamente acciones de detección y tratamiento de trastornos mentales capacitándolos previamente (Almanza, 2004).

Diversos artículos han reportado el papel que desempeñan los médicos en la atención de la depresión perinatal, así como los problemas que enfrentan con las usuarias. Por ejemplo, Buist y colaboradores (2005) en Australia, reportaron que los médicos que identificaban a las mujeres con depresión perinatal recetaban antidepresivos tanto en el embarazo como en el posparto, tratamiento que no era muy aceptado por las usuarias, además que no siempre se contaba con los recursos suficientes, los médicos no tenían tiempo en consulta para abordar el tema; también influían las creencias de las usuarias y de los médicos sobre la depresión perinatal, así como la renuencia de las mujeres para hablar de sus emociones en ese periodo y el rechazo al posible diagnóstico del médico.

En un estudio posterior, Buist y su equipo (2006) encontraron que los médicos generales eran capaces de reconocer ciertos comportamientos que podrían estar relacionados con la depresión perinatal, siendo esta detección más exacta comparada con la realizada por parteras o enfermeras gineco-obstétricas.

En Estados Unidos, en donde está la recomendación de evaluar a las mujeres, de acuerdo con Seehusen y colaboradores (2005), la mayor parte de los médicos realizan estas acciones de detección tanto en el embarazo como en las consultas pediátricas, aunque no utilizan el mismo instrumento, además que un porcentaje considera que realizar tantas evaluaciones implican demasiado esfuerzo. Además, de acuerdo con Leiferman y colaboradores (2008), una vez que detectan a alguna paciente con depresión perinatal, suelen medicarlas y canalizarlas a otro centro para recibir atención psicológica. Sin embargo, no siempre realizan los tamizajes por falta de tiempo, porque consideran que la mujer no tiene disposición para hablar del tema o porque desconocen el procedimiento para canalizar y realizar el seguimiento (Leiferman et al. 2008).

En Reino Unido, Chew-Graham y colaboradores (2009) reportan que los médicos consideran que la etiología de la depresión perinatal no es solo biológica, los aspectos psicosociales tienen un gran peso en la presencia de esta condición en las mujeres embarazadas y en el posparto. Los médicos se negaban a dar un diagnóstico de depresión

perinatal, ya que consideraban que el estigma sobre el tema alejaría a las mujeres de la atención del primero nivel, además que no contaban con servicios de salud mental disponibles para darles atención especializada y pensaban que, a que menos la sintomatología fuera muy severa al grado de requerir antidepresivos, la depresión posparto puede desaparecer por sí misma con el paso del tiempo (Chew-Graham et al. 2009).

En Brasil, da Silva y colaboradores (2020), reportaron que los médicos generales consideraban que llevar a cabo las acciones de detección de depresión perinatal era muy complicado, ya que no contaban con los conocimientos necesarios. Consideraban que su función en la atención prenatal era garantizar el bienestar físico de las mujeres, mientras que la salud mental debería ser detectada y atendida por el personal de psiquiatría (da Silva et al. 2020).

Es así como, aunque el personal médico del primer nivel de atención cuenta con herramientas para detectar diversos trastornos mentales, su papel en la atención a la depresión perinatal no siempre resulta útil, ya sea por su desconocimiento sobre el tema, la saturación de actividades o la falta de lugares a donde puedan canalizar a las mujeres con depresión perinatal.

3.2.2 Trabajo social

El profesional de trabajo social contribuye a mejorar las problemáticas sociales tomando en cuenta las necesidades de la población y su entorno proponiendo una intervención social, educando, buscando hacer conciencia y lograr un cambio de actitudes en las personas (Chávez, 2018).

El área de trabajo de los trabajadores sociales es muy amplia, y los servicios de primer nivel de atención en salud es un campo en el que puede participar, pues, aunque no cuenten con especialización en el área de salud y/o salud mental, los conocimientos generales adquiridos en su formación y los cursos de capacitación que puede tomar en su trabajo le permiten involucrarse con los pacientes y ofrecerles opciones de tratamiento a su problemática (Montero et al., 2014).

En cuanto a su formación, en el plan de estudio de la UNAM, en sexto, séptimo y octavo semestre, los estudiantes de trabajo social estudian las bases de salud mental, psicología comunitaria y psicología del desarrollo, siendo en los únicos momentos en los que obtienen información sobre la salud mental.

Como lo vimos anteriormente, en el flujo del cambio de tareas, se sugiere integrar a estos profesionales a acciones de atención a la salud mental cuando el médico y la enfermera se encuentran sobrecargados y sin tiempo para realizar pruebas de tamizaje para detectar situaciones de riesgo que afecten la salud mental de los usuarios (U.S. Clinical Preventive Services Task Force, 2010).

En el primer nivel de atención, se busca estar en contacto con la comunidad en la que se encuentra ubicado el centro de salud, por lo que el personal de trabajo social realiza diversas acciones comunitarias para invitar a la población a acudir a cuidar su salud con los programas establecidos (Balcazar, et al., 2011). Por esta razón, la población confía en el personal de trabajo social y se vuelve un importante nexo entre los usuarios y los profesionales de la salud (Brownstein et al., 2011). Sin embargo, en entornos clínicos, las funciones de los trabajadores sociales a menudo no están claramente definidas (Stanhope, 2015).

En una breve búsqueda, no se encontraron intervenciones de depresión perinatal en las que se reporten la participación de las trabajadoras sociales. Generalmente, se reporta más de la participación de médicos generales, pediatras, gineco-obstetras, enfermeras o parteras (Keefe, 2016).

Sin embargo, en diversos artículos se reconoce que integrarlas a ciertas acciones de detección y prevención de la depresión perinatal ayuda a eliminar las barreras que enfrentan las mujeres para obtener atención prenatal y a tener acceso a la atención a la salud mental, educando a las usuarias sobre el estigma y los estereotipos relacionados con los trastornos del estado de ánimo en el embarazo y el posparto, a través de campañas educativas y de sensibilización (Rhodes y Segre, 2013).

3.2.3 Enfermería

La enfermería es una respuesta a la necesidad del cuidado de la salud, es una profesión que ha existido desde el inicio de la humanidad, debido a que dentro de las sociedades siempre se ha buscado brindar cuidados a las personas vulnerables, ya sea por su condición, enfermedad o edad (Bello et al., 2006).

Para la OMS, la enfermería brinda atención a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Dentro de sus actividades está la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y atención a personas enfermas

o en condiciones terminales.

En el plan de atención primaria a la salud (Alma Ata, 1978), se reconoció al personal de enfermería como profesionales de alta competencia para llevar a cabo las políticas de extensión de cobertura. Por su parte, el Banco Mundial en su informe sobre invertir en Salud (1993) considera que el desempeño de la enfermería es un componente clave en el cuidado de la salud de las mujeres y los niños. Por esta razón es importante que esté capacitada, y cuente con las facilidades para aplicar su conocimiento y las herramientas de trabajo necesarias para brindar el cuidado a las pacientes (OPS, 2018).

Las enfermeras juegan un papel fundamental dentro la atención prenatal, siendo las primeras en evaluar el estado de salud de la futura madre, observando signos y síntomas que señalen algún riesgo (Quintero y Gómez, 2010).

La función del personal de enfermería durante el embarazo es brindar información a la mujer que le permita tener una conducta de autocuidado y de la importancia de su salud, a través de pláticas comunitarias o en la atención previa a su consulta médica (Colmenares et al., 2010). De esta manera, la consulta prenatal consiste en un conjunto de actividades y procedimientos que permiten la vigilancia adecuada de la evolución del embarazo, que se concreta en entrevistas o visitas programadas con el equipo de salud, a fin de controlar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto con el fin de disminuir los riesgos en la salud (OMS, 2008).

Dentro de la salud mental, las enfermeras juegan un papel fundamental en el cuidado de las personas con trastornos mentales; sin embargo, no en todos los países se considera esta situación y dentro de los planes de estudio de la carrera de enfermería no se incluyen las herramientas necesarias para que el personal de enfermería pueda trabajar con esta población vulnerable. En el plan de estudios de la escuela de enfermería de la UNAM se estudian temas relacionados con la salud mental en primero, cuarto y octavo semestre, pero en ninguno de ellos se aborda específicamente el tema de la depresión perinatal. Esto ocurre también con la carrera de enfermería y obstetricia.

En este sentido, antes de analizar el papel del personal de enfermería en la atención mental perinatal, es importante introducir el término partería. La partería o *midwife* en inglés, es la profesión que atiende a las mujeres y al producto durante el embarazo, el parto y el puerperio (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014). Es el mejor ejemplo de la práctica de cambio de tareas, ya que este personal participa en la prevención de problemas

de salud en el embarazo, la detección de algún problema médico y la aplicación de medidas de emergencia cuando el médico no está disponible.

A nivel mundial, las parteras pueden ser enfermeras que se especializaron en la atención materno-infantil o personas que cuentan con una formación especializada en partería, pero que no son profesionistas (OMS, 2019). Como se describirá más adelante, su función es más comunitaria y participan activamente en intervenciones para tratar la depresión perinatal.

En México, el término partera nos remite a la práctica de la medicina tradicional, ejercida desde la época prehispánica, en la que su función era que la mujer viviera sin contratiempos su maternidad y que continuara su vida cotidiana lo más pronto posible (Castañeda, 1988). La partería era una actividad exclusiva de las mujeres, tomando en cuenta que esta actividad era algo que se podría aprender de la propia madre o de las mujeres mayores de la comunidad (Dixon, 2020).

En la colonia, con la llegada de las órdenes religiosas a nuestro país, la partería también formó parte de las actividades de las monjas que vivían en los conventos, las parteras tradicionales estaban más en contacto con la población de bajos recursos, mientras que las religiosas participaban más en los partos de las mujeres con mayores recursos económicos (Castañeda, 1988).

Fue en el siglo XIX, después de la guerra de Reforma, en la que salieron varias órdenes religiosas del país, que se trató de profesionalizar a la partería y actualizar la práctica de esta disciplina, tomando en cuenta los nuevos conocimientos en medicina y las nuevas tecnologías que se desarrollaban en Europa, para dejar atrás el parto como un acto privado y volverlo institucional (Dixon, 2020).

A principios del siglo XX, la partería tenía un papel muy relevante en la atención materno-infantil y en la formación de la medicina, sin embargo, fue perdiendo peso ante la consulta médica institucional, que prometía condiciones más higiénicas que reducirían el riesgo de complicaciones tanto en la madre como en el producto y que era generalmente ejercida por varones (Dixon, 2020). La partería entonces solo tenía cabida en los lugares en los que no había acceso a los servicios de salud y en ciertas comunidades indígenas que conservaban sus costumbres (Castañeda, 1998).

Como ya hemos mencionado, una de las preocupaciones a nivel mundial es reducir la mortalidad materno-infantil y en nuestro país, varios expertos consideraron incluir a las

parteras en la atención materno-infantil. A través del Programa de Salud Materna y Perinatal, en sexenios pasados se buscó capacitar e incluir a las parteras en la atención prenatal tanto en comunidades como en hospitales para cumplir con las metas del milenio (García, 2017). El Instituto de Salud Pública tomó la batuta en este esfuerzo y formó el proyecto Modelo Integral de Partería, en el que los papeles de las parteras tendrían la misma relevancia en la atención materno-infantil que en otros países. Lamentablemente, este proyecto se encuentra en pausa debido a los cambios en el gobierno de nuestro país.

Después de este breve paréntesis, sabemos que el personal de enfermería que participa en la atención mental perinatal pueden ser enfermeras generales, enfermeras gineco-obstétricas y los diferentes tipos de parteras.

En una revisión sistemática sobre la efectividad, costos y aceptabilidad de intervenciones para la prevención de la depresión posparto (Morrell, et al., 2016) se encontraron diversos resultados en cuanto a la participación de las enfermeras y parteras en estas intervenciones.

En intervenciones de prevención universal, el manejo integral del equipo de partería durante el embarazo impacta de manera positiva sobre la sintomatología depresiva a las seis semanas, y la atención posnatal a cargo de las parteras también reduce la presencia de sintomatología un año después del parto (Morrell, et al., 2016).

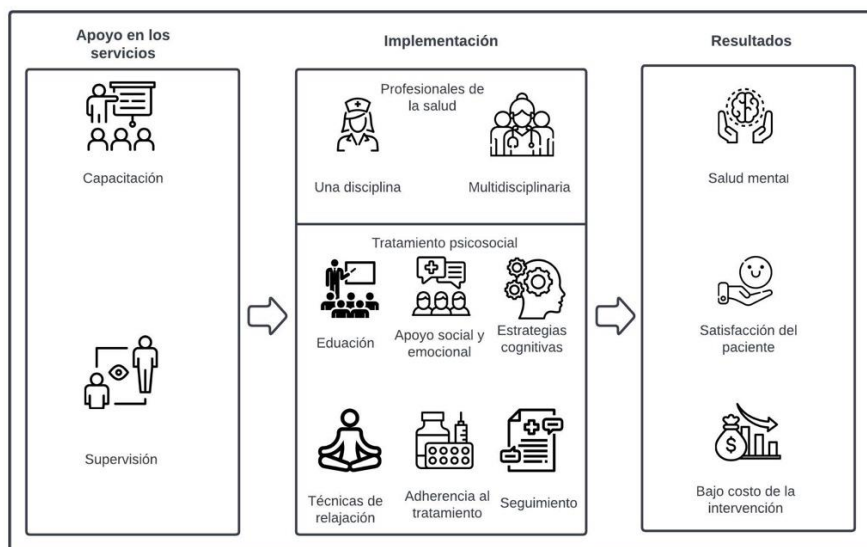
En cuanto a la prevención selectiva, las intervenciones en las que participaba el personal de partería dirigida a mujeres que vivieron un parto angustioso se relacionó con una reducción de síntomas de estrés, trauma, depresión y culpa (Morrell, et al., 2016).

Estos resultados sumados al papel de la enfermera en la atención prenatal parecen indicar que las enfermeras o parteras son el personal idóneo para brindar estrategias de detección y prevención de la depresión perinatal y posteriormente canalizar a los servicios de salud mental a las usuarias que así lo requieran y realizar un seguimiento visitando a las comunidades que se atienden en los servicios de primer nivel de atención (Ford et al., 2017).

De acuerdo con Aurizki et al., 2022, en ausencia de servicios de salud mental en el primer nivel de atención, las enfermeras podrían emplearse temporalmente para cubrir las vacantes. Sin embargo, se requiere capacitación y supervisión adecuadas antes de que se inicie el programa para asegurarse de que las enfermeras estén adecuadamente preparadas para asumir los nuevos roles en la práctica. La implementación del cambio de tareas requiere

una estrategia de implementación gradual y bien planificada para evitar el agotamiento y la angustia relacionada con el lugar de trabajo en los trabajadores de la salud objetivo, como se puede observar en la figura 8.

Figura 8. Cambio de tareas en salud mental perinatal



Modificado de: Aurizki, G. E., & Wilson, I. (2022). Nurse-led task-shifting strategies to substitute for mental health specialists in primary care: A systematic review. *International journal of nursing practice*, 28(5), e13046. <https://doi.org/10.1111/ijn.13046>

A lo largo de este capítulo se ha estudiado la estrategia de cambio de tareas como alternativa para detectar y prevenir la depresión perinatal, el rol de cada uno de los profesionales de salud involucrados en la atención prenatal infantil y como el personal de enfermería parece ser el más idóneo para estas acciones. En el siguiente capítulo se analizarán los aspectos a tomar en cuenta en la implementación de programas, y la manera de evaluar la mejor estrategia para llevarlo a cabo.

CAPÍTULO 4. IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS EN SALUD.

Los investigadores son de Venus.

Los responsables de las políticas son de Marte

(Feldman, Nadash, Gursen, 2001)

A lo largo de la revisión de literatura para este trabajo se ha analizado la importancia de la depresión perinatal desde un punto de vista epidemiológico, tomando en cuenta el número de mujeres que la padecen a nivel mundial y en nuestro país, así como las consecuencias que ocurren tanto en el binomio madre-hijo como en su entorno social. Basado en estos datos, el personal involucrado en la atención clínica y el ámbito de la investigación han realizado investigación sobre las causas, y diferentes opciones de tratamiento que ayuden a las mujeres que se enfrentan a esta condición. Como se revisó en el capítulo 2, se ha visto que en algunos países han incluido programas de atención a la depresión perinatal dentro de la atención materno-infantil habitual. En algunos casos, esta integración ha sido exitosa y ha logrado identificar de manera oportuna a las mujeres con depresión perinatal, aunque aún falta sensibilizar al personal de salud sobre las necesidades de las mujeres respecto a este tema, y que las políticas públicas apoyen realizar estas acciones, ya que en algunos países la población tiene otros problemas de salud más prevalentes y que afectan el bienestar de la comunidad, por lo que los tomadores de decisiones no incluyen la salud mental materna en los programas prioritarios de salud.

Para entender la lógica de los tomadores de decisiones, es importante revisar de qué forma se determina lo que se considera un problema de salud pública. De acuerdo a Frenk (2016), para que alguna situación sea asumida como un problema público, en este caso de salud, al cual se le deba dar pronta atención, es necesario que se aprecie como tal, compararlo con el resto de las situaciones que deben considerar y categorizarse para determinar qué es lo más urgente de atender. Es decir, a pesar de que existan datos duros sobre el tema, son varios los factores que influyen en que se considera un problema de salud que sea considerado prioritario de atender (Flamand y Moreno, 2014).

En el capítulo 2 se pudo observar cuantos recursos se destinan a la salud en diferentes países, y se puede observar que es uno de los rubros más castigados, recibiendo por lo general menos del 10% del PIB. Al contar con tan pocos recursos, cada país debe evaluar qué es lo más prioritario de atender, de acuerdo con las necesidades de la población.

Para realizar esta evaluación “objetiva”, O’Brien y colaboradores reportan que uno de los criterios mas importante es observar cambios en la intensidad y evolución de los problemas, mientras que Cobb et al., (1976) proponen que se deben de tomar en cuenta tres factores: el primero es que el problema sea conocido por la población; el segundo, que la mayoría lo considere como un problema que debe atenderse, y el tercero que la comunidad considere que es el gobierno quien debe ofrecer soluciones a este problema.

Si bien este trabajo no tiene como objetivo proponer estrategias para que la depresión perinatal sea considerada como un problema de salud por parte de los tomadores de decisiones en nuestro país, si pretende conocer qué se necesita en nuestro sistema de salud para implementar la prevención e identificación oportuna de esta depresión en el primer nivel de atención, utilizando los recursos con los que se cuenta y la disposición del personal de salud implicado en esta atención.

En el capítulo 2 también se revisó cómo la atención materno-infantil se fue convirtiendo en un programa prioritario en las estrategias para combatir la brecha de atención, cómo los Objetivos de Desarrollo Sustentables, impulsados por la OMS, la ONU y el Banco Mundial, desde el enfoque de la salud global, proponen prioridades consensuadas por los países miembros que se incluyan en las líneas de trabajo de cada país así como estrategias de atención que, con algunas modificaciones, puedan implementarse dentro de sus sistemas de salud como el programa Pensamiento positivo para la atención psicosocial de la depresión perinatal.

Sin embargo, la traslación de estos programas no siempre resulta ser exitosa, debido a que no se toma en cuenta los distintos factores que participan en este proceso. De hecho, algunas intervenciones exitosas basadas en la evidencia pierden fuerza, ya que llegan a tardar entre 15 y 20 años antes de ser incorporadas a la atención habitual (Balas et al., 2000). En este capítulo se abordará el estudio de la traslación del conocimiento científico a los escenarios reales y los aspectos que deben de tomarse en cuenta al momento de adoptar programas en los servicios de salud.

4.1 Traducción del conocimiento

La investigación de traslación o el proceso de traslación de la información basada en la investigación científica tiene como objetivo mejorar la salud pública, convirtiendo los datos científicos a datos prácticos que puedan ser utilizados en la vida cotidiana (Davison

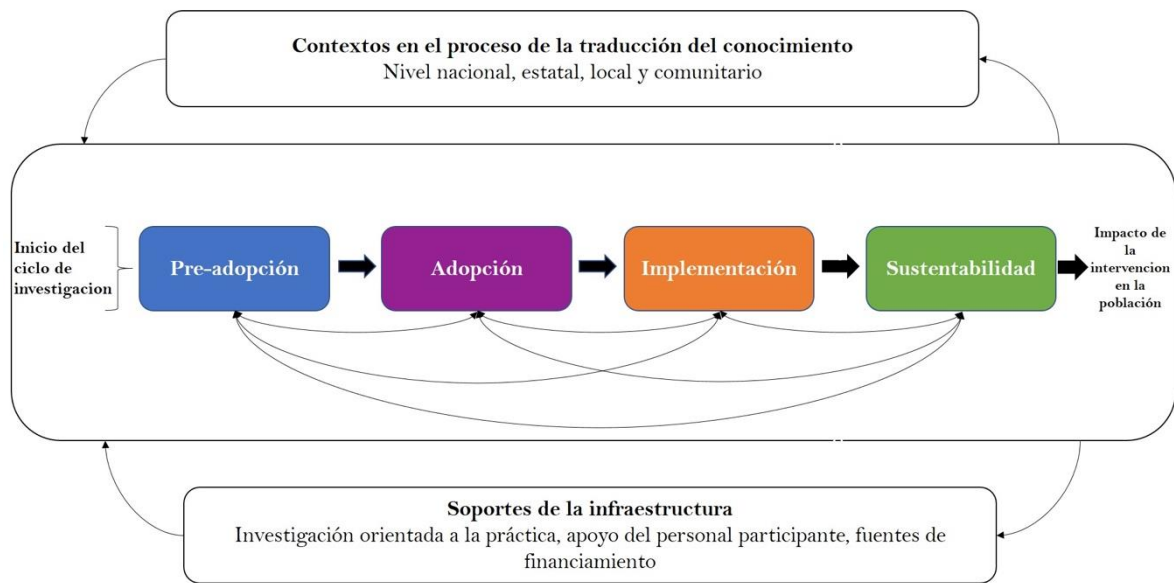
2009). Este proceso ha ido evolucionando con el tiempo. En un inicio la traducción se refería exclusivamente a la aplicación de los hallazgos de investigación básica para el desarrollo de intervenciones. Posteriormente, la traducción se encargó de investigar los procesos y mecanismos complejos a través de los cuales las intervenciones probadas y comprobadas, se integran en la práctica y las políticas a gran escala y de manera sostenible, en poblaciones y entornos específicos (Spoth et al., 2013). El proceso de traducción tiene dos grandes desafíos por resolver, el primero es desarrollar la infraestructura en los servicios de salud que permita mejorar la adopción, implementación y sostenibilidad de las intervenciones que se planean implementar (Durlak et al., 2008).

Para esto, se deben desarrollar investigaciones sobre las características de los servicios de salud, los recursos con los que se cuenta (humanos y estructurales) que favorezcan la implementación efectiva, eficiente y sostenida de intervenciones exitosas. El segundo desafío es el desarrollo de marcos conceptuales y el desarrollo de estrategias de implementación más eficientes (Proctor, et al., 2009). El objetivo de este proceso no se queda solo en la implementación de programas, la principal meta es que estas intervenciones lleguen a la población objetivo y se mantengan disponibles en los servicios de salud para beneficiar al mayor número de personas (Glasgow et al. 2003).

Para poder garantizar que el proceso de implementación ocurra de manera exitosa, Spoth y colaboradores (2013) mencionan que la traducción del conocimiento debe realizarse a través de cuatro fases, las cuales deben de retroalimentarse con información y tomar en cuenta los diferentes contextos, así como el desarrollo de conocimiento, el personal que participará en la atención y las fuentes de conocimiento (Figura 9).

En la primera fase, se les debe dar a conocer a los responsables de formular políticas públicas y a los profesionales de la salud la innovación que se pretende implementar y mencionar las ventajas que traería tanto a la atención que se brinda como a la población. En esta fase se debe investigar las preferencias de la población y de los prestadores de salud, los factores que impactan en la difusión de la información y la presentación de la información a los tomadores de decisiones.

Figura 9. Proceso de la traducción del conocimiento



Tomada de Spoth, R., Rohrbach, L. A., Greenberg, M., Leaf, P., Brown, C. H., Fagan, A., ... & Hawkins, J. D. (2013). Addressing core challenges for the next generation of type 2 translation research and systems: The translation science to population impact (TSci Impact) framework. *Prevention Science*, 14(4), 319-351.

En la segunda fase se toma la decisión de adoptar la innovación tomando en cuenta los costos y los recursos que se requiere utilizar para implementarla, y se formula una estrategia para informar al personal operativo y directivo del servicio de salud involucrado de la intervención que se desea implementar. En la tercera fase ocurre la implementación, y se comienza a ofrecer la innovación como parte de la atención cotidiana a la población, y en la última fase se institucionaliza la oferta de la intervención (Spoth et al., 2013). Bajo este modelo, se observa que cada fase en este proceso es de vital importancia y que el éxito de cada fase depende de que se tome en cuenta el contexto de la población y de los servicios de salud.

4.2 Implementación de intervenciones

La fase de implementación de un programa es un proceso que por sí mismo requiere una metodología que proporcione un conjunto de enfoques, métodos, herramientas y formas de vincular la investigación con la práctica clínica (Theobald, et al., 2018). También requiere la contribución de varias disciplinas como la medicina, la salud pública, el comportamiento organizacional, la psicología, la ciencia política y el marketing (Dearing y Kee, 2012), ya que

es fundamental tener en cuenta distintos componentes culturales, políticos, sociales, económicos, tecnológicos, al momento de implementar estrategias o planes de salud (Sales et al., 2006).

En la planeación de esta fase, se debe estudiar cuál es la mejor estrategia para implementar las intervenciones. De acuerdo a Peters y colaboradores (2013), las estrategias de implementación deben tener en cuenta a los diferentes actores implicados en las políticas de salud, como: el gobierno que debe formular políticas y asignar presupuesto; las organizaciones encargadas de la implantación y los proveedores de salud; los trabajadores de primera línea, los cuales deben de contar con la capacitación necesaria para poder realizar sus funciones; la población objetivo, a la cual se le debe empoderar; y los diferentes actores, como ONG's u otras instituciones que estén comprometidas con el mejoramiento de la salud.

Para determinar si las estrategias utilizadas durante el proceso de implementación son efectivas, se debe de tener diferentes indicadores para determinar su éxito o el planteamiento de nuevas estrategias que permitan cumplir con el objetivo. Estos indicadores son los siguientes: aceptabilidad, adopción, apropiación, viabilidad, fidelidad, costos de la implementación, cobertura y sostenibilidad (Proctor et al., 2011). En la tabla 2 se presenta la definición de cada uno de ellos.

Hasta este punto se ha revisado la importancia de contar con una metodología sólida para implementar una intervención en la atención habitual de los sistemas de salud. Se ha visto la importancia de conocer el contexto y elegir una buena estrategia de implementación que ofrezca resultados positivos. En ese sentido Halon y colaboradores (2014) resaltan la importancia de que cualquier intervención que pretenda implementarse dentro de los servicios de salud, en especial en los países de bajos y medianos ingresos, deben de ser eficaz, sustentable, y escalable y se debe dejar en claro cómo y quién de la intervención tiene un efecto particular y cuáles son los elementos de la intervención que tiene el mayor impacto sobre los resultados (Halon et al., 2014).

Tabla 2. Indicadores de la eficacia real del proceso de implementación de una intervención.

Indicador	Definición
Aceptabilidad	La percepción entre los interesados en la implementación de que la intervención es satisfactoria. La falta de aceptabilidad ha sido considerada como un desafío en la implementación.
Adopción	La intención, decisión inicial o acción, para probar o emplear una nueva intervención.
Idoneidad	La percepción de que la intervención es apropiada o pertinente en ese entorno o para la población objetivo o para un problema que se desea atender.
Viabilidad	El grado en que una intervención se puede utilizar o llevar a cabo en un entorno o una organización en particular.
Fidelidad	El grado de apego que tendrá la intervención que se desea implementar a la propuesta inicial de cómo debe llevarse a cabo.
Costo de la implementación	El costo de las estrategias utilizadas para que la intervención sea adoptada en los servicios de salud. Este costo estará determinado por la complejidad de las estrategias de implementación, de la complejidad de la intervención y del lugar donde se desee implementar la intervención.
Cobertura	Grado en que una intervención se integra a la práctica cotidiana en el servicio de salud. Se puede calcular a través del número de profesionales de la salud que utilizan la intervención dividida entre el número total de personal de salud capacitados o que se espera que presten el servicio.
Sustentabilidad	Grado en que la intervención implementada se mantiene o institucionaliza dentro de las operaciones continuas de los servicios de salud.

4.3 Facilitadores y barreras en el proceso de implementación.

La detección de sintomatología depresiva durante el embarazo, así como la evaluación de la presencia de factores de riesgo en este periodo, permiten prevenir trastornos de salud mental perinatal, en especial, la ansiedad y la depresión (Kingston et al., 2015). Sin embargo, esta detección no siempre ocurre. La mayor parte de la población general no recibe atención a la salud mental. En nuestro continente, solo una de cada cuatro personas que han tenido algún problema de salud mental en el último año han recibido algún tipo de tratamiento (Borges et al., 2020). Esta brecha de atención puede entenderse a través

del estudio del acceso a los servicios de salud para buscar atención y para recibir tratamiento.

El acceso a la atención de la salud es el resultado de la oferta que incluye a la ubicación, disponibilidad, costos; y de la demanda que abarca la carga de la enfermedad, el conocimiento, actitudes, habilidades y prácticas de autocuidado (Levesque et al., 2013). Distintos modelos han sido utilizados para estudiar el acceso a la atención de salud. Si bien la mayoría de los autores reconocen la influencia de las características de los usuarios, así como las características de profesionales de la salud, muchos ponen más énfasis en las características de los recursos de atención de la salud que influyen en cómo se utilizan los servicios, actuando como un factor que media entre la capacidad de producir servicios y su consumo (Levesque et al., 2013). Para evaluar que tan viable es implementar un programa de salud, es importante saber qué tanto conocen del problema que se desea abordar tanto los usuarios como los profesionales de la salud, así como su disposición para atender/recibir ayuda. En ese sentido, el modelo de Aday y Andersen (1974) menciona que el acceso a los servicios de salud inicia desde lo que la política de salud considera que es prioritario, y organiza el sistema de salud para ofrecer recursos (ya sean humanos o económicos) para atender a la población en riesgo. Los resultados de estas acciones se reflejan en la utilización de los servicios de salud que se ofrecen y a través de la satisfacción de los usuarios. De tal manera que para que el proceso de búsqueda de atención y tratamiento fluya adecuadamente, se debe tomar en cuenta la necesidad de atención, que los servicios que se ofrecen estén disponible y de fácil acceso, que la población confíe en los profesionales de la salud, y que los usuarios puedan asistir, tengan tiempo par ello y puedan pagar por los servicios de salud que requieren (Aday y Andersen, 1974)

Andersen y Davidson (1997) definieron el acceso como el uso efectivo de los servicios de salud y todo lo que facilita o impide su uso. Estas barreras y facilitadores pueden clasificarse en cuatro dimensiones: características contextuales (datos sociodemográficos, aspectos sociales, creencias, políticas de salud, financiamiento, organización, ambiente y datos epidemiológicos), características individuales (características sociodemográficas, creencias, ingresos destinados para salud, apoyo, necesidades de atención percibidas) conductas de salud (prácticas de autocuidado, acudir a buscar ayuda, uso de los servicios de salud) y resultados (estado de salud percibida, diagnóstico y satisfacción con la atención).

En cuanto a la salud mental, aunque la mayor parte de los casos se atienden en el tercer nivel de atención, el primer punto de contacto y en donde se le puede dar seguimiento a aquellos que presenten sintomatología leve o estén en remisión es en el primer nivel de atención. Sin embargo, los usuarios con problemas de salud mental reportan mayores dificultades para recibir atención y consideran que la calidad de la atención del personal es deficiente, pues ignoran sus síntomas y los asocian a su problema de salud mental (Kilbourne et al., 2007).

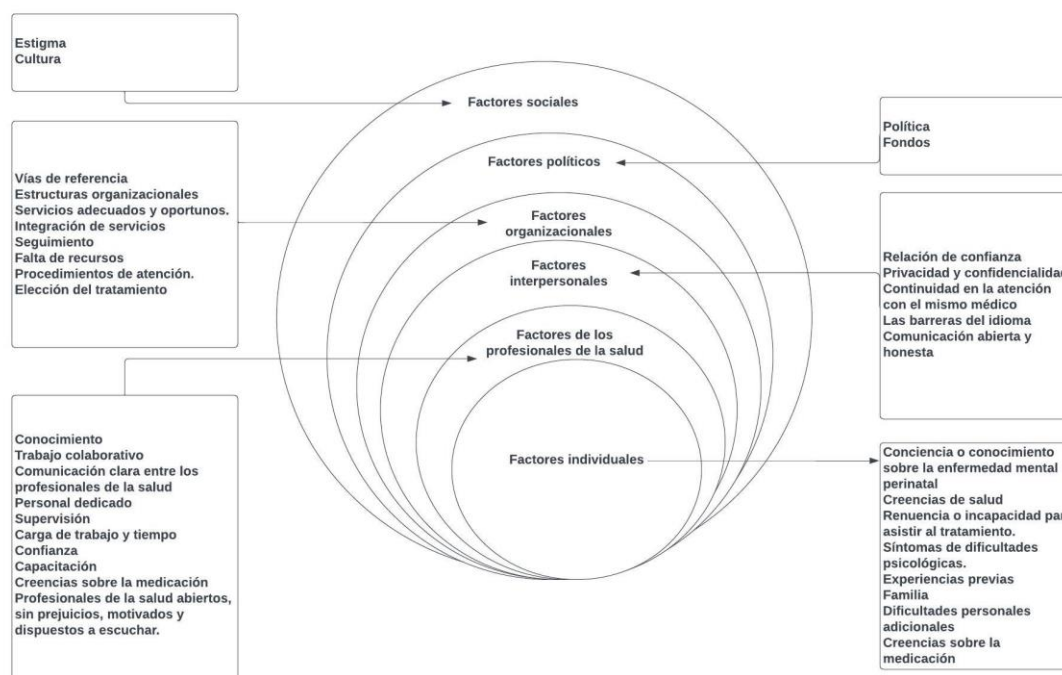
Bartels y colaboradores, (2021) agruparon a las barreras y facilitadores de atención a la salud mental en cuatro niveles: nivel del paciente (creencias, conocimiento sobre el tema, apoyo, ingresos destinados a la atención a la salud), nivel del personal de salud (conocimientos sobre el tema, capacitación en el uso de herramientas de detección y atención, relación entre personal y usuarios) nivel organizacional (coordinación entre los niveles de atención, personal suficiente, normativas o guías para la atención al problema de salud) y nivel estructural (tener acceso a un servicio de salud, priorizar el problema de salud de interés, condiciones socioeconómicas del grupo vulnerable).

En un estudio realizado en diferentes países de América (Orozco et al., 2021) se consideraron como las principales barreras de atención a la salud mental las barreras estructurales (problemas financieros, viabilidad, transporte, y dificultades) y las barreras actitudinales (querer manejar por su cuenta la enfermedad, estigma, pensar que mejoraría). El 17.6% de los entrevistados con problemas de salud mental leves, reportaron enfrentarse a alguna barrera estructural, 26.2 de los entrevistados con problemas de salud mental moderados y 39.1% de los entrevistados con problemas de salud mental severos. En cuanto a las barreras actitudinales, el 96.2% de los entrevistados con problemas de salud mental leves, reportan alguna barrera actitudinal, 95.5% de los entrevistados con problemas de salud mental moderados y 93.9% de los entrevistados con problemas de salud mental severos.

En cuanto a la salud mental perinatal, no se detecta a las mujeres con depresión perinatal por diversas causas, entre ellas, al no ser la revisión una acción que se lleve a cabo de manera habitual en la atención prenatal, no se identifica aproximadamente al 75% de las mujeres que presentan síntomas de depresión o ansiedad en el embarazo (Silverwood et al., 2019; Miller et al., 2009) y solo reciben tratamiento el 1% de mujeres que lo requieren (Ahmed et al., 2018).

Webb y colaboradores (2021) mencionan que para garantizar una implementación exitosa de programas de atención para la depresión perinatal, es importante identificar las barreras y los facilitadores en la detección, canalización y tratamiento. Entre las barreras que afectan la implementación están los factores individuales, profesionales de la salud, interpersonales, organizacionales, factores políticos y sociales. Estas barreras se presentan en la figura 10.

Figura 10. Representación de las barreras a través de sistemas.



Basada en: Webb, R., Uddin, N., Ford, E., Easter, A., Shakespeare, J., Roberts, N., Alderdice, F., Coates, R., Hogg, S., Cheyne, H., Ayers, S., & MATRix study team (2021). Barriers and facilitators to implementing perinatal mental health care in health and social care settings: a systematic review. *The lancet. Psychiatry*, 8(6), 521–534. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30467-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30467-3)

Como barreras individuales están la ausencia de apoyo familiar en torno a la salud mental, la falta de conocimiento sobre la salud mental perinatal, creencias sobre la medicación, renuencia o incapacidad para asistir a los servicios de salud mental y dificultades personales adicionales (Sambrook et al., 2021, Dennis et al., 2006).

En cuanto a los profesionales de la salud, la principal barreras para la implementación de programas de atención es el escaso conocimiento sobre la depresión perinatal (Hadfield et al., 2017). Por lo que se debe capacitar a los profesionales de la salud

que estén genuinamente interesados en las necesidades de las mujeres, se tomen el tiempo para escuchar y sean amables con ellas (Webb et al., 2021).

En cuanto a las barreras interpersonales, las mujeres que acuden a atención prenatal no suelen hablar sobre su estado emocional con los profesionales de la salud, principalmente por dos razones: la primera, es que no pueden distinguir si sus preocupaciones emocionales son parte de un embarazo normal o requieren atención; esta falta de información surge desde las clases de atención prenatal donde no se aborda el tema de depresión perinatal (Kingston et al., 2019); por otro lado, no hablan con los médicos o enfermeras debido a que se sienten poco escuchadas y juzgadas, además que tienen miedo de que su tristeza y desgano en el cuidado del bebé sea interpretada como maltrato (Byatt et al., 2013). Esta barrera puede trabajarse evitando la rotación de personal para que las mujeres puedan establecer una relación de confianza con el personal médico y tengan una comunicación abierta y honesta (Megnin-Viggars et al., 2015).

A nivel organizacional, los protocolos para canalizar a las mujeres detectadas son poco claros o complejos y la falta de servicios oportunos y apropiados para brindar tratamiento son las barreras más mencionadas (Webb et al., 2021). Si bien la detección oportuna puede contribuir a la prevención de la depresión perinatal, es fundamental que las mujeres en riesgo que sean detectadas cuenten con un tratamiento para esta sintomatología. En un estudio realizado en Australia, se hizo el seguimiento por dos años de un grupo de mujeres embarazadas; en el 40% de aquellas que fueron detectadas con sintomatología depresiva durante el embarazo, hubo recurrencia de los síntomas dos años después del parto (Reay et al., 2011). A pesar de que esta sintomatología fue detectada por profesionales de la salud en un programa eficaz de atención a la depresión posparto, el 37% de las mujeres que tuvieron depresión, tanto en el embarazo como dos años después, no acudió a tratamiento (Reay et al., 2011).

Otras barreras que reportan las mujeres para recibir una atención psicológica adecuada son: la falta de tiempo, no contar con alguien que les ayude a cuidar a su hijo mientras ellas acuden a atención psicológica, no saber a dónde acudir para pedir ayuda, no contar con los recursos económicos necesarios para ir a terapia, trámites institucionales muy complicados para poder ser canalizadas y el estigma social que implica tener un problema de salud mental (Sword, 2008, Lara et al., 2014). El estigma y las creencias culturales son

barreras sociales para la implementación y afectan en todo el proceso de atención (Law, et al., 2021).

A través de este capítulo hemos visto la importancia de contar con un método para implementar intervenciones que han mostrado tener buenos resultados en otros países, tomando en cuenta los recursos en salud con que cuenta la institución, la opinión pública y social, las necesidades de la población y la disposición del personal de salud. Sin estos elementos, las intervenciones no serán adoptadas con éxito.

CAPÍTULO 5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La depresión en el embarazo y en el posparto son los trastornos mentales más frecuentes durante el periodo perinatal (Paschetta et al., 2013). Las cifras a nivel internacional reportan que entre el 2% y 31% de las mujeres embarazadas sufren este trastorno (Bennett et al., 2004a, Gaynes et al., 2005), mientras que, en el posparto, entre el 10% y 15% de las mujeres la padecen (O'Hara y Wisner, 2014). En México se observa que entre 9% y 30.7 de las embarazadas presenta depresión (Ocampo et al., 2007; Gómez y Aldana, 2007; Lara et al., 2006; Lara et al., 2015) mientras que en el posparto la prevalencia se reporta entre el 13.8 y 24.1% (Ocampo et al., 2007, Alvarado-Esquivel et al., 2010., Almanza-Muñoz, et al 2011, De Castro et al., 2011, Lara et al., 2015).

Si no se detecta y trata a tiempo, la depresión perinatal puede afectar de manera negativa a la madre, el infante y a la familia (Bennett et al., 2004b; O'Hara, 2009). Durante el embarazo, las mujeres con depresión pueden tener comportamientos poco saludables, como no buscar atención prenatal temprana y mostrar conductas de riesgo como el consumo de drogas y no alimentarse adecuadamente, eventos que se relacionan con partos prematuros y bebés con bajo peso al nacer (Bennett et al., 2004b; Field et al., 2006). En el posparto, las mujeres pueden mostrar menor apego y ser menos sensibles a las necesidades del bebé, lo que genera una menor interacción entre ellos afectando el desarrollo emocional, social y cognitivo del infante (Stein et al., 2014; Brummelte et al. 2016).

Respecto a las modalidades de tratamiento para la depresión durante el embarazo y el posparto, entre los enfoques terapéuticos que cuentan con mayor evidencia para reducir la depresión durante el embarazo y el posparto destacan la intervención cognitivo conductual, la interpersonal y la resolución de problemas, en especial en países desarrollados (Letourneau et al., 2017). En países de medianos ingresos, las mejores intervenciones para reducir sintomatología incluyen el apoyo de otras mujeres que han vivido depresión posparto y que les brindan información y herramientas para hacerle frente a esta condición (Morrell et al., 2016). En México, se diseñó una intervención psicoeducativa en mujeres con riesgo de depresión posparto con el objetivo de prevenir la depresión posparto (Lara y García-Hubard, 2009) la cual fue eficaz y contaba con la aceptación por parte de las usuarias (Lara, Navarro, Navarrete, 2010). En esta intervención está conformada por ocho sesiones

grupales de dos horas cada una de ellas en las que se da a las participantes información sobre depresión posparto, así como estrategias de enfoque cognitivo-conductual para reducir la sintomatología depresiva como realizar actividades placenteras, incrementar el autocuidado, aumentar las redes de apoyo y mejorar la manera de comunicarse con su entorno social (Lara y García-Hubard, 2009).

En algunos países se han incorporado programas de prevención y detección temprana de la depresión perinatal como parte de la atención materno-infantil, aprovechado los espacios y tiempos que ofrecen las consultas prenatales para implementar estos programas. En países de medianos y bajos ingresos no suelen incluir a personal especializado en salud mental como psicólogos o psiquiatras en estos programas, ya que, por lo general, no se cuenta con el número suficiente para cubrir las necesidades de atención, por lo que se incluye a otro personal que este en contacto con las mujeres, como ginecólogos, trabajadores sociales, el personal de enfermería y partería (Chowdhary, et al., 2014); estas últimas son las más utilizadas ya que durante la etapa perinatal son quienes tienen mayor contacto con las usuarias (Felix et al., 2013).

En México, a pesar de la evidencia aportada por la investigación clínica, epidemiológica y psicosocial indica que la depresión perinatal es una problemática de salud pública que puede prevenirse o tratarse con efectividad, y que se han documentado ampliamente los riesgos y daños de la falta de atención en estos temas en diversos grupos, esta problemática es poco detectada y atendida en los servicios de salud, debido a que no se encuentra dentro de los factores de riesgo del embarazo que deben evaluarse en la atención prenatal y a que las políticas sobre el manejo de problemas de salud mental durante el período perinatal a menudo son poco claras (DeCastro et al., 2016). Si bien en los últimos años se ha incluido este tema dentro de las reformas en las normas y programas en salud materno-infantil, no se especifican los mecanismos para su implementación en el primer y segundo nivel de atención (Lara, Patiño, Navarrete y Nieto, 2017).

Si se deseara incluir un programa de prevención de la depresión posparto en la atención materno-infantil que se brinda en el primer nivel de atención en nuestro país, se deben tomar en cuenta las necesidades de atención de la población objetivo, así como analizar la viabilidad de la implementación del programa de acuerdo con la perspectiva de los actores relacionados. Solo escuchando cada una de las voces y tomando en cuenta las condiciones en las que se da la atención durante el embarazo y el posparto, se podrán

proponer estrategias que permitan que los servicios de salud adopten la prevención y detección de la depresión perinatal como parte de su atención cotidiana.

Es así como, para este trabajo, se planteó la siguiente pregunta de investigación:
¿Qué aspectos de la institución, del personal de salud y de las usuarias deben de tomarse en cuenta para poder implementar un programa de prevención de depresión perinatal integrado a la atención materno-infantil en el que participe el personal de enfermería en los centros de salud de primer nivel de atención de la Ciudad de México?

Objetivo general

- Conocer qué aspectos de las instituciones, del personal de salud y de las usuarias deben de tomarse en cuenta para implementar acciones de prevención de depresión perinatal en la atención materno-infantil que brinda de manera regular el personal de enfermería en centros de salud T-III del primer nivel de atención de la Ciudad de México.

Objetivos específicos

- Conocer en qué consiste la atención a la salud perinatal en el primer nivel de atención y qué profesionales de salud intervienen en este tipo de atención.
- Explorar el conocimiento que tiene el personal de salud y directivos respecto a la depresión perinatal, así como su experiencia en la atención a estos problemas.
- Identificar a partir de la percepción del personal de salud y directivos, cuáles son las barreras y facilitadores para implementar un programa de prevención de depresión perinatal en el que participe el personal de enfermería clínica en el primer nivel de atención.
- Explorar los significados y la experiencia de las mujeres embarazadas y en el posparto, respecto a la depresión perinatal, incluyendo la atención que han recibido en los centros.
- Conocer la opinión de las mujeres perinatales sobre la participación de las enfermeras en intervenciones relacionadas con salud mental.

CAPÍTULO 6. MÉTODO

6.1 Tipo de estudio

Se diseñó un estudio exploratorio con enfoque cualitativo, dirigido a conocer las opiniones y percepciones de un grupo de profesionales de la salud, así como de mujeres que acuden al primer nivel de atención en el periodo perinatal. Se utilizó este diseño para recuperar los relatos y significados que los entrevistados tienen sobre la depresión perinatal y las estrategias para atender a las mujeres que la padecen, así como el papel del personal de enfermería en la implementación de estas acciones. Una de las ideas centrales del enfoque cualitativo es que el mundo de la vida cotidiana es compartido y construido a través de las diferentes subjetividades de los individuos (intersubjetivo).

6.2 Participantes

Para contar con la visión de cada uno de los actores involucrados en la atención materno-infantil, se entrevistó a cuatro enfermeras, cuatro trabajadoras sociales, cuatro médicos que participaban en la consulta general y cuatro profesionales de la salud mental (psicólogos o psiquiatras); también se entrevistó a los directivos de los cuatro centros de salud T-III de primer nivel de atención de la Ciudad de México.

De igual forma, se entrevistó a cuatro usuarias que asistieron a atención prenatal y a los cursos de embarazo saludable de los centros de salud seleccionados, y cuatro usuarias que acudían junto con su bebé (menor de 8 meses) a los grupos de estimulación temprana.

Todos los participantes, tanto los profesionales de la salud, como las usuarias, se seleccionaron con base en un muestreo propositivo. El perfil de cada uno de los entrevistados se presenta en la Figura 11.

Figura 11. Participantes del estudio



6.3 Escenario

El estudio se llevó a cabo en cuatro centros de salud T-III que denominamos A, B, C y D, pertenecientes a la Secretaría de Salud (SEDESA) y los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México (SSPCDM). Estos centros de salud brindan atención médica de primer contacto a la población que no tiene seguridad social laboral, que habitan en la Ciudad de México.

Los Centros de Salud se dividen en tres tipos, según los servicios que otorgan: T-I cuentan con un núcleo básico de médico-enfermera y trabajadoras sociales; el T-II que cuenta con seis núcleos básicos más odontología y el T-III que cuenta con los seis núcleos básicos, odontología, salud mental, además de rayos X y laboratorio.

Se seleccionaron estos cuatro centros de salud tomando en cuenta el número de enfermeras que laboran en ellos, que existiera al menos un profesional de la salud mental laborando, así como interés en el tema y disposición para realizar la investigación por parte de la jurisdicción a la que pertenecen.

El centro de Salud “A” y “B” atiende mayoritariamente a personas de bajos ingresos, mientras que los centros de salud “C” y “D” atienden a personas de diferentes zonas y niveles socioeconómicos y cuentan con un mayor número de servicios médicos para las mujeres embarazadas.

6.4 Recolección de datos y procedimiento.

El trabajo de campo se realizó en el periodo de septiembre de 2018 a agosto de 2019. El contacto con los centros de salud seleccionados se realizó con el apoyo de las autoridades de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México. Se invitó a los directores de cada centro y al personal involucrado en la atención prenatal a participar en el estudio. Se realizaron entrevistas semiestructuradas¹ a quienes aceptaron participar. Se utilizó una guía de entrevista basada en la revisión de la literatura con diversos temas clave:

6.4.1 Guía de entrevista del personal de salud relacionado con la atención materno-infantil y directivos (Anexo 1)

- Actividades del personal de salud relacionado con la atención materno-infantil en el primer nivel
- Conocimiento y significados de la depresión posparto
- Acciones que se llevan a cabo para implementar programas de atención en centros de salud.

6.4.2 Guía de entrevista para usuarias (Anexo 1)

- Embarazo y emociones
- Atención prenatal y en posparto
- Conocimiento y experiencias en la atención a la depresión perinatal
- Enfermería y salud mental perinatal

A continuación, se describirán las diversas actividades que se llevaron a cabo para poder realizar las entrevistas.

6.4.3 Contacto con las instituciones

¹ Las entrevistas semiestructuradas se caracterizan por un grado mayor de flexibilidad que las estructuradas, debido a que parten de preguntas planeadas, que pueden ajustarse a los entrevistados. Su ventaja es la posibilidad de adaptarse a los sujetos con enormes posibilidades para motivar al interlocutor, aclarar términos, identificar ambigüedades y reducir formalismos (Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández, Varela-Ruiz, 2013).

Para tener acceso a los Centros de salud se solicitó apoyo a la Dirección de los Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México para contar con los permisos correspondientes para realizar el estudio. El director de Atención Médica proporcionó un memorándum donde se informó de los objetivos del estudio y que el proyecto contaba con la autorización de la dirección para realizar el estudio.

Posteriormente, se contactó vía telefónica a los directores de las jurisdicciones sanitarias para concertar una cita y explicarles de manera breve y concisa los objetivos del proyecto. Las conversaciones se llevaron a cabo en las instalaciones de cada jurisdicción y en cada caso se obtuvo la autorización para desarrollar el estudio (Anexo 4). Con base en estas reuniones, se tomó la decisión de desarrollar el estudio en cuatro centros de salud, basados en los criterios mencionados anteriormente: interés en el tema y disposición para realizar la investigación por parte de la jurisdicción. Después, cada uno de los directores jurisdiccionales de los centros seleccionados envió un memo a cada director para informarles del proyecto y solicitar su participación.

El siguiente paso fue acudir a cada uno de los centros de salud para conocer la ubicación geográfica, las instalaciones y los procedimientos para solicitar atención.

Después se contactó a los directores de cada centro de salud y se les explicó brevemente los objetivos del estudio, así como el número de entrevistas que se realizarían tanto a su personal como a las usuarias. También se les solicitó información sobre los programas de atención materno-infantil que brindan en el centro de salud. Para conocer las características de los centros de salud, ver Anexo 5.

Cada director me contactó con alguien de su equipo, los cuales fungieron el papel de “porteros”² ya que ellos me dieron un recorrido por las instalaciones, me presentaron a los jefes de cada área, así como al personal a quien podría entrevistar y me explicaron a grandes rasgos el funcionamiento del centro de salud.

6.4.4 Entrevistas con el personal de salud

Se estableció contacto con el personal de salud para acordar el momento más adecuado para realizar la entrevista semiestructurada. Sólo en un centro de salud se hicieron las entrevistas en un cubículo asignado para realizar este estudio. En el resto de los centros,

² La etnografía define al portero como la persona que facilita la entrada al campo y puede contribuir con su experiencia en el proceso de selección de los participantes

las entrevistas se realizaron en el área de trabajo de cada profesional de la salud. En todos los casos se trató de realizar el trabajo con la mayor privacidad posible. Se invitó a cada uno de los profesionales de la salud considerados para este estudio a participar al estudio, si aceptaban participar y contaban con el tiempo, se le daba el formato de consentimiento informado y se iba leyendo a la par cada una de sus secciones. Durante este proceso también se solicitó su autorización para grabar las entrevistas. Al concluir las entrevistas, se les obsequiaba un libro sobre depresión posparto y una lista de cursos en línea a los cuales se podrían inscribir con una beca, como agradecimiento a su participación en el estudio.

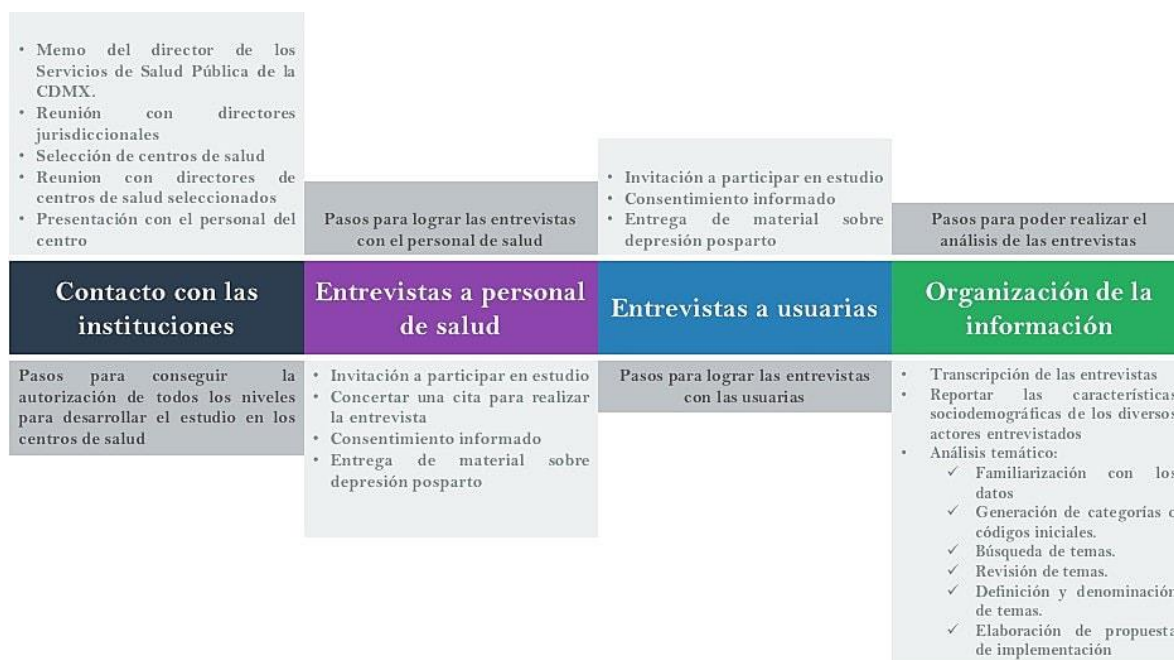
6.4.5 Entrevistas a usuarias

A las mujeres embarazadas, se les invitó a participar en el estudio al terminar la sesión semanal del “grupo de embarazadas”³. Por su parte, a las mujeres en el posparto, se les invitó a participar en el estudio en los grupos de estimulación temprana⁴. En ambos casos, si aceptaban participar, se les leyó el consentimiento informado en el que se solicitó la autorización para grabar la entrevista. Los lugares donde se realizaron las entrevistas fueron las salas de espera de los centros de salud. Para lograr que las participantes se sintieran cómodas y con confianza, se trató de cuidar la privacidad tratando de estar en áreas donde no hubiera mucho flujo de pacientes o personal médico. Al concluir la entrevista, se les entregó un libro sobre depresión posparto y un folleto informativo como agradecimiento a su participación y en caso de presentar sintomatología depresiva o que ellas solicitaran ayuda, se les proporcionó una lista de instituciones que brindan atención psicológica a bajo costo. Las entrevistas tuvieron una duración promedio de 45 minutos, se concluyeron en una sola sesión y fueron audio-grabadas para posteriormente ser transcritas. En la figura 12, se muestra las diferentes etapas de la recolección de la información.

³ Estos grupos son organizados por el equipo de trabajo social y tiene como finalidad brindarles a las participantes información relevante sobre el embarazo y el posparto, como son: signos de riesgo, alimentación, importancia del cuidado bucal durante el embarazo, trabajo de parto y lactancia. Cada tema es presentado por diferente personal del centro de salud como enfermeras, médicos, nutriólogas, odontólogas y trabajadoras sociales. Una vez al mes, al final de cada sesión, si las participantes cuentan con la cedula de gratuidad, se les entrega una despensa por parte del gobierno de la Ciudad de México.

⁴ El grupo de estimulación temprana forma parte del programa “niño sano” de la secretaria de salud, en la que, durante las primeras consultas, se les ofrece a las mamás la oportunidad de integrarse a este grupo, conformado por infantes entre los 3 y 24 meses. Cada sesión semanal tiene una duración de una hora y se les enseña a las mamás diversos ejercicios para favorecer el desarrollo motor de sus pequeños. En las sesiones participan una médica, una enfermera y una trabajadora social.

Figura 12. Recolección de la información



6.5 Análisis de la información

Para la organización y el análisis de la información recopilada, se utilizó el análisis temático (Braun y Clarke, 2006), que permitió clasificar la información de cada una de las entrevistas por temas, subtemas y códigos. Se decidió utilizar esta metodología de análisis debido a que es flexible, ya que permite utilizar cualquier estrategia de recopilación de datos y la elección de marco teórico o epistemológico para la interpretación de los datos es libre; es simplemente “un método de análisis de la información” (Braun, & Clarke, 2013).

A continuación, se describirá cómo se realizó el análisis de las entrevistas:

6.5.1 Fase 1. Familiarización con los datos.

En esta fase, se realizó la transcripción de las entrevistas. Estas se llevaron a cabo por personal de servicio social y por la autora de este trabajo. Posteriormente, se hizo una revisión de todas las entrevistas para revisar la fidelidad de las transcripciones, así como una lectura y re-lectura de cada una de las entrevistas para determinar si la información obtenida permitía cumplir con los objetivos. En esta primera fase se decidió reducir el

número de entrevistas del personal de enfermería que se analizarían ya que no aportaban información relevante para el objetivo del estudio, quedando de la siguiente manera:

a) Personal de salud.

Se analizaron 20 entrevistas del personal de salud: cuatro directores, cuatro médicos generales, cuatro trabajadoras sociales, cuatro psicólogos o psiquiatras y cuatro enfermeras.

b) Usuaris

Se realizaron doce entrevistas, seis a mujeres embarazadas y seis a mujeres que estuvieran en el posparto. Se tenía planeado realizar tres entrevistas de mujeres embarazadas en el centro de salud A, tres entrevistas a embarazadas en el centro de salud C, tres entrevistas posparto en el centro de salud B y tres entrevistas posparto en el centro de salud D. Sin embargo, no fue posible realizar las entrevistas de esta manera debido a la afluencia de mujeres embarazadas y en el posparto de los centros de salud por lo que las entrevistas solo se realizaron en los centros de salud A, B y C.

6.5.2 Fase 2: Generación de categorías o códigos iniciales.

En esta fase, se clasificó la información que se obtuvo en las entrevistas de la siguiente manera: primero se realizó la reducción de datos identificando en el cuerpo de la entrevista los grandes temas de interés. Este es un proceso pre-analítico que surge de la familiarización y lectura del material, en la cual se comienza a identificar ideas, las cuales se subrayan en la codificación selectiva. Posteriormente se llevó a cabo la codificación completa, en la que, en los textos seleccionados anteriormente, se identifican contenidos y se les proporciona una etiqueta que describa el tema que aborda que es potencialmente relevante para responder a la pregunta de investigación.

6.5.3 Fase 3: Búsqueda de temas.

En esta fase, se buscó identificar patrones entre los códigos que surgieron en la fase anterior. Es importante aclarar en este momento la diferencia entre código y tema. Para Braun, & Clarke (2013) un código captura una idea; mientras que el tema es un concepto general que organiza la información y que estará compuesto por muchas ideas que pueden ser diferentes entre sí, pero que se relación con el concepto general o el tema. De esta forma, los códigos

fueron agrupados en grandes temas, buscando que ningún código quedara sin ser clasificado y revisando que cada tema fuera relevante para los objetivos de estudio.

6.5.4 Fase 4: Revisión de temas.

Posteriormente, se volvió a revisar los diferentes códigos, así como los temas en los que fue agrupada la información de cada entrevista observando si aparecía un tema que no había sido contemplado con anterioridad.

6.5.5 Fase 5: Definición y denominación de temas.

Finalmente, en esta fase se hizo una última revisión de la forma en la que se clasificaron los códigos y los temas, y se jerarquizaron de acuerdo con su importancia para resolver la pregunta de investigación.

6.6 Consideraciones Éticas

Se sometió el protocolo ante el Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría, el cual fue aprobado el día 4 de junio del 2018 (Número de registro: CONBIOÉTICA 09-CEI-101-20170316) (Anexo 3). Antes de realizar cada entrevista se solicitó el consentimiento informado a los profesionales de la salud, directivos y administrativos, así como a las usuarias de la atención materno-infantil, así como su autorización para grabar la entrevista (Anexo 2).

CAPÍTULO 7. RESULTADOS

A lo largo de este capítulo se presentan los hallazgos obtenidos a partir del análisis temático de las entrevistas semiestructuradas a los profesionales de la salud que participan en la atención a la salud materno-infantil y de las usuarias embarazadas y en el posparto de los centros de salud T-III.

7.1 Profesionales de la salud.

7.1.1 *Características sociodemográficas*

Se entrevistó a 20 profesionales de la salud (cuatro médicos, cuatro enfermeras y cuatro trabajadoras sociales), quienes en ese periodo se encontraban asignados en alguna actividad implicada en la atención materno-infantil. Asimismo, se entrevistó a tres psicólogos y un psiquiatra, así como a los directores de cada centro de salud. Los participantes fueron: seis hombres (dos directores, dos médicos, un psicólogo y un psiquiatra) y 14 mujeres (dos directoras, dos médicas, cuatro enfermeras, cuatro trabajadoras sociales y dos psicólogas). El rango de edad fue de 31 a 63 años, la mayoría vivía con su pareja y ocho, tenían estudios de posgrado (cuatro directores, una enfermera, una trabajadora social, una psicóloga y un psiquiatra) (Tabla 3).

A continuación, se describirán los resultados de acuerdo con los temas que emergieron del análisis temático.

Los temas fueron los siguientes:

- Conocimiento y atención a la depresión perinatal
- Detección y tratamiento
- Actividades de prevención y promoción de la salud en el primer nivel de atención
- Barreras y facilitadores en la atención e implementación de programas de prevención y detección de depresión posparto.
- Enfermería y atención a la salud mental perinatal.

Tabla 3. Características sociodemográficas personal de salud.

Participantes	Sexo	Edad	Estado civil	Escolaridad	Número de Hijos
Directores					
Adolfo	Hombre	46	Soltero	Maestría	0
Estela	Mujer	63	Soltera	Maestría	0
Beatriz	Mujer	45	Casada	Maestría	2
Óscar	Hombre	35	Casado	Maestría	1
Médicos familiares					
Roberto	Hombre	48	Casado	Licenciatura	0
Karla	Mujer	36	Casada	Licenciatura	1
Claudia	Mujer	39	Unión libre	Licenciatura	1
Alejandro	Hombre	60	Casado	Licenciatura	2
Enfermeras					
Dulce	Mujer	53	Casada	Carrera técnica	2
Gabriela	Mujer	52	Divorciada	Licenciatura	3
Jessica	Mujer	47	Casada	Licenciatura	2
Tania	Mujer	38	Soltera	Maestría	2
Trabajadoras sociales					
Violeta	Mujer	59	Unión libre	Maestría	1
Rosario	Mujer	52	Casada	Carrera técnica	3
Mónica	Mujer	49	Soltera	Maestría	2
Aline	Mujer	44	Casada	Licenciatura	2
Personal de salud mental					
Ángel	Hombre	36	Soltero	Licenciatura	0
Rodrigo	Hombre	31	Casado	Especialidad	0
Angélica	Mujer	59	Casada	Licenciatura	2
Julietta	Mujer	56	Soltera	Maestría	0

A continuación, se describirá cada una de las categorías.

7.1.2 Conocimiento sobre la depresión perinatal

Para los directores de los centros de salud, la depresión posparto es un problema más biológico que social, consideran que es consecuencia de cambios hormonales que afecta la salud de la madre y que está relacionada con los cambios de su rol como mujer.

“Es un estado de ánimo, que presentan algunas mujeres después del parto, pues por la baja brusca de los estrógenos y la progesterona, porque ya no pueden dormir bien, ya que ya no pueden hacer sus actividades normales, porque ya tienen una, una responsabilidad, pues que no les permite tener tal vez las comodidades previas que tenía” (Óscar, 35 años).

Los médicos familiares, por su parte, consideran que la depresión posparto es un *descontrol* en las mujeres que coincide con cambios hormonales, que se manifiesta con tristeza que impide que la mamá se haga cargo del bebé, mostrando, en algunos casos, rechazo.

“Pues es un estado anímico en donde la persona se siente un poquito desorientada en lugar de estar muy feliz por el bebé, se viene abajo este... cómo se llama, no sé cómo se dice, como que hay una especie de descontrol, no sé si afectivo hacia donde, que se siente también la mujer un poquito eh este haciendo un lado porque, pues toda la atención de ella de todos por el bebé, (Roberto, 48 años).

Para las trabajadoras sociales, la depresión posparto es un sentimiento de tristeza que les da a las mujeres después de tener a su bebé debido a la *baja de hormonas, debido al parto*.

“Pues es, es el estado de ánimo que tienen las embarazadas una vez que, que termina el, el parto. El médico les dice que es por la baja de hormonas ¿No?” (Aline, 44 años).

El personal de enfermería define a la depresión posparto como *labilidad emocional de las pacientes porque descienden las hormonas* y porque no cuenta con herramientas para enfrentar las demandas de la maternidad:

“Pues la persona que no está contenta de haber tenido cambio es su cuerpo y que de alguna manera se siente triste por no resolver la situación del manejo de poder calmar a su bebé en ese momento” (Jessica, 47 años).

En cuanto al personal de salud mental, se puede observar diferencias en la forma de definir a la depresión posparto, por un lado, dos de ellos mencionan que la depresión

posparto es un tipo de depresión particular que hay que diferenciar de la tristeza posparto que es causada por las cuestiones hormonales y que se manifiesta con tristeza y poco interés por el bebé; mientras que el personal restante menciona que es un estado emocional causado por los cambios hormonales.

“Bueno, lo que es la depresión posparto hay que diferenciarla de la tristeza posparto que es hormonal y la depresión posparto que son cosas diferentes. Esta tiene los síntomas propiamente de la depresión ¿no?, como abulia, pérdida de interés, fatiga, poca atención al bebé, etc.” (Ángel, 36 años).

Respecto a las causas, desde la percepción de los directores, la depresión posparto es un fenómeno más reciente, que les ocurre a las mujeres *más ahora que antes, porque antes las mujeres no tenían tiempo de deprimirse, tenían inmediatamente que regresar a lo que tenían que hacer*. También consideran que la falta de apoyo social, el nivel económico y tener otros hijos vulnera a las mujeres a sufrir depresión posparto. Para ellos, también puede ser un factor determinante la incompatibilidad de ser madre y tener un empleo.

“Me parece que ahí tiene que ver incluso con que sí, el hecho de tener al hijo puede impedir el desarrollo profesional de la mujer; es más fácil que caiga en una depresión posparto, porque entonces vincula el hecho de que tiene que encargarse del menor y tiene que dejar de lado su desarrollo profesional por lo menos de manera temporal y entonces su dinámica cambia, no se incorpora rápidamente a sus actividades habituales” (Roberto, 48 años).

Para los médicos, además de las cuestiones socioeconómicas, la falta de apoyo y vivir violencia previa, el cambio en los roles de género ha sido un factor que afecta la salud mental de las mujeres durante este periodo. Por un lado, los médicos mencionan que ya no tener un papel exclusivo de cuidadora en la familia facilita que la mujer desee hacer otras cosas y que vea el embarazo y el parto como algo *discapacitante*, mientras que las médicas comentan que es más bien la idea cultural de la maternidad la que limita a las mujeres a hablar de sus emociones negativas, lo cual las aísla y les produce malestar emocional.

“Siempre nos han vendido la idea de que el embarazo y la etapa después del embarazo debe de ser llena de felicidad solamente y que no existe la tristeza y si te sientes triste eres una mala persona y no debes de hablar de ello para no ser una mala madre” (Claudia, 39 años).

Las trabajadoras sociales consideran que los miedos propios del parto y del cuidado del bebé, así como la escasa experiencia, la violencia de pareja, la falta de apoyo social y de

recursos económico y las expectativas que la familia tiene sobre ellas y su desempeño como madre, son las principales causas de la depresión posparto.

“Entras en depresión porque ese proceso es difícil, ya que no sabes cómo manejarlo, emocionalmente te afecta, no sabes cómo manejarlo, qué hacer, aparte, el bombardeo familiar y social de que haz esto, haz aquello, entonces de que viene la desubicación, eso entra en un estrés emocional” (Violeta, 59 años).

Por su parte, las enfermeras, consideran que las mujeres que padecen depresión posparto son porque *“no se controlan y tienen varios hijos”* y forman parte de familias *desintegradas*, tienen baja autoestima y con la llegada del nuevo bebé se sienten *invadidas* por sus *nuevas responsabilidades* y pierden su espacio. Además, consideran que *“las más jóvenes también se sienten tristes porque no logran recuperar su peso y figura”* tan rápido como ellas esperan.

“Yo creo que la invasión a nuevas responsabilidades o enfrentarse a nuevas formas de llevar su vida. Que ya no es nada más ella, es su bebé, el cual le demanda tiempo, le demanda este alimento y llora y además ella no está acostumbrada a esas presiones, entonces, como que se siente invadida, de repente, por alguien más” (Gabriela, 52 años).

Para los psicólogos, la depresión posparto es multifactorial, por lo que es importante conocer el contexto en que se da el embarazo, si fue deseado o no, si fue producto de una violación, si cuenta con el apoyo de su pareja o de su familia y la situación económica de la mujer.

“Pues bueno, la depresión posparto, digamos, viene acompañado de cuestiones sociales, cuestiones económicas, problemas a lo mejor con la pareja, entonces es un cúmulo que finalmente, bueno, lleva a la depresión posparto” (Angélica, 59 años).

7.1.3 Detección y tratamiento

Dada la descripción de sus funciones, los directores no tienen contacto directo con los pacientes que acuden al centro de salud, sin embargo, conocen bien los indicadores de salud que deben de reportar a las jurisdicciones y a los registros nacionales. En ese sentido, los directivos expresaron contar con escasa información y conocimientos acerca de la depresión posparto, ya que su función es de carácter más administrativo y están más enfocados en los indicadores de salud que deben reportar a las jurisdicciones y a los registros nacionales, aunado al hecho de que son pocos los casos que se han reportado en sus centros de trabajo.

“Depresión posparto, no lo tengo ni registrado ni en los diagnósticos de este del... centro de salud. Tal vez no le estamos dando la importancia que deberíamos de darle a esa situación” (Estela, 63 años).

Por esta razón, no está dentro de sus planes de trabajo, ni la detección intencionada ni la atención de este problema y no le piden a su personal que realice acciones relacionadas con la prevención de la depresión posparto, aunque médicos y enfermeras tienen claros los pasos que deben seguir en caso de que encontraran a alguna mujer con esta sintomatología.

“Si el médico o la enfermera detectan un caso, tenemos el servicio de psicología, salud mental... entonces hacemos una valoración en este caso y en caso de ser necesario se refiere al psiquiatra que está en otro centro de salud de la misma jurisdicción y ya él determinara si le da tratamiento o también la envía a otro servicio, otra instancia de mayor especialidad” (Adolfo, 46 años).

En cuanto a los médicos familiares, es importante mencionar que ellos mismos consideran que son los que tienen mayor contacto con las mujeres embarazadas y en el posparto, pues son quienes llevan el control prenatal y el seguimiento al desarrollo de los infantes. Como se mencionó anteriormente, en este estudio se entrevistaron dos médicos y dos médicas. Las médicas formaban parte del equipo de los grupos de apoyo de “embarazo saludable” y “estimulación temprana”, por lo que además de las consultas perinatales, conviven con las mujeres de manera más frecuente.

Fueron las médicas quienes mencionaron haber identificado algún caso en sus grupos o en los seguimientos y los familiares confirmaron los síntomas de tristeza, llanto y desapego al infante. Por su parte, los médicos comentaron que ellos detectaban que algo no estaba bien con la madre, cuando estas presentaban problemas de salud o los niños tenían bajo peso, desnutrición u otro problema de salud:

“Inmediatamente, te das cuenta por qué, la mujer finalmente con el bebé está ahí y no les ves ese... esa chispa con los bebés, entonces sabes que algo está pasando aquí. Inclusive hay veces que los esposos o maridos o quien sea, ellos también han referido: no, pues esta está triste, está de esta manera. Y los bebés están todos desnutridos, no han crecido lo suficiente, no pesan lo esperado” (Claudia, 39 años).

Respecto al tratamiento, los cuatro médicos entrevistados reportaron que pueden dar una orientación breve y si lo consideran necesario, las canalizan con el psicólogo o psiquiatra del centro de salud. En caso de que este servicio se encuentre saturado, se les manda a trabajo social para encontrar otro centro que brinde atención a bajo costo.

“Pues en algunos casos sí se les da la orientación directa y como tienen problemas físicos, pues nos dicen: quiero atenderme en la parte médica, pero sé que también necesito una terapia porque, pues no puedo cuidar a mi bebé. Entonces ya es cuando se les manda a psicología o hacia psiquiatría” (Roberto, 48 años).

El personal de trabajo social también tiene mucho contacto con las mujeres en el embarazo y el posparto, ya que, a través de esta área, tramitan la gratuidad de los servicios médicos, reciben el pase para ser atendidas durante su parto en hospitales gineco-obstétricos y se les apoya mensualmente con despensas en el embarazo y en los primeros tres meses posparto. Además de que es el equipo de trabajo social quien organiza los grupos de apoyo “embarazo saludable” y “estimulación temprana” con la participación de diferentes profesionales de salud.

De esta manera, las trabajadoras sociales entrevistadas mencionan que han visto casos de depresión perinatal y que las han identificado en los grupos de embarazo saludable, ya que muestran *poco arreglo, desánimo y casi no hablan durante las pláticas* y en el posparto, las identifican porque llegan llorando, pues no saben qué hacer.

“Lo detectamos principalmente cuando nos muestran a su bebé o nos pasan algún tipo de información y ya platicando con ellas o en el proceso de algún tipo de entrevista, pues ya van saliendo esas cositas y ya es cuando entran en un nuevo proceso emocional y pues hay algunas hasta lloran, se sienten frustradas, no pensaban que el proceso iba a ser así y empiezan a expresar todo” (Mónica 49 años).

En cuanto al tratamiento, después de hablar con ellas y *orientarlas*, les recuerdan *que en el centro de salud hay un psicólogo* y pueden solicitar cita directamente con él. Si tienen contacto con otras instituciones como el Instituto de la Mujer o con psicólogas que hacen su servicio social ahí, las canalizan, aunque no hacen seguimiento de si acuden o no a atención.

“Le dije que hablara con la psicóloga de aquí, ya en la semana vi que subió, que paso a psicología, y ya cuando iba a dar a luz ya no la veía tan, pues tan triste, pero... yo ya no platiqué con la psicóloga, pero si deduje que la estaba atendiendo”.
(Aline, 44 años).

Las enfermeras, por su parte, también tienen contacto frecuente con las mujeres, en especial en el embarazo, periodo en el cual ellas realizan las mediciones de signos vitales, revisan la existencia de signos de alarma en el embarazo y avisan al médico familiar si hay algo que les llamó la atención. En ese sentido, las enfermeras consideran que hay otras características en las mujeres que dan cuenta de que algo no marcha bien, entre estas, la

falta de arreglo, no tienen interés en mantener una conversación, no recuerdan cosas básicas, como *fechas de nacimiento, se les cae mucho el cabello, su piel está reseca, y lloran mucho.*

“Si he notado que muchas, este... venían muy bonitas, arregladas y cuando ya vienen con su bebé incluso hasta parece que lo tuvieron apenas y se deteriora mucho su apariencia física” (Dulce, 53 años)

En cuanto al tratamiento, en un inicio, las enfermeras consideran que las mujeres pueden salir *“adelante, que si le echan ganas”* se sentirán mejor.

“Las animo a que traten de bajar de peso, a que se arreglen, a que estén, eh, cambiadas, a que se hagan un cambio de “look” porque se están enfrentando a una nueva etapa de su vida” (Jessica, 47 años).

El personal de salud mental, consideran que las mujeres con depresión perinatal tienen un semblante de tristeza y desgano, así como poco arreglo, además, que cuida poco al bebé, y no sienten un deseo tan grande de estar con él todo el tiempo o incluso, sienten culpa al no poder sentir lo que *deben sentir las mamás.*

“Ellas se sienten mal por no dar la vida por sus hijos, por no sentir que es lo mejor que les ha pasado, que deben sentirse de cierta forma al tener un hijo o un recién nacido” y esto se acompaña de la culpa, por no sentirse como deberían sentirse” (Julieta, 56 años).

Hay una identificación tardía de estos problemas, lo que se explica en parte porque no son detectadas en las consultas médicas, en éstas se considera que sus malestares son causados por problemas físicos y se les receta multivitamínicos. Algunas mujeres les piden ayuda directamente cuando reciben pláticas en los grupos de embarazo saludable o estimulación temprana y el personal de salud mental va identificando con los síntomas de tristeza e irritabilidad.

“Cada que doy una plática, mínimo dos mujeres se acercan a decir: sabes que creo que tengo estos síntomas, ¿no?, y no me gusta tenerlos. Entonces ya les agendo una consulta para trabajar sus problemas de pareja y los problemas con los papás, las más jóvenes” (Julieta, 56 años).

7.1.4 Barreras y facilitadores de la atención e implementación de programas de prevención y detección de depresión posparto.

Finalmente, es importante conocer qué obstáculos y facilitadores existen en este momento para la atención a la depresión perinatal y qué aspectos contribuirían a la implementación de programas en el que participaría el personal involucrado en la atención materno-infantil.

Los directores consideran que es difícil que las mujeres embarazadas continúen su atención posparto en el centro de salud, ya que por lo general cambian de dirección, ya sea por qué van a vivir este periodo con familiares o viven en otros estados y solo estuvieron en la ciudad para atender su embarazo.

Por otro lado, mencionan que, aunque los médicos o enfermeras son el personal que está en mayor contacto con las mujeres, no les pueden pedir que hagan labores de detección y prevención de depresión posparto, ya que el personal más idóneo para ello es el capacitado en salud mental.

“Es complejo, los médicos y las enfermeras llevan muchos programas, atenciones, pero bueno, es importante, tal vez sería a través del servicio de salud mental, ¿no?, donde podríamos integrar algo así... ellos son los más capacitados para ello”
(Óscar, 35 años)

Consideran que si la implementación de algún programa viene directamente de la secretaria de salud, sería algo sencillo de aplicar, ya que tendrían claridad en cuanto a la normatividad y los indicadores que deben de cumplir. Aunque esto lo ven como un arma de doble filo, ya que, al tener varios programas alternos, el personal está *desincentivado* y se ve desbordado por el exceso de trabajo. En ese sentido, mencionan que con cada cambio de dirección en las jurisdicciones o a nivel estatal o nacional, hay un deseo por innovar y tener nuevos programas de salud que se implementan con los mismos recursos y el mismo personal, pero, por lo general, no hay buena planeación y comunicación por lo que hay confusión entre las prioridades de atención, lo cual repercute directamente en la atención a los *usuarios*.

“Todos, todos los que llegan quieren innovar, ¿no?, e inclusive, aunque existan, puede haber que son programas que implementan y que no tienen una buena

planeación, porque ni siquiera tiene un presupuesto asignado... para ese programa y todos los programas que implementan ...este... son con los mismos recursos y con el mismo recursos materiales y recursos humanos” (Estela, 63 años).

En cuanto a los médicos, antes que atender la salud mental, consideran que es complicado ofrecer una atención adecuada a las pacientes en el embarazo, debido a la gran demanda de personas que atienden diariamente y al poco tiempo que tienen para evaluar su estado de salud.

“Sí, de hecho, solo tenemos 20 minutos por paciente, pero luego tenemos notas algunas incompletas o no llenamos cédulas de detecciones para algunas situaciones, entonces, atendemos a 20 pacientes o más de 20 pacientes al día, entonces sí, la calidad de la atención se reduce mucho. Aunque queramos no es posible para tantos pacientes nos tenemos que enfocar, solamente ser muy puntuales del padecimiento” (Karla, 36 años).

Esto sumado a que las pacientes no acuden a las cinco consultas prenatales mínimas que marca la normativa, a veces solo acuden por el pase –para atenderse en el parto- y no pueden evaluar si presentan algún factor de riesgo en su embarazo que pueda afectar el parto. También mencionan que, al ser médicos, lo más importante es atender los padecimientos físicos, tanto en el embarazo como en el posparto, y que al no tener o contar con información o instrumentos para detectar depresión perinatal se les olvida preguntar por este aspecto. En ese sentido, ellos consideran que sería muy favorable que los capacitaran a uno por uno, que les dieran formatos y les explicaran como llenarlos para poder abarcar el aspecto emocional durante las consultas.

“Yo, nada más, me dedico a lo que viene y se acabó y me olvido de la señora, ¿de cómo está?, del cómo va evolucionando su embarazo. Solo veo su útero y se acabó entonces nada más, la veo en ese aspecto, no la veo con todo lo demás, solo me dedico a ver el paciente y vámonos porque quiero, a lo mejor, terminar la consulta más rápido, no sé, lo que sea” (Alejandro, 60 años).

Las trabajadoras sociales, por su parte, mencionan que algunas mujeres no vuelven a la atención posparto, ya que regresan a su ciudad natal, sobre todo aquellas que son atendidas en el centro de salud B, donde convergen la población rural y urbana. Y en cuanto a las que se quedan, no están acostumbradas a acudir al médico una vez que nació su bebé. La atención se centra en su hijo, en sus vacunas, en parte por falta de información

“Ellas sienten que, ya naciendo el niño, pues ya se acabó su... pues... no su problemática, pero ya terminó hasta ahí y ellas vuelven a ser las mismas, pero,

todavía se tiene que tener cuidados en el puerperio, ellas casi nunca piensan que se tienen que cuidar, no tienen la idea” (Rosario, 52 años).

Además, consideran que las mujeres que asisten a todos los controles prenatales y a las consultas complementarias son quienes carecen de empleo y tienen un bajo nivel educativo, en tanto que las que tienen un empleo o mejor educación, solo acuden en casos de urgencia o por las vacunas.

Las trabajadoras sociales mencionan que dentro de las funciones que tienen está la prevención y la detección oportuna de problemas de salud, aunque realizan pocas actividades relacionadas con la salud mental. Sin embargo, mostraron disposición para dar pláticas y difundir material sobre depresión perinatal, siempre y cuando las capacitaran y tuvieran el apoyo del personal de psicología para informar a las mujeres adecuadamente sobre el tema.

“Antes que nada yo tendría que conocer qué es la depresión posparto para ayudarle a la paciente a que reconozca ese proceso que va a cursar y que sepa, como lo va a manejar o cuáles son las alternativas que ella pudiera tener. Y que tenga el apoyo de la psicóloga para canalizar a las que vea” (Mónica, 49 años).

Otra ventaja es que, en los grupos de embarazo saludable, algunas coordinadoras de los grupos han implementado estrategias como “madrinas y padrinos” en las que los familiares acompañan a las mujeres a las pláticas para obtener información y sensibilizarse sobre los cambios y necesidades durante el embarazo.

“Ahora tenemos un, este, un programa que se llama “Madrinas y Padrinos”, que es cuando las embarazadas vienen acompañadas de su pareja, su mamá, y también se les da la información, y vemos juntos el plan de acción donde vienen todo lo que son los signos y síntomas de alarma durante el embarazo que ellas deben de identificar, este es el cuestionario, que dice ¿a quién le vas a avisar para que te ayude a trasladarte al hospital?, ¿a qué hospital debes acudir? Si conoces el hospital, ¿qué transporte vas a utilizar? Si esa persona no está disponible, ¿quién más te va a ayudar?, ¿en qué fecha esperas que nazca tu bebé?, ¿quién va a atender tu parto?, ¿en dónde van a atender tu parto?, ¿cuánto tiempo está de tu casa el lugar, el hospital?, otra vez ¿quién te va a acompañar?” (Aline, 44 años).

Cabe mencionar que si bien están en contacto con las mujeres y en ocasiones las orienta o les “dan consejos y hablan sobre sus problemas”, no a todas las trabajadoras sociales les gusta esta actividad y prefieren solo orientarlos en cuestiones administrativas.

“Sí, la hacemos de psicólogas también muchas veces (risas), no me gusta mucho la psicología, pero va muy unida. La gente pasa con nosotras y aquí con una compañera que tiene una especialidad en psiquiatría, y aquí se desahogan, nos cuentan todos sus problemas, se ponen a llorar y ya como que salen más liberadas,

es de lo que nos hemos dado cuenta. Lo que está dentro de nuestras manos les damos la orientación necesaria” (Aline, 44 años).

Por su parte, las enfermeras consideran que es difícil ofrecer una atención integral a las mujeres, en gran parte, porque no acuden a consulta de manera oportuna ni en el embarazo ni en el posparto, entre las razones, se encuentran que, desde su perspectiva, las mujeres no tienen interés en la atención, hay que ir a buscarlas a sus casas para cumplir con los esquemas de vacunación de los niños, labor que hace el personal de enfermería de campo.

“Luego van a las casas a las 11 de la mañana, y las mamás están durmiendo. Y les preguntan ¿no va a llevar a su niño a vacunar? Sí, pero es que no he tenido tiempo. ¡No puede ser! Yo me levanté desde las 6 de la mañana para ir a trabajar, para esto, para lo otro, mi hijo tiene la misma edad y no le falta ninguna vacuna ¿Por qué estar esperando a que alguien me traiga los servicios a domicilio ¿No? Están esperando a que vayamos y luego llegamos y preguntamos “por qué no ha vacunado a su niño” pues es que usted no ha venido” (Gabriela, 52 años).

Por otro lado, consideran que las mujeres no están acostumbradas a pedir atención, dejan hasta el final sus consultas y acuden solo cuando tienen síntomas físicos que les impide realizar sus labores, además que hace falta de información, pues no saben que deben ir a control de puerperio y a planificación familiar después de dar a luz.

“Más que nada, no vienen a control de puerperio, muy pocas son las que, oye, vengo a mi control de puerperio o a planificación familiar, vienen al control del niño sano. En eso, entonces las invito a que ellas también son muy importantes y tienen que venir a sacar cita de puerperio tardío y lactancia materna” (Tania, 38 años).

En cuanto a las oportunidades para que las enfermeras colaboren en la detección de problemas de salud mental, mencionan que ya en otras ocasiones se les ha pedido llenar formatos para detectar personas *tristes o con violencia*, pero esos programas no duran mucho, por lo general, desaparecen meses después. Además, mencionan que ellas solo tienen tiempo para llenar formatos, *no tienen el espacio para platicar* con las pacientes de sus emociones, consideran que para hablar de temas “personales” no con la privacidad para hablar con ellas, como los médicos o los psicólogos.

Respecto a qué tan factible sería que ellas ayudaran a detectar depresión perinatal, mencionan que si es un formato breve pueden llenarlo, pero ellas prefieren no participar, ya que no lo ven como una necesidad.

“Pues no, lo que pasa es que no tenemos como que esa costumbre de preguntar por su estado de ánimo, que se podría hacer costumbre si nos dan la indicación de preguntarles porque, pues les preguntamos tantas cosas cuando vienen que una más no nos afectaría, preguntarles. Aunque ni mis compañeras ni yo hemos visto la necesidad a lo mejor de hacerlo siempre, por falta de tiempo, a lo mejor” (Dulce, 53 años).

Finalmente, los profesionales de la salud mental reportan que es difícil identificar a las mujeres en consultas posparto, ya que ellas pierden prioridad en la atención y lo más relevante es la atención al niño, el cual es uno de los programas más importante del sector salud.

“Si se siente mal no se lo dicen nunca al médico, el médico no lo identifica y se enfocan al niño, cuando vienen ellas ya no se checan, difícilmente se checan, yo pienso que se deben de estar checando, ya no vienen, vienen como acompañantes, entonces no las checan a ellas Para el niño cada mes y cuánto pesa y a ellas ya nada, entonces yo creo se tiene que hacer cultura de hasta decirle a la gente “¿Cómo te sientes después del parto?” pero no forma parte del programa d El Niño Sano, entonces no se hace” (Rodrigo, 31 años).

También reportan que la mayoría de los pacientes a quienes dan consulta son personas con problemas de uso de sustancias o niños con problemas de conducta o TDA. En ocasiones, las mamás de estos niños utilizan el espacio con los psicólogos para hablar de cómo fueron sus emociones en el embarazo y el posparto.

“Las mamás de los niños que veo tienen en común una depresión que se ha prolongado por varios años... al hacer la historia clínica, descubro o vamos descubriendo que comenzó la depresión después de alguno de los partos... o a veces durante el embarazo, y es más común que ellas soliciten ayuda años después, no en el momento, y yo creo que esto pasa, ya que socialmente no está bien visto que la persona, que la mujer esté triste después de dar a luz, como que hay muchas expectativas sociales que recaen sobre la mujer embarazada y en el posparto”. (Rodrigo, 31 años).

Por otro lado, mencionan que otra gran barrera, es el desconocimiento del tema en los profesionales de la salud, incluidos ellos, por lo que algunas veces los médicos llegan a medicar a las mujeres innecesariamente y sin hacer un seguimiento psicológico sobre las causas de su malestar emocional.

“El doctor la tenía medicada porque llevaba meses con gastritis y eso le impedía cuidar al niño, aunque no había nada en los estudios, por eso la medica, esa chica no tenía apoyo del papá del bebé, no se sentía bien, lo más preocupante es que estaba medicada y no lo necesitaba, nos llegó a consulta por otras razones, porque vivía violencia de la pareja actual, no por la depresión que traía” (Angélica, 59 años).

Algo que consideran positivo y que facilita la comunicación entre el personal de enfermería y los médicos es que todas las consultas y canalizaciones a servicios quedan registradas en el expediente de la paciente, por lo que, si fueran canalizadas las pacientes a la atención psicológica, los médicos estarían enterados de si van a consulta, y el tratamiento que llevan.

Una reflexión que parece ser fundamental en el trabajo de detección y prevención por parte del personal de salud mental es que no siempre pueden llegar a las áreas de espera y dar información a las pacientes, ya que, a veces, los recursos que pueden ayudar a la prevención, como dar información a través de las televisiones, son utilizadas para que las usuarias vean los programas matutinos de tv en el tiempo de espera, con un alto volumen, por lo que no pueden escuchar las pláticas que dan sobre temas de salud mental. Al parecer, la falta apoyo por parte del personal de enfermería, quien no les permite apagar la televisión, ya que cuestionan la relevancia de las actividades que realiza el personal de salud mental.

“A veces no se tiene la autoridad de llegar y apagar la tele y a lo mejor, por eso dejan la tele prendida, pero es de sentido común, ¿con quién me apoyo?, y que la apaguen para que la atención se centre en lo que nos interesa transmitir. A veces las enfermeras caen en la tentación de creer que este trabajo es fácil y todo el mundo lo puede hacer: tú nada más pláticas con el paciente. No, no, hay un modelo de intervención para que puedas trabajar con el paciente, no damos consejos, no, digamos, vamos conformando caminos y las decisiones las toma el paciente” (Julieta, 56 años).

7.1.5 Actividades de prevención y promoción de la salud en el primer nivel de atención

El personal de enfermería realiza la promoción de los programas de salud durante la medición de los signos vitales. Dependiendo de la edad del paciente, realizan una serie de preguntas para conocer el estado de salud y les dan una serie de recomendaciones para mantener su estado de salud óptimo. Estas acciones se deben reportar al médico, en el expediente del paciente y en formatos para la directiva del centro de salud.

“Tenemos que sabernos todas las líneas de vida, ya que atendemos a todo tipo de pacientes, y les tenemos que preguntar cómo están, si están tomando sus medicinas y les recordamos que deben comer sano y hacer ejercicio, en general. Si encontramos algo, le decimos al doctor o lo anotamos en el expediente. Y al final del día tenemos que hacer de reporte de los pacientes y que vimos y los programas con los que cumplimos” (Jessica, 47 años).

La visión de los médicos sobre la promoción y la prevención la evalúan por lo que ven en las consultas, en la que la mayoría de los pacientes que atienden llegan graves, sin conductas de autocuidado:

“La gente no está educada para prevenir y el sistema de salud no está diseñado para que la prevención sea el principal objetivo, generalmente atendemos, somos curativos, el paciente viene enfermo, lo atendemos y se va, y los programas de prevención son como los menos importantes, las pláticas a la mejor, la capacitación, todas las detecciones no se les da tanta importancia, siempre lo más importante es la consulta del día, el paciente viene enfermo se le da tratamiento y se va” (Karla, 36 años)

Para el personal de trabajo social, las actividades más importantes que realizan son justamente la promoción de la salud. Las trabajadoras sociales son las encargadas de los grupos de apoyo, de invitar a las personas a cumplir con los esquemas de vacunación, y de los “periódicos murales” donde cada mes abordan temas importantes sobre salud para la comunidad. Sin embargo, como los médicos, ellas consideran que este trabajo no impacta en ocasiones, ya que los pacientes utilizan los servicios de salud cuando ya presentan malestar y no para llevar un control de su salud:

“A todos los pacientes se les tiene que dar la promoción de temas de salud y desafortunadamente ya vienen, pues en... con urgencias, que ya les duele la muela... para ahora que viene diciembre, precisamente prevenir las enfermedades dentales, aunque no les duelan sus muelas, tienen que venir a revisarse por si tienen alguna picada, si no, pues que le hagan una limpieza al paciente, como se los hemos dicho, para que precisamente no lleguen, pues de urgencias” (Rosario, 52 años).

Los psicólogos, por su parte, también se encargan de la prevención y promoción de la salud, pero solo cuando el equipo está conformado por varios elementos y tienen tiempo entre las consultas, pero la mayoría de las veces se dedican a dar tratamiento de situaciones que requieren atención inmediata, como violencia, consumo de drogas y problemas de conducta en los niños.

“Siempre hacemos actividades, de acuerdo con el tema, actividades hasta el suicidio está muy de moda, pero no por moda, sino porque sabemos las cifras tan altas que hay, damos pláticas en la sala de espera, traemos material, damos pláticas a otros compañeros, entonces sí se hacen actividades, pero solo cuando no estamos muy saturados, a veces tenemos la agenda llena y dar promoción nos atrasa con la consulta y ahí tenemos casos de violencia, de alcoholismo que requieren ser atendidos” (Julieta, 56 años)

7.1.6 Enfermería y atención a la salud mental perinatal.

En los centros de salud existen dos tipos de enfermeras, por un lado, están las enfermeras de campo, “*quienes acuden a las áreas geográficas que les corresponden para realizar campañas de vacunación a personas y animales como gatos y perros y mantener actualizado el registro de usuarios*”. Por otro lado, están las enfermeras clínicas, quienes toman los signos vitales de los pacientes, hacen promoción de campañas de salud y apoyan al personal médico en las consultas. Por lo general, el personal de enfermería debe de rotar de consultorio cada año, para que participen en todas las actividades que se realizan en el centro de salud.

Los directivos de salud reconocen su importancia en el funcionamiento de los centros de salud, y consideran que tienen una gran participación en las actividades de prevención de diversas enfermedades, en especial en el embarazo, pero se enfocan más en la salud física que en la emocional.

“Las enfermeras tienen mucha empatía, sí usted lo ve aquí lo que realizamos antes de que el paciente entre con el médico...ya hay una relación entre la enfermera y el paciente, es el primer contacto...y no solo toma signos y síntomas sino pregunta ¿Cuál es el motivo de la consulta? Desde ahí empieza a establecer acciones encaminadas a prevención. Durante el embarazo les hacen énfasis en detectar datos de alarma que puede llevar a ver una complicación...como hipertensión sistémica, rotura prematura de membranas etcétera y entonces tenemos una serie de información, desde la enfermera...” (Adolfo, 46 años).

Los directores consideran que las enfermeras podrían realizar actividades de detección y prevención de la depresión perinatal ya que tienen un mayor vínculo con las pacientes y dan información importante para su salud.

“Yo creo que si podrían, es que se genera un vínculo mayor que a lo mejor el medico por cuestiones de tiempo y por el que los médicos tenemos la atención al padecimiento actual, usted llega a su control de embarazo, mido el útero, control de la frecuencia cardiaca fetal, hago el acta médica, verifico si tiene factores de riesgo alto o no, si identifico alguna, le hago la referencia al hospital que le corresponde; pero la enfermera su papel es decir: -¿Ha venido o no ha venido a sus consultas? ¿Por qué no ha venido? Es importante que siga estas recomendaciones, que la alimentación la lleve así- y pues checar a nivel de la familia los aspectos que sean fundamentales para evitar que se complique esa esa paciente” (Oscar, 36 años).

Por su parte, los médicos consideran que las enfermeras realizan un gran trabajo, aunque “*no con todas pueden trabajar pues no se acomodan a su forma de ser, y con la rotación es más difícil lograr ser un buen equipo*”. Pero en general, piensan que el trabajo de las enfermeras es

fundamental para que ellos puedan realizar su trabajo ya que realizan actividades de detección y prevención.

“Las enfermeras están concentradas en el área de somatometría, ahí es donde se les reciben las fichas, se van pasando en orden consecutivo y se les toma la somatometría y aparte se les da la orientación por parte de enfermería, también de medidas preventivas, dependiendo del tipo de paciente. En el caso de mujeres embarazadas, signos de alarma, también peso y talla, y la vacuna también. Si ellas notan alguna situación con el paciente pues ya nos comentan para que nosotros hagamos la búsqueda intencionada, por así decirlo, del padecimiento que ellas están detectando, si ellas sospechan también de algún tipo de violencia, pues ya se les aplica la cédula de violencia en consulta” (Karla, 36 años).

Sin embargo, Roberto (46 años), considera que en realidad las enfermeras *“no tienen una relación tan estrecha con las mujeres embarazadas pues nada más la pesan, miden su presión y le dicen -señora ahorita le llamamos-. No se involucra mucho el personal con las pacientes”*. El médico Roberto considera que esto se debe al nivel educativo del personal de enfermería, opina que: *“su perfil académico es corto porque hay enfermeras que tienen veinte años trabajando aquí entonces en ese tiempo no se les exigían mucho la licenciatura, entraban nada más como técnicas, por eso no se involucran en otras actividades, no es por la carga de trabajo como dicen, porque realmente el trabajo no es mucho, o sea usted en el tiempo que este aquí se va a dar cuenta que realmente la consulta no es mucha, entonces en realidad tienen mucho tiempo libre, pero ellas solo quieren venir, trabajar poco e irse a su casa.”*

En cuanto a si consideran que las enfermeras podrán participar en las actividades de detección y prevención de la depresión perinatal, la mayoría piensa que sí, *ya que ellas tienen su propio espacio y el momento para poder hablar con la paciente, cuando le están haciendo su somatometría, generalmente ellas hacen una nota de enfermería y a lo mejor en ese tiempo, podrían utilizar tres minutos, cinco minutos para realizar una encuesta, preguntas muy sencillas para detectar síntomas de depresión (Claudia, 39 años).*

Sin embargo, se requerirían dos requisitos para que las enfermeras participaran en estas actividades. Primero, *“capacitarlas previamente e indicarles los criterios y las características que tienen que buscar en los pacientes”* y segundo, realizar una labor de convencimiento para que ellas accedieran a participar, *“pues habría cierta resistencia, ellas dicen: -¿y ahora esto?-, además de esto que tengo que hacer, me ponen a hacer esto- , y es que generalmente solo les dan trabajo y no les preguntan si les gustaría hacerlo o no” (Karla, 36 años).*

Para el personal de trabajo social, el personal de enfermería es muy activo, van de consultorio a consultorio apoyando al personal médico y cuando las pacientes lo requieren, las canalizan con las trabajadoras sociales, ya sea para recibir orientación sobre tramites o para recibir apoyo si viven alguna situación de violencia.

“Ellas trabajan mucho y sean de campo o clínicas, se tienen que ir a hacer promoción a la calle, por ejemplo, la semana pasada, fue la semana nacional de salud y ellas se van a vacunar a las escuelas, a las plazas, a donde las manden y como conocen bien a la población alguna compañera nos comentan un caso, por decir de luego no quiere vacunar a sus hijos o que los abandonan durante el día para ir a trabajar, y ya nosotros hacemos la visita” (Rosario, 52 años).

Sin embargo, consideran que para las enfermeras sería muy difícil hacer el trabajo de detección ya que están sobrecargadas de trabajo y en ocasiones no hay suficientes para atender y platicar con los pacientes que llegan a consulta:

“Pues ahí no creo que tanto porque al parecer creo es una enfermera para dos consultorios, y pues así que tengan un tiempo como tal, no, cuando llega la paciente embarazada, por supuesto que le dan información, dentro de las líneas de vida que se le da a cada paciente, pero pues a las embarazadas nada más se les recuerda los signos de riesgo y no les da tiempo de más” (Mónica, 49 años).

Cuando se les preguntó a las enfermeras cómo era la atención que le dan a la población general y a las mujeres embarazadas, se observó que no todos los centros de salud tienen la misma cantidad de enfermeras apoyando la parte clínica. Por ejemplo, Gabriela (52 años) nos cuenta que en su centro solo hay dos enfermeras que apoyan todos los consultorios, por lo que *“a veces no nos da tiempo ni de ir al baño, y si no estamos sufriendo por la sed, si no es por un vaso de agua que tenemos aquí o por esta botella, no aguantaríamos”*.

En cuanto a las mujeres embarazadas, se llevan alrededor de 15 y 20 minutos en los cuales tienen que hacer la nota de enfermería, checar sus signos vitales y dejar por escrito lo que hablaron. En caso de que las mujeres embarazadas necesiten alguna vacuna, se llevan más tiempo.

Posteriormente tienen que llevar un registro para hacer el informe de mes en el que indican: *“¿Cuántas consultas dimos? ¿Cuántas vacunas aplicamos? ¿Cuántas detecciones hicimos?”*.

Otros centros de salud que cuentan con más personal tienen la oportunidad de platicar más con las mujeres embarazadas y en el posparto, como nos platica Jessica (47 años) *“como tengo tiempo, le pregunto si es diabética, si tiene antecedentes de otros familiares, de*

¿Cómo se siente? ¿Por qué vino a la consulta? ¿cómo se siente emocionalmente es una pregunta directa cuando hay tiempo, y pues hemos platicado hasta cosas que ni nos esperábamos que nos van a platicar”.

Las enfermeras mencionan que no cuentan con folletos u otras herramientas para hablarles a las mujeres del embarazo por lo que tienen que improvisar cuando les quieren dar consejos como menciona Tania (38 años):

“A la paciente embarazada siempre la invito a que vea un parto, un video de parto psicoprofiláctico porque no tenemos ni los medios, ni folletitos como para mostrarles cuales son los ejercicios que tienen que hacer. Les sugiero que conozcan su respiración, que descansen, que coman, que externen sus sentimientos, sus miedos. Que cuando nazca su bebé tienen que venir a su consulta del puerperio, porque también ellas son muy importantes. No solamente el bebé, el bebé pues va a depender de ella, pues si los dos están bien pueden sacar adelante al bebé sanamente y de la lactancia materna tiene que ser así, lo tienen que saber, por los beneficios les va a dar la lactancia materna, es totalmente el apego”.

Sin embargo, no siempre tienen la mejor actitud para platicar con las pacientes, en ocasiones puede existir un prejuicio contra las mujeres embarazadas, en especial con las más jóvenes y de cierto nivel educativo:

“No siempre platico con ellas porque hay personas que tienen menos como capacidad intelectual. Se ve la diferencia entre alguien que ya estudió, porque quiera o no las pacientes que disponen de tiempo para las consultas y los grupos no terminaron ni siquiera la secundaria o la preparatoria. Entonces no tienen la misma capacidad intelectual, que una chica que viene, que es maestra, o que está estudiando que tiene una carrera, y tienen un desarrollo cognitivo adecuado, en comparación que una chica de que vienen de una colonia pobre y que todavía viene con sus falditas de reguetonera”. (Dulce, 53 años).

Se les hizo directamente la pregunta de si les gustaría realizar acciones de detección y prevención de la depresión perinatal. Las cuatro enfermeras respondieron que no, aunque mencionaron diferentes razones por las que no les gustaría hacer ese trabajo, por ejemplo, Jessica (47 años) contó que: *en este momento estoy haciendo la licenciatura en enfermería en línea por lo que no tengo ni tiempo ni ganas de capacitarme en otras cosas que no veo como necesarias.*

Dulce, (53 años) por su parte comenta que ella prefiere no involucrarse con los pacientes: *si la paciente llora en ese momento no digo “hay que darle un abrazo” porque no somos paños de lágrimas, mas bien somos orientadoras para las situaciones, además de que no con todos*

podemos tener la confianza de hablarles, porque no pone atención o le molesta, ¿no? o a veces la misma paciente nos ha expresado que viene a la consulta y solamente con el doctor habla.

Para Gabriela (52 años) sería imposible hablar con las pacientes por la gran carga de trabajo que tienen y porque no es una prioridad que deben de cumplir y para Tania, (38 años) no es que ella no tenga disposición para hacerlo, ya que:

“yo creo que soy una enfermera que si me preguntan cómo se sienten, no soy chismosa pero si me gusta saber más allá de por qué vienen así porque te das cuenta que no es tanto la enfermedad que traen, sino lo emocional que traen, yo empatizo con ellas yo hubiera que querido que me atendieran igual, pero no sé si eso sea lo correcto o no”.

Pero los mayores obstáculos lo ven en sus compañeras y en los directivos quienes, desde su perspectiva *“tienen un programa de atención para las embarazadas muy básico, el resto de las compañeras no quiere hacer nada, prefieren irse temprano y a los directores no les preocupa las emociones de las mujeres embarazadas, porque no hay que reportarlo a nadie”*

Finalmente, para el personal de salud mental, es complicado dar una opinión sobre el personal de enfermería ya que casi no tienen contacto con ellas, aunque Rodrigo (31 años) considera que las enfermeras que establecen buena relación con las pacientes *son más por la propia empatía de la enfermera que por alguna orden o guía institucionalizada.*

Para Julieta (56 años), el trabajo de las enfermeras con las mujeres embarazadas es cordial y de respeto, aunque en ocasiones las pacientes les piden una atención más eficiente:

“sí hemos tenido casos donde la gente es muy demandante y de repente quieren todo rápido, creo que eso se da más en vacunas porque la gente se desespera, porque tienen que hacer una nota y para cada vacuna necesitan diez pacientes al día, antes ponían vacunas sin hacer notas y era más rápido, más fluido, hoy que se encuentran con esa restricción entonces es como que todo más lento, de repente si llega a haber situaciones así”.

En cuanto a que las enfermeras realicen acciones de prevención y detección de la depresión perinatal, consideran que es difícil, debido a que las pacientes no llegan a atención, aunque sean canalizadas:

“Lo que hace la enfermera es que espera que el médico confirme directamente lo que está viendo y ya el médico para canalizarla a psicología, pero puede que ya no lleguen las pacientes con nosotros, yo he visto que si alguien le recomienda que vaya a salud mental salen de consulta y se van sin vernos (Ángel, 36 años).

Además de que las enfermeras están saturadas de trabajo, y para realizar actividades de prevención y detección deben de capacitarse por lo que es poco probable que acepten realizar estas tareas:

Yo no creo que puedan pues, aunque ellas están en contacto con las mujeres embarazadas, pero no hay una capacitación muy adecuada para que hagan la detección o prevención, además tienen que lidiar con las actitudes que tiene el personal médico y administrativo con ellas, y pues la verdad es que aquí enfermería solo se dedican a somatometría y a veces se le llega a tomar como los ayudantes del personal médico y también se les asigna muchas otras actividades que pueden llegar a saturarle su servicio y que pueda disminuir la disposición que tengan para realizar otro tipo de trabajo (Rodrigo, 31 años).

7.2 Mujeres embarazadas y en el posparto

7.2.1 Características sociodemográficas

Se entrevistó a cuatro mujeres embarazadas y a cuatro mujeres en el posparto. Por cuestiones de logística, no se pudo entrevistar a usuarias en los cuatro centros de salud, solo se pudo contactar a mujeres de los centros B, C y D.

Las mujeres embarazadas tenían una edad entre 21 y 39 años, dos eran solteras y dos tenían pareja, dos ya habían sido madres y dos era su primer embarazo. El nivel educativo más alto fue preparatoria y la mayoría se dedicaba al autoempleo. Se aplicó la prueba de tamizaje de depresión Whooley y tres cumplieron con los criterios de sintomatología depresiva (Tabla 4).

Las mujeres en el posparto tenían una edad entre 21 y 40 años, solo una era soltera, las demás tenían pareja, para dos de ellas este era su primer hijo y dos ya habían sido madres. El nivel educativo más alto fue la carrera técnica y solo una trabajaba como comerciante informal. A ellas también se les aplicó la prueba de tamizaje de depresión Whooley y dos cumplieron con los criterios de sintomatología depresiva (Tabla 4).

Tabla 4. Características sociodemográficas de las usuarias

Participantes	Edad	Estado Civil	Número de hijos	Escolaridad	Trabajo actual	Meses de embarazo	Sexo del bebé	Síntomas de depresión
Embarazo								
Elizabeth	24	Soltera	0	Carrera técnica	Autoempleo	7 meses	Hombre	Sí
Camila	24	Unión libre	3	Preparatoria	No trabaja	6 meses	Hombre	No
Olga	39	Casada	3	Secundaria	Autoempleo	8 meses	Hombre	Sí
Karina	21	Soltera	0	Preparatoria	Autoempleo	4 meses	No sabe	Sí

Posparto								
Participantes	Edad	Estado Civil	Número de hijos	Escolaridad	Trabajo actual	Edad del bebé	Sexo del bebé	Síntomas de depresión
Ximena	21	Unión libre	2	Secundaria	No trabaja	11 meses	Mujer	Sí
Rebeca	26	Soltera	1	Preparatoria	Autoempleo	11 meses	Hombre	Sí
Vanessa	36	Casada	1	Carrera técnica	No trabaja	3 meses	Mujer	No
Sandra	40	Casada	2	Secundaria	No trabaja	8 meses	Hombre	No

7.2.2 Atención perinatal en el centro de salud

Para las mujeres embarazadas, obtener atención en el centro de salud es muy “burocrático”, ya que tienen que hacer una serie de trámites, como sacar el seguro popular⁵ y después darse de alta en el centro de salud. Para esta primera cita deben de formarse a las 7 de la mañana para obtener una ficha de atención, si es su primera vez en el centro de salud, se les abre expediente y ya en la consulta se hace una exploración general de antecedentes físicos para determinar su estado de salud.

“El primer día te tienes que formar para que te abran tu expediente, y te den una ficha para que te den una cita y abrir tu expediente. Eso... eso es un poco tardado... creo que es que tienes que ir aquí una hora, y luego tienes que formarte acá otra hora, y luego esperarte acá otra hora y... pasas con la doctora. Y el primer día es como muchas... preguntas, ¿no? Es de tu primera pareja, o cuántas parejas has tenido, y tus hijos, cuántos años tienes, y a qué te dedicas, y todo es como... burocracia, ¿no?, más que la atención” (Elizabeth, 24 años).

También en la primera cita, los médicos deben de informar a las mujeres los signos de alarma que tienen que vigilar a lo largo del embarazo y les piden que se realicen análisis clínicos. Esto en ocasiones se vuelve complicado para las usuarias, ya que, aunque en los centros de salud T-III existen laboratorio, en ocasiones el personal no cuenta con el material o los reactivos necesarios para llevarlos a cabo, por lo que las mujeres se canalizan a otras clínicas o los médicos les piden que se los hagan en laboratorios particulares.

La doctora me dio mi carnet de embarazada y ella me dio los síntomas de alarma, me preguntó de hinchazón, hinchazón de pies, manos, cara. La consulta es muy general y, pues,

5 El trabajo de campo se realizó de noviembre de 2018 a junio de 2019. En ese periodo se estaba reestructurando el sistema de salud y las prestaciones a las personas que no cuentan con seguridad social, algunos trámites, servicios y beneficios que se mencionan ya no se llevan a cabo.

yo vengo aquí para, porque... tengo, o sea tengo problemas de recursos, ¿no?, no tengo trabajo, no puedo pagarme; pero pues... me mandan a hacer todo por fuera. Entonces... yo, en un principio, decía: cuál es el chiste, ¿cómo?, ¿me voy a formar tres horas?, ¿me voy a esperar ahí 1-2 horas?, para que al último me manden a hacer los estudios al particular (Camila, 24 años).

Las siguientes consultas de control prenatal no siempre cumplen las expectativas de las mujeres, ya que el tiempo que les dedican es muy breve, alrededor de 15 minutos, y en ese tiempo solo revisan los signos de alarma, los resultados de los estudios y aspectos muy puntuales sobre su salud física. Además de que a veces no se respetan las citas, por lo que hay que volver a pedir cita o formarse desde temprano para ser atendidas.

“Entonces, si le digo a mi suegra con él, si por ejemplo le digo: o sea, ya tengo ocho meses... y he venido a lo mucho a dos consultas. Entonces le digo: ¡ay!, ha sido como, muy, muy tedioso, porque te cancelan, y te cancelan, y te cancelan, le digo y ya llega uno aquí, y ya no está: y ya se fue, y no sé qué. ¿Y otra doctora que me pueda atender, que me pueda checar?, “no, pues es que no hay... y es que están ocupadas, y es que tienes que venir temprano” y yo: pues si tenía mi cita... ¿no?, yo no tengo la culpa de que la doctora no esté” (Olga, 39 años).

En cuanto a los otros servicios relacionados con la atención prenatal, los centros de salud cuentan con nutrición, odontología, detección de VIH, vacunación y pruebas de Papanicolaou. Los médicos generales, en sus consultas, son los encargados de hablarles de estas opciones y enviarlas al módulo de vacunación en el primer trimestre, así como a las pruebas de detección de VIH y de papanicolaou. Al servicio de nutrición y de odontología solo las mandan en caso de que presenten un problema de peso o problema dental.

“Pues hace mucho que no iba al dentista y yo pensé que no me pueden hacer nada porque... pues la anestesia y así, pero me dijeron que sí, y pues vine y me hicieron la limpieza bucal. Si fue muy amable la chica: cómo te sientes, cómo... estás, no me lastimó y no le pasó nada a mi bebé” (Elizabeth, 24 años).

En cuanto al posparto, las cuatro entrevistadas llevaron su control prenatal en el centro de salud donde actualmente llevan el Control del Niño Sano. Algo que es importante resaltar es que las cuatro acudían, además, con un ginecólogo privado para tener la tranquilidad de que su bebé estuviera sano.

“Yo veía a un médico particular, pero venía yo también aquí, venía yo a los, a los dos porque para mí era mayor seguridad o sea de que me dijeran que si estaba bien mi bebé, pues o sea por eso venía yo iba yo con un particular y venía yo aquí para que me checara yo de, de los dos, de los dos lados, pues como tengo seguro popular entonces, este, pues me salía gratis era como una consulta extra, pues para asegurarme que mi bebé sí venía bien y eso más para tranquilidad mía de que si, si estaba bien” (Rebeca, 26 años).

Por lo mismo, no utilizaron los servicios prenatales que ofrece el centro de salud, como nutrición y odontología, ya que solo acudieron para obtener el pase de atención para tener a su bebé en un hospital público.

Pues ya cuando el doctor me dijo que ya me faltaban unas semanas, fui a trabajo social del centro de salud, traje todos mis papeles y ese día me hicieron el pase para el hospital (Ximena, 21 años).

Ahora acuden a la atención del niño sano, para cumplir con el esquema de vacunación, y control de talla y peso de su bebé y aprovechan para asistir al curso de estimulación temprana.

Yo regresé a lo del niño sano, le abrí expediente aquí, ella no tiene seguro, ve que ya quitaron el, lo del seguro y eso, entonces no se lo puedo sacar, entonces le pago su consulta y la traigo cada mes, cada mes, cada mes, y aparte, pues que me queda más cerca y a cada, cada que siento que tiene algo siempre la, ya la vengo a checar. Los doctores me decían que la trajera a estimulación temprana y ya, pues la empecé a traer, pues me queda cerca y pues como no, no trabajo ni nada, nada más estoy con ella, pues ya me vengo con ella (Ximena, 21 años).

Cuando se les preguntó a las mujeres si ellas venían a alguna revisión posparto, comentaron que no lo consideraban necesario, a menos que se sintieran mal, pues la prioridad es revisar el desarrollo y la salud de su bebé.

Vengo por ella, su consulta o si está llena de gripe y eso, vengo con ella o sea ya me preguntan más, más de ella. A veces, pues si me pregunta de “ah ¿cómo está usted?” y ya contesta una “ah, pues si bien” no te vas a poner a platicar “ay fíjese que” y no lo hago porque yo siento que como que, mmm, es como una pregunta de cordialidad ¿no?, o sea, no te vas a sentar a platicar todo, tú, tus penas ahí con la doctora si vas con tu hija que la revise y o sea la prioridad es ella bueno para mí es ella (Vanessa, 36 años).

7.2.3 Grupos de salud en el embarazo y en el posparto

Los centros de salud ofrecen información especializada en el embarazo y el posparto a través de grupos organizados por el personal de trabajo social. Estos grupos son promocionados tanto por carteles a la entrada del centro de salud, llamadas telefónicas a las mujeres que estén embarazadas o en el posparto y que acudan con regularidad al centro de salud y por invitación de los médicos tratantes.

Dependiendo del número de mujeres que acuden a atención prenatal, las trabajadoras sociales de cada centro de salud plantean uno o dos grupos por año. Las sesiones pueden ser semanales o cada quince días, dependiendo de los profesionales de la salud involucrados en las pláticas. Algunos de los temas que se abordan son alimentación sana, salud bucal, señales de riesgo en el embarazo, vacunas, lactancia, ejercicio en el embarazo, trabajo de parto, tamiz después del parto, métodos anticonceptivos y en algunos centros, violencia y depresión posparto.

Un incentivo para que las mujeres acudieran a estos grupos y que regresaran en el posparto a revisión era que cada mes del embarazo y los primeros tres meses del posparto les daban una canasta alimentaria, la cual tenía arroz, frijol, leche en polvo, atún y jugo de naranja, entre otras cosas. A partir de mediados del 2019, la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, canceló este programa.

Para las mujeres, este grupo es la oportunidad de obtener información y resolver dudas que los médicos no pueden responder debido al tiempo que duran las consultas.

“Me gustan las pláticas, ... o sea te lo platican de diferente manera, te dan diferentes puntos de vista, o sea yo por ejemplo con mi hija tomé este igual, entonces eran pláticas y... cosas de nutrición, y riesgos, este ejercicio, ¿no?, control... más que nada el control y... pues con ella ya si son como más pláticas, más... mm... o sea aborda digamos otro tipo de cosas que ya se dan... normalmente a embarazadas, infecciones eh puede ser de transmisión sexual, ¿no?, que ya es muy común las mamás de ahora en día, ¿no?, entonces si es algo, algo como que no se platica, o sea algo que yo no escuchaba ya, pues te lo platican aquí, ¿no?, enfermedades, nutriciones “y esto, ya no puedes comer esto, y ahora si puedes, y no...” (Camila, 24 años)

Además, consideran que poder estar en estos grupos es una gran fuente de apoyo por parte de la institución y los médicos, ya que, además de resolver sus dudas, es un momento para socializar, escuchar y aprender de las experiencias de otras mujeres sobre el cuidado y atención de su embarazo y sus bebés.

“y pues más que nada de, de las pláticas que hay para nosotras que nos ayudan a si somos mamás primerizas, eee, nos ayudan a entender un poco más los síntomas

que tenemos y las actividades que podemos realizar o no podemos realizar durante el embarazo y pues si ya somos mamás, eee, con otros hijos compartir esa experiencia con las mamás primerizas de cómo ha sido nuestro embarazo, de cómo es después de que nace el bebé de cómo nos podemos llegar a sentir entonces, eee, es ahora si lo que me informó la doctora y que, pues en este centro de salud, pues si existe esa ese apoyo a las mamás”(Olga, 39 años).

En el posparto, el grupo que organiza el personal médico de la mano de trabajo social es el de estimulación temprana. A este grupo se pueden integrar la diada mama-bebés desde los dos meses hasta los 24 meses de edad del infante. Además de enseñarles ejercicios que favorezcan el desarrollo neuromotor, se les da pláticas informativas sobre la salud de sus bebés.

“Yo me enteré de este grupo por la doctora, ella fue la que me invito, me dijo “ya tiene que venir tu bebé a sus terapias de estimulación temprana” y yo dije “ah sí” porque una ocasión una señora dijo “ah no eso ni sirve” y me dice una amiguita me dice “no, sí sirve, llévalos” dice “si les ayuda mucho sí les ayuda” dice “les ayuda mucho para su, su crecimiento, su lenguaje, su, su capacidad de aprender de retener” (Sandra, 40 años)

Así como sucede en la atención médica, las mujeres están más al pendiente de los ejercicios y actividades que puedan beneficiar a sus bebés que de aquellas actividades que les sirvan en su autocuidado. Disfrutan mucho de las sesiones de juego y canciones y a estas sesiones acuden de manera regular, pero cuando son pláticas sobre su salud, no asisten, ya que las consideran “aburridas”.

“hay pláticas de, de este de estimulación de, creo nutrición que la otra vez no vine tampoco y si yo digo que así igual han de pensar las mamás “ay es plática ay no que flojera que aburrido” pero por ejemplo ahorita que si es de cáncer infantil y eso yo digo que, si es que si es importante saber más o menos que, pero las pláticas de diabetes o violencia o adicciones, me dan mucha flojera” (Rebeca, 26 años).

7.2.4 Embarazo, posparto y emociones

Como se ha visto en la revisión de la literatura, en el periodo perinatal se presentan diversas emociones, tanto agradables como desagradables, que pueden deberse tanto a los cambios hormonales como a las situaciones que se viven en este periodo. A lo largo de las entrevistas, las mujeres comentaron las diferentes emociones que tuvieron desde que se

enteraron de su embarazo hasta que tuvieron a sus bebés, así como la manera en que las manejaron.

En el embarazo, dos de las mujeres que se entrevistaron eran primerizas, por lo que las situaciones que afectaban sus emociones, en especial el primer trimestre, fue la duda de contar con las habilidades para ser una buena madre y el cambio de actividades y de su estilo de vida para cuidarse durante nueve meses por el embarazo.

Al principio yo me sentía como triste, no sé por qué, pero como que sí me la pasaba llorando y como que me la pasaba llorando y mi mamá nada más me decía: ¿por qué lloras?, y yo – pues no sé. Porque mmh... pues no sé..., cuando supe que estaba embarazada dije “no pus, que tal que no soy buena mamá o no sé”. Y sí me la pasaba llorando al principio (Karina, 21 años).

Pero, pues ya, a veces sí siento que estoy en una monotonía, ¿no? A veces digo “¡ay no, qué pesado ser madre!”, porque todo es, es: levántate, come, ve a trabajar, y luego llega, otra vez come, duerme... y así todos los días y no puedo salir de mi rutina como irme de viaje o... irme a la playa o hacer otras cosas o, o danzar o hacer otras cosas porque, ya que no puedo porque mi embarazo ¿no? (Elizabeth, 24 años).

Por su parte, las mujeres que ya habían tenido hijos consideran que las primeras semanas tiene un “torbellino de emociones” y estaban “sensibles y muy sentimentales,” en especial cuando sus hijos interactúan con el bebé o cuando tenían miedo de que sus bebés pudieran enfermar o morir antes del parto. Pero algo que también les ocurre es que el embarazo les impide realizar actividades, lo que les genera malestar y frustración.

A veces siento frustración, a veces tristeza, a veces más cansancio, a veces alegría, sí he notado cambios radicales en el aspecto emocional de que los primeros meses cualquier cosa me hacía llorar, veía una película que a principio no me hacía llorar y ya me hacía llorar o algo así de que tantito me levantaban la voz o así y ya estaba yo llorando entonces eso así como que ha continuado y en el embarazo hasta ahorita que va no cualquier cosita es así como que me hace llorar o luego me dicen “no es que no cargues a la niña” y yo así de, “es que como no la voy a cargar” no puedo jugar con ella como luego ella quiere porque luego quiere que brinque quiere que ruede quiere que salte y pues no se puede entonces, pues frustración por ese sentido de que, pues mi niña si es así como que “¿Por qué ya no te mueves como antes? ¿Por qué no brincas? ¿Por qué no?” y yo así de “discúlpame” (Olga, 39 años).

Ambos grupos de mujeres mencionan sentir emociones de alegría y esperanza cuando comienzan a notar los movimientos del bebé como reacción a sus palabras o a sus caricias, así como cuando la familia interactúa con ella y con el bebé, “pues se sienten acompañadas y aceptadas”.

En esa misma línea, cuando llegan a sentirse frustradas o desesperadas, la manera en que afrontan estas emociones desagradables es con el apoyo de las personas con las que viven, que puede ser sus padres, suegros, pareja o hijos, quienes suelen estar al pendiente de ellas y realizando actividades placenteras, *“como leer, salir a caminar, dibujar, hacer artesanías, etc.”*.

Pero no siempre la familia o los amigos suelen ser receptivos ante las necesidades emocionales, como el caso de Elizabeth, a quien le cuesta encontrar una fuente de apoyo emocional:

“Porque luego yo le cuento -y es que esto, y es que...- y llore, y llore, y enojada, y me decía mi amigo -oye no, no soy tu balde de emociones, cuéntale eso a un árbol o a una planta-. Y yo decía: pues sí, porque a veces... a veces, pues si los problemas de los demás te afligen, ¿no?, es como... joye, pero... guárdate tus problemas! O... no sé, ¿no? A veces es complicado encontrar a alguien que te... escuche, y que te de buen consejo, o que no te juzgue”.

Por su parte, las mujeres en el posparto, a diferencia de las mujeres embarazadas, las emociones desagradables se presentan cuando no hay una pareja que las haya acompañado en el embarazo y en el posparto, como el caso de Rebeca, donde buscaba salir adelante por su bebé.

“Sí, y lo malo, bueno lo que yo sentí, así como que me daba tristeza y me deprimía era que el papá no estaba, entonces eso sí me, o sea, por un lado, me sentía bien porque tenía lo que siempre había querido, pero por el otro lado, este, extrañaba al papá y este eso era lo que de repente si me daba el bajón, pero decía -bueno ¿no estás tú conmigo?, estoy yo contigo le vamos a echar ganas y vamos a estar juntos y te quiero conocer te quiero conocer-”.

Y también es complicado para aquellas que tienen pareja, pues una vez que nace el bebé, sus parejas no las apoyan en el cuidado, lo cual les genera malestar y enojo.

“Ahorita, pues sí se me ha hecho muy difícil porque luego a veces este tengo que andar yo viendo todo porque mi esposo dice “ay es que yo no tengo tiempo, ve tú” le digo “pero es que no puedo andar con el niño” dice “pus arréglatelas como puedas” luego le digo a mi mamá ha llegado el momento en que le digo a mi mamá “¿para qué lo quiero?” (Ximena, 21 años).

Las emociones placenteras que presentan las mujeres están relacionadas con el nacimiento de su bebé y la *ilusión* que les genera ser madres.

“Estoy feliz, estoy muy feliz, estoy enamorada de mi hijo, estoy enamorada de mi hijo, me ves con la sonrisa en la boca de oreja a oreja, porque le digo -no sé, no, no, no tengo con que agradecerle a la vida, a Dios no sé al infinito-, es mi, es mi esfuerzo,

es mi lucha, es mi -échale ganas todos los días- y -párate vámonos- valió la pena todo el todo el esfuerzo, todo el esfuerzo para mí valió la pena” (Sandra, 40 años).

En cuanto a la forma en que afrontan sus emociones y las demandas que implica contar con un nuevo integrante en la familia, las mujeres buscan apoyo de personas con más experiencia y que puedan acompañarlas y brindarles apoyo práctico, como hermanas, o sus madres, quienes les ayudan a solucionar sus dudas y a cuidar a los bebés.

“Yo no sabía ni cocer las verduras, mi hermana que también tiene hijos, ella me daba consejos, me decía como darle pecho en la noche, al principio me decía - nomás fíjate que esté respirando- o -no te le encimes, así no, acomódatelo así- ha sido más duro de lo que parece, pero ella me está ayudando mucho a cuidar a mi bebé” (Vanessa, 36 años).

7.2.5 Conocimiento y atención a la depresión perinatal

El que las mujeres presenten emociones negativas de manera constante puede deberse a que presenten sintomatología depresiva tanto en el embarazo como en el posparto. Para saber qué tanta información tiene sobre la depresión perinatal y si les han hablado del tema en el centro de salud, se les preguntó qué era la depresión perinatal, cómo se manifestaba, cuáles podrían ser las causas y cómo se maneja el tema en el centro de salud al que acuden.

Para el grupo de mujeres embarazadas, la depresión posparto ocurre “*poco después de dar a luz y que cuando tienen a su bebé, como que no se quieren acercar a él o cosas así...*”. La idea que tienen sobre la depresión posparto se aleja un poco de la realidad, ya que la información que se tienen sobre el tema viene de programas de televisión como menciona Karina (21 años):

“yo lo vi en un capítulo de Lo que callamos las mujeres y pues me dio miedo ver que como les da y eso me ayudó a prepararme para no tenerla, ya que llega el momento en que las mamás tienen tanta depresión que pueden llegar o a rechazar al bebé o inclusive hasta, hasta matarlos porque no soportan la depresión, culpan a los bebés por el hecho de cómo están ellas”.

Las dos mujeres que ya tenían hijos comentaron que se sintieron tristes después de tener a su bebé, aunque no consideran que haya sido depresión posparto. Olga (39 años)

menciona que una vez que nació su bebé sintió mucha soledad por la falta de familia y por ya no estar tan conectada con el bebé como en el embarazo:

“La primera experiencia que yo tuve fue sentir el vacío de saber que ya no hay nada dentro de mí y sí fue así, como que -algo me falta- después fue que, pues yo no tenía algo formal con mi pareja y no estaba y mi mamá también se tenía que ir a trabajar, y pues estuve, así como que yo solita entonces, pues sí es así como que el primer golpe que dices tú - ¿Dónde están? ¿Por qué estoy sola?, ¿por qué nadie viene? -”.

Para Camila (24 años), la sensación de tristeza vino al ver su cuerpo, como cambió después del parto, y tardó en recuperar su peso.

Pues en mi experiencia fue cesárea y se siente de lo, de lo más raro porque, pues yo sentía que si me movía se iba a abrir todo entonces si es así como que esa, esa tristeza, pues el ver que pus todo mi cuerpo como se veía, la pancita flácida todo eso si es así como que un duro golpe emocional que a una mujer le da no, a pesar de que, pues mi mamá estaba ahí, sí era así, como que no es que no, no me hacía sentir bien ver mi cuerpo, lo mucho que tardé en bajar de peso.

El grupo de las mujeres posparto sí recibió información sobre depresión posparto, ya que los médicos particulares a los que asistían, les recomendaban lecturas y en las clases de psicoprofilaxis obstétrica a las que asistían, les hablaban brevemente sobre el tema, por lo que están más familiarizadas con el concepto, también lo ven como algo que puede afectar al bebé.

“Leí los libros que me recomendaron porque, pues tenía mucho tiempo, no, entonces estaba leyéndolos y si decían que me podía dar la depresión, que me podían pasar muchísimas cosas después del embarazo, cambiar muchísimas cosas... entonces siempre traté, así como de -no, no, no te sientas mal porque te puede dar- no quería yo afectar a mi hijo con eso, entonces sí, como que tenía que estar al tanto para no caer yo porque sabía que porque yo soy muy depresiva entonces sabía que con cualquier cosita iba a caer”(Sandra, 40 años).

Por otro lado, la familia, en especial las mujeres mayores, consideran que la depresión posparto es algo de “moda” que no existía antes y que no tendría por qué ocurrir.

“Me dice mi mamá -no, pues que se van ¿depresión posparto, de qué depresión posparto?, aunque te sintieras de la chingada- dice - órale a trabajar, a lavar, a atender al marido, a los hijos, y ahorita tú dices es que me siento triste, bueno duérmete o relájate o cuida al bebé, en mis tiempos, qué te iba a decir, ay sí acuéstate. Esto es un invento, una moda- antes, aunque se sintieran tristes tenían que seguir la vida normal” (Vanessa, 36 años).

Y algunas mujeres, como Ximena (21 años) coinciden con esta opinión y no entienden por qué las mujeres tienen depresión posparto:

“pero, pues yo no siento, yo digo ¿por qué se sienten tristes?, si están a su bebé con ellas, pero no se deberían de sentir así, porque, pues ya trae uno alguien, uno le puede platicar y ya no se siente uno mal. Pero, pues digo que nomás a algunas les da, porque mis hermanas nunca se sintieron tristes”.

Rebeca, por su parte, menciona que *“la depresión posparto es una gran tristeza que no se sale del cuerpo*, y que es difícil lidiar con ella si no se cuenta con el apoyo de la familia o la pareja, y que por esta razón, en ocasiones suele ser distante con su bebé.

“A veces no lo tengo paciencia a la niña, o sea, y es que yo la veo todo el día, nadie viene a echarme la mano en algo, pero, pues, por ejemplo, cuando ella llora y eso, pues ya entonces si como que ya estoy como muy estresada entonces sí, a veces sí le hablo como medio feíto o sea no le grito ni nada, pero sí le hago mi cara de que ya no aguanto”

En cuanto a las causas de la depresión posparto, para ambos grupos fue fácil identificar las razones por las que las mujeres sufren depresión, ya sea por experiencia propia o por lo que han visto en otras mujeres. Entre los motivos que ambos grupos describen están falta de apoyo de la pareja, *“que les dejen el paquete a ellas solas”, “discusiones, peleas, o falta de dinero que es normalmente es como el principal motivo, la presión”, “no tiene el apoyo del papá si tiene que salir a trabajar”, “las hormonas”, “sentir que no le ponen atención, que todo es para el bebé”, “quedarse internada y no ver al bebé después del parto”, “tener baja autoestima y no contar con el apoyo de nadie”.*

Posteriormente, se les preguntó ¿cómo consideraban que las mujeres con depresión posparto podían mejorar su estado de ánimo? Para las mujeres del grupo de embarazo *contar con el apoyo de su familia, hablar con otras personas de sus problemas, “echarle ganas por el bebé”, salir a caminar, no quedarse en cama, dibujar, oír música* son las mejores opciones para sentirse mejor y salir de la depresión. Elizabeth (24 años) considera que, además de eso, podrían hacer espacios propios para mujeres embarazadas que les permitieran establecer redes de apoyo y hacer actividades recreativas:

Debería de haber centros donde puedan reunirse entre ellas, a trabajar entre ellas, a ... para hacer yoga, hacer actividades de natación con embarazadas y que no sean tan exclusivos, que no tengamos que pagar mucho para acceder a ellos, pues todas tenemos ese derecho, ¿no?, estamos embarazadas y a veces queremos sentirnos, ¿no? Ese calor... entonces yo creo que, a las chicas que tienen estos problemas no, con ellas... eh con sus sentimientos, con su pareja, con todo; yo creo que la mejor solución, es eso: estar con otras embarazadas, y hacer actividades y abrazaros mucho.

Las mujeres del grupo de posparto consideran que lo mejor para salir de la depresión es *“mucho apoyo para que salgan adelante, que exista alguien que diga: échale ganas o yo te apoyo o te digan qué hacer, esas palabritas como que son las que te sacan adelante”*. Ximena (21 años) considera que la mejor estrategia es hablarlo, con quien sea, pero hablar de sus emociones para salir adelante.

“pues yo creo que, hablándolo, ¿no? O sea, diciendo que es lo que realmente, pues no sé te duele, te afecta o te, o te pone así, por ejemplo, como dices, a veces es como una, pues te lo vas guardando, guardando, guardando y a veces explotas y revientas y sueltas todo, pero a veces te lo quedas y no lo sacas y pues si te lastima, si te va lastimando”.

Finalmente, se les preguntó sobre si el personal de salud con el que estaban en contacto en las consultas en el embarazo y en el posparto habían hablado con ellas sobre su estado emocional. En el grupo de mujeres embarazadas, Karina (21 años) comentó que: *“el doctor me preguntó en la primera consulta si me sentía bien, y nada más, nunca volvió a preguntar, ni él ni nadie”*, mientras que Olga (39 años) mencionó que en una de las pláticas de embarazo saludable le hablaron del tema, pero que no quisieron darle mucha información para que no se “sugestionara”:

“Fue como un... muy breve, o sea porque nos dice -no les comento las cosas al 100, o sea sí se las... se las comento, pero tampoco lo abordo de más, porque de repente ustedes se, se quieren sentir así... ¿no?, o sea, hay casos vienen y dicen es que tengo como depresión, y no, no tienen, que tú te lo imagines es algo diferente... o que tú pienses, o te quieras sentir, así pues, es... diferente”.

Por su parte, en el grupo de las mujeres en el posparto, a Sandra (40 años) una de las doctoras que atiende a su bebé, la mandó a psicología debido a que tenía problemas con su esposo y eso le estaba afectando en el cuidado del niño.

“La doctora me pregunto cómo había estado y me mando al psicólogo, porque yo le platicaba de mis problemas con mi esposo y por eso me mandó, para que no tuviera depresión posparto”.

A Ximena (21 años) y a Rebeca (26 años), también les pidieron que hicieran una cita con el psicólogo, pero en su caso, fue desde el embarazo y fue el personal de trabajo social quienes las identificaron y canalizaron, aunque ninguna de ellas pidió su cita.

“La trabajadora social me mandó al psicólogo, decía que me veía triste y no subía de peso, entonces me mandó, pero no fui, le dije a mi mamá que no creía que fuera necesario, es que luego si les cuentas de cosas feas como que tienes pensamientos de muerte o que estás muy triste te quieren dar pastillas y yo no quiero eso” (Ximena, 21 años).

7.2.6 Formas de obtener la información sobre embarazo y posparto.

Para profesionales de la salud que trabajan en el primer nivel de atención, la prevención es una de las actividades más importantes y el reto al que se enfrentan día a día es encontrar la manera creativa de ofrecer información que fomente el bienestar de los usuarios. Es así que se apoyan de pláticas, periódicos, murales y folletos para compartir información sobre salud.

Como se vio en capítulos anteriores, la prevención de la depresión posparto durante el embarazo es una herramienta que puede llegar a disminuir la presencia de sintomatología depresiva y ayuda a que las mujeres busquen ayuda si estos síntomas se vuelven discapacitantes.

Por esta razón, se les preguntó a las mujeres dónde buscaban información sobre el embarazo y el posparto y la manera en que preferían recibirla.

Las mujeres en el embarazo prefieren resolver sus dudas haciendo búsquedas en internet y después preguntándole a familiares con experiencia como madres o suegras, aunque le tienen más confianza a la información que aparece en la red, pues la consideran más actualizada que la que pueden darle sus familiares.

“Ya sabes, bueno las mamás, otras mamás o la abuelita o mi tía, pues me dicen algo, todo es diferente y entonces yo digo y que a quien le pregunto- bueeeno voy a googlearlo a ver... qué opinan y ahí, ahí voy; mis dudas se las pregunto a Wikipedia o a Google...”(Elizabeth 24 años).

Las mujeres del posparto coinciden en esta estrategia, “*confían en san Google*” y algunas de ellas hasta corroboran la información que les dan en las pláticas como Ximena (21 años) quien cuando les dicen el tema que abordarán en la siguiente plática, “*se informa en internet para ver si coinciden o no los doctores con lo que dice Google*”.

En otros casos, buscan la información para ver si lo que les ocurre a sus bebés es normal o si deben acudir al médico a buscar atención.

“Visito una página que se llama baby center en internet y por ejemplo le haces una pregunta y ahí mismo te, te aparece este alguna contestación o algo relacionado con ella, pues sí y por ejemplo salen muchas mamás que les pasa algo parecido y ya ellas mismas te responden o te contestan, pero, pues no es no necesariamente nada, y te dicen algo bueno pues -ah estás tranquila no es tan algo grave- y así y si te comentan

algo, que es algo malo, pues entonces ya traigo al médico a mi bebé (Rebeca, 26 años).

En cuanto a la forma en que prefieren recibir la información, a ambos grupos de mujeres les gusta más recibirla directamente del médico, ya que consideran que si *el médico se los dice en la consulta es porque es importante*. Otra forma que les parece interesante e innovadora de recibir la información es a través de videos que puedan consultar en internet, ya que lo visual les ayuda a recordar la información.

Por lo general, las estrategias que utilizan los profesionales de la salud para informar a los usuarios son los folletos; sin embargo, para las mujeres, esta forma de obtener información es *“aburrida y poco práctica, pues ni los leen y al final esos folletos terminan en la basura”*.

7.2.7 Enfermería y salud mental

Como se ha mencionado a lo largo de esta tesis, el personal de enfermería es fundamental en la implementación de acciones de prevención y detección de sintomatología depresiva perinatal durante la atención prenatal, debido a que son ellas las que están en contacto con las mujeres en cada consulta y pueden charlar con ellas de diversos temas. Para conocer cuál es la opinión de las mujeres al respecto, se les preguntó cómo perciben a este personal, si les gustaría hablar de temas de salud mental con ellas y si no es con ellas, con qué otro profesional de la salud se sentiría cómodas hablando de sus emociones en el embarazo y el posparto.

El grupo de las mujeres embarazadas considera que las enfermeras son *“ayudantes de los médicos, que las pesan, les toman la presión y les pasan a los doctores el expediente e instrumentos que lleguen a necesitar”*. En algunos casos, las usuarias las notan poco amigables y empáticas con ellas, por lo que no se sienten en confianza con ellas.

Es que son medio caronas, son así medio... mala onda, le digo a mi suegra, yo creo que no duermen, porque de repente si sea traen una cara que dices tú, o te hablan y es así de -señora le estoy hablando... - ay, aquí estoy... y pus me caen gordas. No, no me hacen sentir mal, pero tampoco es agradable. Digo, pues viene uno a que la atiendan si no quiere trabajar, pues que no venga... (Camila, 24 años)

Algunas justifican esa actitud a que tienen mucho trabajo y que además de atender a los pacientes, deben hacer otras actividades como dar pláticas y aplicar vacunas.

Pues yo creo que están de malas, pues tienen mucho trabajo, pues dan pláticas en las mañanas acerca de... las enfermedades, como respiratorias, de cáncer en niños pequeños, eh ¿qué más he escuchado?, de... de la influenza, de, de los mosquitos... sí, dan como diferentes pláticas en las mañanas, y luego las veo en el módulo de vacunación (Karina, 21 años).

Las mujeres del posparto mencionan que cuando fueron a atención prenatal, las enfermeras les recordaban los signos de riesgo a los cuales tenían que estar atentas y les tomaban sus signos vitales para registrarlos en su expediente. Ellas consideran, que si bien no eran muy cercanas, *trataban de hacer bien su trabajo y no eran groseras.*

Ahora que acuden al Programa del Niño Sano, la interacción con el personal de enfermería se basa en el bebé, a quién lo miden y pesan para ver que su desarrollo se está dando como se espera.

Pues las enfermeras son muy amables y yo siento que sí te atienden bien, a ella le toco su revisión, su chequeo de peso y eso la tratan muy bien y son muy amables y te explican los riesgos, si ves algo anormal con tu bebé o por ejemplo algún catarro te explican qué es y todo (Rebeca, 26 años).

En cuanto a que, si les gustaría recibir información sobre depresión perinatal por parte de las enfermeras, el grupo de las mujeres embarazadas considera, antes que nada, que deben de estar capacitadas para poder platicar con ellas. Se puede ver que existe una confusión en cuanto a la profesión de enfermería, algunas usuarias consideran que ellas son “aprendices” de los doctores y que el participar en la detección de la depresión perinatal es parte de su formación.

“Pues yo digo que estaría bien platicar con ellas y que aplicaran cuestionarios porque son al final de cuentas aprendices, entonces, pues el hecho de que ellas también nos informen es una forma como de ellas también grabarse lo que deben de saber para que, si se convierten en doctoras, pues ya tengan esa experiencia de, de saber lo que hacen y cómo lo hacen” (Olga, 39 años).

Por su parte, las mujeres que están en el posparto consideran a las enfermeras una fuente de información muy importante en el puerperio, ya que las orientan sobre la lactancia, el cuidado del bebé y el cuidado de su cuerpo. Consideran que su experiencia como

mujeres se complementa con su profesión y que en caso de que tuvieran un problema emocional, las podrían orientar, aunque no por iniciativa de ellas, más bien porque sería parte de sus funciones y no a todas les gustaría hacer ese trabajo.

“Pues sí, porque no muchas como yo aceptan que están teniendo una depresión y aunque no se tenga una gran comunicación con las enfermeras, sino como que es como, como requisito con ellas, no, digamos, nos pueden decir: -oye sabes que me tienes que llenar esto no- entonces, supongo yo que podría ser más fácil que ellas puedan hablarnos y hacernos preguntas sobre si estamos tristes, aunque creo que muchas enfermeras no van a querer hacerlo, bueno a lo mejor y una de cinco, sí nos preguntaría por nuestras emociones” (Sandra, 40 años).

Para las mujeres embarazadas, quienes tienen una relación distante con las enfermeras, prefieren hablar de sus emociones con personal más joven y enfocado a la salud mental, como los psicólogos o los médicos, como nos menciona Karina.

Yo creo que psicólogos... bueno, por, en las emociones, ¿no?, un psicólogo. Yo preferiría un psicólogo a un doctor o bueno, si un doctor puede ser, pero él... a ver aquí los doctores son muy grandes a veces. Yo a veces como soy joven, a veces, pues como, como que me gustaría contarle mis problemas a alguien que... un joven también, ¿no?, que tengamos empatía, tal vez también algún adulto, pero, a veces no hay esta empatía, ¿no?, a veces hay mucho tabú ¡cómo que se...!, ¡cómo!, o sea, la doctora me va a decir ¡cómo que tenías muchas parejas!, ¿no? (Karina, 21 años).

CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

A lo largo de este trabajo se ha planteado la pregunta si es viable implementar acciones de prevención y detección de depresión perinatal en el primer nivel de atención en el que participe el personal de enfermería. Para responderla, se entrevistó tanto a personal de salud como a las usuarias de atención perinatal de centros de salud de primer nivel de atención de la Ciudad de México.

En el capítulo de resultados, pudo observarse que antes de implementar acciones que incluyan el cambio de tareas con el personal de enfermería para ofrecer atención a la salud mental perinatal, se deben resolver diferentes barreras que abarcan la normatividad en salud, a los profesionales de la salud, a las usuarias y al contexto cultural en el que vivimos.

8.1 Normatividad

En primera instancia, se encontró, que la mayoría de los profesionales de la salud desconoce las guías clínicas que contienen los protocolos para la detección y atención de la depresión perinatal y el apartado de la norma de atención al embarazo, parto y recién nacido en el que se sugiere detectar síntomas de depresión perinatal. Place y colaboradores (2015) realizaron un análisis de las diferentes guías y normativas en las que se menciona el bienestar emocional de las mujeres embarazadas y encontraron que los profesionales de la salud conocen y se rigen más por las normativas de salud en comparación con las guías clínicas, las cuales son recomendaciones basadas en la evidencia, pero no mencionan los pasos para implementar estas recomendaciones en la atención habitual, ni son obligatorias de seguir en la atención habitual. Esto coincide con lo reportado por Poblano-Verástegui y cols. (2017), quienes analizaron el cumplimiento de las guías clínicas en el primer nivel de atención y encontraron que solo el 17% de sus entrevistados las utilizan siempre, mientras que la mayoría no las sigue en sus consultas por falta de tiempo o por desconocimiento de estas guías. En otros países se enfrentan al mismo problema debido a que no se realiza una planificación adecuada para la implementación en los servicios de salud, por lo que es preferible que en las mismas guías se incluyan estrategias para implementar las recomendaciones y medir la viabilidad, costos y el impacto en los resultados de salud (Correa et al., 2020).

En ese sentido, aunque en los últimos años se ha visto una disposición por parte de los tomadores de decisiones para incluir en las normas de atención al embarazo y el puerperio, la detección de depresión perinatal, y elaborar una guía de atención a la depresión perinatal en el primer y segundo nivel de atención, estos programas de acción, no son dados a conocer ni a los directores jurisdiccionales, ni a los directores de los centros de salud y, por lo tanto, esa información no llega al personal de salud, por lo que no detectan ni atienden oportunamente este problema de salud pública. Una causa puede ser que la depresión posparto no es vista como un problema de salud pública en nuestro país, a pesar de los diferentes estudios que se han realizado sobre el tema mostrando las prevalencias y consecuencias para las mujeres y sus familias, por lo que no se da seguimiento a la implementación y cumplimiento de las guías clínicas y normativas. Otro aspecto que se pudo observar es que en el primer nivel de atención se le da prioridad a la salud física de la mujer en el embarazo y del bebé, esto, además de aspectos culturales que se discutirán más adelante, puede deberse a los esfuerzos que se realizan en los países de medianos y bajos ingresos para reducir los datos de mortalidad materno-infantil y cumplir con el objetivo salud y bienestar de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (Clark et al., 2017).

8.2 Profesionales de la salud

Con los profesionales de la salud se ha encontrado diferentes áreas de oportunidad en las que se puede trabajar para poder implementar con mejores resultados estrategias de detección y prevención de la depresión perinatal, por ejemplo, la falta de conocimiento respecto a la depresión posparto y sus posibles causas.

Se pudo observar en el personal de salud entrevistado que los profesionales de la salud tienen una visión de que la depresión perinatal es algo normal y que es producto de los cambios hormonales, por lo que desaparecerá por sí misma la sintomatología. Esto coincide con los hallazgos de Place y cols., (2015) quienes encontraron que el personal de salud del primer nivel considera que la depresión posparto se debe a aspectos bioquímicos y resultado del ajuste hormonal tras el nacimiento del bebé. Una posible explicación podría deberse, según Viveiros y Darling (2019) a que la información que reciben los médicos y enfermeras sobre salud mental durante su formación es muy limitada, por lo que tienen muchas dificultades para identificar la sintomatología asociada con la depresión perinatal.

De igual forma, aunque la formación del personal de trabajo social y el de salud mental es más humanista y se centra más en la persona y su bienestar, la depresión perinatal es un tema del cual tienen poca información, y, en el caso de las trabajadoras sociales, se informan y capacitan en el tema cuando forman parte de los grupos de mujeres embarazadas y el de estimulación temprana.

El personal de salud también tiene poca experiencia en el tratamiento de la depresión perinatal, por lo que abordan los síntomas depresivos en el embarazo y posparto como una depresión “normal” la cual relacionan con la presencia de los cambios hormonales propios de este periodo, por lo que se pierde la oportunidad de que las mujeres reciban una atención adecuada. En este caso, es importante resaltar que este personal, además de estar bajo la dirección del centro -con indicadores de salud física- hay una jefatura de salud mental en la jurisdicción a la que pertenecen, en donde deben de reportar el número de pacientes atendidos por mes y los programas implementados en sus centros de salud. Esto puede ocasionar que en ocasiones se contrapongan las indicaciones de ambas direcciones, afectando la prestación de servicios a los usuarios (Saavedra et al., 2016).

La falta de un protocolo de detección y atención de depresión en el embarazo y posparto lleva a que los médicos y enfermeras no tomen en cuenta los signos de malestar emocional. De hecho, se sigue la misma ruta para atender todo problema de salud mental en la población, independientemente del tipo de usuario que sea, esto es, canalizar con el personal de salud mental, y en caso de que este muy saturado, dar una breve orientación y enviar medicamento psiquiátrico si hay sintomatología depresiva, en especial en el posparto, recomendando a las pacientes suspender la lactancia.

La carga de trabajo y la duración de las consultas hace que la prioridad sea el estado físico, por lo que dejan de lado las preguntas sobre su estado de ánimo, como se ha reportado en otros países (Rollans, et al., 2013). Sambrook y cols. (2019) encontraron que el personal de salud que se preocupaba por el bienestar emocional de las mujeres embarazadas y ocupaba el tiempo de consulta en hablar con las mujeres, era evaluado por sus compañeros como “lento” y poco eficiente, por lo que, muy a su pesar, dejaban de hacerlo, aunque sabían que podían darle información de ayuda a las mujeres. Esto repercute en que las mujeres no encuentren en el personal de enfermería o médico una atmósfera de confianza para expresar sus emociones (Place et al., 2017).

Asimismo, es importante destacar que no existe colaboración entre el personal de salud, la cual podría contribuir a mejorar la atención de las mujeres. Por el contrario, existe división de labores y la comunicación es escasa. Por ejemplo, se observa poca comunicación entre el personal de salud mental y el personal médico (médicos familiares y enfermería), que si bien, comparten información a través de los expedientes de las pacientes, no hay una comunicación directa que permita un seguimiento de la salud mental de las pacientes. Esta observación coincide con la de Place et al., (2017) y Sambrook et al., (2019) que mencionan que la falta de comunicación entre el personal de salud, de trabajo en equipo y la falta de protocolos que defina quién detecta la depresión perinatal y a quién se canaliza aplaza por años la atención psicológica de las mujeres con sintomatología depresiva.

Otro aspecto que vale la pena analizar es que, en el discurso de la mayoría de los médicos, enfermeras y directivos, se puede observar que la atención a la salud materno-infantil, que es una ventana para detectar y dar atención a la depresión posparto, está centrada en el bienestar del niño y se deja de lado el cuidado de las mujeres, quienes se vuelven acompañantes del bebé y solo son vistas cuando este tiene algún problema de salud. Esto coincide con lo reportado por Megnin-Viggars y colaboradores (2015) quienes en su artículo de revisión de la atención prenatal y salud mental encontraron que la falta de atención perinatal centrada en la madre contribuye a retrasos en la búsqueda de ayuda.

Así mismo, se observa en algunas respuestas de los entrevistados, una tendencia a atribuir a las actitudes de las propias mujeres el descuido en la atención perinatal debido a que no acuden de forma regular a consultas prenatales y ni en el posparto. En este sentido, podemos observar una actitud paternalista en los profesionales de la salud en la que consideran que la autonomía de las mujeres las hace tomar decisiones erróneas que afectan la salud de su bebé y su propia salud (Bullok, 2018). Esta puede ser considerada también una barrera estructural, ya que una de las prácticas más arraigadas en los servicios de la salud es la asimetría en la relación médico-paciente, en la que no siempre se da toda la información a las mujeres, evitando que ejerzan su libertad para ser partícipes activas en las decisiones que se toman en el consultorio respecto a su salud (Puentes Rosas et al. 2006).

Retomando, el objetivo principal de esta tesis es explorar la viabilidad del cambio de tareas en el primer nivel de atención para ofrecer cuidados a la salud mental perinatal, una estrategia que ha sido utilizado en diversos países tanto de bajos como altos recursos socioeconómicos, que resulta ser rentable para los servicios de salud (Rahman, et al., 2007;

Howard et al., 2020). El personal más requerido para la atención a la salud mental materna son los médicos, enfermeras o parteras, personal de trabajo social y mujeres que han vivido depresión perinatal con capacitación para dar contención, información y apoyo (Howard et al., 2020). En nuestro país, como se ha descrito en capítulos anteriores, el personal de enfermería es el primer contacto antes de cada consulta prenatal, por lo que parecía ser el ideal para realizar actividades de prevención y detección de la depresión perinatal, sin embargo, no todos los entrevistados piensan de esta manera.

Los directores consideran que las enfermeras pueden hacerlo sin el mayor problema, ya que al ser “ayudantes” de los médicos familiares, tienen mayor posibilidad de hablar con las mujeres y aplicar cuestionarios para detectar depresión.

Los médicos, por su parte, si bien reconocen que las enfermeras son parte fundamental de su labor, consideran que, dependiendo de su contrato laboral, depende de su nivel de compromiso con las tareas de detección y prevención. Aquellas que tienen un contrato por sindicato, es difícil que realicen actividades extras sin esperar un incentivo, por lo que aquellas contratadas por confianza o de manera temporal, son aquellas que realizan actividades de prevención, entre ellas la de detección y prevención de la depresión perinatal.

En estas dos visiones, se observa que los directivos consideran que la jerarquía del personal de enfermería está por debajo del personal médico, mientras que estos toman en cuenta el tipo de contrato que tienen para la disponibilidad para el cambio de tareas. Esto coincide con lo reportado por Saavedra y colaboradores (2017) donde explican que la interacción entre los trabajadores está regulada por las jerarquías y por el estatus que tienen algunos trabajadores, de acuerdo con su antigüedad, la proximidad a las autoridades y el tipo de contrato, teniendo, en este caso, menos poder aquellas enfermeras que no son apoyadas por el sindicato.

Por su parte, el personal de trabajo social también considera que las enfermeras, si bien están capacitadas y tienen la oportunidad de abordar a las mujeres, la sobrecarga laboral y la falta de personal impide que den pláticas sobre depresión perinatal, detecten problemas emocionales y canalicen a las mujeres que lo requieren.

Para el personal de salud mental, el cambio de tareas para la detección y prevención de la depresión perinatal en el que participe el personal de enfermería es complicado de llevar a cabo por varias razones: está saturado de actividades, las enfermeras no se llevan tan bien con las usuarias, ya que, por el exceso de trabajo, no siempre les pueden brindar la

mejor atención y a que por lo general, cuando las usuarias son canalizadas a salud mental, no piden una consulta. Esto último puede deberse a dos razones; en primera instancia, aunque el personal de enfermería está capacitado y sea empático con las necesidades de las usuarias, si no hay disponibilidad de horarios de consulta ni tratamientos específicos para esta problemática, se dejará de lado la recomendación de asistir con el psicólogo o psiquiatra (Mendoza et al., 2017). Por otro lado, la jerarquía entre los profesionales de la salud también es percibida por las usuarias, quienes siguen mejor las recomendaciones de los médicos que de las enfermeras (Saavedra, et al., 2017)

Para hablar del punto de vista de las enfermeras en su incorporación a acciones de salud mental perinatal, hay que tomar en cuenta que en nuestro país, con los diversos cambios en las estructuras y programas de salud, se han reducido los puestos de trabajo administrados por sindicatos, por lo que ha aumentado en gran medida el personal de enfermería contratado de manera parcial o con jornadas de trabajo con sobrecarga laboral, por lo que es de esperarse que no deseen participar en actividades extras a sus labores asignadas (Aristizabal et al., 2019; Aristizabal et al., 2020) como lo mencionan en nuestros resultados. Es así como las enfermeras entrevistadas no desean participar en actividades de prevención y detección de depresión perinatal, debido a la falta de tiempo, al deseo de no involucrarse con las pacientes, y a que no es una prioridad que consideren las autoridades que se deba atender. Otro aspecto que ellas consideran fundamental para realizar actividades de salud mental es que no tienen los conocimientos, por lo que se les debe capacitar y no siempre tienen tiempo ni interés para ello.

8.3 Usuarías

En cuanto al poco apego por parte de las usuarias a los servicios de salud como barrera, considerado así por los propios profesionales de la salud del primer nivel de atención, es fundamental conocer su opinión y sus necesidades antes de implementar cualquier acción en salud para contar con su apoyo y facilitar el proceso de implementación.

Las usuarias consideran que la atención que reciben y el tiempo invertido en sus consultas, es muy largo y burocrático por todos los trámites que realizan para recibir atención en el centro de salud, como darse de alta y hacer filas de espera. En ese sentido, los servicios de salud en nuestro país son considerados como uno de los sectores más

burocráticos, situación que no puede evitarse, a pesar de varios intentos por agilizar la atención (Saavedra, et al., 2017). En cuanto al tiempo que dura la consulta (de 15 a 20 minutos), no cumple sus expectativas. Esto coincide con lo dicho por Novick (2009) quien reporta que las mujeres se sienten más satisfechas con la atención si la consulta dura más de 30 minutos, así como si el tiempo de espera para la consulta es menor a 15 minutos. De igual forma, las usuarias prefieren que se respete su horario de cita, que las atienda el mismo médico y que si llegan tarde, no se les castigue dejando su cita hasta el final (Novick, 2009) eventos que ocurren en los centros de salud de acuerdo con las usuarias entrevistadas.

A pesar de que los centros de salud T-III son aquellos que cuentan con un mayor número de servicios, como nutrición, odontología, salud mental y laboratorio médico, la mayor parte de las usuarias reportaron que tuvieron que acudir a otros centros o a médicos particulares para hacerse estudios clínicos y sus ultrasonidos. De acuerdo con la Norma Oficial NOM-007-SSA2-2015, en la primera y tercera consulta deben realizarse estudios de laboratorio, pero estos solo se realizan en la primera consulta en el 67% y 68.9% en la tercera consulta a nivel nacional (Oviedo et al., 2014). Esto puede deberse a la falta de recursos para cubrir las necesidades de cada centro de salud, así como la falta de apego a las consultas de las mujeres, quienes prefieren llevar sus controles prenatales con médicos particulares y solo acudir al centro de salud por el pase para el hospital donde será su parto.

En cuanto al posparto, las mujeres acuden al centro de salud para vacunar a sus bebés y para asistir al programa del niño sano, que se encarga de vigilar el desarrollo adecuado de los infantes. Oviedo y colaboradores (2014) reportan que el 76.9% de las mujeres llevan a sus hijos a este programa y solo el 26% acude a consulta para recibir hierro y ácido fólico. Estos datos coinciden con lo reportado por las mujeres en este estudio, las cuales, si bien, utilizan los servicios del centro de salud en el embarazo y en el posparto, prefieren hacer uso de otros servicios privados para tener certeza de que su bebé se encuentra bien.

Esto coincide con la percepción del personal de salud que considera que una de las barreras con las que hay que trabajar para implementar acciones de prevención y detección de la depresión perinatal es la falta de apego a los cuidados prenatales por parte de las mujeres.

En cuanto al conocimiento que tienen sobre el tema de la depresión perinatal, las mujeres embarazadas y en el posparto reconocen varios síntomas de depresión como rechazo al bebé, tristeza, cansancio. Esto coincide con lo encontrado con Daehn y colaboradores

(2022) quienes reportan que la mayoría de las mujeres reconocen los síntomas de depresión en ellas y en otras mujeres.

Las mujeres entrevistadas en este estudio reportaron que su conocimiento lo obtienen de programas de televisión o de libros recomendados por amigas o profesionales de la salud, pero esta información las hace sentir con mucho temor de padecer depresión, ya que pueden ser consideradas como malas madres. Existe un auto estigma alrededor de la depresión perinatal porque, aunque consideran que esta depresión es algo normal, un gran porcentaje de mujeres consideran que una mujer con síntomas de depresión perinatal no pueden ser buenas madres y que una mujer, por naturaleza, sabe cómo cuidar a su bebé (Branquinho et al, 2019), por lo que las mujeres prefieren no hablar del tema o de sus propios síntomas de depresión.

Llama la atención que las mujeres entrevistadas, tanto en el embarazo como en el posparto, cuando se les aplicó la prueba de tamizaje Whooley, cumplieron con los criterios para depresión, pero en su discurso no mencionan sentirse deprimidas ni desean acudir al psicólogo para hablar de sus emociones. Forder et al., (2020) encontraron que las mujeres que tienen una mayor necesidad de atención a su salud mental en el período perinatal son las menos honestas sobre su salud mental cuando son cuestionadas por los profesionales de la salud. Esto puede ocurrir por el estigma sobre el tema (Bilszta et al. 2010), la falta de conocimiento sobre la depresión perinatal (Hadfield y Wittkowski 2017), dificultad para diferenciar entre los estados normales de gestación y posparto y los síntomas depresivos, las demandas del cuidado de los niños, las experiencias negativas de buscar ayuda de profesionales de la salud mental en el pasado, sentimientos de vergüenza, miedo de ser visto como una mala madre, miedo a que los niños sean retirados, ubicación lejana del servicio y costo del tratamiento (Viveiros y Darling, 2018).

Un enfoque sin prejuicios, abierto y tranquilizador por parte de los médicos y las enfermeras puede ayudar a reducir el estigma y los temores que contribuyen a la falta de respuestas honestas, y mejorar el diagnóstico y el tratamiento tempranos de los problemas de salud mental (Forder et al., 2020).

Algo también que hay que resaltar es que cuando se les preguntó a las mujeres perinatales qué podría hacer una mujer perinatal para mejorar su estado de ánimo en este periodo, respondieron que contar con apoyo de otras mujeres, hablar de sus emociones, contar con alguien que las aliente y tener espacios en donde puedan realizar actividades

recreativas, como pintar, o ejercitarse. Ellas no consideran como opción hablar de sus emociones con los profesionales de la salud; en dado caso, son detectadas por algunos signos como su aspecto físico o por la salud del bebé. Lara-Cinisomo y colaboradores (2014) encontraron que la manera en que las mujeres latinas en el periodo perinatal afrontan la sintomatología depresiva es buscando apoyo social, centrarse en actividades que las distraigan de los pensamientos negativos o aislarse del entorno familiar. Las primeras dos formas de afrontar el malestar emocional coinciden con lo mencionado por las mujeres en este estudio; sin embargo, en Estados Unidos, las usuarias tienen mayor confianza en los profesionales de la salud y los ven como una fuente de apoyo importante.

Finalmente, en cuanto a si a les gustaría que el personal de enfermería les preguntase sobre su estado emocional en el posparto y recibir recomendaciones de ellas para mejorar su ánimo, las mujeres embarazadas consideran que les falta capacitación para llevar a cabo estas acciones, ya que ellas son “aprendices y ayudantes de los médicos” y que su labor está más enfocada en la somatometría. Además, que las notan poco empáticas y con poco tiempo para platicar por la carga de trabajo, por lo que no confían en ellas para hablar de sus problemas. Por su parte, las mujeres en el posparto consideran que, aunque son aprendices, pueden ayudarles mucho a hacer esas labores y que además su experiencia como mujeres y la información que tienen sobre la lactancia y el desarrollo del niño les puede ayudar a realizar labores de detección y tratamiento. Estas opiniones no son diferentes a lo reportado en países donde el papel de la enfermería gineco-obstetra o de las parteras está presente en el primer nivel de atención. Las usuarias también consideran que este personal de enfermería no tiene las habilidades para realizar actividades de salud mental, por falta de conocimiento, porque no ven a las pacientes con regularidad, porque la salud mental perinatal es un tema tabú y por el poco tiempo que dura la consulta (Higgins et al., 2018).

La forma en la que conciben en la población general al personal de enfermería, con pocos conocimientos, poco comprometido y con baja jerarquía, tiene mucho que ver con las relaciones de poder que se dan en los centros de salud, donde el médico es quien tiene el conocimiento, y la capacidad de diagnosticar cualquier problema de salud, mientras que las enfermeras están en un rango menor, al grado de no tener un espacio propio para realizar sus actividades (Saavedra, et al., 2017). Esto coincide con lo reportado por nuestras entrevistadas que consideran que las labores de detección deben realizarse por el personal médico o por los psicólogos o psiquiatras que son los más capacitados para ello. Estas

creencias son un gran reto para implementar el cambio de tareas en la atención a la salud mental perinatal.

8.4 Creencias culturales

Entrando al tema de las creencias, estas son una gran barrera contra la que se tiene que trabajar tanto en el personal de salud como en las usuarias de los servicios materno-infantil.

Los profesionales de la salud consideran que la depresión perinatal es efecto de un cambio hormonal y que la sintomatología desaparecerá por sí misma. Si bien es cierto que las hormonas reproductivas modulan las respuestas emocionales, conductuales y cognitivas en las mujeres durante el embarazo y el posparto (Trifu et al, 2019), la depresión perinatal es multicausal y la presencia de factores psicosociales juegan un papel fundamental en el desarrollo de esta (Dagher et al., 2021).

El énfasis de los aspectos hormonales atribuidos por los entrevistados y el normalizar la sintomatología depresiva también puede explicarse a partir de un sesgo de género, en el que se normaliza la depresión perinatal. Por esta razón, los profesionales de la salud deben ser sensibles a la perspectiva de género en los problemas de salud y experiencias individuales entre hombres y mujeres y tomar en cuenta el contexto social y cultural de donde se lleva a cabo la atención, incluidas las relaciones médico-paciente (Celik et al., 2011) para no pasar por alto los problemas de salud mental perinatales.

Bajo esta línea, es importante reflexionar sobre las creencias de los profesionales de la salud en cuanto a la maternidad y cómo éstas impactan en la atención a las mujeres embarazadas y en el posparto. A pesar de los cambios que se han dado en cuanto al papel de la mujer en la sociedad, se sigue considerando que la principal función de la mujer es la reproducción y que ese momento debe vivirse con naturalidad, así como con alegría (Ambrosini & Stanghellini, 2012). Por esta razón, se plantea la pregunta de ¿Cómo se mantiene la visión de que la maternidad es la experiencia más satisfactoria y gratificante de las mujeres cuando se padece depresión perinatal? Esta noción nos permea independientemente del género de la persona, sin embargo, la más extrema se observó en los hombres. De ahí que los varones percibieron la depresión posparto como “una moda” pasajera que antes no ocurría, pues las mujeres se dedicaban a la crianza de los hijos. Algunas mujeres entrevistadas coinciden con esta visión y consideran que es la dificultad para aceptar

los cambios en el cuerpo, la razón más importante del malestar emocional y que eso las lleva a descuidar al infante. Las entrevistadas que padecieron depresión perinatal o quienes conocen a alguien cercano que la padeció son más empáticas y reconocen la importancia de la atención a la salud mental en este periodo. Por el otro lado, la empatía, por parte del personal de salud, es algo que permite que las mujeres tengan mayor apego a los servicios de salud, en especial, cuando se sienten escuchadas e identificadas con las personas que les ofrecen atención (Biggs et al, 2018; Hadfield et al., 2017).

Para las mujeres, es difícil empatar la forma en que la sociedad habla acerca de la maternidad y la forma en que ellas la viven. Para la sociedad el parto es un momento feliz y lleno de dicha y la maternidad es algo natural que resulta ser fácil de llevar a cabo para cualquier mujer; sin embargo, no se toma en cuenta el ajuste psicológico al que se somete la futura madre cambiando su rol de mujer económicamente independiente o de mujer con diversas actividades sociales para volverse una mujer físicamente cansada, con cicatrices, dolores, nerviosa, socialmente aislada, económicamente dependiente, lábil e hipersensible (Grabowska, 2017). Las mujeres entrevistadas para la elaboración de esta tesis mencionan los cambios que enfrentan, tanto en su cuerpo como en sus actividades, y cómo esto afecta sus relaciones de pareja y familiares, incluyendo a los hijos que ya tienen, por lo difícil que es que empaten con sus sentimientos y sus necesidades, ya que por lo general no se entiende que no siempre el embarazo y el parto implica bienestar. Reconocer estos cambios y las emociones que causan junto con la familia puede ayudar a que la mujer busque apoyo profesional si estos síntomas son discapacitantes (Daehn et al., 2022).

En ese sentido, con la idea de que en el rol femenino la maternidad es algo natural e incuestionable para algunos profesionales de la salud, la inconformidad del cuerpo de las mujeres después del parto es una razón poco válida para deprimirse, a pesar de que varios estudios han mostrado que las mujeres que presentan un mayor aumento de peso en el embarazo o recuperan lentamente el peso que tenían previo al embarazo presentan sintomatología depresiva tanto en el embarazo como en el posparto, así como baja autoestima y efectos negativos en su imagen corporal (Ertel et al., 2017; Hartley et al., 2018; Riquin, et al., 2019).

La imagen corporal de una mujer es una representación psicológica de su cuerpo que comprende sus actitudes y autopercepciones de su apariencia que se desarrolla a partir de influencias biológicas, psicológicas y sociales. Puede verse afectado por los cambios físicos

durante el embarazo y el posparto, lo que significa una transición a la maternidad paralela a la asimilación psicológica de este rol. El embarazo es un período complicado para las mujeres, ya que se debe aceptar el aumento de peso como parte del proceso. La diferencia entre la imagen corporal de la mujer y el ideal de como debe verse el cuerpo construido por la sociedad puede causar insatisfacción corporal lo que posiblemente conduzca a una angustia psicológica significativa (Hodgkinson et al., 2014). Para algunas mujeres, los cambios en el cuerpo como verse más “gruesas” y moverse distinto durante el embarazo y el posparto les produce mucho malestar. Si bien algunas mencionan estar conformes con su cuerpo o consideran que “engordar en el embarazo es inevitable”, para la mayoría es complicado luchar contra los cambios de su imagen corporal y con recuperar su peso (Nikolopoulos et al., 2017). De hecho, a estas mujeres les gustaría recibir apoyo e información por parte de los profesionales de la salud para alimentarse mejor y controlar su peso para que su recuperación en el posparto sea más sencilla (Nikolopoulos et al., 2017). Las mujeres que se entrevistaron para esta tesis, sobre todo las embarazadas, comentaron que no poder realizar actividades por los cambios en su cuerpo y el miedo de no recuperar su peso en el posparto les generaba frustración, pero, como se puede observar, no hay disposición por parte de los profesionales de la salud para trabajar este tema.

8.5 Facilitadores para el cambio de tareas

Después de analizar la visión de los profesionales de la salud y describir las diferentes barreras que mencionan para implementar la estrategia del cambio de tareas con el personal de enfermería así como las actividades de prevención y detección de la depresión perinatal, existen diferentes actores y acciones que forman parte de la atención habitual que pueden ser un recurso para que las mujeres reciban información sobre la depresión perinatal y sepan en donde pedir ayuda en caso de que los síntomas sean discapacitantes.

En primera instancia, el personal más sensibilizado a las necesidades emocionales de las mujeres en el embarazo y el posparto son las trabajadoras sociales. Incluirlas en las acciones de prevención y detección de la depresión perinatal puede ser algo muy positivo, ya que ellas son un importante vínculo entre las mujeres y la institución. Ellas las canalizan a la atención hospitalaria al momento del parto y ofrecen información a través de los grupos “embarazo saludable” y “estimulación temprana”.

Los grupos de salud en el embarazo y estimulación temprana son espacios en donde las mujeres hablan y se resuelven las dudas que presentan en temas relacionados con el embarazo y el posparto sin ser juzgadas y escuchan lo que piensan y sienten otras mujeres. Si bien no son grupos terapéuticos, por lo general las mujeres se sienten satisfechas y escuchadas en las intervenciones grupales de salud mental en el periodo perinatal, ya que se sienten cómodas al hablar de sus emociones con otras mujeres, apoyadas por las facilitadoras y encuentran útil la información que se les da en cada sesión (Moore, et al., 2019). Es así como los grupos en este periodo pueden ser una opción para brindar información sobre depresión perinatal y, si además se incluyen en las sesiones el manejo de las emociones en las mujeres y la participación del personal de salud mental, pueden ayudar a superar algunas de las barreras que mencionan las mujeres por las que no solicitan ayuda, como desconocer que existe ese servicio en su clínica y los trámites que deben de realizar para obtener una cita con el área de psicología (Lara et al., 2014; Sambrook et al., 2019).

Las trabajadoras sociales mencionan que logran detectar signos de depresión en las mujeres como descuido en su arreglo personal y tristeza, además de que, en ocasiones, las mujeres acuden directamente a ellas para hablar de sus problemas de pareja y familiares. De acuerdo con Berenzon y colaboradores (2018), en nuestro país, las personas que buscan atención especializada en salud mental, por lo general, acuden al primer nivel de atención, donde su primer contacto es con las trabajadoras sociales, quienes las canalizan con el personal de salud mental o a instituciones donde pueden recibir atención, de ahí la importancia de este personal de salud, que puede ser un actor fundamental en la detección de depresión perinatal, ya que muestra disposición a involucrarse más con las mujeres embarazadas y en el posparto y son sensibles a sus necesidades emocionales.

Vale la pena recordar que, aunque la depresión posparto es la más conocida en el ámbito médico, la prevención y tratamiento no deben de ser exclusivas de este periodo, ya que, desde el embarazo, se presenta la sintomatología depresiva discapacitante y atenderla de manera oportuna puede reducir la severidad de las consecuencias posteriores tanto en la madre como en el infante.

También es importante mencionar que para reducir la brecha de atención, es importante contar con un trabajo interdisciplinario que ayude a prevenir y detectar problemas de salud mental. El cambio de tareas es una estrategia utilizada en países que no cuentan con suficiente personal formado en salud mental para atender las necesidades de la

población, haciendo partícipes al personal de enfermería, médico y trabajo social de la prevención y detección, así como la canalización al personal de salud mental quienes brindaran el tratamiento adecuado. El cambio de tareas, como se mencionó anteriormente, busca brindar soluciones a corto plazo con los recursos que cuente el sistema de salud en ese momento, no tiene como objetivo sustituir a largo plazo al personal más capacitado para brindar tratamiento. En este sentido, se debe incentivar a nivel global la formación e integración del personal en salud mental a los servicios de salud, en especial al primer nivel de atención, ya que la mayoría de los psicólogos y psiquiatras se encuentran laborando en el segundo y tercer nivel de atención, y esto es parte de las barreras de atención para los problemas de salud mental, en este caso, de la depresión perinatal.

La importancia de este estudio radica en que es uno de los muy escasos en México que muestran cuál es el estado actual de los centros de salud que atienden a las mujeres durante el embarazo y el posparto en cuanto a la atención de la depresión perinatal, así como la percepción de las mujeres sobre este tema.

8.6 Limitaciones

Estos hallazgos tienen ciertas limitaciones, ya que el número de centros de salud evaluados es pequeño y se ciñe a la Ciudad de México. Por otra parte, algunas respuestas de los profesionales de la salud pudieron estar sesgadas debido a que las entrevistas se realizaron en sus áreas de trabajo y, aunque se procuró crear un ambiente de confianza y confidencialidad, en algunas ocasiones no se ahondó en la información por temor a una evaluación negativa de su trabajo.

En cuanto a las usuarias, una limitación es el número de entrevistas realizadas, fueron ocho divididas en cuatro mujeres embarazadas y cuatro en el posparto, por lo que no se pudo llegar a la saturación teórica. El número de mujeres entrevistadas no fue tan grande debido a que no todas las mujeres tenían el tiempo de hacer una entrevista con una duración de una hora después de los cursos de embarazo saludable o estimulación temprana. Además, las entrevistas fueron en las salas de espera, por lo que no había la privacidad necesaria para abordar algunos temas.

8.7 Sugerencias.

Para futuras investigaciones sería recomendable aumentar el número de centros de salud evaluados, incluir entrevistas con autoridades de las jurisdicciones y con otros tomadores de decisiones, así como aumentar el número de mujeres entrevistadas en el embarazo y posparto y elegir las con diferentes características sociodemográficas, lo que permitirá comprender mejor la vivencia de las emociones en la etapa perinatal.

8.8 Conclusiones

Los resultados de este estudio muestran que, en este momento, los centros de salud no están preparados para atender la depresión perinatal, ni para utilizar el cambio de tareas como estrategia para integrar a otros profesionales de la salud en la detección y prevención de la depresión perinatal, ya que, aunque existe la norma que sugiere su atención y la guía clínica con los elementos para hacerlo, este problema no ha estado incluido dentro de los programas prioritarios de salud, por lo cual, los directores de los centros no se ven obligados a atenderla. Esto impide que el personal que atiende a las mujeres en el embarazo y el posparto esté sensibilizado al problema y que cuente con los conocimientos, la capacitación, el tiempo y la organización para detectar y prevenir la depresión perinatal. Así mismo, la cultura en la que se tiene una visión tradicional del papel de la mujer limita la detección y atención adecuadas y oportunas de esta problemática. El bajo apego de las mujeres a la atención médica durante el embarazo y posparto, ocasionada por la falta de comprensión y empatía por parte de los profesionales de la salud, hace difícil detectar la sintomatología depresiva y darle seguimiento.

A pesar de todas estas barreras, se pueden implementar estrategias para la atención a la salud mental perinatal a través de las trabajadoras sociales, quienes tienen la actitud necesaria y cercanía con las mujeres que acuden al centro. Ellas llegan a identificar a mujeres con síntomas emocionales asociados a la depresión perinatal y, en ocasiones, las escuchan y las refieren a los profesionales en salud mental. Así mismo, a través de los grupos “embarazo saludable” y “estimulación temprana” que coordinan, podrían llevar a cabo actividades de prevención de la depresión perinatal por medio de promover la vigilancia de la salud física y mental de las mujeres durante el embarazo y puerperio.

Aún faltan muchos pasos para lograr implementar acciones de prevención y detección de la depresión perinatal, sin embargo, estudios como estos nos permiten conocer las necesidades de la población y de los profesionales de la salud, lo cual permitirá que las acciones que se realicen sean más exitosas y se logren establecer a largo plazo en el primer nivel de atención.

REFERENCIAS

1. ACOG Committee Opinion No. 757: Screening for Perinatal Depression. (2018). *Obstetrics and gynecology*, 132(5), e208–e212.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002927>
2. Aday, L. y Andersen, R. (1974). "A Theoretical Framework for the study of Access to Medical Care". *Health Services Research..* Vol 9 (3), pp. 208-220.
3. Agyapong, V. I., Farren, C., & McAuliffe, E. (2016). Improving Ghana's mental healthcare through task-shifting- psychiatrists and health policy directors perceptions about government's commitment and the role of community mental health workers. *Globalization and health*, 12(1), 57. <https://doi.org/10.1186/s12992-016-0199-z>
4. Ahmed, A., Feng, C., Bowen, A., & Muhajarine, N. (2018). Latent trajectory groups of perinatal depressive and anxiety symptoms from pregnancy to early postpartum and their antenatal risk factors. *Archives of women's mental health*, 21(6), 689–698.
<https://doi.org/10.1007/s00737-018-0845-y>
5. Almanza-Muñoz, J. D. J., Salas-Cruz, C. L., & Olivares-Morales, Á. S. (2011). Prevalencia de depresión posparto y factores asociados, en pacientes puérperas de la Clínica de Especialidades de la Mujer. *Revista de Sanidad Militar*, 65(3), 78-86.
6. Almanza-Muñoz, J.J. (2017). Depression: Prevention and management at the primary care level. *Revista de Sanidad Militar*, 58(3), 209-222.
7. Alvarado-Esquivel, C., Sifuentes-Álvarez, A., Estrada-Martínez, S., Salas-Martínez, C., Hernández-Alvarado, A. B., Ortiz-Rocha, S. G., ... & Sandoval-Herrerad, F. (2010). Prevalencia de depresión posnatal en mujeres atendidas en hospitales públicos de Durango, México. *Gac Med Mex*, 146(1), 1-9.
8. Alvarado-Esquivel, C., Sifuentes-Alvarez, A., & Salas-Martinez, C. (2014). Validation of the Edinburgh postpartum depression scale in a population of adult pregnant women in Mexico. *Journal of clinical medicine research*, 6(5), 374-378
9. Álvarez-Ramírez, M., Lara, M. A., Cervantes-Alfaro, J. M., Robinson-Fuentes, V. A., & Alveano-Hernández, J. (2018). Correlation between intake of omega-3 fatty acids and depressive and anxiety symptoms during pregnancy. *Salud mental*, 41(1), 31-38.
10. Ambrosini A, Stanghellini G. Myths of motherhood. The role of culture in the development of postpartum depression. *Ann Ist Super Sanita*. 2012;48(3):277-286. doi:10.4415/ANN_12_03_08
11. American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
12. Andajani-Sutjahjo, S., Manderson, L., & Astbury, J. (2007). Complex emotions, complex problems: understanding the experiences of perinatal depression among new mothers in urban Indonesia. *Culture, medicine and psychiatry*, 31(1), 101-122.
13. Andersen RM, Davidson PL. Ethnicity, aging, and oral health outcomes: a conceptual framework. *AdvDent Res* 1997; 11: 203–209
14. Appleby, L., Warner, R., Whitton, A., & Faragher, B. (1997). A controlled study of fluoxetine and cognitive-behavioural counselling in the treatment of postnatal depression. *Bmj*, 314(7085), 932.
15. Aristizabal, P., Nigenda, G., & Serván-Mori, E. (2019). The precarization of the Mexican nursing labor market: a repeated cross-sectional analysis for the period

- 2005-2018. Human resources for health, 17(1), 87.
<https://doi.org/10.1186/s12960-019-0417-x>
16. Aristizabal, P., Nigenda, G., Squires, A., & Rosales, Y. (2020). Regulation of nursing in Mexico: actors, processes and outcomes. *Regulación de la enfermería en México: actores, procesos y resultados. Ciencia & saúde coletiva*, 25(1), 233-242.
<https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.28462019>
 17. Arredondo, A., Azar, A., & Recaman, A. L. (2018). Challenges and dilemmas on universal coverage for non-communicable diseases in middle-income countries: evidence and lessons from Mexico. *Globalization and health*, 14(1), 89.
<https://doi.org/10.1186/s12992-018-0404-3>
 18. Arroll, B., Goodyear-Smith, F., Kerse, N., Fishman, T., & Gunn, J. (2005). Effect of the addition of a "help" question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. *BMJ (Clinical research ed.)*, 331(7521), 884. <https://doi.org/10.1136/bmj.38607.464537.7C>
 19. Asim, M., Siddiqui, S., Malik, N., Nawaz, W., & Ali, F. (2017). Antenatal health care: a literature review of antenatal and postnatal health care utilization in Pakistan. *The Professional Medical Journal*, 24(04), 495-499.
 20. Atif, M., Halaki, M., Raynes-Greenow, C., & Chow, C. M. (2021). Perinatal depression in Pakistan: A systematic review and meta-analysis. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 48(2), 149-163. <https://doi.org/10.1111/birt.12535>
 21. Austin, M. P., Frilingos, M., Lumley, J., Hadzi-Pavlovic, D., Roncolato, W., Acland, S., ... & Parker, G. (2008). Brief antenatal cognitive behaviour therapy group intervention for the prevention of postnatal depression and anxiety: a randomised controlled trial. *Journal of affective disorders*, 105(1-3), 35-44.
 22. Aurizki, G. E., & Wilson, I. (2022). Nurse-led task-shifting strategies to substitute for mental health specialists in primary care: A systematic review. *International journal of nursing practice*, 28(5), e13046. <https://doi.org/10.1111/ijn.13046>
 23. Aydin, N., Inandi, T., & Karabulut, N. (2005). Depression and associated factors among women within their first postnatal year in Erzurum province in eastern Turkey. *Women & health*, 41(2), 1-12.
 24. Ayuso-Mateos, J. L., Nuevo, R., Verdes, E., Naidoo, N., & Chatterji, S. (2010). From depressive symptoms to depressive disorders: the relevance of thresholds. *The British Journal of Psychiatry*, 196(5), 365-371
 25. Balas EA, Boren SA. Managing Clinical Knowledge for Health Care Improvement. *Yearb Med Inform*. 2000;(1):65-70. PMID: 27699347
 26. Banco Mundial (1993). *Informe sobre el desarrollo mundial 1993: invertir en salud*. Washington, DC: Banco Mundial.
 27. Bartels, S. M., Cardenas, P., Uribe-Restrepo, J. M., Cubillos, L., Torrey, W. C., Castro, S. M., ... & Marsch, L. A. (2021). Barreras y facilitadores para el diagnóstico y tratamiento de la depresión en atención primaria en Colombia: Perspectivas de los proveedores, administradores de atención médica, pacientes y representantes de la comunidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 50, 67-76.
 28. Barth, C., Villringer, A., & Sacher, J. (2015). Sex hormones affect neurotransmitters and shape the adult female brain during hormonal transition periods. *Frontiers in neuroscience*, 9, 37.
 29. Bauer, A., Knapp, M., & Parsonage, M. (2016). Lifetime costs of perinatal anxiety and depression. *Journal of affective disorders*, 192, 83-90.

31. Bayrampour, H., Hapsari, A. P., & Pavlovic, J. (2018). Barriers to addressing perinatal mental health issues in midwifery settings. *Midwifery*, 59, 47–58. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.12.020>
32. Beck, A.T., Steer, R.A., Brown, G.K., 1996. Manual for the Beck Depression Inventory—II. Psychological Corporation, San Antonio, TX.
33. Beck, C. T., & Gable, R. K. (2000). Postpartum depression screening scale: Development and psychometric testing. *Nursing Research*, 49, 272–282.
34. Beck, C. T. (2013). Descriptive phenomenology. In *Routledge international handbook of qualitative nursing research* (pp. 163–174). Routledge.
35. Beck C. T. (2022). Postpartum Depression: A Metaphorical Analysis. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 28(5), 382–390. <https://doi.org/10.1177/1078390320959448>
36. Bello Fernández, N., & Fenton Tait, M. C. (2006). Nuevo modelo pedagógico de enfermería: un gran reto. *Revista Cubana de Enfermería*, 22(4).
37. Bennett, H.A., Einarson, A., Taddio, A., Koren, G., Einarson, T.R., 2004a. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet. Gynecol.* 103 (4), 698–709.
38. Berenzon-Gorn, S., Saavedra-Solano, N., & Galván-Reyes, J. (2018). Contextos y desafíos para la atención de la salud mental en el primer nivel. Una aproximación socioecológica *Salud publica de Mexico*, 60(2), 184–191. <https://doi.org/10.21149/8673>
39. Biggs LJ, McLachlan HL, Shafiei T, Liamputtong P, Forster DA. 'I need help': Reasons new and re-engaging callers contact the PANDA-Perinatal Anxiety and Depression Australia National Helpline. *Health Soc Care Community*. 2019;27(3):717–728. doi:10.1111/hsc.12688
40. Bilszta, J. L., Gu, Y. Z., Meyer, D., & Buist, A. E. (2008). A geographic comparison of the prevalence and risk factors for postnatal depression in an Australian population. *Australian and New Zealand journal of public health*, 32(5), 424–430.
41. Bitew, T., Hanlon, C., Kebede, E., Medhin, G., & Fekadu, A. (2016). Antenatal depressive symptoms and maternal health care utilisation: a population-based study of pregnant women in Ethiopia. *BMC pregnancy and childbirth*, 16(1), 301. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1099-1>
42. Bloom, D.E., Cafiero, E.T., Jané-Llopis, E., Abrahams-Gessel, S., Bloom, L.R., Fathima, S., Feigl, A.B., Gaziano, T., Mowafi, M., Pandya, A., Prettnner, K., Rosenberg, L., Seligman, B., Stein, A., Weinstein, C. (2011) The global economic burden of noncommunicable diseases. Geneva: World Economic Forum.
43. Borges, G., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L., Benjet, C., Cia, A., Kessler, R. C., Orozco, R., Sampson, N., Stagnaro, J. C., Torres, Y., Viana, M. C., & Medina-Mora, M. E. (2019). Twelve-month mental health service use in six countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e53. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000477>
44. Boyce, P., & Hickey, A. (2005). Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(8), 605–612.
45. Boyd, R. C., Le, H. N., & Somberg, R. (2005). Review of screening instruments for postpartum depression. *Archives of women's mental health*, 8(3), 141–153.
46. Branquinho, M., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2019). Knowledge and attitudes about postpartum depression in the Portuguese general population. *Midwifery*, 77, 86–94. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.06.016>

47. Brockington, I. (2005). A historical perspective on the psychiatry of motherhood. *perinatal stress, mood and anxiety disorders*. Basel: Karger, 1-5.
48. Brockington, I., Butterworth, R., & Glangeaud-Freudenthal, N. (2017). An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. *Archives of women's mental health*, 20(1), 113-120. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0684-7>
49. Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., De Girolamo, G., ... & Karam, A. N. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*, 9(1), 90.
50. Brownstein, J. N., Hirsch, G. R., Rosenthal, E. L., & Rush, C. H. (2011). Community health workers "101" for primary care providers and other stakeholders in health care systems. *The Journal of ambulatory care management*, 34(3), 210-220. <https://doi.org/10.1097/JAC.0b013e31821c645d>
51. Brummelte, S., & Galea, L. A. (2016). Postpartum depression: etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and behavior*, 77, 153-166.
52. Buist, A., Bilszta, J., Milgrom, J., Barnett, B., Hayes, B., & Austin, M. P. (2006). Health professional's knowledge and awareness of perinatal depression: results of a national survey. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 19(1), 11-16. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2005.12.001>
53. Buist, A. E., Austin, M. P., Hayes, B. A., Speelman, C., Bilszta, J. L., Gemmill, A. W., Brooks, J., Ellwood, D., & Milgrom, J. (2008). Postnatal mental health of women giving birth in Australia 2002-2004: findings from the beyondblue National Postnatal Depression Program. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 42(1), 66-73. <https://doi.org/10.1080/00048670701732749>
54. Bullock E. Paternalism and the practitioner/patient relationship. In: *Grill K, Hanna J. The Routledge handbook of the philosophy of paternalism*. Ney York: Taylor & Francis; 2018
55. Byatt, N., Biebel, K., Friedman, L., Debordes-Jackson, G., Ziedonis, D., & Pbert, L. (2013). Patient's views on depression care in obstetric settings: how do they compare to the views of perinatal health care professionals?. *General hospital psychiatry*, 35(6), 598-604. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.07.011>
56. Byatt, N., Xu, W., Levin, L. L., & Moore Simas, T. A. (2019). Perinatal depression care pathway for obstetric settings. *International review of psychiatry (Abingdon, England)*, 31(3), 210-228. <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1534725>
57. Callister, L. C., & Edwards, J. E. (2017). Sustainable Development Goals and the Ongoing Process of Reducing Maternal Mortality. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN*, 46(3), e56-e64. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2016.10.009>
58. Campos, D. E. G., Pelcastre-Villafuerte, B. E., & Parada-Toro, I. M. (2016). Diseño de una intervención gerencial para la mejora organizacional en centros de salud de primer nivel de atención. *Horizonte sanitario*, 15(2), 69-76.
59. Castañeda Núñez, I. (1988). Síntesis histórica de la partera en el Valle de México. *Revista de enfermería, Instituto Mexicano del Seguro Social (Mexico)*, 1(1), 35-39.
60. Castro e Couto, T., Cardoso, MN, Brancaglion, MY, Faria GC, Garcia FD, Nicolato R, de Miranda DM, Corrêa H. (2016) Antenatal depression: Prevalence and risk factor patterns across the gestational period. *J Affect Disord*. 2016 Mar 1;192:70-5.

61. Chabrol, H., & Callahan, S. (2007). Prevention and treatment of postnatal depression. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 7(5), 557-576.
62. Chauhan, P. A., & Bhalani, K. D. (2020). Evaluation of Maternal Health Services Being Provided to the High-risk Mothers of Bhavnagar District, Gujarat. *Indian journal of community medicine : official publication of Indian Association of Preventive & Social Medicine*, 45(1), 18-22.
https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM_38_19
63. Chávez Torres, G. (2018). Reflexiones sobre la fuente socio-profesional del Trabajo Social: creación o actualización curricular. *Trabajo Social UNAM*, (18), 41-56.
64. Chew-Graham, C. A., Sharp, D., Chamberlain, E., Folkes, L., & Turner, K. M. (2009). Disclosure of symptoms of postnatal depression, the perspectives of health professionals and women: a qualitative study. *BMC family practice*, 10, 7.
<https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-7>
65. Chilopora, G., Pereira, C., Kamwendo, F., Chimbiri, A., Malunga, E., & Bergström, S. (2007). Postoperative outcome of caesarean sections and other major emergency obstetric surgery by clinical officers and medical officers in Malawi. *Human resources for health*, 5, 17. <https://doi.org/10.1186/1478-4491-5-17>
66. Chowdhary, N., Jotheeswaran, A. T., Nadkarni, A., Hollon, S. D., King, M., Jordans, M. J., Rahman, A., Verdeli, H., Araya, R., & Patel, V. (2014). The methods and outcomes of cultural adaptations of psychological treatments for depressive disorders: a systematic review. *Psychological medicine*, 44(6), 1131-1146.
<https://doi.org/10.1017/S0033291713001785>
67. Celik H, Lagro-Janssen TA, Widdershoven GG, Abma TA. Bringing gender sensitivity into healthcare practice: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2011;84(2):143-149. doi:10.1016/j.pec.2010.07.016
68. Center for Behavioral Health Statistics and Quality. (2018). 2017 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD.
69. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2013). Programa de Acción Específico. Salud Materna y Perinatal 2013-2018. México, CNEGSR, Programa Sectorial de Salud.
70. Cerecero-García, D., Macías-González, F., Arámburo-Muro, T., & Bautista-Arredondo, S. (2020). Síntomas depresivos y cobertura de diagnóstico y tratamiento de depresión en población mexicana. *salud pública de méxico*, 62(6, Nov-Dic), 840-850.
71. Cluxton-Keller, F., & Bruce, M. L. (2018). Clinical effectiveness of family therapeutic interventions in the prevention and treatment of perinatal depression: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 13(6), e0198730.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198730>
72. Cobb, R., Ross, J. K., & Ross, M. H. (1976). Agenda building as a comparative political process. *American political science review*, 70(1), 126-138.
73. Cogill, S. R., Caplan, H. L., Alexandra, H., Robson, K. M., & Kumar, R. (1986). Impact of maternal postnatal depression on cognitive development of young children. *Br Med J (Clin Res Ed)*, 292(6529), 1165-1167.
74. Cohen, L. S., Soares, C. N., Vitonis, A. F., Otto, M. W., & Harlow, B. L. (2006). Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. *Archives of general psychiatry*, 63(4), 385-390.

75. Colmenares, Z., Montero, L., Reina, R., & González, Z. (2010). Intervención de enfermería durante la clínica prenatal y conocimiento sobre riesgos fisiológicos de la adolescente embarazada. *Enfermería global*, (18).
76. Cooper, P. J., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short-and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: I. Impact on maternal mood. *The British Journal of Psychiatry*, 182(5), 412-419.
77. Correa, V. C., Lugo-Agudelo, L. H., Aguirre-Acevedo, D. C., Contreras, J. A. P., Borrero, A. M. P., Patiño-Lugo, D. F., & Valencia, D. A. C. (2020). Individual, health system, and contextual barriers and facilitators for the implementation of clinical practice guidelines: a systematic metareview. *Health research policy and systems*, 18(1), 74. <https://doi.org/10.1186/s12961-020-00588-8>
78. Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, 150(6), 782-786.
79. Csatordai, S., Kozinszky, Z., Devosa, I., Tóth, É., Krajcsi, A., Sefcsik, T., & Pál, A. (2007). Obstetric and sociodemographic risk of vulnerability to postnatal depression. *Patient Education and Counseling*, 67(1-2), 84-92.
80. Cuijpers, P., & Karyotaki, E. (2021). The effects of psychological treatment of perinatal depression: an overview. *Archives of women's mental health*, 24(5), 801-806. <https://doi.org/10.1007/s00737-021-01159-8>
81. Da Silva, B. A. B., Rosa, W. D. A. G., Oliveira, I. S. B., Rosa, M. G., Lenza, N. D. F. B., & Silva, V. L. Q. (2020). Depressão em gestantes atendidas na atenção primária à saúde. *Cogitare Enfermagem*, 25.
82. Daehn, D., Rudolf, S., Pawils, S., & Renneberg, B. (2022). Perinatal mental health literacy: knowledge, attitudes, and help-seeking among perinatal women and the public - a systematic review. *BMC pregnancy and childbirth*, 22(1), 574. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04865-y>
83. Dagher, R. K., McGovern, P. M., Dowd, B. E., & Gjerdingen, D. K. (2012). Postpartum depression and health services expenditures among employed women. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 54(2), 210-215.
84. Dagher RK, Bruckheim HE, Colpe LJ, Edwards E, White DB. Perinatal Depression: Challenges and Opportunities. *J Womens Health (Larchmt)*. 2021;30(2):154-159. doi:10.1089/jwh.2020.8862
85. Darwin, Z., McGowan, L., & Edozien, L. C. (2016). Identification of women at risk of depression in pregnancy: using women's accounts to understand the poor specificity of the Whooley and Arroll case finding questions in clinical practice. *Archives of women's mental health*, 19(1), 41-49. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0508-1>
86. Davhana-Maselesele M. (2008). Task shifting. *Curationis*, 31(2), 3-4.
87. Davison, C. M. (2009). Knowledge translation: Implications for evaluation. In J. M. Ottoson & P. Hawe (Eds.), *Knowledge utilization, diffusion, implementation, transfer, and translation: Implications for evaluation*. New Directions for Evaluation, 124, 75-8
88. Dawson, A. J., Nkowane, A. M., & Whelan, A. (2015). Approaches to improving the contribution of the nursing and midwifery workforce to increasing universal access to primary health care for vulnerable populations: a systematic review. *Human resources for health*, 13, 97. <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0096-1>

89. Dearing, J. W., Kee, K. F., & Peng, T. Q. (2012). Historical roots of dissemination and implementation science. *Dissemination and implementation research in health: Translating science to practice*, 55, 71.
90. DeCastro, F., Hinojosa-Ayala, N., Hernández-Prado, B. (2011). Risk and protective factors associated with postnatal depression in Mexican adolescents. *J.Psycho-som. ObstetGynaecol.* 32(4), 210–217.
91. DeCastro, F., Place, J. M. S., Billings, D. L., Rivera, L., & Frongillo, E. A. (2015). Risk profiles associated with postnatal depressive symptoms among women in a public sector hospital in Mexico: the role of sociodemographic and psychosocial factors. *Archives of women's mental health*, 18(3), 463–471.
92. De Graaf, R., ten Have, M., Tuithof, M., & van Dorsselaer, S. (2013). First-incidence of DSM-IV mood, anxiety and substance use disorders and its determinants: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Journal of affective disorders*, 149(1-3), 100–107. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.009>
93. De Maeseneer, J., Clithero-Eridon, A. R., DeKempeneer, A., Kaufman, A., Bor, D., Cameron, I., Woollard, R., Strasser, R., Burdick, W., & Torres, N. (2019). A network of networks: 40 years of uniting global agendas toward universal health and equitable care. *Education for health (Abingdon, England)*, 32(1), 36–40. https://doi.org/10.4103/efh.EfH_203_19
94. Dennis, C. L. (2003). Peer support within a health care context: a concept analysis. *International journal of nursing studies*, 40(3), 321–332.
95. Dennis, C. L., & Hodnett, E. D. (2007). Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane database of systematic reviews*, (4).
96. Dennis, C. L., & Dowswell, T. (2013). Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane database of systematic reviews*, (2).
97. Department of Health (2020) Clinical Practice Guidelines: Pregnancy Care. Canberra: Australian Government Department of Health.
98. Department of the Prime Minister and Cabinet (2016) 2016 Progress Report of the Australian National Action Plan on Women, Peace and Security 2012–2018 Australia: Commonwealth of Australia.
99. Dixon, L. Z. (2020). *Delivering health: Midwifery and development in Mexico*. Vanderbilt University Press.
100. Docherty, A., Najjar, R., Combs, S., Woolley, R., & Stoyles, S. (2020). Postpartum depression screening in the first year: A cross-sectional provider analysis in Oregon. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 32(4), 308–315. <https://doi.org/10.1097/JXX.0000000000000250>
101. Dois, A., Uribe, C., Villarroel, L., & Contreras, A. (2012). Factores de riesgo asociados a síntomas depresivos post parto en mujeres de bajo riesgo obstétrico atendidas en el sistema público. *Revista médica de Chile*, 140(6), 719–725.
102. Douglas, J., & Scott, J. (2014). A systematic review of gender-specific rates of unipolar and bipolar disorders in community studies of pre-pubertal children. *Bipolar disorders*, 16(1), 5–15.
103. Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American journal of community psychology*, 41(3-4), 327–350. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>

104. Dyer, J., Latendresse, G., Cole, E., Coleman, J., & Rothwell, E. (2018). Content of First Prenatal Visits. *Maternal and child health journal*, 22(5), 679–684. <https://doi.org/10.1007/s10995-018-2436-y>
105. Eastwood, J. G., Jalaludin, B. B., Kemp, L. A., Phung, H. N., & Barnett, B. E. (2012). Relationship of postnatal depressive symptoms to infant temperament, maternal expectations, social support and other potential risk factors: findings from a large Australian cross-sectional study. *BMC pregnancy and childbirth*, 12(1), 148.
106. Eilat-Tsanani, S., Merom, A., Romano, S., Reshef, A., Lavi, I., & Tabenkin, H. (2006). The effect of postpartum depression on women's consultations with physicians. *IMAJ-RAMAT GAN*, 8(6), 406.
107. Ertel, K. A., Huang, T., Rifas-Shiman, S. L., Kleinman, K., Rich-Edwards, J., Oken, E., & James-Todd, T. (2017). Perinatal weight and risk of prenatal and postpartum depressive symptoms. *Annals of epidemiology*, 27(11), 695–700.e1. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.10.007>
108. Escribà-Agüir, V., & Artazcoz, L. (2011). Gender differences in postpartum depression: a longitudinal cohort study. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(4), 320–326.
109. Espíndola, J. G., Morales, F., Mota, C., Díaz, E., Meza, P., & Rodríguez, L. (2004). Calibración del punto de corte para la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg, en pacientes obstétricas del Instituto Nacional de Perinatología. *Perinatología y reproducción humana*, 18(3), 179–186.
110. Fekadu Dadi, A., Miller, E. R., & Mwanri, L. (2020). Antenatal depression and its association with adverse birth outcomes in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 15(1), e0227323. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0227323>
111. Feldman, P. H., Nadash, P., & Gursen, M. (2001). Improving communication between researchers and policy makers in long-term care or "researchers are from Mars; policy makers are from Venus". *Policy brief (Center for Home Care Policy and Research (U.S.))*, (5), 1–6.
112. Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2), 139G–149G. <https://doi.org/10.2471/BLT.11.091850>
113. Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., 2006. Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behav. Dev.* 29, 445–455.
114. Flamand, L., & Moreno-Jaimes, C. (2014). Seguro popular y federalismo en México. Un análisis de política pública. Centro de Investigación y Docencia Económicas.
115. Flom, J. D., Chiu, Y.-H. M., Tamayo-Ortiz, M., Schnaas, L., Curtin, P. C., Wright, R. J., Wright, R. O., Téllez-Rojo, M. M., & Rosa, M. J. (2018). Subconstructs of the Edinburgh Postpartum Depression Scale in a postpartum sample in Mexico City. *Journal of Affective Disorders*, 238, 142–146. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.049>
116. Fokkens, A. S., Wiegersma, P. A., van der Meer, K., & Reijneveld, S. A. (2011). Structured diabetes care leads to differences in organization of care in general practices: the healthcare professional and patient perspective. *BMC health services research*, 11, 113. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-113>

117. Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2014). El estado de las parteras en el mundo 2014: hacia el acceso universal a la salud, un derecho de la mujer
118. Ford, E., Lee, S., Shakespeare, J., & Ayers, S. (2017). Diagnosis and management of perinatal depression and anxiety in general practice: a meta-synthesis of qualitative studies. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 67(661), e538–e546. <https://doi.org/10.3399/bjgp17X691889>
119. Forder, P. M., Rich, J., Harris, S., Chojenta, C., Reilly, N., Austin, M. P., & Loxton, D. (2020). Honesty and comfort levels in mothers when screened for perinatal depression and anxiety. *Women and birth : journal of the Australian College of Midwives*, 33(2), e142–e150. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.04.001>
120. Franco-Giraldo, Á. (2015). El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 33(3), 414–424.
121. Freeman, E. W., Sammel, M. D., Lin, H., & Nelson, D. B. (2006). Associations of hormones and menopausal status with depressed mood in women with no history of depression. *Archives of general psychiatry*, 63(4), 375–382.
122. Frenk, J. (2016). *La salud de la población.: Hacia una nueva salud pública*. Fondo de Cultura Económica.
123. Fuhr, D. C., Weobong, B., Lazarus, A., Vanobberghen, F., Weiss, H. A., Singla, D. R., Tabana, H., Afonso, E., De Sa, A., D'Souza, E., Joshi, A., Korgaonkar, P., Krishna, R., Price, L. N., Rahman, A., & Patel, V. (2019). Delivering the Thinking Healthy Programme for perinatal depression through peers: an individually randomised controlled trial in India. *The lancet. Psychiatry*, 6(2), 115–127. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30466-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30466-8)
124. Gaceta Oficial del Distrito Federal. (2011). Ley de Salud Mental del Distrito Federal. México: Distrito Federal.
125. Gaillard, A., Le Strat, Y., Mandelbrot, L., Keita, H., & Dubertret, C. (2014). Predictors of postpartum depression: prospective study of 264 women followed during pregnancy and postpartum. *Psychiatry research*, 215(2), 341–346.
126. Gangolli, L. V., Duggal, R., & Shukla, A. (2005). Review of healthcare in India. Mumbai: Centre for enquiry into health and allied themes.
127. García-Cavazos, R. J. (2017). La salud materna y perinatal en México Intervenciones efectivas en línea de vida para mejorar la salud materna y perinatal (2015). *Ginecología y Obstetricia de México*, 84(09).
128. Gaynes, B.N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K.N., Swinson, T., Gartlehner, G., Brody, S., Miller, W.C., (2005). Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. Evidence Report/Technology Assessment (Summary) (119), 1–8.
129. Gentile, S. (2007). Use of contemporary antidepressants during breastfeeding. *Drug Safety*, 30(2), 107–121.
130. Glasgow, R. E., Lichtenstein, E., & Marcus, A. C. (2003). Why don't we see more translation of health promotion research to practice? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition. *American journal of public health*, 93(8), 1261–1267. <https://doi.org/10.2105/ajph.93.8.1261>
131. Gómez López, M. E., & Calva, E. A. (2007). Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y salud*, 17(1), 53–61.
132. Gómez López, M. E., & Berenzon Gorn, S. (2011). Avances en la investigación de la salud mental perinatal en Latinoamérica. Kiewa et al., (2022).

133. Goodman, J. H., & Tyer-Viola, L. (2010). Detection, treatment, and referral of perinatal depression and anxiety by obstetrical providers. *Journal of women's health*, 19(3), 477-490.
134. Goyal, D., Gay, C., & Lee, K. A. (2010). How much does low socioeconomic status increase the risk of prenatal and postpartum depressive symptoms in first-time mothers?. *Women's Health Issues*, 20(2), 96-104.
135. Grabowska, C. (2017). Unhappiness after childbirth. In *The Social Context of Birth* (pp. 213-228). Routledge.
136. Green, B. L., Krupnick, J. L., Chung, J., Siddique, J., Krause, E. D., Revicki, D., ... & Miranda, J. (2006). Impact of PTSD comorbidity on one-year outcomes in a depression trial. *Journal of clinical psychology*, 62(7), 815-835.
137. Hadfield, H., & Wittkowski, A. (2017). Women's Experiences of Seeking and Receiving Psychological and Psychosocial Interventions for Postpartum Depression: A Systematic Review and Thematic Synthesis of the Qualitative Literature. *Journal of midwifery & women's health*, 62(6), 723-736. <https://doi.org/10.1111/jmwh.12669>
138. Haggerty, R. J., & Mrazek, P. J. (Eds.). (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research.
139. Hamdan, A., & Tamim, H. (2011). Psychosocial risk and protective factors for postpartum depression in the United Arab Emirates. *Archives of women's mental health*, 14(2), 125-133.
140. Hamui-Sutton, L., & Halabe-Cherem, J. (2016). La «academización» del primer nivel de atención. *Gaceta Médica de México*, 152(1), 5-6.
141. Hankin, B. L., Young, J. F., Abela, J. R., Smolen, A., Jenness, J. L., Gulley, L. D., ... & Oppenheimer, C. W. (2015). Depression from childhood into late adolescence: Influence of gender, development, genetic susceptibility, and peer stress. *Journal of abnormal psychology*, 124(4), 803.
142. Hanlon, C., Luitel, N. P., Kathree, T., Murhar, V., Shrivasta, S., Medhin, G., Ssebunnya, J., Fekadu, A., Shidhaye, R., Petersen, I., Jordans, M., Kigozi, F., Thornicroft, G., Patel, V., Tomlinson, M., Lund, C., Breuer, E., De Silva, M., & Prince, M. (2014). Challenges and opportunities for implementing integrated mental health care: a district level situation analysis from five low- and middle-income countries. *PloS one*, 9(2), e88437. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088437>
143. Hartley, E., Hill, B., Bailey, C., Fuller-Tyszkiewicz, M., & Skouteris, H. (2018). The Associations of Weight Status and Body Attitudes with Depressive and Anxiety Symptoms Across the First Year Postpartum. *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 28(6), 530-538. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2018.07.002>
144. Hasin, D. S., Goodwin, R. D., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Archives of general psychiatry*, 62(10), 1097-1106.
145. Hay, D. F., Pawlby, S., Angold, A., Harold, G. T., & Sharp, D. (2003). Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Developmental psychology*, 39(6), 1083.
146. Hayes, L. J., Goodman, S. H., & Carlson, E. (2013). Maternal antenatal depression and infant disorganized attachment at 12 months. *Attachment & Human Development*, 15(2), 133-153. <https://doi.org/10.1080/14616734.2013.743256>

147. Hewitt, C. E., Gilbody, S. M., Brealey, S., Paulden, M., Palmer, S., Mann, R., ... & Richards, D. (2009). Methods to identify postnatal depression in primary care: an integrated evidence synthesis and value of information analysis. In NIHR Health Technology Assessment programme: Executive Summaries. NIHR Journals Library.
148. Higgins, A., Downes, C., Carroll, M., Gill, A., & Monahan, M. (2018). There is more to perinatal mental health care than depression: Public health nurses reported engagement and competence in perinatal mental health care. *Journal of clinical nursing*, 27(3-4), e476–e487. <https://doi.org/10.1111/jocn.13986>
149. Ho, S. M., Heh, S. S., Jevitt, C. M., Huang, L. H., Fu, Y. Y., & Wang, L. L. (2009). Effectiveness of a discharge education program in reducing the severity of postpartum depression: a randomized controlled evaluation study. *Patient education and counseling*, 77(1), 68–71.
150. Hodgkinson, E. L., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2014). Women's experiences of their pregnancy and postpartum body image: a systematic review and meta-synthesis. *BMC pregnancy and childbirth*, 14, 330. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-14-330>
151. Holden, J. M., Sagovsky, R., & Cox, J. L. (1989). Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *BMJ*, 298(6668), 223–226.
152. Honikman, S., van Heyningen, T., Field, S., Baron, E., & Tomlinson, M. (2012). Stepped care for maternal mental health: a case study of the perinatal mental health project in South Africa. *PLoS medicine*, 9(5), e1001222. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001222>
153. Honikman, S., Field, S. (2020). Maternal Mental Health in South Africa and the Opportunity for Integration. In: Fritzsche, K., McDaniel, S., Wirsching, M. (eds) *Psychosomatic Medicine*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-27080-3_27
154. Howard, L. M., & Khalifeh, H. (2020). Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 19(3), 313–327. <https://doi.org/10.1002/wps.20769>
155. Howell, C. A., Turnbull, D. A., Beilby, J. J., Marshall, C. A., Briggs, N., & Newbury, W. L. (2008). Preventing relapse of depression in primary care: a pilot study of the "Keeping the blues away" program. *The Medical journal of Australia*, 188(S12), S138–S141. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2008.tb01878.x>
156. Ibarra-Yruegas, B., Lara, M. A., Navarrete, L., Nieto, L., & Kawas Valle, O. (2016). Psychometric properties of the Postpartum Depression Predictors Inventory–Revised for pregnant women in Mexico. *Journal of health psychology*, 1359105316658969.
157. Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... & Gaebel, W. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International journal of methods in psychiatric research*, 23(3), 304–319.
158. Johnson, J. A., Stoskopf, C. H., & Shi, L. (2018). *Comparative health system*. EUA: Jones & Barlett Learning.
159. Juárez, I., Santos, R., & Lara, A. (2009). Consistencia interna y análisis factorial de la Escala de Depresión Posparto de Edinburgo en mujeres mexicanas embarazadas y

- puérperas. Reporte Preliminar. *Revista Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría*, 42(1-4), 1-6.
160. Keefe, R. H., Brownstein-Evans, C., & Rouland Polmanteer, R. S. (2016). Addressing access barriers to services for mothers at risk for perinatal mood disorders: A social work perspective. *Social work in health care*, 55(1), 1-11. <https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1101045>
 161. Kendig, S., Keats, J. P., Hoffman, M. C., Kay, L. B., Miller, E. S., Moore Simas, T. A., Frieder, A., Hackley, B., Indman, P., Raines, C., Semenuk, K., Wisner, K. L., & Lemieux, L. A. (2017). Consensus Bundle on Maternal Mental Health: Perinatal Depression and Anxiety. *Obstetrics and gynecology*, 129(3), 422-430. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001902>
 162. Kessler, D., Sharp, D., & Lewis, G. (2005). Screening for depression in primary care. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 55(518), 659-660.
 163. Kessler, R. C., Angermeyer, M., Anthony, J. C., De Graaf, R. O. N., Demyttenaere, K., Gasquet, I., ... & Kawakami, N. (2007). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World psychiatry*, 6(3), 168.
 164. Khadduri, R., Marsh, D. R., Rasmussen, B., Bari, A., Nazir, R., & Darmstadt, G. L. (2008). Household knowledge and practices of newborn and maternal health in Haripur district, Pakistan. *Journal of perinatology : official journal of the California Perinatal Association*, 28(3), 182-187. <https://doi.org/10.1038/sj.jp.7211903>
 165. Khan, N., Khan, S., Khan, N., & Khan, S. (2013). Factors affecting utilization of maternal and child health services: District swat KPK Pakistan. *J International Journal of Innovative Research development*, 2(8).
 166. Kim, Y. K., Hur, J. W., Kim, K. H., Oh, K. S., & Shin, Y. C. (2008). Prediction of postpartum depression by sociodemographic, obstetric and psychological factors: a prospective study. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 62(3), 331-340. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2008.01801.x>
 167. Kilbourne, A. M., Neumann, M. S., Pincus, H. A., Bauer, M. S., & Stall, R. (2007). Implementing evidence-based interventions in health care: application of the replicating effective programs framework. *Implementation science : IS*, 2, 42. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-42>
 168. Kingston, D., Austin, M. P., Heaman, M., McDonald, S., Lasiuk, G., Sword, W., Giallo, R., Hegadoren, K., Vermeyden, L., van Zanten, S. V., Kingston, J., Jarema, K., & Biringer, A. (2015). Barriers and facilitators of mental health screening in pregnancy. *Journal of affective disorders*, 186, 350-357. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.029>
 169. Kingston, D., Janes-Kelley, S., Tyrrell, J., Clark, L., Hamza, D., Holmes, P., Parkes, C., Moyo, N., McDonald, S., & Austin, M. P. (2015). An integrated web-based mental health intervention of assessment-referral-care to reduce stress, anxiety, and depression in hospitalized pregnant women with medically high-risk pregnancies: a feasibility study protocol of hospital-based implementation. *JMIR research protocols*, 4(1), e9. <https://doi.org/10.2196/resprot.4037>
 170. Kitamura, T., Yoshida, K., Okano, T., Kinoshita, K., Hayashi, M., Toyoda, N., ... & Sakumoto, K. (2006). Multicentre prospective study of perinatal depression in Japan: incidence and correlates of antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 9(3), 121-130.

171. Koutra, K., Vassilaki, M., Georgiou, V., Koutis, A., Bitsios, P., Chatzi, L., & Kogevinas, M. (2014). Antenatal maternal mental health as determinant of postpartum depression in a population based mother–child cohort (Rhea Study) in Crete, Greece. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 49(5), 711–721.
172. Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., 2001. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J. Gen. Intern. Med.* 16, 606–613.
173. Kuehner C. (2017). Why is depression more common among women than among men?. *The lancet. Psychiatry*, 4(2), 146–158. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30263-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30263-2)
174. Kurji, Z., Premani, Z. S., & Mithani, Y. (2016). Analysis Of The Health Care System Of Pakistan: Lessons Learnt And Way Forward. *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad: JAMC*, 28(3), 601–604.
175. Lalonde, A. B., Senikas, V., Bateson, D. S., & Perron, L. (2008). SOGC Partnership Program 1998-2006: building organization capacity to support improved maternal and neonatal health. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada : JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada : JOGC*, 30(11), 1014–1024. [https://doi.org/10.1016/s1701-2163\(16\)32996-6](https://doi.org/10.1016/s1701-2163(16)32996-6)
176. Lanes, A., Kuk, J. L., & Tamim, H. (2011). Prevalence and characteristics of postpartum depression symptomatology among Canadian women: a cross-sectional study. *BMC public health*, 11(1), 302.
177. Lanza, D. S. T., & Wisner, K. L. (2009). Antidepressant medication use during breastfeeding. *Clinical obstetrics and gynecology*, 52(3), 483.
178. Lara, M. A., Hubard, T. G., & Moreno, A. (2009). Despertando tu amor para recibir a tu bebé: cómo prevenir la tristeza y la depresión en el embarazo y después del parto. Editorial Pax México
179. Lara, M. A., & Navarrete, L. (2012). Detección de depresión en mujeres embarazadas mexicanas con la CES-D. *Salud mental*, 35(1), 57–62.
180. Lara, M. A., Navarrete, L., Navarro, C., & Le, H. N. (2013). Evaluation of the psychometric measures for the Postpartum Depression Screening Scale-Spanish Version for Mexican women. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society*, 24(4), 378–386. <https://doi.org/10.1177/1043659613493436>
181. Lara, M. A., Navarrete, L., Nieto, L., & Berenzon, S. (2014). Acceptability and barriers to treatment for perinatal depression. An exploratory study in Mexican women. *Salud mental*, 37(4), 293. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2014.034>
182. Lara, M. A., Navarrete, L., Nieto, L., Martín, J. P. B., Navarro, J. L., & Lara-Tapia, H. (2015). Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *Journal of Affective Disorders*, 175, 18–24. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.035>
183. Lara, M. A., Navarrete, L., & Nieto, L. (2016). Prenatal predictors of postpartum depression and postpartum depressive symptoms in Mexican mothers: a longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 19(5), 825–834. <https://doi.org/10.1007/s00737-016-0623-7>
184. Lara, M. A., Navarro, C., Rubí, N. A., & Mondragón, L. (2003). Outcome results of two levels of intervention in low-income women with depressive symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(1), 35–43.

185. Lara, M.A., Navarro, C., Navarrete, L., Cabrera, A., Almanza, J., Morales, F.J. (2006). Síntomas depresivos en el embarazo y factores asociados, en pacientes de tres instituciones de salud de la Ciudad de México. *SaludMent.* 29(4),55–62.
186. Lara, M. A., Navarro, C., & Navarrete, L. (2010). Outcome results of a psycho-educational intervention in pregnancy to prevent PPD: A randomized control trial. *Journal of affective disorders*, 122(1-2), 109–117.
187. Lara-Cinisomo, S., Wisner, K. L., Burns, R. M., & Chaves-Gnecco, D. (2014). Perinatal depression treatment preferences among Latina mothers. *Qualitative health research*, 24(2), 232–241. <https://doi.org/10.1177/1049732313519866>
188. Law, S., Ormel, I., Babinski, S., Plett, D., Dionne, E., Schwartz, H., & Rozmovits, L. (2021). Dread and solace: Talking about perinatal mental health. *International journal of mental health nursing*, 30 Suppl 1(Suppl 1), 1376–1385. <https://doi.org/10.1111/inm.12884>
189. Lee, A. M., Lam, S. K., Lau, S. M. S. M., Chong, C. S. Y., Chui, H. W., & Fong, D. Y. T. (2007). Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. *Obstetrics & Gynecology*, 110(5), 1102–1112.
190. Lee, A. C., Lawn, J. E., Cousens, S., Kumar, V., Osrin, D., Bhutta, Z. A., Wall, S. N., Nandakumar, A. K., Syed, U., & Darmstadt, G. L. (2009). Linking families and facilities for care at birth: what works to avert intrapartum-related deaths?. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 107 Suppl 1(Suppl 1), S65–S88. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2009.07.012>
191. Leiferman, J. A., Dauber, S. E., Heisler, K., & Paulson, J. F. (2008). Primary care physicians' beliefs and practices toward maternal depression. *Journal of women's health* (2002), 17(7), 1143–1150. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0543>
192. Leigh, B., & Milgrom, J. (2008). Risk factors for antenatal depression, postnatal depression and parenting stress. *BMC psychiatry*, 8(1), 24.
193. Letourneau, N. L., Dennis, C. L., Cosic, N., & Linder, J. (2017). The effect of perinatal depression treatment for mothers on parenting and child development: A systematic review. *Depression and anxiety*, 34(10), 928–966.
194. Leung, S. S., Martinson, I. M., & Arthur, D. (2005). Postpartum depression and related psychosocial variables in Hong Kong Chinese women: findings from a prospective study. *Research in nursing & health*, 28(1), 27–38.
195. Levesque, J. F., Harris, M. F., & Russell, G. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International journal for equity in health*, 12, 18. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-12-18>
196. Lim, G. Y., Tam, W. W., Lu, Y., Ho, C. S., Zhang, M. W., & Ho, R. C. (2018). Prevalence of Depression in the Community from 30 Countries between 1994 and 2014. *Scientific reports*, 8(1), 2861. <https://doi.org/10.1038/s41598-018-21243-x>
197. Liu, Q., He, H., Yang, J., Feng, X., Zhao, F., & Lyu, J. (2020). Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study. *Journal of psychiatric research*, 126, 134–140. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.08.002> CBHSQ, 2018
198. Luna, D., Castañeda-Hernández, D. V., Guadarrama-Arteaga, A. L., Figuerola-Escoto, R. P., García-Arista, A., Ixtla-Pérez, M. B., & Lezana-Fernández. (2020). Psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Mexican pregnant women. *Salud mental*, 43(3), 137–146.

199. Macías-Cortés, E. D. C., Lima-Gómez, V., & Asbun-Bojalil, J. (2020). Diagnostic accuracy of the Edinburgh Postnatal Depression Scale: consequences of screening in Mexican women. Exactitud diagnóstica de la Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo: consecuencias del tamizaje en mujeres mexicanas. *Gaceta medica de Mexico*, 156(3), 201–207. <https://doi.org/10.24875/GMM.M20000387>
200. Mahdi, A., Dembinsky, M., Bristow, K., & Slade, P. (2019). Approaches to the prevention of postnatal depression and anxiety - a review of the literature. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 40(4), 250–263. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2018.1512577>
201. Maier, C. B., & Aiken, L. H. (2016). Task shifting from physicians to nurses in primary care in 39 countries: a cross-country comparative study. *European journal of public health*, 26(6), 927–934. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw098>
202. Malhi, G. S., & Mann, J. J. (2018). A Dynamic Approach to Depression Treatment Prediction. *Lancet*, 392, 2299–2312.
203. Martínez-González, N. A., Rosemann, T., Djalali, S., Huber-Geismann, F., & Tandjung, R. (2015). Task-Shifting From Physicians to Nurses in Primary Care and its Impact on Resource Utilization: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Medical care research and review : MCRR*, 72(4), 395–418. <https://doi.org/10.1177/1077558715586297>
204. Martins, C., & Gaffan, E. A. (2000). Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a meta-analytic investigation. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 41(6), 737–746.
205. McCarron, R. M., Shapiro, B., Rawles, J., & Luo, J. (2021). Depression. *Annals of internal medicine*, 174(5), ITC65–ITC80. <https://doi.org/10.7326/AITC202105180>
206. Megnin-Viggars, O., Symington, I., Howard, L. M., & Pilling, S. (2015). Experience of care for mental health problems in the antenatal or postnatal period for women in the UK: a systematic review and meta-synthesis of qualitative research. *Archives of women's mental health*, 18(6), 745–759. <https://doi.org/10.1007/s00737-015-0548-6>
207. Mehta, K., Pandya, C., Chavda, P., & Solanki, D. (2017). Process evaluation of child health services at outreach sites during health and nutrition day (Mamta Day) in urban slums of Western India. *Journal of family medicine and primary care*, 6(2), 411–415. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.214429>
208. Mendoza, K., Ulloa, A., Saavedra, N., Galván, J., & Berenzon, S. (2017). Predicting Women's Utilization of Primary Care Mental Health Services in Mexico City. *Journal of primary care & community health*, 8(2), 83–88. <https://doi.org/10.1177/2150131916678497>
209. Mendoza, C., & Saldivia, S. (2015). Actualización en depresión postparto: el desafío permanente de optimizar su detección y abordaje. *Revista médica de Chile*, 143(7), 887–894.
210. Middleton, P., Gomersall, J. C., Gould, J. F., Shepherd, E., Olsen, S. F., & Makrides, M. (2018). Omega-3 fatty acid addition during pregnancy. *The Cochrane database of systematic reviews*, 11(11), CD003402. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003402.pub3>
211. Míguez, M. C., & Vázquez, M. B. (2021). Risk factors for antenatal depression: A review. *World journal of psychiatry*, 11(7), 325–336. <https://doi.org/10.5498/wjp.v11.i7.325>

212. Milgrom, J., & Gemmill, A. W. (2014). Screening for perinatal depression. *Best Practice & Research. Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 13–23. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2013.08.014>
213. Milgrom, J., & Gemmill, A. W. (Eds.). (2015). Identifying perinatal depression and anxiety: evidence-based practice in screening, psychosocial assessment and management. John Wiley & Sons.
214. Miller, L., Shade, M., & Vasireddy, V. (2009). Beyond screening: assessment of perinatal depression in a perinatal care setting. *Archives of women's mental health*, 12(5), 329–334. <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0082-5>
215. Miller, B. J., Murray, L., Beckmann, M. M., Kent, T., & Macfarlane, B. (2013). Dietary supplements for preventing postnatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10).
216. Minister of Health (2008) The Sensible Guide to a Healthy Pregnancy. Ottawa: Public Health Agency of Canada
217. Ministerio De Salud (2014). Protocolo de detección de la depresión durante el embarazo y posparto y apoyo al tratamiento. Santiago: Minsal.
218. Molyneaux, E., Telesia, L. A., Henshaw, C., Boath, E., Bradley, E., & Howard, L. M. (2018). Antidepressants for preventing postnatal depression. *The Cochrane database of systematic reviews*, 4(4), CD004363. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004363.pub3>
219. Montero Mendoza, E., & Cruz Sánchez, M. (2014). Servicio social de medicina en el primer nivel de atención médica: de la elección a la práctica. *Revista de la educación superior*, 43(172), 79–99.
220. Morrell, C. J., Sutcliffe, P., Booth, A., Stevens, J., Scope, A., Stevenson, M., Harvey, R., Bessey, A., Cantrell, A., Dennis, C. L., Ren, S., Ragonesi, M., Barkham, M., Churchill, D., Henshaw, C., Newstead, J., Slade, P., Spiby, H., & Stewart-Brown, S. (2016). A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression. *Health technology assessment (Winchester, England)*, 20(37), 1–414. <https://doi.org/10.3310/hta20370>
221. Moss, K. M., Reilly, N., Dobson, A. J., Loxton, D., Tooth, L., & Mishra, G. D. (2020). How rates of perinatal mental health screening in Australia have changed over time and which women are missing out. *Australian and New Zealand journal of public health*, 44(4), 301–306. <https://doi.org/10.1111/1753-6405.12999>
222. Mossialos, E., Djordjevic, A., Osborn, R. & Sarnak, D. (2017) International Profiles of Health Care Systems. London School of Economics and Political Science; The Commonwealth Fund.
223. Mullarkey, M. C., Marchetti, I., & Beevers, C. G. (2019). Using Network Analysis to Identify Central Symptoms of Adolescent Depression. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 48(4), 656–668. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1437735>
224. Murray, L., & Cooper, P. J. (1997). Postpartum depression and child development. *Psychological medicine*, 27(2), 253–260.
225. Musters, C., McDonald, E., & Jones, I. R. (2008). Management of postnatal depression. *British Medical Journal (BMJ)*, 337(a736), 399–403.

226. Muzik, M., & Borovska, S. (2010). Perinatal depression: implications for child mental health. *Mental Health in Family Medicine*, 7(4), 239.
227. National Collaborating Centre for Mental Health UK. 2014. Antenatal and Postnatal Mental Health: Clinical Management and Service Guidance: Updated edition. British Psychological Society. (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg192/resources/antenatal-and-postnatal-mental-health-clinical-management-and-service-guidance-35109869806789>).
228. Nakku, J. E., Nakasi, G., & Mirembe, F. (2006). Postpartum major depression at six weeks in primary health care: prevalence and associated factors. *African health sciences*, 6(4), 207–214. <https://doi.org/10.5555/afhs.2006.6.4.207>
229. Navarrete, L., Nieto, L., Lara, M. A., & Lara, M. D. C. (2019). Sensitivity and specificity of the three Whooley and Arroll questions for detecting perinatal depression in Mexican women. Sensibilidad y especificidad de las tres preguntas de Whooley y Arroll para detectar depresión perinatal en mujeres mexicanas. *Salud publica de Mexico*, 61(1), 27–34. <https://doi.org/10.21149/9083>
230. Nikolopoulos, H., Mayan, M., MacIsaac, J., Miller, T., & Bell, R. C. (2017). Women's perceptions of discussions about gestational weight gain with health care providers during pregnancy and postpartum: a qualitative study. *BMC pregnancy and childbirth*, 17(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1257-0>
231. Nishtar, S., Boerma, T., Amjad, S., Alam, A. Y., Khalid, F., ul Haq, I., & Mirza, Y. A. (2013). Pakistan's health system: performance and prospects after the 18th Constitutional Amendment. *Lancet* (London, England), 381(9884), 2193–2206. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60019-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60019-7)
232. Norhayati, M. N., Hazlina, N. N., Asrenee, A. R., & Emilin, W. W. (2015). Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: a literature review. *Journal of affective Disorders*, 175, 34–52.
233. Novick G. (2009). Women's experience of prenatal care: an integrative review. *Journal of midwifery & women's health*, 54(3), 226–237. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.02.003>
234. Nyamtema, A. S., Urassa, D. P., & van Roosmalen, J. (2011). Maternal health interventions in resource limited countries: a systematic review of packages, impacts and factors for change. *BMC pregnancy and childbirth*, 11, 30. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-11-30>
235. O'Brien, G. L., Sinnott, S. J., Walshe, V., Mulcahy, M., & Byrne, S. (2020). Health policy triangle framework: narrative review of the recent literature. *Health Policy Open*, 1, 100016.
236. Ocampo, R., Heinze, G., Ontiveros, M.P. (2007). Detección de depresión postparto en el Instituto Nacional de Perinatología. *Psiquiatría* 23, 18–22.
237. Office for National Statistics (2022) Births in England and Wales: 2021. [Conjunto de datos]. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/livebirths/bulletins/birthsummarytablesenglandandwales/2021>
238. O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., & Wenzel, A. (2000). Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Archives of general psychiatry*, 57(11), 1039–1045.
239. O'Hara, M. W., & Wisner, K. L. (2014). Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 3–12.

240. Organización Mundial de la Salud (1978). Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia internacional sobre Atención Primaria de Salud. *Alma-Ata. URSS*, Organización Mundial de la Salud.
241. Organización Mundial de la salud (2001) The World health report: 2001WHO: Mental Health: New Understanding, New Hope. World Health Organization ISBN 92 4 156201 3
242. Organización Mundial de la Salud. (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008 : la atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43952>
243. Organización Panamericana de La Salud (2016). Pensamiento saludable. Manual para la atención psicosocial de la depresión perinatal. Versión genérica de ensayo sobre el terreno de la OMS 1.0, 2015, OMS.
244. Organización Mundial de la Salud (2016). Personal y servicios de salud Proyecto de estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030: Informe de la Secretaría (No. A69/38). Organización Mundial de la Salud.
245. Organización Panamericana de la Salud (2018) Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
246. Organización Panamericana de la Salud. (2018) Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS.
247. Organización de las Naciones Unidas (2018), La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe (LC/G.2681-P/Rev.3), Santiago.
248. Orkin, A. M., Rao, S., Venugopal, J., Kithulegoda, N., Wegier, P., Ritchie, S. D., VanderBurgh, D., Martiniuk, A., Salamanca-Buentello, F., & Upshur, R. (2021). Conceptual framework for task shifting and task sharing: an international Delphi study. *Human resources for health*, 19(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12960-021-00605-z>
249. Orozco, R., Vigo, D., Benjet, C., Borges, G., Aguilar-Gaxiola, S., Andrade, L. H., Cia, A., Hwang, I., Kessler, R. C., Piazza, M., Posada-Villa, J., Rafful, C., Sampson, N., Stagnaro, J. C., Torres, Y., Viana, M. C., & Medina-Mora, M. E. (2022). Barriers to treatment for mental disorders in six countries of the Americas: A regional report from the World Mental Health Surveys. *Journal of affective disorders*, 303, 273–285. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.02.031>
250. Oviedo Zúñiga, AM., Rodríguez García, C., Ruíz Martínez, A.O., & Vargas Santillan, M. A. (2015). Cuidados del control prenatal en el primer nivel de atención en relación a la nom-007-ssa2-1993. *Waxapa* 7(13), 20-30.
251. Paschetta, E., Berrisford, G., Coccia, F., Whitmore, J., Wood, A. G., Pretlove, S., & Ismail, K. M. (2014). Perinatal psychiatric disorders: an overview. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 210(6), 501-509.
252. Pataky, E. A., & Ehlert, U. (2020). Longitudinal assessment of symptoms of postpartum mood disorder in women with and without a history of depression. *Archives of women's mental health*, 23(3), 391–399. <https://doi.org/10.1007/s00737-019-00990-4>
253. Peters, D. H., Adam, T., Alonge, O., Agyepong, I. A., & Tran, N. (2013). Implementation research: what it is and how to do it. *BMJ (Clinical research ed.)*, 347, f6753. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6753>

254. Pereira, A. T., Soares, M. J., Bos, S., Marques, M., Maia, B., Valente, J., ... & Macedo, A. (2014). Why should we screen for perinatal depression? Ten reasons to do it. *Int J Clin Neurosci Mental Health* 2014; 1:10
255. Petrou S., Cooper P., Murray L., Davidson L. (2002) Economic costs of post-natal depression in a high-risk British cohort. *The British Journal of Psychiatry*.
256. Place JM, Billings DL, Blake CE, Frongillo EA, Mann JR, deCastro F. (2015) Conceptualizations of postpartum depression by public-sector health care providers in Mexico. *Qual Health Res.* 25(4):551-568. doi:10.1177/1049732314552812
257. Place, J. M., Billings, D. L., Frongillo, E. A., Blake, C. E., Mann, J. R., & deCastro, F. (2016). Policy for Promotion of Women's Mental Health: Insight from Analysis of Policy on Postnatal Depression in Mexico. *Administration and policy in mental health*, 43(2), 189–198. <https://doi.org/10.1007/s10488-015-0629-x>
258. Place, J. M. S., Allen-Leigh, B., Billings, D. L., Dues, K. M., & de Castro, F. (2017). Detection and care practices for postpartum depressive symptoms in public-sector obstetric units in Mexico: Qualitative results from a resource-constrained setting. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 44(4), 390–396. <https://doi.org/10.1111/birt.12304>
259. Poblano-Verástegui, O., Vieyra-Romero, W. I., Galván-García, Á. F., Fernández-Elorriaga, M., Rodríguez-Martínez, A. I., & Saturno-Hernández, P. J. (2017). Calidad y cumplimiento de guías de práctica clínica de enfermedades crónicas no transmisibles en el primer nivel. *salud pública de méxico*, 59, 165–175.
260. Proctor, E. K., Landsverk, J., Aarons, G., Chambers, D., Glisson, C., & Mittman, B. (2009). Implementation research in mental health services: an emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Administration and policy in mental health*, 36(1), 24–34. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0197-4>
261. Proctor, E., Silmere, H., Raghavan, R., Hovmand, P., Aarons, G., Bunger, A., Griffey, R., & Hensley, M. (2011). Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Administration and policy in mental health*, 38(2), 65–76. <https://doi.org/10.1007/s10488-010-0319-7>
262. Puentes Rosas, E., Gómez Dantés, O., & Garrido Latorre, F. (2006). Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 19(6), 394–402.
263. Puertas, E. B., Sotelo, J. M., & Ramos, G. (2020). Liderazgo y gestión estratégica en sistemas de salud basados en atención primaria de salud. *Revista panamericana de salud publica.* e124. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.124>
264. Puertas, E. B., Arósquipa, C., & Gutiérrez, D. (2013). Factors that influence a career choice in primary care among medical students from high-, middle-, and low-income countries: a systematic review. *Revista panamericana de salud publica*, 34(5), 351–358.
265. Quelopana, A. M., Champion, J. D., & Reyes-Rubilar, T. (2011). Factors associated with postpartum depression in Chilean women. *Health care for women international*, 32(10), 939–949.
266. Quintero, M. T., & Gómez, M. (2010). El cuidado de enfermería significa ayuda. *Aquichan*, 10(1), 8–18.
267. Radloff LS. The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Measurement* 1977;1(3):385-401.
268. Rafful, C., Medina-Mora, M. E., Borges, G., Benjet, C., & Orozco, R. (2012). Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. *Journal of affective disorders*, 138(1), 165–169.

269. Rahman, A., Iqbal, Z., Bunn, J., Lovel, H., & Harrington, R. (2004). Impact of maternal depression on infant nutritional status and illness: a cohort study. *Archives of general psychiatry*, 61(9), 946-952.
270. Rahman A. (2007). Challenges and opportunities in developing a psychological intervention for perinatal depression in rural Pakistan—a multi-method study. *Archives of women's mental health*, 10(5), 211–219. <https://doi.org/10.1007/s00737-007-0193-9>
271. Rahman, A., & Creed, F. (2007). Outcome of prenatal depression and risk factors associated with persistence in the first postnatal year: prospective study from Rawalpindi, Pakistan. *Journal of affective disorders*, 100(1-3), 115–121. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.10.004>
272. Rahman, A., Surkan, P. J., Cayetano, C. E., Rwagatare, P., & Dickson, K. E. (2013). Grand challenges: integrating maternal mental health into maternal and child health programmes. *PLoS medicine*, 10(5), e1001442. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001442>
273. Reay, R., Matthey, S., Ellwood, D., & Scott, M. (2011). Long-term outcomes of participants in a perinatal depression early detection program. *Journal of affective disorders*, 129(1-3), 94–103. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.07.035>
274. Records, K., Rice, M., & Beck, C. T. (2007). Psychometric assessment of the Postpartum Depression Predictors Inventory-Revised. *Journal of nursing measurement*, 15(3), 189–202. <https://doi.org/10.1891/106137407783095775>
275. Rich-Edwards, J. W., Kleinman, K., Abrams, A., Harlow, B. L., McLaughlin, T. J., Joffe, H., & Gillman, M. W. (2006). Sociodemographic predictors of antenatal and postpartum depressive symptoms among women in a medical group practice. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(3), 221–227.
276. Riquin, E., Lamas, C., Nicolas, I., Dugre Lebigre, C., Curt, F., Cohen, H., Legendre, G., Corcos, M., & Godart, N. (2019). A key for perinatal depression early diagnosis: The body dissatisfaction. *Journal of affective disorders*, 245, 340–347. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.11.032>
277. Rollans, M., Schmied, V., Kemp, L., & Meade, T. (2013). Digging over that old ground: an Australian perspective of women's experience of psychosocial assessment and depression screening in pregnancy and following birth. *BMC women's health*, 13, 18. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-18>
278. Rhodes, A. M., & Segre, L. S. (2013). Perinatal depression: a review of US legislation and law. *Archives of women's mental health*, 16(4), 259–270. <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0359-6>
279. Rouvier, M., González-Block, M. A., Becerril-Montekio, V., Sesia, P., Duarte, M. B., & Flores-Collins, E. (2011). Mapeo de problemas para la atención a la salud materna por actores estatales y federales. *Salud pública de México*, 53(1), 48–56.
280. Rojas, G., Santelices, M. P., Martinez, P., Tomicic, A., Reinel, M., Olhaberry, M., & Krause, M. (2015). Barriers restricting postpartum depression treatment in Chile. *Revista Médica de Chile*, 143(4), 424–432.
281. Russomagno, S., & Waldrop, J. (2019). Improving Postpartum Depression Screening and Referral in Pediatric Primary Care. *Journal of pediatric health care : official publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*, 33(4), e19–e27. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2019.02.011>

- 282.Saavedra Solano, N., Berenzon Gorn, S., & Galván Reyes, J. (2016). Salud mental y atención primaria en México. Posibilidades y retos. *Atencion primaria*, 48(4), 258–264. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.05.005>
- 283.Saavedra, N. I., Berenzon, S., & Galván, J. (2017). "This Is How We Work Here": Informal Logic and Social Order in Primary Health Care Services in Mexico City. *Qualitative health research*, 27(9), 1359–1369. <https://doi.org/10.1177/1049732316689781>
- 284.Saavedra NI, Berenzon S, Galván J. The role of social workers in mental health care: A study of primary care centers in Mexico. *Qualitative Social Work*. 2019; 18(6): 1017–1033.
- 285.Sales, A., Smith, J., Curran, G., & Kochevar, L. (2006). Models, strategies, and tools. Theory in implementing evidence-based findings into health care practice. *Journal of general internal medicine*, 21 Suppl 2(Suppl 2), S43–S49. <https://doi.org/10.1111/j.1525-1497.2006.00362.x>
- 286.Sambrook Smith M, Lawrence V, Sadler E, Easter A. Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental illness: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies in the UK. *BMJ Open*. 2019;9(1):e024803. Published 2019 Jan 24. doi:10.1136/bmjopen-2018-024803
- 287.Sassarini, J. (2016). Depression in midlife women. *Maturitas*, 94, 149–154.
- 288.Schiller, C. E., Meltzer-Brody, S., & Rubinow, D. R. (2015). The role of reproductive hormones in postpartum depression. *CNS spectrums*, 20(1), 48–59.
- 289.Secretaría de Salud (2006) Atención Prenatal con enfoque de riesgo. México: Secretaria de Salud.
- 290.Secretaría de Salud (2009) Guía de Práctica Clínica “Control prenatal con enfoque de riesgo”. México: Secretaria de Salud.
- 291.Secretaría de Salud (2011) Guía de Práctica Clínica “Intervenciones de Enfermería en la paciente con Preeclampsia/Eclampsia”. México: Secretaria de Salud.
- 292.Secretaría de Salud (2016) Guía de Práctica Clínica “Detección temprana del abuso físico desde el nacimiento hasta los 12 años para el primer nivel de atención”. México: Secretaria de Salud.
- 293.Secretaría de Salud (2018) Norma Oficial de Atención del Embarazo y Posparto (NOM-007-SSA2-2016). México: Secretaria de Salud.
- 294.Secretaría de Salud (2018) Norma Oficial para la atención a la salud del niño (NOM-031-SSA2-2014). México: Secretaria de Salud.
- 295.Secretaría de Salud (2021) Guía de Práctica Clínica “Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Depresión Prenatal y Posparto en el Primero y Segundo Niveles de Atención”. México: Secretaria de Salud.
- 296.Seehusen, D. A., Baldwin, L. M., Runkle, G. P., & Clark, G. (2005). Are family physicians appropriately screening for postpartum depression?. *The Journal of the American Board of Family Practice*, 18(2), 104–112. <https://doi.org/10.3122/jabfm.18.2.104>
- 297.Segre, L. S., O'Hara, M. W., Arndt, S., & Stuart, S. (2007). The prevalence of postpartum depression. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42(4), 316–321.
- 298.Seedat, S., Scott, K. M., Angermeyer, M. C., Berglund, P., Bromet, E. J., Brugha, T. S., ... & Karam, E. G. (2009). Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Archives of general psychiatry*, 66(7), 785–795.

299. Shamah-Levy, T., Vielma-Orozco, E., Heredia-Hernández, O., Romero-Martínez, M., Mojica-Cuevas, J., Cuevas-Nasu, L., Santaella-Castell, J.A., Rivera-Dommarco, J., 2020. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-19: Resultados Nacionales. Retrieved from https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut2018/doctos/informes/ensanut_2018_informe_final.pdf
300. Shi, P., Yang, A., Zhao, Q., Chen, Z., Ren, X., & Dai, Q. (2021). A Hypothesis of Gender Differences in Self-Reporting Symptom of Depression: Implications to Solve Under-Diagnosis and Under-Treatment of Depression in Males. *Frontiers in psychiatry*, 12, 589687. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.589687>
301. Shorey, S., Chee, C. Y. I., Ng, E. D., Chan, Y. H., Tam, W. W. S., & Chong, Y. S. (2018). Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 104, 235–248. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2018.08.001>
302. Sibbald, B., Shen, J., & McBride, A. (2004). Changing the skill-mix of the health care workforce. *Journal of health services research & policy*, 9 Suppl 1, 28–38. <https://doi.org/10.1258/135581904322724112>
303. Sikander, S., Ahmad, I., Atif, N., Zaidi, A., Vanobberghen, F., Weiss, H. A., Nisar, A., Tabana, H., Ain, Q. U., Bibi, A., Bilal, S., Bibi, T., Liaqat, R., Sharif, M., Zulfiqar, S., Fuhr, D. C., Price, L. N., Patel, V., & Rahman, A. (2019). Delivering the Thinking Healthy Programme for perinatal depression through volunteer peers: a cluster randomised controlled trial in Pakistan. *The lancet. Psychiatry*, 6(2), 128–139. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30467-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30467-X)
304. Silverstein, B., Ajdacic-Gross, V., Rossler, W., & Angst, J. (2017). The gender difference in depressive prevalence is due to high prevalence of somatic depression among women who do not have depressed relatives. *Journal of affective disorders*, 210, 269–272.
305. Silverwood, V., Nash, A., Chew-Graham, C. A., Walsh-House, J., Sumathipala, A., Bartlam, B., & Kingstone, T. (2019). Healthcare professionals' perspectives on identifying and managing perinatal anxiety: a qualitative study. *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 69(688), e768–e776. <https://doi.org/10.3399/bjgp19X706025>
306. Slomian, J., Honvo, G., Emonts, P., Reginster, J.-Y., & Bruyère, O. (2019). Consequences of maternal postpartum depression: A systematic review of maternal and infant outcomes. *Women's Health (London, England)*, 15, 1745506519844044. <https://doi.org/10.1177/1745506519844044>
307. Soares, C. N. (2014). Mood disorders in midlife women: understanding the critical window and its clinical implications. *Menopause*, 21(2), 198–206.
308. Sockol, L. E., Epperson, C. N., & Barber, J. P. (2013). Preventing postpartum depression: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 33(8), 1205–1217.
309. Spoth, R., Rohrbach, L. A., Greenberg, M., Leaf, P., Brown, C. H., Fagan, A., Catalano, R. F., Pentz, M. A., Sloboda, Z., Hawkins, J. D., & Society for Prevention Research Type 2 Translational Task Force Members and Contributing Authors (2013). Addressing core challenges for the next generation of type 2 translation research and systems: the translation science to population impact (TSci Impact) framework. *Prevention science : the official journal of the Society for Prevention Research*, 14(4), 319–351. <https://doi.org/10.1007/s11121-012-0362-6>

310. Stanhope, V., Videka, L., Thorning, H., & McKay, M. (2015). Moving toward integrated health: an opportunity for social work. *Social work in health care*, 54(5), 383–407. <https://doi.org/10.1080/00981389.2015.1025122>
311. Stein, A., Gath, D. H., Bucher, J., Bond, A., Day, A., & Cooper, P. J. (1991). The relationship between post-natal depression and mother–child interaction. *The British Journal of Psychiatry*, 158(1), 46–52.
312. Stein, A., Pearson, R. M., Goodman, S. H., Rapa, E., Rahman, A., McCallum, M., ... & Pariante, C. M. (2014). Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*, 384(9956), 1800–1819.
313. Sword, W., Busser, D., Ganann, R., McMillan, T., & Swinton, M. (2008). Women's care-seeking experiences after referral for postpartum depression. *Qualitative health research*, 18(9), 1161–1173. <https://doi.org/10.1177/1049732308321736>
314. Sword, W., Kurtz Landy, C., Thabane, L., Watt, S., Krueger, P., Farine, D., & Foster, G. (2011). Is mode of delivery associated with postpartum depression at 6 weeks: a prospective cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 118(8), 966–977.
315. Tableman, B., Marciniak, D., & Bissell, S. (1985). A community model for prevention services. *Prevention in human services*, 3(4), 87–99. https://doi.org/10.1300/J293v03n04_09
316. Tamaria, A., Bharti, R., Sharma, M., Dewan, R., Kapoor, G., Aggarwal, A., ... & Batra, A. (2013). Risk assessment for psychological disorders in postmenopausal women. *Journal of clinical and diagnostic research: JCDR*, 7(12), 2885.
317. Theobald, S., Brandes, N., Gyapong, M., El-Saharty, S., Proctor, E., Diaz, T., Wanji, S., Elloker, S., Raven, J., Else, H., Bharal, S., Pelletier, D., & Peters, D. H. (2018). Implementation research: new imperatives and opportunities in global health. *Lancet (London, England)*, 392(10160), 2214–2228. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)32205-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32205-0)
318. Trede, K., Baldessarini, R. J., Viguera, A. C., & Bottéro, A. (2009). Treatise on insanity in pregnant, postpartum, and lactating women (1858) by Louis-Victor Marcé: a commentary. *Harvard review of psychiatry*, 17(2), 157–165.
319. Trifu S, Vladuti A, Popescu A. The neuroendocrinological aspects of pregnancy and postpartum depression. *Acta Endocrinol (Buchar)*. 2019;15(3):410–415. doi:10.4183/aeb.2019.410
320. Tsiachristas, A., Wallenburg, I., Bond, C. M., Elliot, R. F., Busse, R., van Exel, J., Rutten-van Mölken, M. P., de Bont, A., & MUNROS team (2015). Costs and effects of new professional roles: Evidence from a literature review. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*, 119(9), 1176–1187. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.04.001>
321. Unsal, A., Tozun, M., & Ayranci, U. (2011). Prevalence of depression among postmenopausal women and related characteristics. *Climacteric*, 14(2), 244–251.
322. Uribe, P., Ruiz, C., & Morales, E. (2009). *La muerte materna. Acciones y estrategias hacia una maternidad segura*. En: Freyermuth, G. & Sesia P. La mortalidad materna en México, estrategias y desigualdades. México : Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social : Comité Promotor por una Maternidad sin Riesgos en México, pp: 55–68.
323. U.S. Preventive Services Task Force. (2010). *The Guide to Clinical Preventive Services 2010 - 2011: Recommendations of the U.S. Preventive Services Task Force*. Agency for Healthcare Research and Quality (US).

324. Viveiros, C. J., & Darling, E. K. (2018). Barriers and facilitators of accessing perinatal mental health services: The perspectives of women receiving continuity of care midwifery. *Midwifery*, 65, 8–15. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.06.018>
325. Viveiros, C. J., & Darling, E. K. (2019). Perceptions of barriers to accessing perinatal mental health care in midwifery: A scoping review. *Midwifery*, 70, 106–118. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.11.011>
326. Wagner, S., Müller, C., Helmreich, I., Huss, M., & Tadić, A. (2015). A meta-analysis of cognitive functions in children and adolescents with major depressive disorder. *European child & adolescent psychiatry*, 24(1), 5–19. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0559-2>
327. Warriner, I. K., Wang, D., Huong, N. T., Thapa, K., Tamang, A., Shah, I., Baird, D. T., & Meirik, O. (2011). Can midlevel health-care providers administer early medical abortion as safely and effectively as doctors? A randomised controlled equivalence trial in Nepal. *Lancet (London, England)*, 377(9772), 1155–1161. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62229-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62229-5)
328. Waqas, A., Malik, A., Atif, N., Nisar, A., Nazir, H., Sikander, S., & Rahman, A. (2021). Scalable Screening and Treatment Response Monitoring for Perinatal Depression in Low- and Middle-Income Countries. *International journal of environmental research and public health*, 18(13), 6693. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136693>
329. Webb, R., Uddin, N., Ford, E., Easter, A., Shakespeare, J., Roberts, N., Alderdice, F., Coates, R., Hogg, S., Cheyne, H., Ayers, S., & MATRIx study team (2021). Barriers and facilitators to implementing perinatal mental health care in health and social care settings: a systematic review. *The lancet. Psychiatry*, 8(6), 521–534. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30467-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30467-3)
330. Webster, J., Davis, J., Holt, V., Stallan, G., New, K., & Yegdich, T. (2003). Australian nurses' and midwives' knowledge of computers and their attitudes to using them in their practice. *Journal of Advanced Nursing*, 41(2), 140–146.
331. Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., & Browner, W. S. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of general internal medicine*, 12(7), 439–445. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.1997.00076.x>
332. Wickberg, B., & Hwang, C. P. (1996). Counselling of postnatal depression: a controlled study on a population based Swedish sample. *Journal of affective disorders*, 39(3), 209–216.
333. Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... & Fratiglioni, L. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology*, 21(9), 655–679.
334. Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of affective disorders*, 219, 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.05.003>
335. Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., & Browner, W. S. (1997). Case-finding instruments for depression. Two questions are as good as many. *Journal of general internal medicine*, 12(7), 439–445.
336. Woolhouse, H., Brown, S., Krastev, A., Perlen, S., & Gunn, J. (2009). Seeking help for anxiety and depression after childbirth: results of the Maternal Health Study. *Archives of women's mental health*, 12(2), 75–83.

337. World Health Organization. (2006) The World Health Report 2006 - Working together for health. Geneva, World Health Organization
338. World Health Organization. (2008). Task shifting to tackle health worker shortages. *Geneva: WHO*.
339. World Health Organization (2019). Strengthening quality midwifery education for Universal Health Coverage 2030: framework for action. Geneva: World Health Organization.
340. Xie, R. H., Lei, J., Wang, S., Xie, H., Walker, M., & Wen, S. W. (2011). Cesarean section and postpartum depression in a cohort of Chinese women with a high cesarean delivery rate. *Journal of women's health*, 20(12), 1881-1886.
341. Xue, W. Q., Cheng, K. K., Xu, D., Jin, X., & Gong, W. J. (2020). Uptake of referrals for women with positive perinatal depression screening results and the effectiveness of interventions to increase uptake: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 29, e143. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000554>

ANEXOS

ANEXO 1. GUÍAS DE ENTREVISTA.

Guía de entrevista para personal de salud relacionado con la atención materno-infantil

Entrevista semiestructurada

Mi nombre es Laura Elena Navarrete Reyes, soy psicóloga y estoy estudiando el Doctorado de Salud Mental Pública en la UNAM y trabajo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Estoy realizando un estudio que tiene como objetivo evaluar la posibilidad real de implementar un programa de prevención de depresión perinatal integrado a la atención materno infantil en el que participe el personal de enfermería en los centros de salud T-III de la CDMX.

Primero, me gustaría agradecer su valiosa participación en esta entrevista. Como previamente le comenté para mí, es muy importante aprender de su experiencia laborando en este centro de salud, su voz enriquecerá esta investigación.

Le recuerdo que esta sesión será audio grabada. Toda la información que me brinde será confidencial, por lo que su nombre no será mencionado.

Bien, daremos inicio a esta plática, si tiene alguna duda o comentario, trataré de resolverlo.

Tema clave: Actividades del personal de salud relacionado con la atención materno-infantil en el primer nivel.

Objetivo: Explorar sus actividades cotidianas y conocer si han realizado actividades distintas a las funciones asignadas en su descripción de puesto. Conocer como ha sido su experiencia cumpliendo otras funciones.

Tema 1. Actividades diarias.

1. Cuénteme, ¿cómo es un día normal en sus actividades dentro de este centro de salud?
2. ¿Sus actividades varían a lo largo de la semana?

Tema 2. Actividades extras

1. ¿Qué actividades realiza apoyando a otros profesionales de la salud que trabajan aquí?
2. ¿Le gusta realizar este tipo de actividades?
3. ¿Cuáles son las razones por las que realiza otras actividades?
4. ¿Cuánto tiempo les lleva realizar esas actividades extras?
5. ¿Les dan algún incentivo por realizar estas actividades?

Tema clave: Conocimiento y opinión sobre la depresión posparto.

Objetivo: Conocer que saben acerca de la depresión perinatal, su postura sobre el tema y la importancia de la atención oportuna de este problema.

1. ¿Ha oído hablar de la depresión posparto?, Cuéntenme, ¿que es?
2. ¿Qué creen que la produce?

3. Y, cuando viene alguna mujer con depresión posparto en este centro, ¿que atención se le da?
4. ¿Usted han canalizado a alguna?, ¿Qué han hecho?

Tema clave: Enfermería y salud mental perinatal

Objetivo: Conocer la opinión del personal de salud relacionado con la atención materno-infantil si el personal de enfermería podría involucrarse dentro de esta área.

1. Desde su punto de vista, ¿Cómo es la relación entre las mujeres embarazadas y en el posparto y el personal de enfermería?
2. ¿Consideran que las enfermeras podrían apoyar a la detección y prevención de depresión posparto sin descuidar sus funciones establecidas?
3. ¿Creen que las mujeres acepten recibir esta atención del personal de enfermería?

Tema clave: Cómo implementar programas de atención en los centros de salud.

Objetivo. Conocer cuáles son los mecanismos que se utilizan en los centros de salud para implementar programas de atención.

1. Cuando llegan propuestas de programas de atención a la salud al centro de salud (gubernamentales o estatales), ¿qué mecanismo se siguen para que el personal las conozca y comience a aplicarlas dentro de sus actividades cotidianas?

Conclusión de entrevista: ¿Quiere incluir algo más a las preguntas que le hice?

Guía de entrevista para directivos.

Entrevista semiestructurada

Mi nombre es Laura Elena Navarrete Reyes, soy psicóloga y estoy estudiando el Doctorado de Salud Mental Pública en la UNAM y trabajo en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Estoy realizando un estudio que tiene como objetivo evaluar la posibilidad real de implementar un programa de prevención de depresión perinatal integrado a la atención materno infantil en el que participe el personal de enfermería en los centros de salud T-III de la CDMX

Primero, me gustaría agradecer su valiosa participación en esta entrevista. Como previamente le comenté para mí, es muy importante aprender de su experiencia en el manejo y atención de la salud mental de mujeres embarazadas y en el posparto, su voz enriquecerá esta investigación.

Le recuerdo que esta sesión será grabada Toda la información que me brinde será confidencial, por lo que su nombre no será mencionado.

Bien, daremos inicio a esta plática, si tiene alguna duda o comentario, trataré de resolverla.

Tema clave: Conocimiento y opinión sobre la depresión posparto.

Objetivo: Conocer que saben acerca de la depresión perinatal, su postura sobre el tema y la importancia de la atención oportuna de este problema.

Tema 1. Definición, conceptos y creencias en torno a la depresión posparto

1. ¿Ha oído hablar de la depresión posparto?
2. Cuénteme, ¿que es?
3. ¿Que cree que la produce?

Tema 2. Frecuencia y atención a la depresión posparto

1. En este centro de salud, ¿ha visto a mujeres con depresión posparto?
2. Y cuando viene alguna mujer con depresión posparto en este centro, ¿que atención se le da?

Tema clave. Actividades del personal de salud.

Objetivo: Explorar si ha asignado al personal bajo su cargo otras funciones que no están especificadas en su descripción de puesto, conocer cuáles son las razones y el personal que consideran que es más apto para ejecutar diferentes labores dentro del centro de salud.

1. Considera necesitar más personal o el personal que existe es suficiente para cubrir las demandas.
2. ¿Qué personal considera que puede desempeñar varias funciones?
3. Cuando a algún profesional de la salud se le asignan actividades fuera de su área, para apoyar a programas o a otras situaciones ¿disminuyen sus funciones de este para poder desempeñar adecuadamente las nuevas actividades?
4. ¿Cuándo a un profesional de la salud le asigna actividades extras, ¿se le proporciona algún incentivo? ¿De qué tipo?

Tema clave: Enfermería y salud mental perinatal

Objetivo: Conocer la opinión del personal de salud relacionado con la atención materno-infantil si el personal de enfermería podría involucrarse dentro de esta área y que cambios podrían realizarse para dar tiempo y espacio al personal interesado a participar dentro de estas actividades.

1. Desde su punto de vista, ¿Cómo es la relación entre las mujeres embarazadas y en el posparto y el personal de enfermería?

2. ¿Cómo creen que sea la actitud de las mujeres al recibir información sobre depresión posparto por parte del personal de enfermería?
3. ¿Consideran que las enfermeras podrían apoyar a la detección y prevención de depresión posparto sin descuidar sus funciones establecidas?
4. En caso de que no, ¿Qué actividades pueden ser asignadas a otras personas para que el personal de enfermería interesado pudiera participar en la atención a la depresión posparto?
5. ¿En qué espacios del centro de salud, el personal de enfermería puede platicar con las mujeres en el embarazo y en posparto para brindarles información relacionada a la depresión posparto?

Tema clave: Implementación de programas de salud prioritarios y relación con el personal del centro de salud

Objetivo. Conocer como los puestos directivos implementan los programas de salud gubernamentales de acuerdo con las prioridades de salud establecidas en el Plan Nacional de Salud, el tipo de actividades que deben realizarse para ello y cómo es su relación laboral con el personal de salud de centro.

1. Cuando se establece un problema de salud como prioridad nacional, ¿qué cambios deben de realizar en las actividades del centro de salud para implementar estos programas?
2. ¿Cómo reacciona el personal a estos cambios?
3. De acuerdo con las necesidades de atención detectadas en el centro de salud, ¿los problemas prioritarios de salud coinciden con las demandas de la población?
4. ¿Qué indicadores se utilizan para determinar si se logró la implementación de los programas prioritarios de atención a la salud?

Conclusión de entrevista: ¿Quiere incluir algo más a las preguntas que le hice?

Entrevista embarazo

Guía de entrevista usuarias.

Mi nombre es _____, soy psicóloga y colaboro un estudio de la UNAM y del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Se está realizando un estudio para conocer la opinión de las mujeres sobre cómo es su experiencia en el embarazo y la atención que reciben en el centro de salud

Primero, me gustaría agradecer su valiosa participación en este grupo. Como previamente les comenté para nosotras, es muy importante aprender de su experiencia en el manejo y atención de la salud mental de mujeres embarazadas y en el posparto, su voz enriquecerá esta investigación.

Les recuerdo que esta sesión será grabada. Toda la información que me brinde será confidencial.

Bien, daremos inicio a esta plática, si tienen alguna duda o comentario, trataré de resolverla.

Tema clave. Maternidad

Objetivo: Conocer las creencias que tienen las mujeres alrededor de la maternidad

1. Cuéntame, ¿cómo te enteraste de que estabas embarazada?
2. Cuando eras niña, ¿cómo te imaginabas como mamá?
3. Y que te ha dicho tu familia sobre tu embarazo, ¿te ha dado consejos, ¿cómo cuáles?
4. Oye, ya ves que existe en la sociedad un ideal sobre cómo ser madre, de acuerdo con lo que tú has oído, ¿cómo sería una buena madre? ¿Y una mala madre?

Tema Clave. Embarazo y emociones

Objetivo: Conocer la vivencia del embarazo y las emociones que presentan en este momento con la que cuentan las usuarias de los centros de salud sobre la depresión posparto

1. Y ahora dime, ¿cómo es un día normal para ti, ahora que estas embarazada? Descríbeme como es desde que despiertas hasta que te duermes
2. ¿Y que emociones has sentido durante tu embarazo, tanto positivas como negativas?
3. Oye, ¿y hay alguien a quien le cuentes como va tu embarazo?
4. ¿Si este no es su primer embarazo, ¿cómo fueron tus embarazos anteriores? cuéntame un poco de ellos

Tema clave. Servicios de salud.

Objetivo: Conocer el tipo de atención que reciben durante sus controles prenatales y en el posparto

1. Y ¿cómo pides cita en este centro para recibir atención a tu embarazo? cuéntame un poco como fue tu experiencia
2. Y ¿cómo es la atención que te ofrecen?, cuéntame cómo es desde que llegas a tu consulta hasta que te vas
3. Por lo regular, ¿cuánto tiempo se lleva la consulta?
4. Y ¿qué temas se abordan en consulta?

5. Y el médico te comentó de otros servicios a los que puedes acudir en este centro de salud
6. Y ¿cómo te enteraste de este grupo de mujeres embarazadas?
7. ¿Qué es lo que más te gusta de ese grupo?

Tema clave. Conocimiento y atención de la depresión posparto

Objetivo: Conocer la información con la que cuentan las usuarias de los centros de salud sobre la depresión posparto

1. Oye, y pues ya ves que hay algunas mujeres que pueden sentirse tristes o desanimadas, ya sea en el embarazo o en el posparto, ¿tú que piensas de que se sientan así? ¿Por que crees que se sienten así?, ¿crees que esto les pasa a muchas mujeres? Alguna vez habías oído hablar de la depresión posparto, ¿dónde?
2. ¿Conoces a alguien que se haya sentido así? Cuéntame
3. Oye y ¿alguna vez te han preguntado aquí cómo te sientes emocionalmente, ya sea las enfermeras o tu médico?
4. Y desde tu experiencia, ¿cómo podrían las mujeres que se sienten tristes o desanimadas durante su embarazo o posparto sentirse mejor?
5. Si a tu te sintieras así, ¿que podrías hacer para sentirte mejor?
6. Y de las personas que te han atendido en tu embarazo en este centro de salud ¿a quién le comentarías sus problemas, sus emociones, o tus dudas sobre lo que sientes en el embarazo?

Tema clave. Estrategias para obtener información sobre salud.

Objetivo: Conocer las opciones que las mujeres embarazadas creen tener para obtener información sobre su salud en el embarazo y el posparto.

1. Oye, y cuando tienes dudas sobre tu embarazo o de algún cambio en tu cuerpo que no te haya mencionado el médico, ¿dónde buscas información?
2. ¿Cómo te gusta más recibir información sobre salud, a través de tu médico, de las pláticas grupales, que te dieran folletos en cada consulta o que pasaran un video mientras estas en la sala de espera? ¿por qué?

Tema clave. Enfermería y salud mental perinatal

Objetivo: Conocer la opinión sobre el trabajo del personal de enfermería y sobre su integración en la atención a la salud mental durante el embarazo y el posparto

1. Oye, y cuéntame, ¿cómo es el trabajo aquí de las enfermeras? ¿qué hacen?
2. Y ¿que piensas de que las enfermeras te dieran información sobre emociones en el posparto y que te dieran un cuestionario sobre el tema?
3. Y si como parte de la atención prenatal y del posparto existiera la opción de recibir apoyo emocional, ¿de cuál profesional de los que han brindado atención preferirías recibir este apoyo?

Conclusión de entrevista: ¿Le gustaría que le hubiera preguntado sobre algún tema que no tratamos en la entrevista y que usted considera importante?

Entrevista posparto

Guía de entrevista usuarias.

Mi nombre es _____, soy psicóloga y colaboro un estudio de la UNAM y del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Se está realizando un estudio para conocer la opinión de las mujeres sobre cómo es su experiencia en el embarazo y la atención que reciben en el centro de salud

Primero, me gustaría agradecer su valiosa participación en este grupo. Como previamente les comenté para nosotras, es muy importante aprender de su experiencia en el manejo y atención de la salud mental de mujeres embarazadas y en el posparto, su voz enriquecerá esta investigación.

Les recuerdo que esta sesión será grabada. Toda la información que me brinde será confidencial.

Bien, daremos inicio a esta plática, si tienen alguna duda o comentario, trataré de resolverla.

Tema clave. Maternidad

Objetivo: Conocer las creencias que tienen las mujeres alrededor de la maternidad

1. Cuéntame, ¿cómo te enteraste de que estabas embarazada?
2. Cuando eras niña, ¿cómo te imaginabas como mamá?
3. Y que te ha dicho tu familia sobre tu embarazo, ¿te ha dado consejos, ¿cómo cuáles?
4. Oye, ya ves que existe en la sociedad un ideal sobre cómo ser madre, de acuerdo con lo que tú has oído, ¿cómo sería una buena madre? ¿Y una mala madre?

Tema Clave. Embarazo, posparto y emociones

Objetivo: Conocer la vivencia del embarazo y las emociones que presentan en este momento con la que cuentan las usuarias de los centros de salud sobre la depresión posparto

1. Y ahora dime, ¿cómo era un día normal para ti, cuando estabas embarazada? Describeme como era desde que despertabas hasta que te dormías.
2. Y como son tus días ahora que ha llegado tu bebé
3. ¿Y que emociones sentías durante tu embarazo, tanto positivas como negativas? Y ¿ahora que ha nacido tu bebé?
4. Oye, ¿y con platicabas de tus cambios y emociones durante el embarazo? ¿y ahora que ha nacido tu bebé, con quién platicas?
5. ¿Si este no es su primer hijo ¿cómo fueron tus embarazos anteriores? cuéntame un poco de ellos

Tema clave. Servicios de salud.

Objetivo: Conocer el tipo de atención que reciben durante sus controles prenatales y en el posparto

1. ¿Oye y en este centro de salud te atendiste durante tu embarazo? Y ¿cómo pediste la cita? cuéntame un poco como fue tu experiencia.
2. Y ¿cómo es la atención que te daban?, cuéntame cómo era desde que llegabas a tu consulta hasta que te ibas?
3. Por lo regular, ¿cuánto tiempo se llevaba la consulta?
4. Y ¿qué temas se abordaba en consulta?
5. Y el médico te comentó de otros servicios a los que puedes acudir en este centro de salud

6. Y acudiste al grupo de mujeres embarazadas, si sí, ¿cómo te enteraste de este grupo de mujeres embarazadas? ¿qué fue lo que más te gustó del grupo?
7. Y ahora, después de que nació tu bebé, ¿cómo son las consultas que reciben tanto tu bebé como tú? Cuéntame cómo es desde que llegas al centro de salud hasta que te vas
8. ¿cómo te enteraste del grupo de estimulación temprana? ¿qué es lo que más te gusta del grupo?

Tema clave. Conocimiento y atención de la depresión posparto

Objetivo: Conocer la información con la que cuentan las usuarias de los centros de salud sobre la depresión posparto

1. Oye, y pues ya ves que hay algunas mujeres que pueden sentirse tristes o desanimadas, ya sea en el embarazo o en el posparto, ¿tú que piensas de que se sientan así? ¿Por que crees que se sienten así?, ¿crees que esto les pasa a muchas mujeres? ¿Alguna vez habías oído hablar de la depresión posparto? ¿dónde?
2. ¿Conoces a alguien que se haya sentido así? Cuéntame
3. Oye y ¿alguna vez te han preguntado aquí cómo te sientes emocionalmente, ya sea las enfermeras o tu médico?
4. Y desde tu experiencia, ¿cómo podrían las mujeres que se sienten tristes o desanimadas durante su embarazo o posparto sentirse mejor?
5. Si a tu te sintieras así, ¿que podrías hacer para sentirte mejor?
6. Y de las personas que te han atendido en tu embarazo o después de que nació tu bebé en este centro de salud ¿a quién le comentarías tus problemas, sus emociones, o tus dudas sobre lo que sientes en el embarazo?

Tema clave. Estrategias para obtener información sobre salud.

Objetivo: Conocer las opciones que las mujeres embarazadas creen tener para obtener información sobre su salud en el embarazo y el posparto.

1. Oye, y cuando tienes dudas sobre tu bebé o de algún cambio en tu cuerpo que no te haya mencionado el médico, ¿dónde buscas información?
2. ¿Cómo te gusta más recibir información sobre salud, a través de tu médico, de las pláticas grupales, que te dieran folletos en cada consulta o que pasaran un video mientras estas en la sala de espera? ¿por qué?

Tema clave. Enfermería y salud mental perinatal

Objetivo: Conocer la opinión sobre el trabajo del personal de enfermería y sobre su integración en la atención a la salud mental durante el embarazo y el posparto

1. Oye, y cuéntame, ¿cómo es el trabajo aquí de las enfermeras? ¿qué hacen?
2. Y ¿que piensas de que las enfermeras te dieran información sobre emociones en el posparto y que te dieran un cuestionario sobre el tema?
3. Y si como parte de la atención prenatal y del posparto existiera la opción de recibir apoyo emocional, ¿de cuál profesional de los que han brindado atención preferirías recibir este apoyo?

Conclusión de entrevista: ¿Te gustaría que te hubiera preguntado sobre algún tema que no tratamos en la entrevista y que consideras importante? ¿Cuál?

ANEXO 2. CONSENTIMIENTOS INFORMADOS

a) Consentimiento informafio personal de salud.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Propuesta para implementar el cambio de tareas en personal de enfermería para prevenir la depresión perinatal con base a la teoría del cambio”

Propósito

Soy la psicóloga Laura Elena Navarrete Reyes, estudio el doctorado en salud mental publica en la UNAM y trabajo en el Instituto Nacional de Psiquiatría, y deseo invitarlo/a participar en un estudio que tiene como objetivo hacer una propuesta de cómo implementar una estrategia de prevención para la depresión perinatal impartida por el personal de enfermería en centros de salud de primer nivel. Para nosotros es importante recuperar la voz y experiencia de profesionistas como usted para realizar esta propuesta.

Su participación en el estudio consiste en participar en un grupo focal/ una entrevista semiestructurada con una duración de aproximadamente de una a dos horas.

Con la finalidad de no perder detalle alguno, será audio-grabada, siempre y cuando usted lo autorice.

Autorizo grabar

SI: _____ NO _____

Esta grabación será resguardada durante cinco años. Al término de este periodo, se eliminarán dichos archivos

El análisis de la información que recabemos se presentará de manera general y no incluirá los nombres de las personas entrevistadas. Los resultados se darán a conocer en mi tesis doctoral y en artículos científicos.

Participación voluntaria. Recuerde que es su decisión la participación en el estudio y que ésta es completamente VOLUNTARIA. Si en algún momento decide dejar de participar su, decisión será respetada, sin ninguna repercusión.

Beneficios del estudio. Agradeciendo su participación, se les obsequiara material informativo sobre depresión en mujeres y depresión posparto. Aunado a ello, también existen beneficios indirectos, esto significa que el mayor beneficio será en el futuro, en las usuarias de los servicios de salud materno-infantil de primer nivel de atención, a partir del conocimiento que se obtenga de este estudio, es decir, los resultados nos ayudarán a saber las necesidades y cómo atender a las mujeres que presentan problemas en el embarazo y posparto.

Además, si usted tiene interés en recibir capacitación en temas de salud mental, se le otorgará una beca del 50% en los cursos de capacitación de “Modelos de intervención en adicciones y salud mental” que sean de su interés.

Riesgos del estudio.

Es posible que existan preguntas en la entrevista que resulten incómodas o se prefiera no contestar, en estos casos, podemos pasar a la siguiente pregunta.

Confidencialidad. Le reitero que toda la información de la participación será confidencial, generando códigos numéricos para que nadie pueda identificar a la persona que dio las respuestas. Los resultados se presentarán de manera global. Además, las entrevistas se mantendrán bajo mi resguardo.

Preguntas

Toda duda que le surja antes, durante o después de la entrevista, podrá consultarla conmigo.

Nombre: Laura Elena Navarrete Reyes Teléfono: 41-60-51-47

Correo electrónico: laurae@imp.edu.mx

Para cualquier duda sobre sus derechos o la conducción del estudio podrá contactar al Dr. Gerardo Ramírez Rodríguez, Secretario Vocal del comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz quien aprobó este estudio en el siguiente número telefónico: 4160-5493.

¿Le gustaría participar?

Si sí, le agradecemos de antemano su colaboración.

Ciudad de México, a de del

Nombre y firma

Participante

Nombre y firma

Investigadora

b) **Consentimiento informafu usuarias.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Propuesta para implementar el cambio de tareas en personal de enfermería para prevenir la depresión perinatal con base a la teoría del cambio”

Propósito

Soy la psicóloga Laura Elena Navarrete Reyes y deseo invitarla a participar en un estudio que tiene como objetivo conocer su opinión sobre cómo cree que puede atenderse a mujeres que presentan depresión prenatal y qué papel pueden tener las enfermeras en la prevención de la depresión perinatal. Esta información es muy valiosa ya que nos permitirá hacer recomendaciones para que la atención y el cuidado de las mujeres se encuentren en este periodo.

Su participación en el estudio consiste en responder de una o dos entrevistas, con una duración de una hora aproximadamente. Podemos hacerla en este momento o concertar una cita, para hacerla el día que mejor le convenga.

La participación en este estudio es libre y **voluntaria**. Ya sea que decida participar o no, esto no influirá sobre la atención y tratamiento que recibe en esta institución

Con la finalidad de no perder detalle alguno, la entrevista será audio-grabada, siempre y cuando usted lo autorice.

Autorizo grabar

SI: _____ NO _____

Esta grabación será resguardada durante cinco años. Al término de este periodo, se eliminarán dichos archivos.

El análisis de la información que recabemos se presentará de manera general y no incluirá los nombres de las personas entrevistadas. Los resultados se darán a conocer en mi tesis doctoral y en artículos científicos.

Beneficios

Agradeciendo tu participación, se te obsequiará un libro con información sobre salud emocional en el embarazo y el posparto. Aunado a ello, también existen beneficios indirectos, estos significan que el mayor beneficio será en el futuro, en otras mujeres, a partir del conocimiento que se obtenga de este estudio, es decir, los resultados nos ayudarán a saber las necesidades y cómo atender a las mujeres que presentan problemas en el embarazo y posparto.

Además, si tiene interés sobre alguno de los temas que se trate en la entrevista, puedo ampliar la información que sea útil para la maternidad.

Riesgos

Es posible que existan preguntas en la entrevista que resulten incómodas o se prefiera no contestar. En estos casos, puedo detener la entrevista o puede decidir no dar respuesta a estas preguntas.

Confidencialidad

Le reitero que toda la información de la participación será confidencial, generando códigos numéricos para que nadie pueda identificar la persona que dio las respuestas. Los resultados se presentarán de manera global. Además, los cuestionarios se mantendrán bajo mi resguardo.

Preguntas

Toda duda que le surja antes, durante o después de la entrevista, podrá consultarla conmigo.

Nombre: Laura Elena Navarrete Reyes Teléfono: 41-60-51-47

Correo electrónico: laurae@imp.edu.mx

Para cualquier duda sobre sus derechos o la conducción del estudio podrá contactar al Dr. Gerardo Ramírez Rodríguez, Secretario Vocal del comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz quien aprobó este estudio en el siguiente número telefónico: 4160-5493.

¿Le gustaría participar?

Si sí, le agradecemos de antemano su colaboración.

Ciudad de México, a de del

Nombre y firma

Participante

Nombre y firma

Investigadora

Nombre y firma

Testigo

Nombre y firma

Testigo

ANEXO 3. APROBACIÓN CON COMENTARIOS DEL COMITÉ DE ÉTICA DEL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ



Fecha y Número de Aprobación:

Junio 4, 2018

CEI/C/036/2018

M. en C. Laura Elena Navarrete Reyes

Investigador Principal

Presente

Por este medio, me permito informarle que el proyecto titulado: "Propuesta para implementar el cambio de tareas en personal de enfermería para prevenir la depresión perinatal con base a la teoría del cambio", el cual se llevará a cabo en los Centros de Salud T-III de la Secretaría de Salud de la Ciudad de México, ha sido **APROBADO** por el Comité, ya que se considera que cumple con los requisitos éticos y metodológicos establecidos. La presente aprobación tiene una vigencia de un año.

Documentos Revisados y Aprobados: Originales del Formato del Comité de Ética en Investigación y Consentimientos informados.

Número de Registro CONBIOÉTICA-09-CEI-010-20170316

Atentamente,

Dr. Gerardo B. Ramírez Rodríguez

Secretario Vocal del Comité de Ética en Investigación

ANEXOS

La presente aprobación no exime de la dictaminación del proyecto del Comité de Investigación.

C.c.p M. en C. Guillermina Natera Rey, Directora de Investigaciones Epidemiológicas y

Psicosociales – Presente.

Dr. Jorge J. González Olvera, Secretario Técnico del Comité de Investigación.–Presente.

C.P. Alejandra Tafolla Valdovinos, Unidad Contable de Recursos de Terceros.–Presente.

COMITÉ DE ÉTICA E INVESTIGACIÓN
APROBADO

**Anexo 4. Notas de campo de las reuniones con los directores de
jurisdicción
6 de septiembre 2018.**

Reunión en jurisdicción A. 1:00 pm

Me comuniqué un día antes a esta jurisdicción para habla con la jefa, sin embargo, no tuve suerte y me comunicaron con la directora de atención médica a quien a grandes rasgos le expliqué los objetivos del estudio y me dio una cita para el día siguiente a las 12:00 del día para enseñarle el protocolo de investigación y las guías de entrevistas.

Ese mismo día, hice una cita en otra jurisdicción que se encontraba ubicada al otro lado de la ciudad, y me hicieron esperar dos horas al personal que me podría dar la autorización para realizar el estudio en el centro de salud seleccionado, por lo que llegue tarde a mi cita.

Llamé para avisar que ya iba en camino y ver si aún podría hablar con la directora, afortunadamente si fue posible.

En cuanto llegue, me recibió la directora, quien me solicito que de nueva cuenta le explicara el proyecto y de mi plan de trabajo para elaborar el memo. Me pidió una copia del protocolo y de las guías de entrevista, así como un informe al concluir el trabajo de campo.

Posteriormente, la directora me dijo que iba a hablar con la jefa de jurisdicción, pero que ella no veía un mayor problema en dar el acceso al centro de salud solicitado, debido a que anteriormente el INPRFM ha realizado diversos estudios en esa jurisdicción y existe gran apoyo por parte de esta institución para brindar atención psiquiátrica a las personas de la comunidad que así lo requieren.

Respecto a la depresión posparto, me comento que era un problema muy invisibilizado y le parecía interesante nuestro esfuerzo por incluir su atención en el primer nivel de atención. Esperaba que se pudiera hacer una propuesta, ya que la mayor población a la que atienden son mujeres embarazadas y es una población que requiere de mucha atención y cuidados médicos, además de atención psicológica.

La reunión fue muy corta, debido a que tenía pendiente la realización de otras actividades. Nos despedimos y me pidió que volviera una semana después a recoger el memo de presentación para poder acceder sin problema al centro de salud seleccionado.

24 de septiembre 2018.

Reunión en jurisdicción B. 5:00 pm

Este es el segundo intento de reunión. En la primera, acordada para el día 6 de septiembre, no pude platicar ni con el jefe de jurisdicción ni con la directora de atención médica. El primero no estaba, ya que está pasando por problemas de salud y la directora tuvo que asistir a un curso. Me hicieron esperar un par de horas para ver si llegaba la directora y finalmente me tuve que retirar debido a que tenía cita en otra jurisdicción. Me pidieron mis datos para concertar una nueva cita, pero no se comunicaron, por lo que el día de hoy me comuniqué nuevamente a la jurisdicción para pedir nuevamente cita. Finalmente, pude hablar con la directora de atención médica, quien es la encargada de la jurisdicción de manera temporal, Ella me indico que el único día que podría tener cita con ella era hoy, debido a que los demás días saldría a jornada, por lo que me fui a verla.

La jurisdicción se encuentra en una zona peligrosa de la ciudad. Casi no había nadie, solo había un policía, que estaba comiendo y me indicó donde encontrarla.

Cuando llegué la Dra. estaba ocupada por lo que me senté a esperar. La jurisdicción estaba casi vacía a diferencia de la vez anterior que fui, y estaba llena de cajas de espejos vaginales, que supongo iban a repartir en cada centro de salud. Después de mí, llegó personal de médico en tu casa quienes fueron a entregar informes de la jornada del día. Después de 20 minutos de espera, me recibió la Dra. y comencé a explicarle mi proyecto, ella escuchaba atentamente, aunque mientras yo hablaba, ella no mantenía contacto visual, revisaba su celular o papeles que estaban en el escritorio.

Cuando concluí, comenzó a decirme que los programas eran difíciles de adoptar dentro de las instituciones porque no se contaba con el interés de la población ni con los recursos humanos suficientes. Puso como ejemplo el programa PRUDENTE, el cual tiene como objetivo prevenir la diabetes, en el momento en que las personas son diagnosticadas como prediabéticos. El estudio tiene tres brazos: en el primero les dan metformina, en el segundo le mandan ejercicio y el tercero es grupo control. Aunque es un programa útil, su implementación les ha quitado personal, porque los involucrados deben de hacer las evaluaciones, consultas y seguimientos, además de sus actividades diarias, y los médicos

participantes después solo quieren ver a pacientes crónicos. Esto implica que el trabajo sea poco práctico para ellos, ya que, aunque se reducen las demandas de atención relacionadas a la diabetes, como consultas con ortopedistas, nefrólogos, nutriólogos, etc., se ve afectada la atención de los demás pacientes

Para ella, la depresión posparto no es un problema prioritario, pues es algo que, aunque puedan llegar a sentir las mujeres, no piden ayuda porque no es importante. En general, las mujeres no solicitan ayuda en ningún momento por su condición de mujer, ni siquiera se realizan la exploración de senos, por eso es tan alta la mortalidad por este cáncer.

Las mujeres asisten en el posparto, para las vacunas y para la salud del bebé, pero no para ellas. Y en caso de que hubiera mujeres que pudieran ser identificadas, los servicios de salud no podrían brindar la atención adecuada, porque, por ejemplo, en el centro de salud vecino a la jurisdicción, el cual puso como ejemplo, menciono que sus psiquiatras son paidopsiquiatras por lo que no atienden adultos, entonces, aunque se identificara a las mujeres de nada serviría porque no habría a quién canalizarlas. Respecto al psicólogo, que es con quien deben de ir las mujeres con depresión posparto, solo hay uno por centro de salud y lo que atienden son adicciones y TDA.

Un tema para mujeres que ella considera interesante es la menopausia y la depresión, ya que ahí si hay una relación directa, no como la depresión y el parto.

Respecto al personal de enfermería, ellas tienen muchas actividades que hacer, no podrían participar en algo más, pues, cada día hay que cumplir con muchos trabajos y funciones administrativas, además de apoyar a los médicos.

Dijo que la única forma en la que pueden implementarse los programas es trayendo personal de ayuda, es decir, “si quieren prevenir la depresión, traigan a residentes que detecten, brinden atención y den seguimiento, porque la gente está ahí, ellos participan en lo que sea, pues a eso vienen a un centro de salud, a recibir atención, pero no siempre se pueden cumplir sus demandas porque no hay ni el dinero ni el personal para hacerlo”.

Después guardo silencio y me pregunto: “¿qué necesitas?” Le dije que acceso al centro de salud seleccionado y que el personal acceda a darme las entrevistas. Entonces me preguntó ¿tú harás el trabajo, no necesitas que nosotros hagamos algo? Le respondí que no, solo que accedieran a darme las entrevistas.

Entonces acepto, me dijo que ella haría el memo y que podría presentarme desde la primera semana de octubre y me solicito un informe con los resultados de proyecto.

Nos despedimos rápidamente, ya que ella tenía que seguir trabajando.

24 de septiembre de 2018.

Reunión jurisdicción C. 11:00 a.m.

Después de varios intentos por comunicarme con el jefe de jurisdicción en los que no tuve éxito, finalmente logre hablar con él y me cito para el día de hoy, lunes 24 de septiembre. La cita estaba programada a las 11:00, sin embargo, tomando en cuenta mis retrasos a las otras citas, decidí llegar temprano. Llegue a las 10:30

La jurisdicción se encuentra bien ubicada, la puerta estaba abierta y había una policía que muy amable me explicó donde localizar al doctor.

Después la secretaria de dirección me recibió, y le aviso al Dr. que había llegado, él le pidió que me pasara a la sala de juntas. Comparada con otras jurisdicciones en las que he estado, esta es pequeña, pero muy limpia, funcional, se ve organizada y tiene baño. Me hicieron esperar 10 minutos y primero llego una Doctora, quien al parecer es su mano derecha y después el jefe de la jurisdicción. La junta fue con los dos, y me pidieron explicarles el objetivo de mi estudio. Ambos estuvieron muy atentos a mi plática y al finalizar me hicieron varias preguntas, en especial la Dra. Primero me preguntaron las razones por las que había elegido esos centros de salud. Les expliqué que fue por el número de enfermeras y el personal de salud mental con el que cuentan.

Me preguntaron el por qué esa jurisdicción, ya que ellos atendían a personas de cierto nivel socioeconómico que no corresponde al grueso de la población de la ciudad de México, por lo que su población podría ser un sesgo para mi estudio. Le expliqué que justo por esa razón había elegido esa jurisdicción, que mi estudio pretendía ver diferentes zonas de la ciudad y con diferentes niveles socioeconómicos de las usuarias.

El doctor me dijo que era importante que yo tomará en cuantos algunos factores que podrían ser unas barreras para mi estudio. Debido al tipo de población que atienden, casi no hay seguimientos de mujeres embarazadas, ya que ellas acuden a atención médica particular. El número de embarazadas reportado por mes en uno de los centros de salud T-III ubicados en esa zona fue de 5 en un mes, por lo que no siquiera hay grupos de apoyo a esta población.

Respecto a las cuestiones administrativas, el Doctor comentó que hace 4 meses ellos acaban de integrarse a la jurisdicción, por lo que apenas están evaluando las condiciones en las que se encuentran los centros de salud, así como las necesidades de la población. Ellos

ya realizaron ese proceso de evaluación en uno de los centros en los que se desea trabajar y han comenzado a implementar nuevos lineamientos para el manejo y atención médica. Sin embargo, no funciona de la misma manera el otro centro de salud solicitado. Mencionaron que era probable que en ese centro de salud yo encuentre problemas y dificultades para evaluar al personal, ya que a la par se les está evaluando su desempeño.

Me preguntaron en qué otros centros de salud ser haría el estudio y qué experiencia tenía en entrevistas en centros de salud. Les comenté mi experiencia en otro centro de salud y de sus particularidades debido a que la población no siempre daba su domicilio real, para poder recibir ahí la atención. La doctora comentó que la misma situación se vive en uno de los centros de salud, ya que la mayoría de la población vive en otras delegaciones y falsean la información de su domicilio para recibir atención, debido a que era más barato llegar a ese centro de salud que a los que les corresponde.

También me preguntaron la prevalencia de la depresión posparto y cuando la conocieron comentaron que era un problema muy serio, pero que pocas mujeres hablaban de él, por el estigma, por la cultura y la falta de topicalización de instrumentos y de las intervenciones.

Finalmente, acordamos que la mejor forma de apoyarme era concertar una cita con los directores de los centros de salud, para que yo pudiera entrevistarlos el tiempo necesario, sin estarlos persiguiendo o estar esperando a que me den una cita.

Me dijeron que ellos están en la mejor disposición de apoyarme y que si tengo algún problema, me puedo comunicar con ellos para que hagan las gestiones necesarias y se me sigan abriendo las puertas adecuadamente.

Terminó la reunión, el doctor contó algunos chistes y nos despedimos.

ANEXO 5. CARACTERÍSTICAS DE LOS CENTROS DE SALUD

- Centro de salud A

Este centro tiene un horario de servicio de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 16:00. Se localiza en una zona urbana de clase baja. La ubicación del centro es de fácil acceso para los habitantes de la alcaldía en la que se encuentra ubicado. El edificio en que se encuentra tiene una arquitectura clásica y cuenta con un jardín con aparatos para realizar actividad física.

En la planta baja del centro de salud, se encuentra el archivo clínico, la farmacia, el área de trabajo social, la dirección, la administración, el área de vacunación, un consultorio médico, el área de somatometría y un auditorio.

En la planta alta, se encuentra la central de enfermería, donde se reúnen las enfermeras clínicas y a las enfermeras de campo y se encuentra el área de refrigerado para las vacunas y baños del personal. También está ubicada la sala de espera y 16 consultorios, entre los cuales se incluyen dos destinados a la atención a la salud mental, uno al personal de odontología y uno a nutrición, así como el área de somatometría en el cual se toman los signos vitales y datos generales de los pacientes que acuden a consultas médicas. En este piso también se encuentra el departamento de epidemiología.

Para solicitar atención sin cita, los pacientes deben formarse desde las seis de la mañana para solicitar una ficha y poder ser atendidos ese mismo día. Este procedimiento lo lleva a cabo el personal de archivos clínicos. Si los pacientes tienen cita, solo deben presentarse al servicio 20 minutos antes para recibir atención.

El área de salud mental es la única que lleva su propia agenda, para todos los demás servicios, las citas deben agendarse con el personal de archivo clínico.

Las horas en las que acuden una mayor cantidad paciente a solicitar atención es de 8:00 a 10:00 a.m. A partir de las 11:00 se reduce la afluencia de pacientes, aunque sigue habiendo movimiento, ya que acuden aquellas personas que cuentan con cita. Las consultas terminan a las 2:00 de la tarde, que es cuando se retira la mayor parte del personal médico.

A lo largo del trabajo de campo, se observó que el servicio más concurrido fue el de vacunación, en especial, los cuatro periodos de la Semana Nacional de Vacunación y el inicio de campaña de prevención de la influenza. Otro de los servicios más concurridos, es el de trabajo social, en donde los usuarios acuden para tramitar la cédula de gratuidad y solicitar

la canalización a otras instituciones que cuentan con los servicios de salud que no se brindan en el centro de salud, como estudios de gabinete, ultrasonidos, rayos x, entre otros.

- Centro de salud B

Este centro tiene un horario de atención de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 20:00 y los fines de semana de 8:00 a 14:00, se localiza en una zona urbana de clase media. Su ubicación es de muy fácil acceso, pues, se encuentra sobre una vialidad principal y existen varios medios de transporte para llegar a al centro.

Este centro comparte espacio con un módulo de esterilización de perros y gatos y con Centro de Atención Primaria en Adicciones (CAPA). Es un centro muy amplio, cuenta con jardines y dos salones de usos múltiples donde se reúnen varios grupos de autoayuda para pacientes con enfermedades crónico-degenerativas.

En la planta baja del centro de salud se encuentra la caseta de vigilancia y de frente se encuentra el archivo clínico. Del lado izquierdo se encuentra una sala de espera, un área de somatometría donde también se encuentra la atención psicológica. También está la sala de rayos x y mastografía. Del lado derecho se encuentran tres consultorios más y el área de somatometría. En la planta alta encuentran cuatro consultorios más, el laboratorio clínico, el área de trabajo social, una sala de juntas, el departamento de epidemiología, la dirección y la central de enfermería clínica y de campo.

Para solicitar atención sin cita, los pacientes deben formarse desde las seis de la mañana para solicitar una ficha y poder ser atendidos ese mismo día. Este procedimiento lo lleva a cabo el personal de archivos clínicos. Si los pacientes tienen cita, solo deben presentarse al servicio 20 minutos antes para recibir atención.

Como en el centro de salud anterior, el área de salud mental es la única que lleva su propia agenda, para todos los demás servicios, las citas deben agendarse con el personal de archivo clínico.

En este centro de salud existe una gran promoción de los programas que existen en la secretaria de salud de la CDMX. Existen varios periódicos murales en las diferentes áreas de consultorios que existen en el centro de salud, así como en las escaleras.

La hora en la que acuden el mayor número de pacientes es a la entre las 8:00 y 10:00 a.m., después disminuye, ya que solo acuden las personas que tienen cita. En la tarde,

después de las 3:00 p.m., vuelve a tener más afluencia, ya que acuden personas que trabajan en la mañana. En la tarde y los fines de semana, quienes están encargados de la atención a los pacientes son un médico general, una enfermera y una psicóloga.

- Centro de salud C.

Este centro cuenta con un horario de servicio de lunes a viernes 7:00 a 20:00 horas. y sábados y domingos de 8:00 a 17:00 horas., se localiza en una zona urbana de clase media alta y se encuentra ubicado en una zona de fácil acceso debido a la viabilidad y a la variedad de transporte público.

Desde la entrada existe información sobre las campañas vigentes de salud, como los servicios de vacunación e invitación a mujeres embarazadas a la plática de “embarazo saludable” y los servicios de planificación familiar.

El centro de salud es de dos pisos y en la planta entrada, justo en la entrada, en el área de recepción, se encuentra el archivo clínico, y en las ventanillas se encuentran pegados los requisitos para la afiliación y re-afiliación al Seguro Popular.

Después, se encuentran dos pasantes de medicinas en una mesa quienes proporcionan información preventiva a los pacientes y aplican pruebas instantáneas para la detección de diabetes y cáncer de próstata. A la izquierda se localizan 6 consultorios donde también está el área de nutrición y planificación familiar y un área de somatometría donde se encuentra el personal de enfermería clínica. Junto a la escalera se encuentra el área de vacunación y al fondo, un jardín donde está una bodega, un aula de usos múltiples, baños, la central de enfermeras de campo y el personal de médico en tu casa. También se ubican 3 consultorios más con su personal de enfermería correspondiente. En la planta alta, se encuentra la dirección, el área de enseñanza y administración, el departamento de estadística, salud mental con tres consultorios de atención psicológica y un psiquiatra y el área de trabajo social, junto al área de rayos x, así como un consultorio de detección de VIH y de consejería.

Al recorrer el centro se destaca la continua información sobre planificación familiar, la importancia de realizarse chequeos y mastografías, así como de glucosa, para la prevención de diabetes e información sobre los indicadores de la epilepsia.

Como en los otros centros de salud, el área de salud mental es la única que lleva su propia agenda, para todos los demás servicios, las citas deben agendarse con el personal de archivo clínico.

Las horas en las que acuden una mayor cantidad pacientes a solicitar atención es de 8:00 a 10:00 a.m. A partir de las 11:00 se reduce la afluencia de pacientes, aunque sigue habiendo movimiento, ya que acuden aquellas personas que cuentan con cita. Las consultas terminan a las 2:00 de la tarde, que es cuando se retira la mayor parte del personal médico. Y vuelven a comenzar a partir de las 4:00 p.m. que comienza el segundo turno, aunque se ofrecen menos servicios, ya que hay menos personal dando atención.

El servicio más concurrido es el de vacunación, sobre todo en las diferentes etapas de la semana Nacional de vacunación y con el inicio de campaña de prevención de la influenza.

Mucha gente acude al área de trabajo social para tramitar la cédula de gratuidad. La gente que acude al centro de salud tiene diferentes niveles socioeconómicos, situación que no se observa en el resto de los centros de salud en los que se desarrolla este proyecto.

- Centro de salud D.

Este centro de salud tiene un horario de atención de lunes a viernes de 07:00 a.m. a 18:00 y sábados de 07:00 a.m. a 13:00, se localiza una zona urbana de clase media. La zona está rodeada de vialidades que facilitan el acceso a la zona.

El centro de salud es de dos pisos y al entrar, se puede encontrar información y promoción de la vacuna contra la influenza, así como un escritorio y dos enfermeros aplicando las vacunas de manera gratuita.

Pasando la puerta principal, del lado derecho, está el módulo de información y posteriormente la caseta de vigilancia. El área de vacunación está bien ubicada y señalizada con un horario de servicio de lunes a viernes de 8:30 a.m. a 12:00.

Este centro de salud cuenta con un consultorio donde se ofrece el programa servicios amigables a adolescentes.

Al caminar en el corredor principal se encuentra un póster con información para la prevención y el tratamiento del Cáncer Cérvico Uterino y una placa que avala la certificación del centro de salud para realizar la vasectomía sin intervención quirúrgica.

También en este piso está el área de farmacia, el área de archivo, la dirección, un pequeño auditorio y el módulo de trabajo social, así como el personal de médico en tu casa y cuatro consultorios con un pequeño módulo de somatometría atendido por dos enfermeras.

En la planta alta, se encuentran 8 consultorios, donde se brinda la atención de nutrición, psicología, servicio dental y estimulación temprana y el acceso directo a la Unidad de Especialidad Médica, Centro de Atención Primaria en Adicciones (CAPA).

La central de enfermería de campo también está localizada en el segundo piso.

A diferencia de los otros centros de salud, la agenda de los servicios de salud mental también la lleva el archivo clínico.

La hora en la que acuden el mayor número de pacientes es entre las 8:00 y 10:00 a.m., después disminuye, ya que solo acuden las personas que tienen cita.

Este centro de salud es de horario amplio, por lo que la atención después de las dos de la tarde es coordinada por un médico y una enfermera.

En cuanto a la atención materna infantil, las mujeres acuden al menos a 5 consultas, ya que acuden desde el segundo trimestre de embarazo a atención prenatal. Como en los otros centros de salud, las usuarias reciben una asesoría del equipo de nutrición y una revisión de su salud bucal por parte del personal de odontología. El centro de salud cuenta con el servicio de laboratorio clínico, pero no con rayos x, por lo que si las mujeres necesitan realizarse un ultrasonido, deben acudir al USDO más cercano.

El grupo de “embarazo saludable” es coordinado por el personal de trabajo social e invita a los profesionales de salud del centro que están relacionados con la atención prenatal, como enfermeras, médicos, nutriólogas y psicólogas que realizan su servicio social.

A partir de la semana 38, el personal de trabajo social les da el pase de referencia a las mujeres embarazadas para el hospital materno infantil más cercano.

En el posparto, como en los demás centros, se ofrecen vacunas a los recién nacidos, y consultas para vigilar el estado de salud del bebé como parte del programa niño sano. También hay un grupo de estimulación temprana, coordinado por una médica, apoyada por enfermería y una enfermera.

ANEXO 6. PUBLICACIÓN DERIVADA DEL TRABAJO DE TESIS

Challenges of Perinatal Depression Care in Mexico City Health Centers

Laura Navarrete^{1,2}, Ma Asunción Lara¹, Shoshana Berenzon¹, Jazmin Mora-Rios¹

¹Directorate of Epidemiological and Psychosocial Research, National Institute of Psychiatry "Ramón de la Fuente Muñiz", Mexico City, Mexico;

²Doctorate Program in Medical, Odontology and Health Sciences of the National Autonomous University of Mexico, Mexico City, Mexico

Correspondence: Ma Asunción Lara, Tel +52 55 4160 5170, Fax +52 55 5513 3446, Email laracan@imp.edu.mx

Background: Perinatal depression is a common mental disorder regarded as a severe public health problem. Studies have shown that incorporating mental health care into primary health services that provide pregnancy care makes it easier for women to seek help for depressive symptoms. In this context, the following question is of interest: How prepared are primary health services in Mexico City that provide pregnancy and postpartum care to treat perinatal depression? This article seeks to explore the perceptions and knowledge of perinatal depression in health professionals and analyze the barriers to its care at primary care centers in Mexico City.

Methods: An exploratory study with a qualitative approach was conducted. Doctors, nurses, social workers who provide maternal and childcare, mental health personnel, and the directors of four centers were interviewed. Interviews were audio-recorded and transcribed for thematic analysis.

Results: Most primary care personnel are unaware of the Official Standard that recommends providing maternal mental health care during the perinatal period. There is no initiative for its incorporation into routine care. A significant barrier to its implementation is health professionals' biased, stereotyped perception of perinatal depression, motherhood, and the role of women. Other barriers include the workload of health professionals, the division of care between professionals, and the lack of communication between the latter. Women with psychological symptoms are not referred to mental health staff in a timely manner. Social workers are in closer contact with women and are more willing to address their emotional distress.

Conclusion: Maternal mental health care, contingent on pregnancy, childbirth, and puerperium care at primary care centers is currently not possible due to the lack of knowledge, barriers, and directors' dependence on hospital management decisions.

Keywords: maternal mental health, perinatal depression, primary health care

Introduction

Perinatal depression (PD), defined as depression that occurs during pregnancy and up to twelve months after childbirth,¹ is a common mental disorder regarded as a serious public health problem worldwide. Prevalence during pregnancy is estimated at between 9.2% and 19.2%² and between 9.5% and 19.7% during the postpartum period.^{2,3}

Untreated PD has a significant impact, not only on the mother, but also on the baby and family. Depression during pregnancy (DDP) is associated with risky behaviors on the part of the mother, such as failure to seek timely prenatal care, alcohol and drug use, and nutritional deficiency, which, in turn, are associated with a higher risk of having a preterm childbirth, a baby with low birthweight, and postpartum depression (PPD).⁴

For its part, PPD makes the parenting process difficult, which affects the health of the infant, who is more likely to present problems such as diarrhea, fever, and overall distress, as well as difficulty establishing sleep patterns and harm to their motor, cognitive, language and social development.⁵ The impact of PPD is also reflected in the physical health of the mother, who experiences greater physical discomfort, difficulty establishing breastfeeding and the need to seek medical care more frequently. PPD is often accompanied by anxious symptoms and longer depressive episodes; having the feeling of experiencing more stressful situations, having little social support and unsatisfactory relationships.⁶ Women with pregnancy or PPD often feel irritable and overwhelmed by the demands of motherhood, which makes close contact

with the baby difficult, affecting the development of adequate mother-child attachment.⁶ The evidence shows a greater presence of insecure, disorganized attachment in the children of depressed mothers.⁷

There is evidence of a higher prevalence of PD in low- and middle-income countries,² in which the most vulnerable members of the population, who have less educational attainment and are unpartnered and unemployed, are the most severely affected.⁸ In Mexico, data from Mexico City show that between 4.3% and 30.7% of pregnant women experience depression in pregnancy (The Structured Clinical Interview, SCID),^{9,10} while between 5.8% and 24.1% suffer PPD.^{9,11}

The evidence points to the importance of treating PD in a timely manner and preventing its emergence as far as possible.¹² In recent decades, studies have shown that incorporating mental health care into primary health services that provide pregnancy care makes it easier for women to seek help for depressive symptoms.¹² As a result, countries such as England and Australia have incorporated the detection of mental health problems into prenatal and postpartum care in primary care during prenatal check-ups and in childcare during the first year of life.^{13,14} These actions have made it possible to promote the initial contact between first cases and mental health services, improve case detection and refer severe cases.

In Mexico, perinatal mental health has been neglected. In one ¹⁵, the official standard for the care of women during pregnancy, childbirth, and the puerperium recommends “identifying data on depression or any other disorder related to mental health during pregnancy, childbirth and puerperium”, without providing any further details. The same year this standard was published, the Ministry of Health expanded its clinical practice guidelines for addressing various health problems to include a clinical guide for the prevention, diagnosis, and management of prenatal depression, which was revised in 2021.¹⁶ It has been observed that this standard is not applied in clinical practice since it fails to specify the mechanisms for its implementation or provide health services with the specialized mental health personnel required. At the same time, the fact that perinatal mental health is not considered a priority health problem in Mexico also contributes to the fact that this standard is not seen as relevant.^{17,18}

In this context, the following question is of interest: How prepared are primary health services that provide pregnancy and postpartum care to treat PD? It is also necessary to ask how willing health personnel are to make the changes they would have to effect in their day-to-day activities if they were obliged to perform new tasks.¹⁹ Accordingly, the objectives of this study were a) To explore the opinions and beliefs about PD of health care personnel at primary health care centers in Mexico City, b) To identify the actions currently taken when a mental health problem is detected; and c) To analyze the barriers to managing these problems and the actions that could be undertaken to implement strategies for the timely detection and prevention of postpartum depression. The results of this study could be relevant for the implementation of programs and interventions to address mental health in perinatal clinical practice since their successful adoption requires considering the context, physical space, environment, and opinion of the professionals responsible for executing them.²⁰

Materials and Methods

An exploratory study with a qualitative approach was designed to determine the opinions and perceptions of a group of health professionals. This design was used to record the stories and meanings respondents have about PD and the strategies for caring for women who suffer from it. One of the central ideas of the qualitative approach is that the world of everyday life is shared and constructed through the subjectivities of individuals (intersubjective).²¹

Setting

The study was conducted at four health centers we call A, B, C and D, which belong to the Mexico City government and provide care for people who do not have social security. These centers were chosen since they offer psychological or psychiatric care, in addition to family medicine offices, which made it possible to explore the role they play in maternal mental health care.

Health centers “A” and “B” serve mainly low-income patients, whereas health centers “C” and “D” serve those from various areas and socioeconomic levels.

Table 1 Sociodemographic Characteristics

Participants	Sex	Age	Educational Attainment
Directors			
Adolfo	Man	46	Master's
Estela	Woman	63	Master's
Beatriz	Woman	45	Master's
Oscar	Man	35	Master's
Family Doctors			
Roberto	Man	48	Bachelor's degree
Karla	Woman	36	Bachelor's degree
Claudia	Woman	39	Bachelor's degree
Alejandro	Man	60	Bachelor's degree
Nurses			
Dulce	Woman	53	Technical degree
Gabriela	Woman	52	Bachelor's degree
Jessica	Woman	47	Bachelor's degree
Tania	Woman	38	Master's
Social workers			
Violeta	Woman	59	Master's
Rosario	Woman	52	Technical degree
Mónica	Woman	49	Master's
Aline	Woman	44	Bachelor's degree
Mental health staff			
Ángel	Man	36	Bachelor's degree
Rodrigo	Man	31	Specialty
Angélica	Woman	59	Bachelor's degree
Julieta	Woman	56	Master's

Subjects

Twenty health professionals (including four doctors, four nurses and four social workers), who had been assigned to a maternal and childcare activity during that period, were interviewed. Three psychologists and a psychiatrist were also interviewed, together with the directors of each health center. Participants included six men (two directors, two doctors, a psychologist, and a psychiatrist) and fourteen women (two directors, two doctors, four nurses, four social workers and two psychologists). The age range was 31 to 63 years, the majority lived with their partners and eight had completed graduate studies (four directors, a nurse, a social worker, a psychologist, and a psychiatrist) (Table 1).

Data Collection and Procedure

Fieldwork was undertaken from September 2018 to February 2019. Contact with the health centers selected was made with the support of the Mexico City Ministry of Health authorities. The directors of each center and the staff involved in antenatal care were invited to participate in the study. Semi-structured interviews were conducted with those who agreed to participate (Semi-structured interviews have greater flexibility than structured interviews because they begin with planned questions, which can be adjusted to the subjects. One of their advantages is that they can be adapted to subjects and are designed to encourage respondents to clarify terms, identify ambiguities and reduce needless formalities²²).

An interview guide based on a literature review with key issues was used to explore 1) knowledge of PD, 2) type/level of participation in prenatal care and 3) perinatal mental health in primary care and program implementation.

Subjects were asked open questions such as “Tell me what a normal day of activities at this health center is like;” Have you heard about postpartum depression? What do you understand by postpartum depression?” and “In your view, what would improve the detection of PD?”

A pilot study of the interview with nursing staff in each health center was conducted.

Interviews were conducted in subjects' work areas, at a time of their choosing, to maximize privacy and prevent interruptions. All interviews were conducted by the first author of the article, who had had previous training in qualitative methods. Interviews lasted an average of forty-five minutes, were completed in a single session and audio-recorded for their subsequent transcription.

Data Analysis

The thematic analysis method was used.²³ Interview transcripts were checked to ensure their quality. After a detailed reading of the interviews, analysis codes and categories were developed, which made it possible to extract smaller discursive units that could be more easily compared. Analysis categories were identified based on the objectives proposed in the interview guide and each of them was defined by establishing a consensus among the research team to facilitate coding. A deductive or theoretical thematic analysis was performed. The two researchers familiarized themselves with the information, created the initial codes, and searched for the themes (Laura Navarrete (LN) obtained a master's degree in public mental health, while Valeria Zempoalteca (VZ) obtained a master's degree in psychology. Both have knowledge and experience in conducting qualitative analysis.). They subsequently reviewed the topics, definitions, and denominations of topics based on consensus and drafted a report. The categories for the purposes of this study were: 1) knowledge of postpartum depression, 2) detection and treatment, c) barriers and necessary conditions for the implementation of actions for the detection and prevention of PD. MAXQDA 2020 software²⁴ was used to organize the analysis categories.

Ethical Considerations

This project was approved by the Research Ethics Committee of the Ramón de la Fuente Muñiz National Institute of Psychiatry (CEI/C/036/2018). Each participant was asked for their consent for the interview, as well as the audio recording. All participants provided written informed consent prior to enrollment in the study. The testimonials of the participants are presented with pseudonyms to guarantee confidentiality. As a way of giving back to the participants, information related to mental health was offered to those interested in these issues.

Results

The main findings yielded by the thematic analysis are described below.

Knowledge of Perinatal Depression

Regarding knowledge of the “Guide to Perinatal Depression Care in Primary and Secondary Health Care”¹⁶ only five of the twenty participants had heard of this, and none of them had examined it in detail. The rest of the professionals “were unaware of its existence” and thought that “these guidelines should be disseminated, since the information does not always reach this level” in other words, primary health care.

Participants found it difficult to define postpartum depression, and instead gave the reasons why they thought women had postpartum depression. It is important to note that the definitions and risk factors always centered on PPD and did not mention DDP at any time (Table 2).

Most participants cited hormonal changes as the main cause of postpartum depression. For example, doctors referred to it using phrases such as “hormonal imbalance.” Nurses thought it was related to the “emotional lability of patients because hormones drop” while social workers considered PPD to be a feeling of sadness caused by “the decrease in hormones, due to childbirth.” Only the psychiatrist and the psychologists defined PPD as a particular type of depression that should be distinguished from postpartum sadness, since the latter has a hormonal origin, whereas PPD is multifactorial.

For all the health and mental health personnel and managers, PD is also the result of various psychosocial factors, such as being unemployed, the lack of social support networks, economic problems, experiencing violence and the number of children.

Table 2 Fragments of Interviews on Knowledge and Causes of Postpartum Depression and Screening for and Treatment of Postpartum Depression

Knowledge and Causes of Postpartum Depression	
Directors	"I think it has to do with the fact that having a child can prevent a woman's professional development; it is easier for her to have postpartum depression because she links the fact that she must take care of the child and shelve her professional development, at least temporarily, and then her dynamics change. She does not get back to her normal activities quickly". Adolfo, 46 years old
Doctors	"They have always sold us the idea that pregnancy and the stage after pregnancy should only be full of happiness and that sadness does not exist, and if you feel sad, you are a terrible person, and you should not talk about it so as not to be a lousy mother". Claudia, 39 years old
Nurses	"I believe the flood of new responsibilities or coping with new ways they lead their lives. It is no longer just her; it is her baby, who demands time from her, food, and cries; besides, she is not used to those pressures, so she suddenly feels invaded by someone else". Gabriela, 52 years old
Social work	"You get depressed because that process is complicated, and you do not know how to handle it. Emotionally, it affects you, you do not know how to handle it or what to do, apart from the family and social bombardment of doing this, do that, that is where the dislocation comes from that causes emotional stress". Adolfo, 59 years old
Mental health staff	"Well, postpartum depression is accompanied by social issues, economic issues, and maybe problems with their partners, so a build-up eventually leads to postpartum depression". Angelica, 59 years old
Screening for and treatment of postpartum depression	
Directors	"If a doctor or nurse detects a case, we have the psychology or mental health service. Then we assess this case and, if necessary, refer them to a psychiatrist at another health center in the same jurisdiction. They will decide whether to treat them or send them to another unit with a higher level of specialization". Adolfo, 56 years old
Doctors	"You immediately realize why the woman with the baby is finally there, and you do not see that spark between them and the babies, which is when you know something is going on. Sometimes, the husband or someone else has also referred them and said she is sad; she is like this. Moreover, the babies are malnourished; they have not grown enough, and they do not weigh what you expect them to". Claudia, 39 years old
Nurses	"I have noticed that several of them used to come in looking very pretty and well-groomed, and when they come with their baby, it is as though they have just had their babies, and their physical appearance has deteriorated a lot". Dulce, 53 years old
Social work	"We detect it mainly when they show us their baby or give us some information. When we talk to them or give them a sort of interview because those little things start to crop up, they enter a new emotional process. Some of them cry and feel frustrated. They did not think the process would be like this, so they began to express everything they felt". Mónica, 49 years old
Mental health staff	"Every time I give a talk, at least two women come up to me and say: you know I think I have these symptoms, right? Furthermore, I do not like having them. So, I schedule a consultation for them to work on their relationship problems and the problems with their parents, the younger ones". Julieta, 56 years old

Note: *The texts in italics are the textual testimonies of the interviewees.

It should be noted that certain sex differences were observed among the group of physicians. Male doctors pointed out that since women are not merely caregivers in the family, this makes it easier for them to want to do other things and to see pregnancy and childbirth as something that prevents them from doing so. Conversely, for female doctors, the cultural conception of motherhood—which assumes that women should be happy merely because they are mothers—prevents them from talking about their negative emotions during this period and isolates them, causing them

emotional distress. This opinion was shared by social workers, who pointed out that depression arises from the fear of “being unable to meet the social expectations of what it means to be a good mother” and provide proper care for the baby.

It was observed that erroneous perceptions persist among certain health professionals, who stigmatize PD. One of the directors pointed out that PPD was something recent “...because before, women did not have time to get depressed, they immediately had to go back to what they were supposed to do”, while nurses thought it was because “they do not use birth control and have several children.”

Detection and Treatment

The directors of the health centers said that as a result of their administrative functions, they do not have direct contact with the users who come to their center, and therefore have limited information on the occurrence of postpartum depression. However, they thought that there were only a few cases of the latter. It is striking that perinatal mental health is not included among the Work Plan Indicators directors are obliged to report to their superiors. As a result, they do not request this information from the health personnel who work at their centers, far less order that actions be taken to address the issue (Table 2).

Even though doctors are responsible for prenatal care and monitoring the health of newborn babies, they do not systematically inquire about the mental health of women. In some cases, in which they find symptoms such as “sadness, crying and detachment from the infant”, which they regard as indicators that something is amiss—they attempt to confirm with family members whether this happens frequently.

They also detect that there are emotional problems in women, when they continuously present physical problems such as “colitis or headache, or when babies are underweight or have other health problems.” In these cases, doctors provide brief guidance and if necessary, prescribe antidepressants. When they consider that the problem is severe, they refer patients to the psychology or psychiatry department of the health center. If this service is overwhelmed, patients are referred to the social work department to find another center that will provide low-cost care.

For nurses and social workers, lack of personal grooming, being uninterested in having a conversation or failing to remember basic things such as dates of birth, and crying, are indicators that the woman may have an emotional problem. However, nurses usually feel that women should be able to solve this problem themselves, without offering any type of help. They think it is enough “for them to want to feel better.” When social workers identify a woman with possible postpartum depression, they talk to her on their own initiative, offer advice, and remind her that there is a psychologist at the health center. However, this communication is informal, and they do not follow up on the case.

At the same time, mental health personnel consider that doctors take a long time to identify cases of postpartum depression, which partly explains why women do not “seek care.” They note that very few women visit the mental health services of a health center of their own accord. They usually do so after they hear a talk, organized by the social work staff, about emotions during the perinatal period. However, it is unusual for social workers to become directly involved due to their work overload.

Perception of Participants of the Barriers and Necessary Actions for the Prevention and Early Detection of Perinatal Depression

Table 3 shows the categories of the barriers to PD care, as well as the actions that could encourage its detection and prevention. As can be seen from the answers of the participants, the main barriers are structural and involve the institutional practice of designing health programs that fail to consider the care needs of women. At the same time, the work programs implemented during every new administration are poorly planned. In addition, they are not assigned sufficient budgets or human resources to run them. Health personnel, who already face work overload, are affected by these measures since they must perform these new functions without receiving any training or support. For this reason, one of the directors interviewed thought that PD prevention and detection should be the sole responsibility of mental health staff. However, this view obviates the possibility of early identification of cases of PD, since doctors and nurses have the greatest contact with women and are therefore able to detect and refer possible cases.

Table 3 Fragments of Interviews on the Topic of Barriers and Actions for the Implementation of Postpartum Depression Programs

	Barriers	Actions
Directors	Overworked health staff "It is not very easy. Doctors and nurses implement many programs and provide care, but it is important. Maybe we could incorporate something like that through mental health services; they are the most qualified for it". ³ Oscar, 35 years old	Program implemented by the Ministry of Health. "Whenever a program is implemented, it should include a budget and indicators. Furthermore, even hire specific people to implement the program". Adolfo, 46 years old
	Poor planning in work programs due to constantly changing health priorities "Everyone, everyone who arrives, wants to innovate, right? Moreover, even if they exist, there may be programs that they implement and do not have good planning because they do not even have a budget assigned for that program. All programs that implement this have the same resources and the same material resources and human resources". Estela, 63 years old	
Doctors	Excessive number of patients and demands of care programs "Yes, in fact we only have twenty minutes per patient, but then we have incomplete notes, or we do not fill out screening forms for some situations, so we see twenty patients or more than twenty patients a day, so yes, the quality of care is greatly reduced. Even if we want, it is not possible for so many patients. We have to focus on specific conditions". Karla, 36 years old	Training in perinatal mental health "I know about the subject, because I tell you, I have read, and they have more or less trained the group that is going to deal with pregnancies, but they do not train the rest of the staff or the mental health staff. And they should also have formats to identify data such as signs of high-risk pregnancy". Claudia, 39 years old
	Focus on symptoms and physical signs of pregnancy and postpartum. "I just focus on what's coming and it's over and I forget about the woman. I just ask, how are you? How is your pregnancy coming along? I only see her uterus, and that's it, then I just see her in that aspect, I do not see anything else, I just see the patient and that is it because maybe I want to get the consultation over more quickly, I do not know, whatever". Alejandro, 60 years old	
Nurses	Women are not interested in receiving perinatal care "The field nurses go to the houses at 11 in the morning, and the mothers are sleeping. And they ask them, will you not take your child to be vaccinated? Yes, but I have not had time. That is incredible. I got up at six in the morning to go to work. My son is the same age, and he is not behind with any of his vaccinations. Why wait for someone to bring me home services? They are waiting for us to come, and then we get there and ask, "Why have you not vaccinated your child?" and they say, 'Because you have not come'. Gabriela, 52 years old	Include questions about your mood in routine care "Well, no, what happens is that we do not usually ask about their state of mind, which could become a habit if they told us to. We already ask them so many things when they come that it would not affect us to ask them. However, neither my colleagues nor I have felt the need to do so, perhaps due to the lack of time". Dulce 53 years old
Social work	Women do not follow up on perinatal care "They feel that once the child is born, well, their problem is over, but it is over now, and they are the same again, but they still must be careful in the puerperium; they rarely think that they have to be careful, they are not aware of this". Rosario, 52 years	Groups for women during pregnancy and postpartum "In the pregnancy groups, we have a program called -Godmothers and Godfathers- and they are given the information. We have brochures on the safety plan, which explains what to do when they are about to give birth and if they already know what hospital they will give birth in. They already know who is going to accompany them. And within this plan, there are also all the warning signs and symptoms during pregnancy that they must identify. This is where we could give them information about postpartum depression". Aline, 44 years old

(Continued)

Table 3 (Continued).

	Barriers	Actions
Mental health staff	Care for the newborn is prioritized over postpartum women. <i>"If women feel bad, they never tell the doctor; the doctor does not identify this and focuses on the child; when they come, they do not check them, they hardly check them, I think they should check them. They do not come anymore; they come as companions, so they do not check them. They just check the child every month and how much it weighs and so on, so I think they should get into the habit of asking people, 'How do you feel after childbirth?' but it is not part of the healthy child program, so it does not get done".</i> Rodrigo, 31 years old	Efficient communication between doctors, nurses, and mental health staff. <i>"If the doctor refers you to a patient, you are free to read what he wrote in the file or to comment with him or the case, there is a sequence, and the treatment is noted in the file so that the patient improves".</i> Juliet, 56 years old

Note: *The texts in italics are the textual testimonies of the interviewees.*

In addition, other respondents mentioned that the time allocated for medical consultation is extremely limited and insufficient for the detection of problems other than those included in their checklists, and that there is a lack of suitable spaces for providing mental health care. Another barrier is the obsolete programs that continue to be implemented in care centers, based on a fragmented vision of health, which prioritizes physical over mental health, particularly maternal mental health. As can be seen from the answers of the respondents, some reported that doctors sometimes administer medication (psychopharmaceuticals) unnecessarily, without undertaking a psychological follow-up of the causes of their emotional distress.

At the same time, there are certain entrenched practices that show that health and reproductive health programs are failing to reach the target population. These problems continue to be addressed within a welfare framework, as borne out by the answers of the respondents. For example, when a nurse asks a patient she visits in her community, "Why haven't you vaccinated your child?" the woman replies, "because you didn't come." These practices prevent the population from becoming involved in their health-disease-care process, in addition to contributing to the exhaustion of health personnel. The latter end up blaming women for the problem, stating that women have no interest in prenatal care, lack information or only seek help when they have physical symptoms that interfere with their activities. In this regard, it is worth reflecting that, rather than blaming women, maternal health should be a priority issue that is the responsibility of state public health policies.

Finally, regarding the actions required to promote better care for postpartum depression, respondents mentioned the importance of having the Ministry of Health implement programs that would include specific actions for the care of these women. Actions could include training health staff to provide them with the tools for mental health care; encouraging collaborative work between professionals from the different disciplines involved in care, and the detection of emotional problems in groups organized by social workers, such as healthy pregnancy and early stimulation, which could promote better, more comprehensive care.

It should be noted that female social workers showed the greatest willingness and interest in becoming involved in preventive actions provided they had the support of psychology staff, and in giving women information on the emotional changes that take place during this period, PD, the identification of support needs and providing help for their families.

Discussion

The results of this study provide an overview of the knowledge, perceptions, barriers and actions required by health and administrative staff at primary health care centers offering pregnancy care. These results show how prepared these centers are to detect and prevent PD, as suggested by the Official Standard on "The care of women during pregnancy, childbirth and the puerperium, and of the newborn."

In the first instance, most health professionals were found to be unaware of the clinical guidelines in the protocols for the detection and care of PD. Likewise, depression during this period is not considered a priority health problem by health authorities. The directors of the centers perceive that their function is to follow the indicators stipulated by the

health jurisdictions. Accordingly, they do not feel it is their responsibility to establish programs or actions that would enable PD to be detected or reported.

This is how, although PD is included in maternal and childcare regulations, there is no initiative for it to be conveyed to health personnel or for it to be included in routine care.¹⁷ A similar situation occurs in other countries such as the United Kingdom and Australia, where a care policy for women suffering from PD contingent on obstetric care has already been implemented. However, despite this policy, there are deficiencies such as the fact that PD is not always identified in a timely manner, because detection instruments are inconsistently used.²⁵ In this regard, it is important to reflect on the importance of implementing actions designed to raise awareness and train health personnel as part of their functions for the correct identification of possible risk factors that may affect pregnancy and the postpartum period, beyond merely focusing on the regulations that force them to provide care.

Previous studies have shown the usefulness of interventions designed for health personnel in which they are trained to manage perinatal depression, provided with resources so that they can trust their case management skills, recognize the importance of their participation in prevention and early detection actions, and become aware of the suffering depression can cause perinatal women.²⁶

Other possible barriers include the lack of knowledge reported by respondents about postpartum depression and its potential causes. Health personnel views depression as the result of hormonal changes. Similar results were found primary health care staff conceptualize postpartum depression as a biochemical matter resulting from hormonal adjustments due to the baby's birth.²⁷ A possible explanation could be that doctors and nurses receive limited information on mental health during their training, as a result of which they find it extremely difficult to identify the symptoms associated with PD.²⁸ Although it is true that reproductive hormones modulate emotional, behavioral, and cognitive responses in women during pregnancy and postpartum,²⁹ PD is multicausal and the presence of psychosocial factors plays a fundamental role in its development.³⁰

The emphasis on hormonal aspects by respondents can be explained by a gender bias, in which PD is normalized. For this reason, health professionals must be sensitive to the gender perspective in health problems and individual experiences between men and women. They must also be aware of the social and cultural context in which care is provided, including doctor-patient relationships³¹ so as not to overlook perinatal mental health problems.

Along these lines, it is important to reflect on the beliefs of health professionals regarding motherhood and the way they impact care for pregnant and postpartum women. Despite the changes that have occurred regarding the role of women in society, it is still considered that the main function of women is reproduction, and that this moment should be lived naturally and joyfully.³² This raises the question of how the view that motherhood is the most satisfying and rewarding experience for women is maintained when they suffer from PD. Although this is a pervasive notion regardless of the gender of the respondent, the most extreme position was observed in men. Accordingly, men perceived PPD as a passing fad that used not to occur, since women were devoted to raising their children. Some of the women interviewed agree with this view and consider that the difficulty of accepting the changes in their bodies is the most important reason for emotional distress, which, in turn, leads them to neglect their infants. Respondents who suffered from PD or who knew someone close to them who had suffered from it are more empathetic and recognize the importance of mental health care in this period. At the same time, empathy on the part of health personnel is something that enables women to have a greater adherence to health services, particularly when they feel listened to and identified by care providers.³³

The discourse of most doctors, nurses and managers shows that maternal and child health care, which is a window for detecting and treating postpartum depression, focuses on the well-being of the child and neglects the care of women, who become companions of the baby and are only seen when they have a health problem. This is consistent with a review article on prenatal care and mental health, which found that the lack of mother-centered perinatal care contributes to delays in help-seeking.³⁴

Likewise, some answers suggest that women's attitudes are to blame for the fact that perinatal care is overlooked, because women fail to regularly attend prenatal and postpartum consultations. This reflects a paternalistic attitude on the part of health professionals, who consider that women's autonomy leads them make the wrong decisions, which in turn affects the health of their babies and their own health.³⁵ This can also be considered a structural barrier since one of the most deeply rooted practices in health services is the asymmetry in the doctor-patient relationship, in which women are

not always given full information. This prevents them from exercising their freedom to be active participants in the decisions made in the doctor's office regarding their health.

The lack of a protocol for detecting and caring for depression during pregnancy and postpartum sometimes causes doctors and nurses to overlook depressive symptoms or fail to associate them with their perinatal condition, as a result of which they follow the established route to care for clinical depression. This can either help women achieve psychological care in time or alienate them because their emotional needs during pregnancy and postpartum are not considered.³⁶ Likewise, the workload and the duration of the consultations leads to the prioritization of physical health, as a result of which doctors do not ask patients about their mood, as has been reported in other countries.¹⁴ Other studies found that health personnel who were concerned about the emotional well-being of pregnant women and spent their consultation time talking about this with them, were regarded by their colleagues as "slow" and inefficient.³⁴ As a result, much to their regret, they stopped doing so, even though they knew they could give women useful information. This means that women do not find an atmosphere of trust in the nursing or medical staff in which to express their emotions.²⁷

It is important to note that there is no collaboration between health personnel, which could contribute to enhancing care for women. On the contrary, there is a division of labor and communication is limited. For example, little communication is observed between mental health staff and medical staff (such as family doctors and nurses), who, although they share information through patient files, do not engage in direct communication that would enable them to monitor their patients' mental health. This observation is consistent with other studies that note that the lack of communication between health personnel, teamwork and the absence of protocols specifying who should detect PD, and who they should be referred to delays psychological care for women with depressive symptoms for years.^{27,34}

The personnel most aware of the emotional needs of women during pregnancy and postpartum are social workers. Including the latter in the prevention and detection of PD can be extremely positive since they constitute a key link between women and the institution. Social workers refer women to hospital care at the time of delivery and provide information through "healthy pregnancy" and "early stimulation" groups.

Social workers report that they detect signs of depression in women such as carelessness in their personal grooming and sadness, in addition to the fact that women sometimes talk to them directly about their relationship and family problems. In Mexico, people seeking specialized mental health care generally go to primary health care, where their first contact is with social workers, who refer them to mental health personnel or institutions where they can receive care.³⁷ This underlines the importance of these health personnel, who can play a key role in the detection of PD, since they are willing to become more involved with pregnant and postpartum women and are sensitive to their emotional needs.

It is also important to bear in mind the groups that social workers coordinate, because they are spaces where women can share their experiences during pregnancy and postpartum. If they are included in early stimulation sessions, the management of emotions in women and the participation of mental health personnel can help overcome some of the barriers mentioned by women to help seeking, such as not knowing that this service exists in their clinic and what they must do to make an appointment with the psychology department.^{34,38}

It is worth remembering that, although PPD is the best-known type of depression in the medical field, prevention and treatment should not be restricted to this period since disabling depressive symptomatology is present from the time of pregnancy and addressing it in a timely manner can reduce the severity of subsequent consequences in both mother and baby.

Strength and Limitations

This study is important because it is one of the few in Mexico to show the current status of health centers that care for women during pregnancy and postpartum in terms of PD care. It may also help health authorities to plan public health measures to improve maternal and child health.

These findings are limited by the small number of health centers evaluated, since the study was restricted to Mexico City. At the same time, some of the health professionals' answers may have been biased because the interviews were

conducted in their work areas. Although every attempt was made to create an environment of trust and confidentiality, sometimes respondents did not provide further details for fear of receiving a negative evaluation of their work.

At the same time, the number of people interviewed was established by the research protocol and could not be modified in the study, meaning that there were not enough interviews to complete the theoretical saturation. Thus, more health professionals should be interviewed to achieve a better understanding of the barriers to implementing perinatal mental health detection and prevention strategies at the primary health care level.

For future research, it would be advisable to include interviews with the authorities of the jurisdictions and with other decision makers, and to consider women who receive care during pregnancy and postpartum.

Conclusion

This study has found that health centers are currently unprepared to deal with PD since although there is a standard that suggests it should be addressed and clinical guidelines for doing so, this problem has not been included in priority health programs, meaning that directors of the centers are not obliged to treat it. Staff who care for women in pregnancy and postpartum are unaware of the problem and lack the knowledge, training, time, and organization to detect and prevent PD. Women's low adherence to medical care during pregnancy and postpartum also hampers detection and follow-up. The attitude and closeness of social workers to the women who come to the center may help prevention activities by promoting the monitoring of women's physical and mental health during pregnancy and postpartum.

Ethics Approval and Consent to Participate

This project was approved by the Research Ethics Committee of the Ramón de la Fuente Muñiz National Institute of Psychiatry (CEI/C/036/2018). All methods were performed in accordance with relevant guidelines, regulations, and the principles of the Declaration of Helsinki. All participants were informed about the confidentiality of the information and the study's purpose, and they were only enrolled in the study if they agreed to do so, after which signed informed consent was obtained.

Acknowledgments

We are grateful to the Ramón de la Fuente Muñiz National Institute of Psychiatry, the Mexico City Ministry of Health, particularly Feliciano Bartolo Solís, and the participants who shared their experiences to make this study possible. Thanks are due to the Master's and Doctoral Program in Medical, Odontology, and Health Sciences (PMDCMOS) of the National Autonomous University of Mexico. We would also like to thank Valeria Zempoalteca García for her support and feedback in the data analysis, and social service students Dania Ruiz Alarcón, Sarahit Guzmán Corona, Ma. Elena Sánchez Enciso and Delia Vázquez Méndez, who helped with the transcription and review of the interviews.

Author Contributions

All the authors made a significant contribution to the work reported, whether in the conception, study design, execution, acquisition of data, analysis, and interpretation, or in all these areas. They took part in drafting, revising or critically reviewing the article; gave their final approval of the version to be published; agreed on the journal to which the article has been submitted; and agreed to be accountable for all aspects of the work.

Funding

This research did not receive any specific grant from public, commercial, or not-for-profit funding agencies.

Disclosure

The authors declare that the research was conducted in the absence of any commercial or financial relationships that could be construed as a potential conflict of interest.

References

- O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum depression: current status and future directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379–407. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
- Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord*. 2017;219:86–92. doi:10.1016/j.jad.2017.05.003
- Shorey S, Chee CYI, Ng ED, Chan YH, Tam WWS, Chong YS. Prevalence and incidence of postpartum depression among healthy mothers: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2018;104:235–248. doi:10.1016/j.jpsychires.2018.08.001
- Fekadu Dadi A, Miller ER, Mwanri L. Antenatal depression and its association with adverse birth outcomes in low and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2020;15(1):e0227323. doi:10.1371/journal.pone.0227323
- Slomian J, Honvo G, Emonds P, Reginster JY, Bruyère O. Consequences of maternal postpartum depression: a systematic review of maternal and infant outcomes. *Womens Health*. 2019;15:1745506519844044. doi:10.1177/1745506519844044
- Letourneau NL, Dennis CL, Cosic N, Linder J. The effect of perinatal depression treatment for mothers on parenting and child development: a systematic review. *Depress Anxiety*. 2017;34(10):928–966. doi:10.1002/da.22687
- Hayes LJ, Goodman SH, Carlson E. Maternal antenatal depression and infant disorganized attachment at 12 months. *Attach Hum Dev*. 2013;15(2):133–153. doi:10.1080/14616734.2013.743256
- Lara MA, Navarrete L, Nieto L. Prenatal predictors of postpartum depression and postpartum depressive symptoms in Mexican mothers: a longitudinal study. *Arch Womens Ment Health*. 2016;19(5):825–834. doi:10.1007/s00737-016-0623-7
- Lara MA, Navarrete L, Nieto L, Martín JP, Navarro JL, Lara-Tapia H. Prevalence and incidence of perinatal depression and depressive symptoms among Mexican women. *J Affect Disord*. 2015;175:18–24. doi:10.1016/j.jad.2014.12.035
- Luna D, Castañeda-Hernández DV, Guadarrama-Arteaga AL, et al. Psychometric properties of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Mexican pregnant women. *Salud Mental*. 2020;43(3):137–146. doi:10.17711/SM.0185-3325.2020.019
- Flom JD, Chiu YM, Tamayo-Ortiz M, et al. Subconstructs of the Edinburgh postpartum depression scale in a postpartum sample in Mexico City. *J Affect Disord*. 2018;238:142–146. doi:10.1016/j.jad.2018.05.049
- Falek I, Aciri M, Dominguez J, et al. Management of depression during the perinatal period: state of the evidence. *Int J Ment Health Syst*. 2022;16(1):21. doi:10.1186/s13033-022-00531-0
- Buist AE, Austin MP, Hayes BA, et al. Postnatal mental health of women giving birth in Australia 2002–2004: findings from the beyondblue national postnatal depression program. *Aust N Z J Psychiatry*. 2008;42(1):66–73. doi:10.1080/00048670701732749
- Milgrom J, Gemmill AW. Screening for perinatal depression. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2014;28(1):13–23. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.014
- Secretaría de Salud. Norma Oficial de Atención del Embarazo y Posparto (NOM-007-SSA2-2016). Secretaría de Salud; 2018. Available from: https://www.dof.gob.mx/normasOficiales/5950/salud12_C/salud12_C.html. Accessed May 18, 2022.
- Secretaría de Salud. Guía de Práctica Clínica “Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Depresión Prenatal y Posparto en el Primero y Segundo Niveles de Atención”. Secretaría de Salud; 2021. Available from: <http://www.cenotec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-666-21/ER.pdf>. Accessed May 18, 2022.
- Place JM, Billings DL, Frongillo EA, et al. Policy for promotion of women's mental health: insight from analysis of policy on postnatal depression in Mexico. *Adm Policy Ment Health*. 2016;43(2):189–198. doi:10.1007/s10488-015-0629-x
- Lara MA, Patiño P, Navarrete L, Nieto L. Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. *Género y Salud en Cifras*. 2017;15:12–22.
- Weiner BJ. A theory of organizational readiness for change. *Implement Sci*. 2009;4(1):67. doi:10.1186/1748-5908-4-67
- Langlois EV, Becerril Montekio V, Young T, Song K, Alcalde-Rabanal J, Tran N. Enhancing evidence informed policymaking in complex health systems: lessons from multi-site collaborative approaches. *Health Res Policy Syst*. 2016;14:20. doi:10.1186/s12961-016-0089-0
- Bradshaw C, Atkinson S, Doody O. Employing a qualitative description approach in health care research. *Glob Qual Nurs Res*. 2017;4:2333393617742282. doi:10.1177/2333393617742282
- Díaz-Bravo L, Torruco-García U, Martínez-Hernández M, Varela-Ruiz M. La entrevista, recurso flexible y dinámico. *Investigación en educación médica*. 2013;2(7):162–167. doi:10.1016/s2007-5057(13)72706-6
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77–101. doi:10.1191/1478088706qp0630a
- VERBI Software. *MAXQDA 2022*. Berlin: VERBI Software; 2021.
- Hazell Raine K, Thorpe K, Boyce P. Perinatal depression screening in Australia: a position paper. *Nurs Health Sci*. 2021;23(1):279–287. doi:10.1111/nhs.12793
- Phoosuwan N, Lundberg PC, Phuthomdee S, Eriksson L. Intervention intended to improve public health professionals' self-efficacy in their efforts to detect and manage perinatal depressive symptoms among Thai women: a mixed-methods study. *BMC Health Serv Res*. 2020;20(1):138. doi:10.1186/s12913-020-5007-z
- Place JM, Billings DL, Blake CE, Frongillo EA, Mann JR, deCastro F. Conceptualizations of postpartum depression by public-sector health care providers in Mexico. *Qual Health Res*. 2015;25(4):551–568. doi:10.1177/1049732314552812
- Viveiros CJ, Darling EK. Perceptions of barriers to accessing perinatal mental health care in midwifery: a scoping review. *Midwifery*. 2019;70:106–118. doi:10.1016/j.midw.2018.11.011
- Trifu S, Vladuti A, Popescu A. The neuroendocrinological aspects of pregnancy and postpartum depression. *Acta Endocrinol*. 2019;15(3):410–415. doi:10.4183/aeb.2019.410
- Dagher RK, Bruckheim HE, Colpe LJ, Edwards E, White DB. Perinatal depression: challenges and opportunities. *J Womens Health*. 2021;30(2):154–159. doi:10.1089/jwh.2020.8862
- Celik H, Lagro-Janssen TA, Widdershoven GG, Abma TA. Bringing gender sensitivity into healthcare practice: a systematic review. *Patient Educ Couns*. 2011;84(2):143–149. doi:10.1016/j.pec.2010.07.016
- Ambrosini A, Stanghellini G. Myths of motherhood. The role of culture in the development of postpartum depression. *Ann Ist Super Sanita*. 2012;48(3):277–286. doi:10.4415/ANN_12_03_08

33. Biggs LJ, McLachlan HL, Shafiei T, Liampittong P, Forster DA. 'I need help': reasons new and re-engaging callers contact the PANDA-perinatal anxiety and depression Australia national helpline. *Health Soc Care Comm*. 2019;27(3):717–728. doi:10.1111/hsc.12688
34. Sambrook Smith M, Lawrence V, Sadler E, Easter A. Barriers to accessing mental health services for women with perinatal mental illness: systematic review and meta-synthesis of qualitative studies in the UK. *BMJ Open*. 2019;9(1):e024803. doi:10.1136/bmjopen-2018-024803
35. Bullock E. Paternalism and the practitioner/patient relationship. In: Grill K, Hanna J, editors. *The Routledge Handbook of the Philosophy of Paternalism*. New York: Taylor & Francis; 2018.
36. Cochran AL, Pingeton BC, Goodman SH, et al. A transdiagnostic approach to conceptualizing depression across the perinatal period in a high-risk sample. *J Abnorm Psychol*. 2020;129(7):689–700. doi:10.1037/abn0000612
37. Saavedra NI, Berenzon S, Galván J. The role of social workers in mental health care: a study of primary care centers in Mexico. *Qualitative Social Work*. 2019;18(6):1017–1033. doi:10.1177/1473325018791689
38. Lara MA, Navarrete L, Nieto L, Berenzon S. Acceptability and barriers to treatment for perinatal depression. An exploratory study in Mexican women. *Salud Mental*. 2014;37(4):293. doi:10.17711/sm.0185-3325.2014.034

International Journal of Women's Health

Dovepress

Publish your work in this journal

The International Journal of Women's Health is an international, peer-reviewed open-access journal publishing original research, reports, editorials, reviews and commentaries on all aspects of women's healthcare including gynecology, obstetrics, and breast cancer. The manuscript management system is completely online and includes a very quick and fair peer-review system, which is all easy to use. Visit <http://www.dovepress.com/testimonials.php> to read real quotes from published authors.

Submit your manuscript here: <https://www.dovepress.com/international-journal-of-womens-health-journal>