

ARTÍCULO ORIGINAL

ORIGINAL ARTICLE



Recibido: 26.02.25. Aceptado: 20.05.25

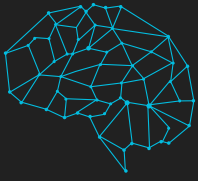
ENCUESTA A PROFESIONALES SOBRE LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL PERINATAL EN HISPANOAMÉRICA: ANÁLISIS DE RESULTADOS

SURVEY TO PROFESSIONALS ABOUT PERINATAL MENTAL HEALTH ASSISTANCE IN HISPANOAMÉRICA: ANALYSIS OF RESULTS

N.M. Oristrell¹, J. Cobo¹⁻⁴, G. Lasheras^{4,5}, E. Crespo^{4,6}, V. Martínez^{4,7}, G. Parramon-Puig^{3,4,8,9}, C. Sanz^{4,5}, L. Andreu^{4,10}, E. Motrico^{4,11}, C. Hernández^{4,12}, P. Trautmann-Villalba^{4,13}, B. Palacios-Hernández¹⁴, J. Osma^{4,7}

¹Salut Mental, Corporació Sanitària Parc Taulí. I3PT. Sabadell, Barcelona, España. ²CIBER de SALUD MENTAL (CIBERSAM). Instituto de Salud Carlos III. Madrid, España. ³Departament de Psiquiatria i Medicina Legal. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra, Barcelona, España. ⁴Sociedad Española de Salud Mental Perinatal - MARES. ⁵Servicio de Psiquiatria y Psicología. Hospital Universitario Dexeus, Barcelona, España. ⁶Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Área de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universitat Jaume I, Castellón, España. ⁷Facultad de Ciencias Sociales y Humanas de Teruel. Área de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Universidad de Zaragoza, Teruel, España. ⁸Servicio de Psiquiatria, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, Catalunya, España. ⁹Grupo de Psiquiatria, Salud Mental y Adicciones, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona, Catalunya, España. ¹⁰Departamento de Enfermería. Universitat Jaume I, Castellón, España. ¹¹Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS). Universidad de Sevilla, Sevilla, España. ¹²Centre de Recerca en Avaluació i Mesura de la Conducta, Departament de Psicologia, Universitat Rovira i Virgili, Tarragona, Catalunya, España. ¹³Marcé Gesellschaft, Alemania. ¹⁴Laboratorio de Salud Mental Perinatal. Centro de Investigación Transdisciplinar en Psicología. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. Cuernavaca, México.

Correspondencia: Jesús Cobo. Salut Mental, Corporació Sanitària Parc Taulí. Parc Taulí, 1. 08208 Sabadell, Barcelona (Spain)
jesuscobogomez@gmail.com



RESUMEN

Introducción: Los problemas de salud mental perinatal (SMP) son aquellos que ocurren desde la concepción hasta el primer año del bebé. En América Latina, la depresión posparto (DPP) puede alcanzar el 20.5%, y hasta el 15% en el estado español, constituyendo un gran desafío de salud pública. Sin embargo, la detección y el tratamiento son insuficientes en todos los países hispanohablantes o ciertas áreas, especialmente en aquellos de menos ingresos.

Objetivo: Identificar recursos asistenciales y formativos para la atención de la SMP en países hispanohablantes y detectar brechas y oportunidades.

Metodología: Se realizó una encuesta en línea semiestructurada a profesionales de SMP entre diciembre de 2022 y enero de 2023, analizando los datos con SPSS.

Resultados: Se obtuvieron 48 respuestas de 13 países, destacando Argentina y España por número de respuestas. Más del 60% reportó falta de asistencia pública en SMP, salvo en Argentina, España y Chile. El 70% reportó servicios disponibles en el sector privado. En cuanto a la detección, el 71% desconocía procedimientos específicos en el ámbito público, mientras que, en el privado, el 55% en España y el 75% en Chile utilizan herramientas para DPP. Solo el 25% conocía guías oficiales y el 41.47% reportó información sobre formación en SMP, con ciertos datos contradictorios o desconocimiento sobre opciones formativas.

Conclusiones: Este análisis preliminar de los datos enfatiza la necesidad de mejorar los conocimientos disponibles sobre los servicios y la asistencia a la SMP en todos los países hispanohablantes. Es necesario contar con datos reales para poder mejorar la planificación y las estrategias futuras, desarrollando y reforzando las estructuras actuales y aprovechando todas las fortalezas disponibles, en especial las formativas.

PALABRAS CLAVE: Salud mental perinatal, depresión posparto, recursos asistenciales, recursos formativos.

ABSTRACT

Introduction: Perinatal mental health (PMH) addresses psychopathological issues from conception to the baby's first year, posing a public health challenge. In Latin America, postpartum depression (PPD) can reach 20.5%, and up to 15% in Spain, but detection and treatment are insufficient in all Spanish-speaking countries, especially in low- and middle-income countries or certain areas.

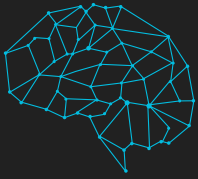
Objective: To identify available clinical and training resources for PMH care in Spanish-speaking countries and detect gaps and opportunities.

Methodology: A semi-structured online survey was conducted with PMH professionals between December 2022 and January 2023, analyzing data using SPSS.

Results: A total of 48 responses were collected from 13 countries, with Argentina and Spain being prominent responders. Over 60% reported a lack of public assistance in PMH, except in Argentina, Spain, and Chile. The private sector reported 70% availability of services. In terms of screening, 71% were unaware of specific procedures in the public sector, while 55% in Spain and 75% in Chile used tools for PPD in the private sector. Only 25% were aware of official guidelines, and 41.47% reported training in PMH, with some contradictory data.

Conclusions: This preliminary analysis of the data emphasizes the need to improve the knowledge on SMP services and assistance across Hispanoamérica. We need real data to improve future planning and strategies, developing and strengthening current structures and building on all available strengths, especially training.

KEYWORDS: Perinatal mental health, postpartum depression, care resources, training resources.



INTRODUCCIÓN

La salud mental perinatal (SMP) es un concepto relativamente reciente que enfatiza la importancia de detectar y tratar problemas psicopatológicos que pueden surgir desde la concepción hasta el primer año de vida del bebé (Woody et al., 2017). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los problemas relacionados con la SMP son una cuestión significativa de salud pública, debido a su alta prevalencia y sus consecuencias a largo plazo tanto para las madres como para sus hijos (World Health Organization, 2018). De hecho, la Organización Mundial de la Salud destaca la importancia fundamental de integrar la Salud Mental en la Atención Materno-Infantil (WHO, 2022). Sin embargo, la atención específica todavía no ha sido desarrollada mundialmente (Brockington, et al., 2016).

En el estado español, la SMP también representa un desafío importante. Se estima que entre el 10% y el 15% de las mujeres pueden experimentar Depresión Postparto (DPP), lo que resalta la necesidad de mejorar los servicios de detección y tratamiento (González et al., 2021). A pesar de que en algunas regiones o comunidades autónomas del sistema de salud en España ha comenzado a integrar la salud mental en la atención perinatal, la disponibilidad de recursos especializados varía significativamente entre comunidades autónomas, lo que crea desigualdades en el acceso a la atención (Castejón y Sanz, 2021).

En América Latina, la prevalencia de la depresión posparto (DPP) es preocupantemente alta, alcanzando hasta el 20.5% en algunos estudios (Caparros-Gonzalez, Romero-Gonzalez & Peralta-Ramirez, 2018). A pesar de esto los sistemas de detección y tratamiento siguen siendo ineficientes o poco desarrollados en este momento. Además, a nivel global, la disponibilidad de obtener datos sobre la situación de la SMP es limitada, especialmente en países con ingresos bajos y medios, donde los recursos asistenciales y formativos para abordar adecuadamente estos problemas pueden ser escasos o desiguales (Manolova et al., 2023). Existe una disparidad notable entre las regiones urbanas y rurales, dentro de los propios países, en cuanto al acceso y calidad de los servicios de salud mental perinatal (Villarreal, 2023). Estudios recientes han señalado que la integración de los servicios de salud mental dentro de los programas de salud materna sigue siendo insuficiente en varios países de América Latina, a pesar de las directrices de la OMS para integrar intervenciones psicosociales en el cuidado infantil temprano (Maselko et al., 2020).

En términos de avances, en muchos países se han realizado iniciativas como la creación de grupos de apoyo para mujeres en situación de vulnerabilidad y proyectos de formación para profesionales de salud, pero incluso los países inicialmente más dotados, se enfrentan a limitaciones importantes internas en la distribución equitativa de estos mismos recursos.

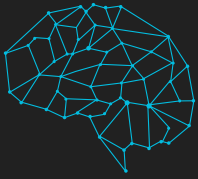
Con el fin de obtener una perspectiva más clara de la situación, la Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal (MARES) y la Red Iberoamericana de Salud Mental Perinatal se han comprometido a recopilar datos y conectar a profesionales y asociaciones que trabajan en esta área en el ámbito hispanohablante. La Red Iberoamericana de SMP tiene como objetivo principal compartir recursos en español, desde instrumentos de evaluación hasta protocolos de actuación, y fomentar redes de investigación interdisciplinarias para mejorar la atención perinatal en España y América Latina (Red SMP, 2020).

La literatura ha puesto de manifiesto que estos desafíos pueden ser aún más pronunciados en los países de bajos y medianos ingresos, donde las barreras económicas, el elevado estigma hacia la salud mental, la falta de formación especializada y la escasa disponibilidad de políticas públicas robustas agravan la situación. A nivel mundial, un enfoque prometedor ha sido el desarrollo de programas comunitarios como el *Thinking Healthy Programme* de la OMS, que ha mostrado eficacia en la atención de la depresión materna a través de intervenciones psicosociales adaptadas a contextos de bajos recursos al menos en Pakistán, India y Sudáfrica (Fuhr et al, 2019; Sikander et al., 2019; Maselko et al. 2020) y con un Programa Piloto en Perú (*Thinking Healthy Pilot in Peru*, 2024). Sin embargo, la implementación de estos programas a gran escala sigue siendo limitada por falta de financiación y apoyo legislativo.

Finalmente, se ha destacado la relación entre las licencias parentales y la salud mental perinatal. Mientras que algunos países han avanzado significativamente en la ampliación de licencias parentales, otros estados aún presentan lagunas, rezagos importantes en este aspecto, lo cual afecta negativamente tanto el bienestar de las madres como el desarrollo de los bebés (Unicef, 2019).

OBJETIVO

El objetivo de este estudio es ofrecer un panorama general sobre la percepción de los diferentes recursos asisten-



ciales y formativos disponibles para la atención de la salud mental perinatal en los países de habla hispana que forman parte de la Red Iberoamericana de Salud Mental Perinatal. Este análisis permitirá discutir e identificar brechas y áreas de oportunidad en la atención y formación en salud mental perinatal, proporcionando una base cualitativa para futuras intervenciones y mejoras en la calidad de los servicios.

METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO

Se llevó a cabo una encuesta semiestructurada dirigida a profesionales de la salud mental perinatal, utilizando la plataforma RedCap para la recolección de datos. Esta encuesta estuvo enfocada en identificar la percepción y conocimientos de los recursos asistenciales, tanto públicos como privados, y los recursos formativos destinados a la salud mental perinatal entre profesionales en Hispanoamérica. Todas las participantes dieron su autorización para el uso y la publicación de los datos de la encuesta.

PROCEDIMIENTO

En el último trimestre de 2022, se diseñó y distribuyó la encuesta entre los miembros de la Red Iberoamericana de Salud Mental Perinatal. Se optó por la modalidad en línea, y la difusión se realizó mediante una técnica de muestreo por bola de nieve. Sólo se envió a profesionistas de salud mental de países de habla hispana de Latinoamérica y del estado español. Un total de 150 personas fueron invitadas a participar a través de los correos electrónicos de miembros de la Red y a contactos adicionales proporcionados por estos/as mismas/os participantes en ese momento. Debido a las características de la encuesta, no pudimos asegurar que se recogieran datos de todos los países de la región. Los datos fueron recogidos entre diciembre de 2022 y enero de 2023. Finalmente se obtuvo una muestra de 48 participantes dedicados a la salud mental de diferentes países de habla hispana.

MATERIAL

La encuesta se diseñó *ad hoc* e incluyó preguntas relacionadas con los recursos asistenciales (públicos y privados) y formativos, tales como la existencia de programas de atención, acceso a servicios especializados, cribaje/tamizaje y oportunidades de formación en salud mental perinatal. La encuesta se adjunta en el Anexo 1.

Tabla 1. Frecuencia y País del / de la participante.

PAÍS	TOTAL (N)	TOTAL (%)
Argentina	18	37,50%
España	11	22,92%
Chile	4	8,33%
Colombia	3	6,25%
Costa Rica	1	2,08%
República Dominicana	1	2,08%
Ecuador	1	2,08%
Guatemala	2	2,08%
Honduras	2	2,08%
México	2	4,17%
Panamá	1	4,17%
Paraguay	1	4,17%
Perú	1	2,08%
TOTAL	48	100%

ANÁLISIS DE DATOS

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de los datos mediante frecuencias, medianas, rangos y porcentajes. El procesamiento de la información se realizó utilizando el software estadístico SPSS, versión 21 (IBM® SPSS® Statistics, 2021).

RESULTADOS

Se lograron recolectar 48 respuestas provenientes de 13 países diferentes de los 20 países o estados hispanohablantes de la región (65%). El porcentaje de participación se consideró bajo (32%), aunque no teníamos experiencias previas similares para comparar. Los resultados proporcionaron una visión preliminar sobre la situación de los recursos en los países estudiados. Cabe destacar que más del 50% de los/las informantes provienen de Argentina y España, lo que sugiere una mayor representatividad de estos dos países en la muestra. Los otros países cuentan con entre 1 y 4 informantes, lo que implica que su representatividad es considerablemente menor en comparación. Este desequilibrio de datos podría influir en la generalización de los resultados obtenidos (Tabla 1).

RECURSOS ASISTENCIALES PÚBLICOS Y PRIVADOS EN SMP.

En cuanto a los recursos asistenciales públicos y privados en salud mental perinatal (SMP), se plantearon tres preguntas clave: la disponibilidad de asistencia pública general no

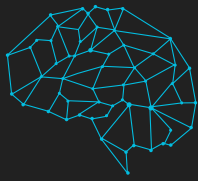


Tabla 2. Recursos asistenciales públicos y privados genéricos (no especializados) en SMP.

Asistencia pública genérica (no especializada) en SMP							
	Público			Privado			
	SÍ	NO	TOTAL	SÍ	NO	BLANCO	TOTAL
Argentina	11 (61,11%)	7 (38,89%)	18	12 (66,67%)	2 (11,11%)	4 (22,22%)	18 (100%)
España	5 (45,45%)	6 (54,55%)	11	9 (81,82%)	1 (9,09%)	1 (9,09%)	11 (100%)
Chile	2 (50%)	2 (50%)	4	4 (100%)	0	0	4
Colombia	0	3 (100%)	3	1 (33,33%)	0	2 (66,67%)	3 (100%)
Costa Rica	0	1 (100%)	1	1 (100%)	0	0	1
República Dominicana	0	1 (100%)	1	1 (100%)	0	0	1
Ecuador	0	1 (100%)	1	1 (100%)	0	0	1
Guatemala	0	2 (100%)	2	2 (100%)	0	0	2
Honduras	0	2 (100%)	2	0	2 (100%)	0	2
México	1 (50%)	1 (50%)	2	2 (100%)	0	0	2
Panamá	0	1 (100%)	1	0	1 (100%)	0	1
Paraguay	0	1 (100%)	1	1 (100%)	0	0	1
Perú	0	1 (100%)	1	0	1 (100%)	0	1
TOTAL	19 (39,58%)	29 (60,42%)	48 (100%)	34 (70,83%)	7 (14,58%)	7 (14,58%)	48 (100%)

especializada, pero que puede atender a los problemas de SMP (ver Tablas 2 y 3), el uso de herramientas de cribaje de sintomatología emocional general (Tablas 4 y 5) y las técnicas de cribado específicamente orientadas a la detección de depresión posparto (DPP) (Tablas 6 y 7).

En la primera pregunta, los resultados se detallan en las Tablas 2 y 3, con un análisis cuantitativo de las respuestas, desglosado por país, que incluye tanto el recuento de respuestas como los porcentajes correspondientes. En relación con la asistencia pública, los datos revelan que, con la excepción de Argentina, España y Chile, la asistencia pública es reportada como insuficiente en los demás países. De manera global, más del 60% de los informantes señala que no existen

recursos asistenciales públicos dedicados a la salud mental perinatal en sus países (ver Tabla 2).

En el sector privado, aunque se observa un mayor número de respuestas en blanco, el panorama asistencial resulta ser más favorable en comparación con el sector público. Globalmente, el 70% de los informantes indican que sí existen servicios asistenciales, aunque de carácter genérico (no especializado), para atender a pacientes con problemas de SMP (ver Tabla 2).

ELEMENTOS DE CRIBADO (TAMIZAJE) EN SMP EN SERVICIOS DE SALUD PÚBLICOS Y PRIVADOS

En el sector público, los resultados son similares en todos los países, destacándose la baja frecuencia en el uso de he-

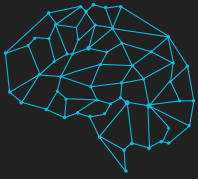


Tabla 3. Herramientas de cribado (tamizaje) de sintomatología emocional general en SMP en servicios públicos y privados generales.

Cribado (tamizaje) de sintomatología emocional en SMP en servicios de salud							
	Público			Privado			
	SÍ	NO	TOTAL	SÍ	NO	BLANCO	TOTAL
Argentina	6 (33,33%)	12 (66,67%)	18	6 (33,33%)	7 (38,89%)	5 (27,78%)	18
España	3 (27,27 %)	8 (72,73%)	11	10 (90,91%)	0 (-)	1 (9,09%)	11
Chile	3 (75 %)	1 (25%)	4	4 (100 %)	0	0	4
Colombia	2 (75%)	1 (25%)	3	1 (33,33 %)	0	2 (66,67 %)	3
Costa Rica	0	1 (100%)	1	0	1 (100%)	0	1
República Dominicana	0	1 (100%)	1	0	1 (100%)	0	1
Ecuador	0	1 (100%)	1	0	1 (100%)	0	1
Guatemala	0	2 (100%)	2	1 (50%)	1 (50%)	0	2
Honduras	0	2 (100%)	2	0	2 (100%)	0	2
México	1 (50%)	1 (50%)	2	1 (50%)	1 (50%)	0	2
Panamá	0	1 (100%)	1	0	1 (100%)	0	1
Paraguay	0	1 (100%)	1	0	1 (100%)	0	1
Perú	0	1 (100%)	1	0	1 (100%)	0	1
TOTAL	14 (29,17%)	34 (70,83%)	48 (100%)	23 (47,92%)	17 (35,42%)	8 (16,67%)	48 (100%)

herramientas de cribado específicas. Un 71% de los informantes señala que no conocen la existencia de estos procedimientos (ver Tabla 4).

En el ámbito privado, se observa una mayor utilización de herramientas de tamizaje. En España, el 55% de los informantes afirma que se emplean herramientas específicas para la detección de la depresión posparto (DPP), mientras que en Chile el porcentaje asciende al 75%. Sin embargo, a nivel global, un 40% de los informantes responde que no están familiarizados con el uso de tales herramientas en sus países (ver Tabla 5).

Respecto a las herramientas de cribado (tamizaje) público y privado de sintomatología emocional en SMP, en el texto libre se mencionan brevemente dos:

1. **Entrevista clínica**, que incluye las preguntas de cribado Whooley y, si se obtiene un resultado positivo, se emplea la escala de Edimburgo (EPDS), llevada a cabo por ginecólogos o médicos de cabecera.
 2. **Entrevista Psicológica Perinatal** desarrollada por la Dra. Alicia Oiberman (utilizada en centros privados).
- Por último, en la pregunta concreta sobre el cribado específico de la Depresión Post-parto (DPP), los resultados obtenidos son similares a los anteriores (Tablas 6 y 7).

RECURSOS FORMATIVOS EN SMP

En cuanto a los recursos formativos, se abordaron tres aspectos: la existencia de guías oficiales y otras directrices

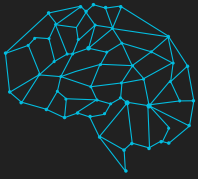


Tabla 4. Técnicas de cribado (tamizaje) específico de Depresión Postparto (DPP) en servicios de salud públicos y privados.

Cribado (tamizaje) específico de DPP en servicios de salud								
	Público				Privado			
	SÍ	NO	BLANCO	TOTAL	SÍ	NO	BLANCO	TOTAL
Argentina	3 (16,67%)	13 (72,2%)	2 (11,1%)	18 (100%)	3 (16,6%)	8 (44,4%)	7 (38,8%)	18 (100%)
España	3 (27,27%)	7 (63,6%)	1 (33,3%)	11 (100%)	6 (54,5%)	2 (18,1%)	3 (27,2%)	11 (100%)
Chile	2 (50%)	2 (50%)	0 (-)	4 (100%)	3 (75%)	0 (-)	1 (25%)	4 (100%)
Colombia	0 (-)	2 (66,6%)	1 (33,3%)	3 (100%)	0 (-)	0 (-)	3 (100%)	3 (100%)
Costa Rica	0	1 (100%)	0	1	0	1 (100%)	0	1
República Dominicana	0	1 (100%)	0	1	0	1 (100%)	0	1
Ecuador	0	1 (100%)	0	1	0	1 (100%)	0	1
Guatemala	0	2 (100%)	0	2	0	2 (100%)	0	2
Honduras	0	2 (100%)	0	2	0	2 (100%)	0	2
México	1 (100%)	1 (100%)	0	2	2 (100%)	0	0	2
Panamá	0	1 (100%)	0	1	0	1 (100%)	0	1
Paraguay	0	1 (100%)	0	1	0	1 (100%)	0	1
Perú	0	1 (100%)	0	1	0	0	1 (100%)	1
TOTAL	9 (18,75%)	35 (72,92%)	4 (8,33%)	48 (100%)	14 (29,1%)	19 (39,5%)	15 (31,2%)	48 (100%)

(ver Tablas 8 y 9), la disponibilidad de universidades y departamentos dedicados a la Salud Mental Perinatal (SMP) (ver Tabla 10), y la existencia de formación específica en este ámbito (ver Tabla 11).

EXISTENCIA DE GUÍAS OFICIALES

En relación con la existencia de guías oficiales, solo un 25% de los informantes afirma conocer dichas guías (ver Tabla 8), mientras que casi un 30% está al tanto de otras guías elaboradas por sociedades u otras instancias (ver Tabla 9). Por otra parte, en diferentes países, los/las informantes otorgaron respuestas contradictorias. Las guías oficiales mencionadas por los informantes son las siguientes:

- Guía oficial de la OMS para integrar la salud mental perinatal y materno-infantil (Internacional).
- Guía NICE (Reino Unido).
- "Ley de los 1000 días", que incluye la salud integral (Argentina).
- Guía perinatal de la MINSAL (Chile).
- Guía de Crece Contigo (Chile).
- Guía de Psicología Perinatal (España).
- Guía sobre prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primer y segundo nivel (México).

DOCENCIA Y FORMACIÓN EN SMP

En relación con la docencia y formación en Salud Mental Perinatal (SMP), se indagó específicamente sobre la exis-

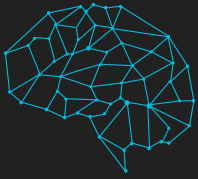


Tabla 5. Guías oficiales de atención a la SMP (p ej: ministerio, guías públicas).

Guías de atención a la SMP								
	Oficiales				Otras guías			
	SÍ	NO	BLANCO	TOTAL	SÍ	NO	BLANCO	TOTAL
Argentina	3 (16,67%)	9 (50%)	6 (33,33%)	18 (100%)	4 (22,2 %)	7 (38,8 %)	7 (38,89%)	18 (100%)
España	6 (54,55 %)	2 (18,18%)	3 (27,27%)	11 (100%)	5 (45,45%)	2 (18,18%)	4 (36,36%)	11 (100%)
Chile	2 (50 %)	1 (25 %)	1 (25%)	4 (100%)	2 (50 %)	1 (25 %)	1 (25%)	4 (100%)
Colombia	0 (-)	0 (-)	3 (100 %)	3 (100%)	0 (-)	0 (-)	3 (100 %)	3 (100%)
Costa Rica	0	1 (100 %)	0	1	0	1 (100 %)	0	1
República Dominicana	0	1 (100 %)	0	1	1 (100 %)	0	0	1
Ecuador	0	1 (100 %)	0	1	0	1 (100 %)	0	1
Guatemala	0	2 (100 %)	0	2	0	2 (100 %)	0	2
Honduras	0	2 (100 %)	0	2	0	2 (100 %)	0	2
México	1 (50 %)	1 (50 %)	0	2	1 (50 %)	1 (50 %)	0	2
Panamá	0	1 (100 %)	0	1	0	1 (100 %)	0	1
Paraguay	0	1 (100 %)	0	1	0	1 (100 %)	0	1
Perú	0	0	1 (100 %)	1	0	0	1 (100 %)	1
TOTAL	12 (25%)	22 (45,8%)	14 (29,17%)	48 (100%)	14 (29,1%)	18 (37,50%)	16 (33,33%)	48 (100%)

tencia de universidades y/o departamentos e instituciones universitarias que se dediquen exclusivamente a la SMP o que ofrezcan formación en este ámbito. Solo un 41.47% de las participantes reconoció la existencia de formación en Salud Mental Perinatal (SMP), evidenciando un notable desconocimiento sobre esta situación. En siete países, los informantes no identificaron formación universitaria en SMP. Sin embargo, en Argentina y en Chile se encontraron respuestas contradictorias, pero se ha tener siempre en cuenta la limitación del escaso número de contribuyentes.

Las respuestas específicas aportadas incluyeron 20 Centros universitarios: 7 de Argentina, 6 de Chile, 4 del estado español y 3 de México.

No se detectó ningún departamento específico de SMP. En algunos casos, se indicó que, aunque no hay un departamento dedicado a la SMP, sí se imparte formación en salud mental perinatal. En Argentina, se mencionó que hay otras universidades nacionales que ofrecen cursos de posgrado en este ámbito, aunque no se citaron todas.

También se indagó sobre la formación específica en Salud Mental Perinatal (SMP), independientemente del contexto. Las respuestas fueron similares, con un 45.8% de afirmaciones positivas.

Las respuestas específicas aportadas incluyeron 21 centros u organizaciones, universitarios o no: 9 des de Argentina, 7 del estado español y 4 de Chile.

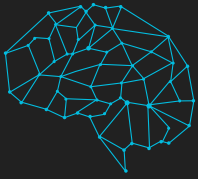


Tabla 6. Recursos formativos en SMP.

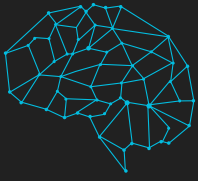
Recursos formativos en SMP								
	Universidades				Cursos específicos			
	SÍ	NO	BLANCO	TOTAL	SÍ	NO	BLANCO	TOTAL
Argentina	9 (50%)	2 (11,1%)	7 (38,89%)	18 (100%)	10 (55,5%)	2 (11,1%)	6 (33,3%)	18 (100%)
España	7 (63,64%)	0 (-)	4 (36,36%)	11 (100%)	7 (63,6%)	0 (-)	4 (36,3%)	11 (100%)
Chile	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	4 (100%)	3 (75%)	0 (-)	1 (25%)	4 (100%)
Colombia	0 (-)	0 (-)	3 (100%)	3 (100%)	0 (-)	0 (-)	3 (100%)	3 (100%)
Costa Rica	0	1 (100%)	0	1	0	1 (100%)	0	1
República Dominicana	0	0	1 (100%)	1	0	0	1 (100%)	1
Ecuador	0	1 (100%)	0	1	0	1 (100%)	0	1
Guatemala	0	2 (100%)	0	2	0	2 (100%)	0	2
Honduras	0	2 (100%)	0	2	0	2 (100%)	0	2
México	2 (100%)	0	0	2	0	1 (50%)	1 (50%)	2
Panamá	0	1 (100%)	0	1	0	1 (100%)	0	1
Paraguay	0	1 (100%)	0	1	0	0	1 (100%)	1
Perú	0	0	1 (100%)	1	0	0	1 (100%)	1
TOTAL	20 (41,67%)	11 (22,9%)	17 (35,42%)	48 (100%)	22 (45,8%)	10 (20,83%)	16 (33,33%)	48 (100%)

DISCUSIÓN

Los resultados proporcionaron una visión preliminar sobre la situación de los recursos en los países incluidos. Al analizar los resultados, se obtuvo una mayor participación de profesionistas de España y Argentina brindando más información sobre la situación en estos dos países, mientras que en otros países la participación fue menor. Los recursos asistenciales en el ámbito público son considerados escasos en la mayoría de los países, con un 60% de los informantes sin conocimiento de asistencia pública general en sus respectivos contextos. En contraste, el ámbito privado presenta una mayor disponibilidad de recursos, con un 70% de los informantes afirmando conocer asistencia privada,

salvo en Panamá y Perú, donde se reporta la ausencia de estos recursos.

En cuanto al cribado, se detecta un notable desconocimiento o disparidad en las respuestas (50% a favor y 50% en contra) lo cual refleja una falta de homogeneidad en el acceso a la disponibilidad de recursos. Los resultados en el sector público son homogéneos entre los países, mostrando una baja frecuencia en el uso de herramientas de cribado específico y se reporta en el 73% de los informantes la falta de conocimiento de procedimientos de este tipo. En el ámbito privado, en España (55%) y Chile (75%), algunos informantes reportan la utilización de herramientas de cribado específico para la depresión postparto (DPP), aunque globalmente un



40% afirma no tener conocimiento de su uso en sus países. Las principales herramientas de cribado mencionadas son la entrevista clínica y, entre los instrumentos psicométricos, destaca el uso de la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS) de Cox et al. (1987).

En cuanto a las diferencias entre países respecto a la disponibilidad de guías clínicas y formación, los/las encuestados del estado español mayoritariamente conocen la existencia de guías oficiales, universidades con formación específica y cursos de SMP. En Argentina, los informantes señalan la inexistencia de guías oficiales, pero sí la presencia de universidades que ofrecen formación específica. En el resto de los países, las respuestas suelen ser negativas o en blanco respecto a la presencia de guías y formación en SMP. Las excepciones son Chile, donde se reconoce la existencia de guías, y México, donde se identifican programas de formación en SMP en universidades y otros centros.

Desde la Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal (MARES) y la Red Iberoamericana de Salud Mental nos propusimos intentar obtener un panorama preliminar, aunque fuese parcial y limitado al no contar con respuesta de profesionistas de la salud en todos los países de la región de cuál es la situación actual de los recursos y la percepción de las capacidades para atender la salud Mental Perinatal en todo el ámbito Iberoamericano. Sólo contestaron profesionistas del 65% de los países o estados encuestados, aunque la gran mayoría de la población hispanohablante sí está representada.

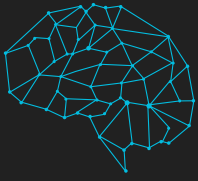
La Red Iberoamericana de SMP es un proyecto colaborativo cuya finalidad es agrupar y conectar instituciones científicas, asociaciones y profesionales que se dedican a la SMP en lengua hispana como idioma común. Su principal objetivo es impulsar la SMP, ayudando a compartir todo tipo de recursos en SMP en nuestro idioma: instrumentos de evaluación, protocolos de actuación, formación de calidad, permitiendo establecer redes de investigación, etc. Todo ello, con el fin de facilitar una unión interdisciplinaria e interinstitucional que permita trabajar en conexión en pro a una atención de calidad a la salud mental materna de las mujeres y sus familias en España y Latinoamérica. Como se indica en nuestra página web, este proyecto arrancó el 6 de mayo de 2020, impulsado por MARES, durante el I Encuentro de la Red Iberoamericana por el Día Mundial de la Salud Mental Materna (Red SMP, 2020).

Al comparar estos resultados con datos disponibles, encontramos una limitación considerable debido a la falta

de información. También destacamos que una futura encuesta debe especificar más las preguntas, determinar las fuentes de información de las que dispone el/la informante, incrementar el acceso a profesionistas de la salud mental perinatal en todos los países de habla hispana de la región hispanoamericana (si fuera posible) e identificar informantes claves. Otras metodologías, como una encuesta oficial a los gobiernos de la región precisarían de un soporte institucional.

En el estado español, la Estrategia Nacional de Salud Mental incluye la asistencia sanitaria pública universal también los aspectos de la salud mental perinatal, aunque de forma genérica (Ministerio de Sanidad, 2021, 2022), al igual que los Planes Directores de Cataluña (Pla Director de Salut Mental i Addiccions, 2021), y otros. Igualmente, las "Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Cuidados desde el nacimiento" del Ministerio de Sanidad y Política Social (2010) se ocupa del desarrollo afectivo como base del desarrollo físico, social y cognitivo del niño/a, destacando que "este se inicia en las primeras horas de vida, inmediatamente tras el parto", y, aunque se potencia el vínculo con los bebés, no se desarrollan aspectos de salud mental perinatal. Igualmente, en la "Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud" (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007) o en sus desarrollos, tampoco destacan los aspectos de la salud mental perinatal.

Además, todo y que ya existen otras iniciativas semejantes al estado español, Cataluña es pionera en la detección y cribado (tamizaje) de problemas de Salud Mental Perinatal. El Protocolo de Cataluña para el embarazo (*Protocol de Seguiment de l'Embaràs a Catalunya*, 2018) especifica que los Centros de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR), responsables de la atención de las madres embarazadas, establece un cribaje/tamizaje estandarizado con las preguntas de Whooley y la Escala de Edimburgo en diferentes momentos de embarazo y la Escala de Edimburgo en el postparto. Igualmente, según los resultados del cribado, hay un protocolo de derivación a los equipos de Psicología del propio ASSIR y servicios de salud mental genéricos o especializados. Además, el Protocolo establece también el tamizaje para los problemas de adicciones, que forman parte inherente de la Salud Mental Perinatal. De hecho, desde el año 2006, ya se disponían de protocolos para el abordaje de los problemas del tabaquismo (*Prevençió i control del tabaquisme durant l'embaràs i la lactància "Embaràs sense fum"*, 2006) y desde el 2018 de un programa de intervención específico contra



el alcohol y el uso de drogas en el embarazo (*Programa embaràs sense alcohol ni drogues*, 2018), con programas y guías posteriores (*Identificació precoç i intervenció breu del consum d'alcohol i altres drogues durant l'embaràs*, 2024), entre otras medidas de prevención y detección. Además, Cataluña dispone de un Plan de gobierno pionero para la lucha contra la violencia obstétrica, que es una de las causas más frecuentes de malestar y trastorno postraumático en el período perinatal (Escuriel Peiro et al., 2023). Todo y que el cumplimiento del cribado de salud mental perinatal no es del 100%, tenemos ya un ejemplo de Protocolo pionero muy útil para el desarrollo de una atención basada en evidencias y resultados.

Hasta nuestro conocimiento, como destacan ya otros autores previos (Castejón y Sanz, 2021), no existe una estrategia política de salud mental perinatal específica para todo el estado español. Adicionalmente, existe poco conocimiento sobre el desarrollo de los diferentes programas en las diversas autonomías, lo cual podría indicar insuficiente vinculación entre las comunidades sobre el tema aunque existan programas semejantes en diferentes regiones.

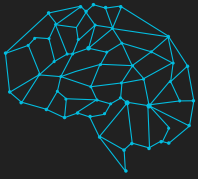
Es por este motivo que, del 29 de abril al 5 de mayo del 2024, con motivo del Día de la Salud Mental Materna desde la Red Estatal de Mujeres de Federación de Salud Mental de España, con el apoyo del Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, con sede en Madrid, se lanzó una campaña para denunciar la situación de los recursos públicos especializados en salud mental perinatal en España (Silva, 2024). Para ello, se elaboró un dossier con datos de una encuesta de investigación, así como un vídeo con voces expertas, y una petición para el Ministerio de Sanidad firmada por más de 50 profesionales relacionados con la salud mental y/o la salud mental perinatal, sumado a una petición en Change.org que ha recibido múltiples adhesiones (Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, 2024a). Se describen datos de 46 iniciativas/programas de atención, el 89,1% en centros públicos, y el resto en centros concertados, y todos atendiendo pacientes del Sistema Nacional de Salud del estado español. Casi todos los programas (34/46) se desarrollan en hospitales y menos en el ámbito ambulatorio especializado (21/46), con dos programas en atención primaria. También se dispone en el estado español de dos Hospitales de Día: uno específicamente enfocado a la atención madre-bebé (Hospital Clínic de Barcelona) y un hospital de día infantil que atiende a niños hasta 36 meses de edad y a sus familias (Alcázar de

San Juan). Los resultados de la encuesta del citado Instituto son muy claros (Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal, 2024b) e identifican la falta de atención, lo cual ha sustentado una petición pública al Ministerio de Sanidad para un Plan Nacional de Salud Mental Perinatal en el estado español.

Finalmente, al abril del 2025, en el "Plan de acción de salud mental 2025 - 2027" (2025) del Ministerio de Sanidad del Estado español, y concretamente en la "Línea 6: Salud Mental en población perinatal, de la infancia y la adolescencia" se determina que el período perinatal requiere de una atención especial y un enfoque integral e interdisciplinar. Este nuevo "Plan de Acción 2025-2027" (2025) impulsará el "desarrollo de actuaciones de sensibilización, preventivas y de promoción de la salud mental perinatal", además de actividades formativas específicas. En relación a los Derechos Sexuales y Reproductivos de las mujeres con problemas de salud mental, el nuevo Plan de Salud Mental español indica que se prestará especial atención al fomento de la autonomía y los derechos y se garantizará una atención adecuada (Plan de acción de salud mental 2025 - 2027, 2025).

A nivel del desarrollo autonómico en el estado español, varios planes regionales de salud mental también incluyen entre sus objetivos la atención a la salud mental perinatal, como se ha detectado en la Comunidad de Madrid (Comunidad de Madrid, 2022), Cataluña (Pla de Salut Mental Perinatal, 2024), Cantabria (Consejería de Sanidad, 2022) o Aragón (Gobierno de Aragón (2022). Mientras tanto, de forma pionera, desde el Gobierno de Cataluña, se ha iniciado ya un Plan de Salud Mental Perinatal en cuya elaboración han intervenido hasta 180 profesionales de diferentes disciplinas y ámbitos implicadas en la atención a la Salud Mental Perinatal. Entre las primeras acciones del Plan en Cataluña, se encuentran las formativas (Pla de Salut Mental Perinatal, 2024). En la Comunidad de Madrid, al estado español, existen ya doce hospitales con programas completos o parciales y las ratios de psicólogos/as clínicos/as perinatales van de 0.04 a 0.51 cada 10.000 partos y de 0.08 a 0.78 cada 20 cunas de neonatología en la región, con ciertas desigualdades de distribución (Cuellar-Flores et al., 2024). Además, a nivel estado español, se ha iniciado un nuevo anteproyecto de Ley de Familias en el que se detectan determinados avances (Boletín Oficial de las Cortes Generales, 2024), entre otras iniciativas.

En México, se elaboró en 2014 la guía "Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Depresión Prenatal y Posparto en el Primero y Segundo Niveles de Atención" (Prevención, 2024)

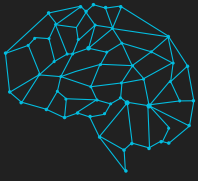


en la cual ya se establecen recomendaciones para atender problemas de salud mental en el periodo perinatal (Lara et al., 2017). Además, en 2016 se actualizó el proyecto de Norma Oficial Mexicana de 2010 para la "Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida", incluyendo la identificación de síntomas depresivos o cualquier trastorno en relación con la salud mental, durante las consultas y revisiones médicas en este periodo (NOM007-SSA2-2016). Sin embargo, como se ha destacado críticamente, la norma "no especifica los mecanismos para su implementación, de manera que se destinen de forma generalizada recursos materiales y humanos para este propósito" (Lara et al., 2017), con barreras para la implementación en la atención perinatal en personal de salud de primer nivel de atención principalmente percepción estereotipada sobre la depresión perinatal, la maternidad, la carga de trabajo y falta de comunicación entre profesionales (Navarrete et al., 2022). La Guía Mexicana para "Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y posparto en el primer y segundo niveles de atención" se renovó en el 2021, con indudables mejoras (GPC, 2021). Se trata de una Guía completa y elaborada para su uso en México, aunque con escasa aplicación en todo el país. La aparición de programas especializados en SMP se han realizado en hospitales de tercer nivel de atención de México, aunque dificultades legislativas sanitarias han obstaculizado su operación (Lara et al., 2012) lo cual destaca la necesidad de una organización más adecuada de la atención a la Salud Mental Perinatal en los diversos niveles de atención a la salud de México (Contreras-Carretero et al., 2022).

En Argentina, la salud mental perinatal ha ganado visibilidad en los últimos años, aunque sigue enfrentando varios desafíos en términos de acceso a servicios y recursos especializados. La prevalencia de depresión posparto en el país oscila entre el 15% y el 20% de las mujeres, lo que coloca a esta afección como un problema significativo de salud pública (Caparros-Gonzalez et al., 2018). Sin embargo, uno de los principales obstáculos es la falta de programas bien integrados para la detección temprana y el tratamiento de problemas de salud mental durante el embarazo y el posparto. Sin embargo, a nivel legislativo, Argentina ha realizado avances en varios ámbitos dentro de las políticas de protección de la Salud Mental perinatal. Por ejemplo, la Ley de Parto Respetado (Ley 25.929, 2004) sancionada en el año 2004 que garantiza la protección de los derechos de ambos padres y de los bebés en el momento del nacimiento. Esta

ley se complementa con la Ley 26.485 (2009) de Protección Integral para la Prevención y Sanción de la Violencia contra las Mujeres, que incluye las categorías de violencia obstétrica y violencia reproductiva. La Ley 27.611 (2020), conocida como "Ley de los Primeros 1000 días", garantiza la atención y cuidado integral de la salud de la madre durante el embarazo y el posparto como así también de la primera infancia. Un último avance fue la promulgación de la Ley 27.733 (2023) conocida popularmente como "Ley Johanna", que garantiza la atención médica a mujeres y personas gestantes que experimentaran la muerte perinatal de sus hijos (Arizu et al., 2024). Por otro lado, se ha mejorado la política de licencias parentales, aunque estas aún son limitadas en comparación con otros países de la región. La licencia de paternidad sigue siendo de sólo dos días, aunque existen propuestas para ampliar este beneficio (Unicef, 2019). El sistema de salud pública ofrece servicios de atención mental, pero la disponibilidad de profesionales capacitados en salud mental perinatal varía significativamente entre regiones, lo que genera disparidades entre áreas urbanas y rurales (Villarreal, 2023). Además, ha habido avances en otros campos como se destaca ya en la revisión de Arizu et al. (2024).

En Chile, como también destaca una revisión reciente (Coo et al., 2024) la prevalencia nacional de depresión postnatal es relativamente consistente con otros datos internacionales (16%), pero, como ya se ha detectado repetidamente, las nuevas madres de entornos desfavorecidos suelen presentar un mayor riesgo de desarrollarla (Coo et al., 2021; Coo et al., 2024). Los servicios públicos de salud primaria chilenos prestan atención de salud a aproximadamente el 80% de la población y el tamizaje universal de depresión es realizado por matronas y enfermeras con la Escala de Depresión Postnatal de Edimburgo (Cox et al., 1987) durante el segundo control prenatal, y a los 2 y 6 meses después del parto. Según datos del 2013, el cribado universal alcanza 89% de las mujeres embarazadas y madres recientes (Coo et al., 2024). Sin embargo, a pesar de la eficacia del protocolo de cribado, solo el 22% de las mujeres acceden al tratamiento debido a diversas barreras (Rojas & Pemjean, 2013). El tamizaje de depresión perinatal forma parte de la política gubernamental de infancia "Chile Crece Contigo", que otorga prestaciones universales y focalizadas desde el embarazo hasta los 9 años de edad a todos los niños y niñas nacidos en Chile con el objetivo de promover un desarrollo saludable, junto a directrices para prácticas de parto respetuosas en los



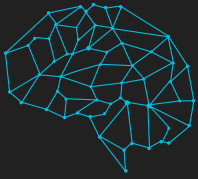
hospitales públicos, controles mensuales de salud durante la gestación y los primeros 6 meses posparto para la diada madre-hijo, y apoyo a la lactancia materna. Posteriormente, los controles de salud del lactante se realizan a intervalos regulares, aunque con menor frecuencia, y los padres reciben información sobre los hitos del desarrollo y directrices para promover el desarrollo positivo de su hijo mediante material escrito, así como intervenciones grupales e individuales (Coo et al., 2024).

En varios países latinoamericanos, se han desarrollado programas destinados a mejorar la salud de los niños en la primera infancia desde los 0 años. En Chile, el programa gubernamental citado Subsistema de Protección Integral a la Infancia "Chile crece contigo" ha representado un considerable avance (Caro Molina, 2009), con dificultades relacionadas con la pandemia COVID (Calderón Canales, 2022; Palacios-Hernández et al., 2024). La importancia de programas similares se ha visto reflejada en la expansión de políticas públicas similares en toda América Latina, incluyendo el "Plan Nacer y Primeros Años" y el Plan Nacional de Acción por los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes (Argentina), "Uruguay Crece Contigo" (Uruguay), el antiguo Programa sectorial "Qali Warma" (Perú, 1993-2012), y el actual Programa "Cuna Más" de Perú, dentro del Sistema de Atención Integral al Niño y Adolescente de Perú (Programa Nacional Cuna Más - Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, 2024), el Programa "Quisqueya Empieza Contigo" de la República Dominicana (Presidencia de la República Dominicana, 2024), desde 2010 el programa Política Nacional de Primera Infancia "Amor para los más Chiquitos y Chiquitas" de Nicaragua, el Programa "Brasil Carinhoso" (Brasil), las "Estancias infantiles", la Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia "De Cero a Siempre" (Colombia), el Plan de Atención Integral a la Primera Infancia - PAIPI (Panamá), el Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia (Paraguay), la Política de Desarrollo Infantil Integral (Ecuador), la Política Nacional de Educación y Desarrollo Integral para la Primera Infancia (El Salvador), la Política Pública de Desarrollo Integral de la Primera Infancia (Guatemala), la Política Pública para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia (Honduras), la Red Nacional de Cuido y Desarrollo Infantil (Costa Rica), entre otros (Aulicino & Díaz Langou, 2016; Clarke, Cortes & Vergara Sepúlveda, 2020).

En Perú, los principales programas detectados, como hemos citado, han sido el Programa Nacional Cuna Más (desde

2012) y el Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma que han sido evaluados recientemente (Apoyo Consultoría, 2022). Este programa del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social se creó en el año 2012 sobre la base del servicio estatal Wawa Wasi (que funcionó desde 1993). El Programa Cuna Mas a su vez se dividió en dos servicios, el Servicio de Cuidado Diurno (SCD) y el Servicio de Acompañamiento a Familias (SAF) según la localización geográfica y social. El SCD busca brindar atención integral a niñas y niños de 6 a 36 meses que viven en zonas urbanas de pobreza y pobreza extrema y requieren un cuidado extrafamiliar para necesidades básicas de salud, nutrición y aprendizaje. El SAF está dirigido a ya específicamente a madres gestantes, y a niñas y niños menores de 36 meses y sus familias de zonas rurales de pobreza y extrema pobreza, con el objetivo de promover prácticas de cuidados saludables en relación con la salud, nutrición, aprendizaje temprano, juego, comunicación y protección de las niñas y niños usuarios. A octubre del 2022 (Apoyo Consultoría, 2022), el SCD contaba con una población beneficiaria de 59,621 niñas y niños distribuidos en 503 distritos a nivel del estado; mientras que el SAF contaba con una población beneficiaria de 115,554 familias distribuidos en 759 distritos.

En 2008, en Uruguay se acordó la Estrategia Nacional de Infancia y Adolescencia (ENIA) 2010-2030. En este contexto, Uruguay Crece Contigo (UCC) es una política pública de cobertura nacional, que apunta a consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia. Para ello se propone el desarrollo de acciones universales y focalizadas que garanticen los cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo de niños y niñas menores de 4 años, desde una perspectiva de derechos, género y generaciones. Para ello se realizan acuerdos interinstitucionales que buscan fortalecer las acciones sistémicas e integrales necesarias para brindar oportunidades y garantizar derechos a todos los niños y niñas y sus familias en Uruguay (Presidencia de la República Oriental de Uruguay, 2012, 2023). El modelo de intervención que propone Uruguay Crece Contigo recoge la trayectoria de programas previos que han sido muy exitosos a nivel internacional ("Chile Crece Contigo") y el programa "Canelones Crece Contigo" a nivel nacional. Canelones Crece Contigo nace en el departamento de Canelones en Uruguay, coordinado por la Dirección de Desarrollo Social de la Intendencia de Canelones, en el marco del Programa Uruguay Integra (Varley, Boatright Wilson & Kahn, 2021; Pre-



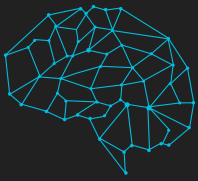
sistencia de la República Oriental de Uruguay, 2023). Desde que el comienzo del programa en 2012 hasta agosto de 2019, el número de beneficiarios paulatinamente creció hasta los 82,369 usuarios totales en 2019 (Magalhães, 2019). En el caso de los acompañamientos en el hogar, las familias son abordadas en dos pasos. En el primero ("Buen comienzo"), destinado a familias con mujeres embarazadas, se ofrece un acompañamiento del embarazo, que continúa aproximadamente hasta los 7 meses de vida del bebé. Además, uno de los ejes principales del programa es la interdisciplinariedad. La frecuencia de las visitas puede variar: al inicio pueden ser semanales, se espaciando con el tiempo (Magalhães, 2019).

Sin embargo, la efectividad real de varios de algunos de estos programas ha sido limitada o bien se cuenta con poca información sobre su funcionamiento y eficacia/impacto real. Por ejemplo, los servicios cubiertos por el programa de Nicaragua "Amor para los Más Chiquitos" para niños entre 0 y 3 años, según algunos datos, sólo ha alcanzado inicialmente al 7.6% del total de la población de esta edad, con dificultades para su adaptación a poblaciones indígenas y afro-descendientes (Inter-American Development Bank, 2012), teniendo en cuenta que, en una auditoría del 2011 para ocho centros de atención integral en Nicaragua se reveló que sólo el 47% cumplían los criterios de recogida básica standard de parámetros perinatales de salud (Inter-American Development Bank, 2012). Otros ejemplos de dificultades de implementación ocurren en el "Programa Cuna Más", del Perú, o del programa "Uruguay Crece Contigo", donde se han detectado dificultades laborales importantes en las cuidadoras del programa de guarderías, aspectos macro-organizativos que tienen también que ver con la situación de género de las trabajadoras (Sánchez Suárez, 2017; Ascarza, 2022; Batthyány, Katzkowicz & Scavino Solari, 2022).

Por otra parte, debido a la frágil situación de la SMP en toda la región, es muy evidente la posibilidad de presentar empeoramientos temporales en casos de catástrofes naturales o biológicas, como la reciente pandemia COVID 19 (Calderón Canales, 2022; Palacios-Hernández et al., 2024), como hemos visto ya en otros países. En cualquier caso, como han destacado diversas autoras previas, es muy necesario realizar formación específica y además culturalmente adaptada, en toda la región, incluyendo las poblaciones latinas de habla hispana en los Estados Unidos de Norteamérica (Lara-Cinisomo et al., 2024).

Por suerte, desde la misma realización de la encuesta hasta su envío para publicación, ha habido mejoras en varios países, aunque el progreso sea aún lento. Destaca un incremento en la difusión y promoción pública de los temas relacionados con la salud mental perinatal en redes sociales y medios de comunicación, así como una activa participación de organismos no gubernamentales, iniciativas impulsadas por madres y familias, así como la creación de redes de profesionistas de salud mental perinatal en casi todos los países, e internacionales, lo que brinda motivos para un optimismo moderado.

También se están detectando cambios importantes en la legislación sobre los permisos pagados de maternidad (y paternidad). Como destaca la infografía de Florencia Melo (2023), los permisos de paternidad en la legislación laboral no son aún una práctica generalizada en Latinoamérica. La realidad, por tanto, es que los padres latinoamericanos disponen de muy poco tiempo para cuidar a sus hijos o hijas tras el nacimiento. Por otra parte, el informe de la Organización Internacional del Trabajo - OIT (Addati, Cattaneo & Pozzan, 2022) destaca cómo, desde 2011, hasta 28 países han reformado sus leyes para introducir medidas relacionadas para proteger a las trabajadoras embarazadas y en período de lactancia. Sin embargo, como destaca este análisis, una gran mayoría de las madres potenciales viven en países donde la ley no protege a esas trabajadoras contra el trabajo peligroso o insalubre o el trabajo nocturno. A nivel mundial, ocho de cada diez madres potenciales viven en países en los que no existe el derecho legal a tiempo libre remunerado para realizar exámenes médicos prenatales (Addati, Cattaneo & Pozzan, 2022). Los datos globales del Centro de Análisis de Políticas WORLD muestran un claro y significativo progreso en la provisión de licencias parentales remuneradas en las últimas dos décadas y, de forma más significativa, un aumento lento y constante en el número de países que otorgan licencias remuneradas a los padres (UNICEF, 2019). Sin embargo, aún existe un elevado porcentaje de las mujeres en países latinoamericanos de habla hispana con trabajos en el sector informal y sobrecarga en las tareas de cuidados que reduce su acceso a servicios de salud perinatales básicos públicos y presentan escaso poder adquisitivo para acceder a servicios de salud mental perinatal privados en una región en donde los sistemas de salud permanecen segregados (públicos y privados) y claramente desiguales (CEPAL, 2020).



LIMITACIONES Y PUNTOS FUERTES

Los resultados presentan varias limitaciones. Primero de todo, la metodología, ya que se trata de una encuesta no controlada, con un objetivo exploratorio y a una población muy determinada de expertos/as. La encuesta fue completada sólo por aproximadamente un tercio de los encuestados y sólo cubre la mayoría (pero no todos) los países del área. Además, en algunos países solo se obtuvo un resultado válido. Por último, las valoraciones expresadas dependen de la capacidad individual de síntesis de cada participante y de su conocimiento concreto de su contexto asistencial, lo que podría introducir sesgos.

Entre los puntos fuertes, la relativa escasez de información al respecto y la voluntad de continuar con un trabajo de investigación sobre estos aspectos.

CONCLUSIONES

La encuesta evidencia la disparidad en el conocimiento de los recursos entre los principales sistemas reportados por las participantes. En general, se reportan limitaciones significativas en la planificación y en los recursos disponibles, lo que puede resultar en una atención insuficiente a problemas de salud mental perinatal, incluidos los más comunes.

Por otro lado, se observan avances significativos en la formación y estructuras estables en varios países, lo que indica que hay suficientes fortalezas para implementar programas de formación más ambiciosos que se extiendan a toda la red de salud materno-infantil y de salud mental. También se han realizado progresos en la concienciación y difusión de la salud mental perinatal.

Es crucial profundizar en el conocimiento de la situación real de la salud mental en España e Hispanoamérica. Cada país tiene características y niveles de evolución distintos en salud mental perinatal, lo que requiere documentos de análisis más elaborados y encuestas periódicas para monitorear la evolución. Además, es necesario coordinar esfuerzos para obtener datos representativos más precisos, que incrementen la cobertura de la región y permitan una planificación adaptada a las necesidades específicas de cada población, en función de los sistemas locales y sus posibilidades.

Los poderes públicos, instituciones sanitarias y centros de investigación pueden facilitar la evaluación de esta atención mediante observatorios o encuestas temáticas en sus áreas de referencia, con el apoyo de asociaciones

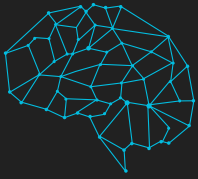
profesionales y científicas que estimulen las capacidades de cada país mediante la cooperación y colaboración internacional.

AGRADECIMIENTOS

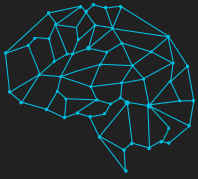
Las autoras desean agradecer a todas las participantes en la Encuesta que nos ayudaron en este esfuerzo.

BIBLIOGRAFÍA

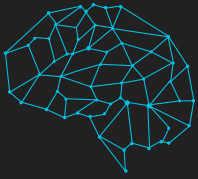
1. Addati, L., Cattaneo, U., Pozzan, E. (2022). Los cuidados en el trabajo: Invertir en licencias y servicios de cuidados para una mayor igualdad en el mundo del trabajo. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo.
2. Apoyo Consultoría (2022). Evaluación de Continuidad del Programa Nacional Cuna Más. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. <https://evidencia.midis.gob.pe/evaluacion-con-nuidadpncm-ife>
3. Arizu, J., González, M.A., Capurro, M.A., Torrecillas, M., Trautmann-Villalba, P. (2024). Maternal mental health and Newborn Intensive Care Units: regional experiences in Argentina. In: Lara-Cinisomo, S. (Ed.) An Integrated Approach to Perinatal Depression and Anxiety in Spanish-Speaking and Latina Women (English Edition). Springer Nature, pp. 89-104. https://doi.org/10.1007/978-3-031-57824-3_6
4. Ascarza, L. (2022). Las madres cuidadoras de Cuna Más no reciben un sueldo por su labor con los niños. Recuperado el 06/01/24 de: <https://saludconlupa.com/genero/cuidadoras-que-solo-reciben-propinas-asi-es-el-trabajo-de-miles-de-madres-de-cuna-mas/#:~:text=Luego%2C%20con%20la%20implementaci%C3%B3n%20de,el%20estipendio%20para%20el%202023.>
5. Aulicino, C., & Díaz Langou, G. (2016). Políticas públicas de desarrollo infantil en América Latina. Relevamiento y análisis de experiencias. Documento actualizado, 10 de junio de 2016. Recuperado el 08/12/24 de: <https://www.todospelaeducacao.org.br/primeirainfancia/download/politicas-publicas-espanhol-web-2016-APOYO.pdf>
6. Batthyány, K., Sharon Katzkowitz, S., Sol Scavino Solari, S. (2022). Género y teletrabajo: El caso de las trabajadoras del programa Uruguay Crece Contigo. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, Vol. 21, No. 3 (2022). <https://dx.doi.org/10.5027/psicoperspectivas-Vol21-Issue3-fulltext-2600>
7. BOLETÍN OFICIAL DE LAS CORTES GENERALES (2024). 121/000011 Proyecto de Ley de Familias. CONGRESO DE LOS DIPUTADOS, XV LEGISLATURA, Serie A: PROYECTOS DE LEY 8 de marzo de 2024 Núm. 11-1 Pág. 1 a 69. Recuperado el 08/12/24 de: https://www.congreso.es/public_oficiales/L15/CONG/BOCG/A/BOCG-15-A-11-1.PDF
8. Brockington, I., Butterworth, R., Glangeaud-Freudenthal, N., et al. (2016). An international position paper on mother-infant (perinatal) mental health, with guidelines for clinical practice. *Arch Womens Ment Health* (2016). DOI 10.1007/s00737-016-0684-7
9. Calderón Canales, F. (2022). Subsistema "Chile crece contigo", antes y durante la pandemia COVID-19. *Rev Cub Sal Públ* vol.48 no.4. Recuperada el 05/12/24 de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662022000400016#B1
10. Caparros-Gonzalez, R., Romero-Gonzalez, B., Peralta-Ramirez, M.I. (2018). Depresión posparto, un problema de salud pública mundial [carta]. *Rev Panam Salud Publica*. 2018;42:97 doi:<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.97>
11. Caro Molina, P. (2009). Análisis del programa Chile Crece Contigo desde los ideales normativos y la noción de prueba. *Revista de Trabajo Social*, 77.



- 25-37. Recuperada el 08/12/24 de: <file:///Users/jesuscobogomez/Downloads/000545889.pdf>
12. Castejón, M. Á., & Sanz, M. J. (2021). Informe sobre la revisión de planes y estrategia de salud mental de las comunidades autónomas en relación con la salud mental perinatal. *NACIENDO Revista Española de Psicología y Psicopatología Perinatal e Infantil*, 1, 111-120. <https://doi.org/10.52961/01.v5aw1768>
13. CEPAL (Comisión Económica para los países de América Latina y el Caribe) (2020b). *América Latina y el Caribe ante la pandemia del Covid-19: efectos económicos y sociales*. Recuperado en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/45337-america-latina-caribe-la-pandemia-covid-19-efectos-economicos-sociales>
14. Clarke, D., Cortes, G., Vergara Sepúlveda, D. (2020). Chile Crece Contigo: Lecciones de un programa pionero que llega a 1 millón de niños y 200.000 embarazadas. February 10. Recuperado el 08/12/24 de: <https://blogs.iadb.org/desarrollo-infantil/es/programa-pionero-primera-infancia/>
15. Comunidad de Madrid (2022). Oficina Regional de Coordinación de Salud Mental y Adicciones. Servicio Madrileño de Salud. Recuperado el 08/12/24 de: <https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/bvcm050836-1.pdf>
16. Consejería de Sanidad (2022). PLAN DE SALUD MENTAL DE CANTABRIA 2022-26. GOBIERNO de CANTABRIA. CONSEJERÍA DE SANIDAD - SERVICIO CÁNTABRO DE SALUD. Recuperado el 08/12/24 de: https://saludcantabria.es/uploads/pdf/consejeria/10-1191%20PLAN%20SALUD%20MENTAL%202022_WEB.pdf
17. Contreras-Carreto, N.A., Moreno-Sánchez, P., Márquez-Sánchez, E., Vázquez-Solares, V., Pichardo-Cuevas, M., Ramírez-Montiel, M.L., Segovia-Nova, S., González-Yóquez, T.A., Mancilla-Ramírez, J. (2022) Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos [Perinatal mental health and recommendations for integral care in gyneco-obstetric hospitals]. *Cirugía y cirujanos*, 90 (4), 564-572. <https://doi.org/10.24875/ciru.21000003>
18. Coo Calcagni, S., Mira Olivos, A., García Valdés, M.I., Zamudio Berrocal, P. (2021). Salud mental en madres en el período perinatal. *Andes pediátrica*, vol.92 no.5 Santiago oct. 2021. <http://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v92i5.3519>
19. Coo, S, Bennett, A.F., García, M.I. (2024). Perinatal Anxiety and Mother-Infant Health in Chile. In: Lara-Cinisomo, S. (Ed.) *An Integrated Approach to Perinatal Depression and Anxiety in Spanish-Speaking and Latina Women (English Edition)*. Springer Nature, pp. 105-118. https://doi.org/10.1007/978-3-031-57824-3_6
20. 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.
21. Cuellar-Flores, I., Álvarez-Cienfuegos, L., Arias, S., Cordero, E., Díaz, M., Fernández, A., Lanza, E., Serrano-Villar, M., Madrigal, A., Hernanz, A., Velayos, L., Álvarez, M., Eimil, B., Pérez, L., Jiménez, M., Jordán, C. y Dieguez, M. (2024). Programas de psicología clínica y salud mental perinatal en hospitales de la Comunidad de Madrid: Descripción y recomendaciones de buenas prácticas. *Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers*, 45(2), 108-115. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.3039>
22. Escuriat Peiro, R., Espada Trespalacios, X., Morros Serra, M., Alcaraz Vidal, L., Brigidí, S., Bueno Lopez, V., et al. (2023). Pla per a l'abordatge de la violència obstètrica i la vulneració dels drets sexuals i reproductius (2023-2028). Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2023. Recuperado el 05/01/24 de: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/10977/pla_abordatge_violencia_obstetrica_vulneracio_drets_sexuals_reproductius_2023_2028_2023.pdf?sequence=6&isAllowed=y
23. Florencia Melo, M. (2023). La licencia de paternidad, una asignatura pendiente en América Latina. *statista.com*, 14 jun 2023. Recuperado el 16/11/24 de: <https://es.statista.com/grafico/amp/25103/licencia-de-paternidad-en-america-latina/>
24. 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. *Lancet Psychiatry*. 2019 Feb;6(2):115-127. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30466-8
25. Gobierno de Aragón (2022). PLAN DE SALUD MENTAL 2022-2025. Recuperado el 08/12/24 de: <https://www.aragon.es/documents/20127/47401601/PLAN+DE+SALUD+MENTAL+DE+ARAG%C3%93N+2022-2025+d.pdf/63643efb-23fe-cfee-2e67-83e48d45b602?t=1673869931809>
26. GPC - Prevención, diagnóstico y manejo de la depresión prenatal y postparto en el primer y segundo niveles de atención (2021). Guía de Práctica Clínica: Evidencias y Recomendaciones. México, CENETEC; 2021 [Consultada el 26/11/24]. Disponible en: <http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-666-21/ER.pdf>
27. IBM® SPSS® Statistics (2021). <https://www.ibm.com/support/pages/downloading-ibm-spss-statistics-21>
28. Identificació precoç i intervenció breu del consum d'alcohol i altres drogues durant l'embaràs (2024). Recuperado de: <https://hemerotecadrogues.wp-comstaging.com/identificacio-precoc-i-intervencio-breu-del-consum-dalcohol-i-altres-drogues-durant-lembarar/>
29. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal (2024a). 'El mapa del desierto': La atención sanitaria a la Salud Mental Perinatal en España. Recuperado el 08/12/24 de: <https://saludmentalperinatal.es/el-mapa-del-desierto-la-atencion-sanitaria-a-la-salud-mental-perinatal-en-espana/>
30. Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal (2024b). EL MAPA DEL DESIERTO: La atención sanitaria a la Salud Mental Perinatal en España. Recuperado el 08/12/24 de: <https://saludmentalperinatal.es/wp-content/uploads/2024/04/dosier-el-mapa-del-desierto.pdf>
31. Inter-American Development Bank (2012). NICARAGUA. IDB COUNTRY STRATEGY (2012-2017), OCTOBER 2012. Recuperado el 08/12/24 de: [file:///Users/jesuscobogomez/Downloads/Nicaragua_%20Estrategia%20de%20pa%C3%ADs%20del%20IDB%20\(2012-2017\)_Nicaragua_%20Country%20Strategy%20with%20the%20IDB%20\(2012-2017\)%20\[37303954\].PDF](file:///Users/jesuscobogomez/Downloads/Nicaragua_%20Estrategia%20de%20pa%C3%ADs%20del%20IDB%20(2012-2017)_Nicaragua_%20Country%20Strategy%20with%20the%20IDB%20(2012-2017)%20[37303954].PDF)
32. IPC-IG y UNICEF (2020). Maternidad y paternidad en el lugar de trabajo en América Latina y el Caribe — políticas para la licencia de maternidad y paternidad y apoyo a la lactancia materna. Brasilia y Ciudad de Panamá: Centro Internacional de Políticas para el Crecimiento Inclusivo y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia — Oficina Regional para América Latina y el Caribe.
33. Krista, M., Perreira, K.M., Telles, E.E. (2014). The color of health: Skin color, ethnoracial classification, and discrimination in the health of Latin Americans. *Social Science & Medicine*, Volume 116, September 2014, Pages 241-250
34. Lara-Cinisomo, S., Mina Lopez, G., Flores-Carter, K. (2024). Developing a Culturally Responsive Mental Health Workforce for Spanish-Speaking and Latina/Latinx Birthing People with Perinatal Depression and Anxiety. In: Lara-Cinisomo, S. (Ed.) *An Integrated Approach to Perinatal Depression and Anxiety in Spanish-Speaking and Latina Women (English Edition)*. Springer Nature, pp. 207-222. https://doi.org/10.1007/978-3-031-57824-3_6



35. Lara, L. A., Ornelas, J. R., Rivera, W. A., Bocanegra, E. C., Madrigal, G. O., Díaz, M. C., ... & Chávez, J. F. C. (2012). Modelo de intervención temprana en la depresión posparto en un hospital de tercer nivel. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 17(2), 100-108.
36. Lara, M.A., Patiño, P., Navarrete, L., Nieto, N. (2017). Depresión posparto, un problema de salud pública que requiere de mayor atención en México. Género y salud en cifras, 15 (2), 12-25. Recuperado el 26/11/24 de: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/data/file/280078/2-depresionpostparto.pdf>
37. Ley 25.929 (2004). Parto Respetado. 17 de septiembre de 2004. <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/95000-99999/98805/norma.htm>
38. Ley 26.485 (2009). Protección integral para prevenir y sancionar la violencia contra las mujeres. 11 de marzo de 2009 <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=152155>
39. Ley 27.611 (2020). Atención y cuidado integral de la salud durante el embarazo y la primera infancia. 30 de diciembre de 2020. <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=346233>
40. Ley 27.733 (2023). Procedimientos Médico Asistenciales para la Atención a mujeres y personas gestantes frente a la muerte perinatal. 28 de septiembre de 2023. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27733-391366/normas-modifican>
41. Ley Federal del Trabajo - Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión (2024). Ley Federal del Trabajo. Diario Oficial de la Federación, Última Reforma DOF 30-09-2024. México. <https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFT.pdf>
42. Magalhães, P. (2019). Desarrollo Infantil Temprano: Uruguay Crece Contigo. Recuperado el 06/01/25 de: <https://socialprotection.org/es/discover/blog/desarrollo-infantil-temprano-uruguay-crece-contigo>
43. Manolova, G., Waqas, A., Chowdhary, N., Salisbury, T. T., & Dua, T. (2023). Integrating perinatal mental healthcare into maternal and perinatal services in low and middle income countries. *BMJ*, e073343. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-073343>
44. Maseko, J., Sikander, S., Turner, E.L., Bates, L.M., Ahmad, I., Atif, N., Baranov, V., Bhalotra, S., Bibi, A., Bibi, T., Bilal, S., Biroli, P., Chung, E., Gallis, J.A., Hagan, A., Jamil, A., LeMasters, K., O'Donnell, K., Scherer, E., Sharif, M., Waqas, A., Zaid, A., Zulfiqa, S., Rahman, A. (2020). Effectiveness of a peer-delivered, psychosocial intervention on maternal depression and child development at 3 years postnatal: a cluster randomised trial in Pakistan. *Lancet Psychiatry*. 2020 Sep;7(9):775-787. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30258-3
45. Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (2024). Programa Nacional Cuna Más. Recuperado el 08/12/24 de: <https://www.gob.pe/cunamas>
46. Ministerio de Sanidad (2021). Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026. Recuperado el 08/12/24 de: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf
47. Ministerio de Sanidad (2022). Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024. Versión: 9 de mayo de 2022. Estrategia Salud Mental del SNS. Plan de Acción de Salud Mental 2022-2024 / Dirección General de Salud Pública. Recuperado el 08/12/24 de: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/PLAN_ACCION_SALUD_MENTAL_2022-2024.pdf
48. Ministerio de Sanidad y Consumo (2007). Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud. Recuperada el 08/12/24 de: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPartoNormal/docs/Estrategia_de_atencion_al_parto_normal_en_el_Sistema_Nacional_de_Salud.pdf_1.pdf
49. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL (2010). Cuidados desde el nacimiento. Recomendaciones basadas en pruebas y buenas prácticas. Recuperado el 08/12/24 de: <https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/cuidadosDesdeNacimiento.pdf>
50. Navarrete, L., Lara, M. A., Berenzon, S., & Mora-Rios, J. (2022). Challenges of Perinatal Depression Care in Mexico City Health Centers. *International journal of women's health*, 14, 1667-1679. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S381196>
51. NOM007-SSA2-2016 (2016). Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida. 2016. NOM007-SSA2-2016. Disponible el 26/11/24 en: <https://www.cndh.org.mx/documento/nom-007-ssa2-2016-atencion-de-la-mujer-durante-el-embarazo-parto-y-puerperio-y-del-recien>
52. Palacios-Hernández, B., Bautista Vello, M.F., Martínez Rodríguez, M.S., Figueroa Carvajal, F.A., Benítez Domínguez, F.M., Pedraza Martínez, J.A., González-Rodríguez, A. (2024). Perinatal Mental Health in Women Living in Mexico During Periods of Crises: Experiences of an Earthquake and the COVID-19 Pandemic. In: Lara-Cinismo, S. (Ed.) *An Integrated Approach to Perinatal Depression and Anxiety in Spanish-Speaking and Latina Women (English Edition)*. Springer Nature, pp. 65-88. https://doi.org/10.1007/978-3-031-57824-3_6
53. Paricio del Castillo R. (2024). Salud materno-infantil y salud mental perinatal: un ámbito de mejora en la sanidad española. *Rev Esp Salud Pública*.2024; 98: 18 de abril e202404031.
54. Pla de Salut Mental Perinatal (2024). Recuperado el 08/12/24 de: <https://salutweb.gencat.cat/ca/departament/ambits-estrategics/atencio-salut-afectiva-sexual-reproductiva/linies-estrategiques/>
55. Pla Director de Salut Mental i Addiccions (2021). Recuperado el 08/12/24 de: <https://salutweb.gencat.cat/ca/departament/ambits-estrategics/atencio-salut-mental-addiccions/pla-director-pdsma/documents/>
56. Plan de acción de salud mental 2025 - 2027 (2025). Documento aprobado por el Comité Institucional de la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Comisionado de Salud Mental, Ministerio de Sanidad. Dirección: Belén González Callado (Comisionada de Salud Mental) y Francisco González Aguado (Subdirector General del Comisionado de Salud Mental). Coordinación técnica: Livia de Rezende Borges. Comisionado de Salud Mental. Autoría: Comisionado de Salud Mental, Carlos Zurita Zarco, Itamar Yepes Crespillo, Natalia Pérez Arango, Sofía Elisa Sanz Casado, Victoria Mon Trotti, Raquel Otero Llama, Jordi Palet Colomer, Maitane Berasaluce Heras (TRAGSATEC). Recuperado el 01/05/25 de: https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/saludMental/docs/Plan_de_accion_para_la_salud_mental_v2.6.pdf
57. Presidencia de la República Dominicana (2024). Atención integral a la Primera Infancia "Quisqueya Empieza Contigo". Recuperado el 08/12/24 de: <https://minpre.gob.do/transparencia/proyectos-y-programas/atencion-integral-a-la-primera-infancia-quisqueya-empieza-contigo/>
58. Presidencia de la República Oriental de Uruguay (2012). Uruguay Crece Contigo - La infancia primero. Recuperado el 06/01/25 de: https://medios.presidencia.gub.uy/jm_portal/2012/noticias/NO_F393/Resumen_Ejecutivo.pdf
59. Presidencia de la República Oriental de Uruguay (2023). [Programa] Uruguay Crece Contigo. Recuperado el 06/01/25 de: https://sitedat.iep.unesco.org/sites/default/files/sit_accion_files/programa_uruguay_crece_contigo.pdf
60. Prevenció i control del tabaquisme durant l'embaràs i la lactància "Embaràs sense fum" (2006). Recuperado el 05/01/25 de: <https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio/tabac/prevencio-control-tabaquisme-embaras-lactancia/>
61. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Depresión Prenatal y Posparto en el Primero y Segundo niveles de atención. México: Secretaría de Salud, 2014.



62. Programa embaràs sense alcohol ni drogues (2018). Recuperado de: https://drogues.gencat.cat/ca/professionals/prevencio/programes_i_recursos/ambit_serveis_de_salut/salut-sexual-i-reproductiva-/sexual/#a-qui-va-dirigit
63. Protocol de Seguiment de l'Embaràs a Catalunya (2018). Recuperado el 05/01/25 de: <https://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio/embaras-part-puerperi/protocol-seguiment-embaras/>
64. Red SMP (2020). *Red Iberoamericana de Salud Mental Perinatal*. Sociedad Marcé Española de Salud Mental Perinatal. Recuperado el 16/11/24 de: <https://www.sociedadmarce.org/red-iberoamericana-salud-mental-perinatal.cfm>
65. Sánchez Suárez, V.R. (2017). Más que una guardería. El tránsito de Wawa Wasi a Cuna Más en Jicamarca. Serie Avances de Investigación, 26. Grupo de Análisis para el Desarrollo (GRADE), Lima, Perú. Recuperado el 06/01/25 de: <https://www.grade.org.pe/wp-content/uploads/AI26.pdf>
66. Sikander, S., Ahmad, I., Atif, N., Zaidi, A., Vanobberghen, F., Weiss, H.A., Nisar, A., Tabana, H., Ul Ain, Q., 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. *Lancet Psychiatry*. 2019 Feb;6(2):128-139. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30467-X
67. Silva, C. (2024). Salud mental perinatal: ni recursos suficientes ni estrategias de prevención a nivel nacional. En: Recuperado el 08/12/24 de: https://www.consalud.es/pacientes/dia-mujer-salud-mental-perinatal_141132_102.html
68. Thinking Healthy Pilot in Peru (2024). Recuperado de: <https://www.mhinnovation.net/innovations/thinking-healthy-pilot-peru>
69. Unicef (2019). *PARENTAL LEAVE AND FAMILY-FRIENDLY POLICIES*. An evidence brief. <https://www.unicef.org/sites/default/files/2019-07/UNICEF-Parental-Leave-Family-Friendly-Policies-2019.pdf>
70. Varley, P., Boatright Wilson, J., Kahn, H.S. (2021). By design: The thinking behind Uruguay *Crece Contigo* Planners Mull Ambitious Early Childhood Model in Chile (A). Harvard Kennedy School, Recuperado el 06/01/25 de: <https://vanleerfoundation.org/publications-reports/by-design-the-thinking-behind-uruguay-crece-contigo-planners-mull-ambitious-early-childhood-model-in-chile/>
71. Woody, C., Ferrari, A., Siskind, D., Whiteford, H., & Harris, M. (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>
72. World Health Organization [WHO] (2022). *Guide for Integration of Perinatal Mental Health in Maternal and Child Health Services*. WHO; Geneva, Switzerland: 2022.

ANEXO 1: ENCUESTA ENVIADA.

"Desde la Red Iberoamericana hemos puesto en marcha una encuesta para conocer el estado de la Salud Mental Perinatal en su país. A continuación, vamos a preguntarle una serie de datos de carácter personal divididos en 4 bloques. La encuesta completa se responde aproximadamente en 5 minutos. Le explicamos seguidamente las características de los datos que se solicitan:

- Bloque I. En el primero, queremos conocer el país de procedencia de la persona o asociación que responde a la encuesta.
- Bloque II. En el segundo, le preguntamos sobre los recursos públicos de asistencia a la salud mental perinatal de su país.

- Bloque III. En el tercero, le preguntamos sobre la disponibilidad de recursos privados de atención a la salud mental perinatal en su país.
- Bloque IV. En el cuarto, le preguntamos sobre la disponibilidad de guías oficiales y extraoficiales sobre las pautas de actuación en materia de salud mental perinatal. Bloque V: Por último, en este bloque podrá responder preguntas sobre la disponibilidad de formación sobre salud mental perinatal en su país.

Esta información nos ayudará a conocer las prácticas y recursos disponibles en los diferentes países que componen la Red Iberoamericana y por lo tanto, identificar necesidades en este campo.

La Sociedad Marcé Española para la Salud Mental Perinatal, en cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPD-GDD) y la Ley 4/2008, de 24 de abril, del libro tercero del Código civil de Cataluña, se compromete a salvaguardar la confidencialidad de las/los participantes, así como a custodiar y tratar los datos, únicamente para los objetivos anteriormente descritos.

Si está de acuerdo, clique el botón ACEPTO.

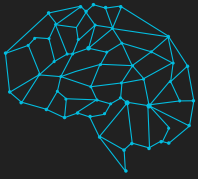
Si necesita más información, escriba un email a: secretaria@sociedadmarce.org

Si no está de acuerdo, clique el botón NO ACEPTO.

Gracias por su colaboración."

VARIABLES INCLUIDAS:

1. Escribe el país sobre el que vas a realizar la encuesta:
2. Por favor, escribe un correo electrónico de contacto:
3. ¿Dispone tu país de asistencia PÚBLICA genérica para la atención a la Salud Mental Perinatal?:
4. ¿Dispone tu país de un centro PÚBLICO que realice cribado GENERAL para identificar a las mujeres que presentan SINTOMATOLOGÍA EMOCIONAL en la etapa perinatal?:
5. Describe brevemente cuál es el sistema de cribado GENERAL que se sigue en este centro PÚBLICO para detectar a mujeres que presentan SINTOMATOLOGÍA EMOCIONAL:
6. ¿Dispone tu país de un centro PÚBLICO que realice cribado ESPECÍFICO para identificar a las mujeres que presentan DEPRESIÓN POSPARTO?:
7. Describe brevemente cuál es el sistema de cribado ESPECÍFICO que se sigue en este centro PÚBLICO para detectar a mujeres que presentan DEPRESIÓN POSPARTO:
8. ¿Dispone tu país de asistencia PRIVADA genérica para la atención a la Salud Mental Perinatal?:



9. ¿Dispone tu país de un centro PRIVADO que realice cribado GENERAL para identificar a las mujeres que presentan SINTOMATOLOGÍA EMOCIONAL en la etapa perinatal?
10. Describe brevemente cuál es el sistema de cribado GENERAL que se sigue en este centro PRIVADO para detectar a mujeres que presentan SINTOMATOLOGÍA EMOCIONAL:
11. ¿Dispone tu país de un centro PRIVADO que realice cribado ESPECÍFICO para identificar a las mujeres que presentan DEPRESIÓN POSPARTO?:
12. Describe brevemente cuál es el sistema de cribado ESPECÍFICO que se sigue en este centro PRIVADO para detectar a mujeres que presentan DEPRESIÓN POSPARTO:
13. ¿Existen en tu país GUÍAS OFICIALES de atención a la Salud Mental Perinatal? (p.ej., ministerios, guías públicas):
14. Por favor, escribe el nombre y página web de la guía OFICIAL sobre Salud Mental Perinatal:
15. ¿Existen en tu país OTRAS GUÍAS de atención a la Salud Mental Perinatal? (p.ej., sociedades, locales, regionales):
16. Por favor, escribe el nombre y página web de OTRAS GUÍAS sobre Salud Mental Perinatal:
17. ¿Existen en tu país Universidades o Departamentos que se dediquen a la Salud Mental Perinatal?:
18. Por favor, escribe el nombre de la Universidad o Departamento dedicado a la Salud Mental Perinatal:
19. ¿Existe en tu país formación específica sobre Salud Mental Perinatal?:
20. Por favor, escribe el nombre de la formación ofertada, el centro que la oferta y la página web de la misma: