

Barreras de acceso a tratamiento de madres con depresión posparto en centros de atención primaria: un modelo predictivo¹

Pablo Martínez²
Paul A. Vöhringer³
Graciela Rojas⁴

Objetivo: desarrollar un modelo predictivo para evaluar los factores que modifiquen el acceso a tratamiento para la DPP. **Métodos:** estudio prospectivo de madres que asistieron a control de niño sano en centros de atención primaria. En evaluación basal y 3 meses, se registraron: datos sociodemográficos, gineco-obstétricos, variables de uso de servicios, síntomas depresivos con la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) y calidad de vida con el Cuestionario de Salud SF-36. El diagnóstico de depresión se hizo con el MINI. Se siguió a madres que en evaluación basal tenían DPP. **Resultados:** se construyó un modelo estadístico para determinar los factores que impidieron el acceso a tratamiento, compuesto por: ítems del EPDS 2 (OR 0,43, IC95%: 0,20-0,93) y 5 (OR 0,48, IC95%: 0,21-1,09), e historia previa de tratamiento de depresión (OR 0,26, IC95%: 0,61-1,06). Área bajo la curva ROC para el modelo=0,79; valor de p para la prueba de Hosmer-Lemeshow=0,73. **Conclusión:** se elaboró un perfil simple, bien calibrado y discriminante, que sugiere que los/las enfermeros/as estén atentos/as a aquellas madres con DPP que presenten baja/nula anhedonia (ítem 2 EPDS), escaso/nulo pánico/miedo (ítem 5 EPDS), y sin antecedentes de depresión, ya que es probable que estas mujeres no ingresen a tratamiento.

Descriptores: Depresión Posparto; Accesibilidad a los Servicios de Salud; Atención Primaria de Salud.

¹ Apoyo financiero de la Iniciativa Científica Milenio, Chile, proceso n° IS130005 y del Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico, Chile, proceso n° 1130230.

² Estudiante de doctorado, Escuela de Psicología, Universidad de Santiago de Chile, Santiago, Chile. Investigador Asistente, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

³ PhD, Profesor Asociado, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

⁴ PhD, Profesor Titular, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Clínico, Facultad de Medicina, Universidad de Chile, Santiago, Chile.

Introducción

La depresión posparto (DPP) es un problema de salud pública a escala mundial⁽¹⁾. Es la condición psiquiátrica más frecuente durante el posparto⁽²⁾ y existe una extensa documentación del grado de discapacidad que puede llegar a provocar en la madre⁽³⁾, su asociación al rezago en el desarrollo infantil y a trastornos conductuales en la vida adulta de la descendencia⁽⁴⁾.

En Chile, estudios que utilizaron criterios diagnósticos estandarizados establecieron una prevalencia de DPP en torno al 20%, en la atención primaria (APS) del sistema público de salud⁽⁵⁾. En cambio, un estudio que usó la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS), validada en Chile⁽⁶⁾, reportó que un 41,3% de las madres que se atienden en consultorios se encuentran afectadas por intensa sintomatología depresiva entre los 2 y 3 meses posparto⁽⁷⁾, es decir, en riesgo de padecer DPP.

Aún cuando una proporción considerable de las madres usuarias de APS presentan alto riesgo y que la relevancia de la salud materno-infantil produce un mayor contacto con los centros de salud en este período, la patología depresiva no es habitualmente detectada ni tratada⁽⁸⁾, a pesar de la existencia de tratamientos efectivos⁽⁹⁾.

Ante esto, el Ministerio de Salud⁽¹⁰⁾ promovió la detección temprana de la DPP, recomendando un tamizaje universal en APS, por lo que el EPDS es aplicado por profesionales de enfermería en controles del niño y la mujer durante el posparto. No obstante, las tasas de tratamiento continúan siendo bajas.

Al respecto, la literatura nacional ha evidenciado la presencia de barreras de acceso a los servicios de salud para madres deprimidas, detectándose necesidades de capacitación del recurso humano en APS, para lograr mayor fidelidad a los lineamientos ministeriales y efectuar un monitoreo más estricto de mujeres en riesgo⁽¹¹⁾.

Se considera que la construcción de un modelo predictivo que identifique factores que modifiquen el acceso a tratamiento puede ser útil para la reducción de la brecha de tratamiento de la DPP, mediante la focalización en el uso del recurso humano disponible en el sistema público de salud y, específicamente, potenciando el papel de profesionales de enfermería en la detección de la DPP, durante los controles de rutina.

No existen estudios en el medio local, que hayan indagado en este aspecto en la actualidad.

El objetivo de este estudio fue el de desarrollar un modelo predictivo, para evaluar los factores que modifiquen el acceso a tratamiento para la DPP en APS.

Método

Estudio de cohortes, prospectivo. El marco muestral correspondió a todos los centros de salud de APS, localizados en municipios urbanos de la Región Metropolitana (RM), Chile (n=120). Se seleccionó al establecimiento de APS que registró la mayor cantidad de controles de niño sano de los 2 meses, en cada uno de los seis Servicios de Salud de la RM, según datos administrativos del Ministerio de Salud, correspondientes al período Enero-Septiembre 2012. De esta forma, la muestra quedó conformada por seis establecimientos municipales de APS de la RM, Chile. Como los datos administrativos del Ministerio de Salud no se encontraban desagregados por mes.

Durante los meses de Enero y Febrero 2013, se reclutó consecutivamente a madres que asistían a control de niño sano, del segundo o sexto mes postparto, en los centros de salud seleccionados. Posterior al examen de rutina, personal del estudio incluyó a las usuarias que dieron su consentimiento informado, que eran mayores de 18 años, no tenían discapacidad intelectual y que podían ser contactadas telefónicamente. Todas las mujeres accedieron a participar en forma voluntaria.

Una semana después, se realizó una entrevista telefónica estructurada (diagnóstico basal), que evaluó: antecedentes sociodemográficos, datos gineco-obstétricos y perinatales, sintomatología depresiva con la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS)⁽⁷⁾, la confirmación del diagnóstico de Episodio Depresivo Mayor actual en el posparto (DPP) con la entrevista psiquiátrica estructurada MINI⁽¹²⁾ y la calidad de vida con el Cuestionario de Salud SF-36⁽¹³⁾.

La muestra final utilizada para la recolección de datos y análisis de este estudio, incluyó solo a mujeres en las que se confirmó una DPP, según la MINI, en el diagnóstico basal.

Definición de variable dependiente

Luego de tres meses, se revisaron las fichas clínicas de las usuarias con DPP (evaluación de seguimiento), considerándose como no acceso a tratamiento: si posterior al diagnóstico basal no se registró la asistencia a ninguna consulta de salud mental en el consultorio (variable dicotómica).

Definición de variables independientes

Para determinar las variables predictoras de no acceso a tratamiento en madres con DPP en APS, se realizó una revisión de la literatura⁽¹⁴⁻²¹⁾. De este

modo, fueron seleccionadas las siguientes variables como posibles predictoras: edad, estado civil, nivel educacional, estado ocupacional actual, con quién vive en el hogar, número de hijos, planificación del último embarazo, ayuda en el cuidado del bebé, historia de tratamientos previos de depresión, sintomatología depresiva (puntaje total del EPDS y puntaje en cada ítem de este instrumento) y calidad de vida (según las dimensiones del SF-36).

Todas las variables que resultaron significativas a un valor de $p < 0,1$, en el análisis de regresión logística univariada, fueron ingresadas al modelo multivariado utilizando una técnica de selección de pasos hacia atrás (*backward*), para obtener el modelo predictivo multivariado más parsimonioso. Para medir el grado de calibración del modelo predictivo, es decir, la cuantificación de la coincidencia entre la probabilidad predicha y la observada, se utilizó la prueba de Hosmer-Lemeshow. Para evaluar la capacidad de discriminación del modelo, es decir, la probabilidad de poder distinguir entre un caso de DPP y un no caso desde un par de observaciones tomadas al azar, se utilizó el área bajo la curva ROC (*Receiver Operating Characteristics*). Los

análisis estadísticos fueron realizados con el programa Stata 12.0⁽²²⁾. Todos los estimados fueron reportados en conjunto, con intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados

La muestra inicial fue de 305 mujeres. En el diagnóstico basal, se confirmó DPP en 63 de éstas (20,7%), las cuales conformaron la muestra final para el análisis. En la evaluación de seguimiento se pudo acceder a las fichas clínicas de todas las mujeres de la muestra final, en consecuencia, no hubo datos perdidos.

Como se observa en la Tabla 1, las participantes con DPP tuvieron una media de edad de 27,6 años (Desviación Estándar [DE] de 6,5 años), la mayoría eran solteras (58,7%, IC95%: 46,2-71,2) y con enseñanza media completa (50,8%, IC95%: 38,1-63,5). Al momento de ser evaluadas, un 47,6% (IC95%: 34,9-60,3) vivía en casa con su pareja, y más de la mitad se dedicaban a labores domésticas (60,3%, IC95%: 47,9-72,7). Casi la mitad (46%, IC95%: 33-59) de las mujeres reconoció haber sido tratadas por episodios depresivos previos. De las 63 mujeres con DPP, un 79,4% (IC95%: 69,1-89,6) no accedieron a tratamiento a los tres meses.

Tabla 1 - Características sociodemográficas y clínicas de la muestra, estratificadas por condición de acceso a tratamiento. Santiago, Región Metropolitana, Chile, 2012-2013*†

Variable	Total muestra analizada (n = 63)	Acceso a tratamiento 20,6% (n = 13)	No acceso a tratamiento 79,4% (n = 50)	Diferencia entre medias o RR (IC95%)‡
Edad (años)	27,6 (6,5)	29,6 (6,9)	27,1 (6,4)	2,56 (-1,47, 6,58)
Número de hijos	2,2 (1,1)	2,4 (1,1)	2,1 (1,1)	0,28 (-0,41, 0,98)
Estado civil				
Soltera	37 (58,7)	9 (24,3)	28 (75,7)	0,89 (0,70, 1,14)
Conviviente	8 (12,7)	0 (0)	8 (100)	1,31 (1,13, 1,52)
Casada	11 (17,5)	3 (27,3)	8 (72,7)	0,90 (0,61, 1,32)
Separada	7 (11,1)	1 (14,3)	6 (85,7)	1,09 (0,78, 1,52)
Escolaridad				
Básica incompleta	4 (6,3)	1 (25)	3 (75)	0,94 (0,53, 1,68)
Básica completa	5 (7,9)	2 (40)	3 (60)	0,74 (0,36, 1,53)
Media incompleta	10 (15,9)	2 (20)	8 (80)	1,01 (0,72, 1,42)
Media completa	32 (50,8)	4 (12,5)	28 (87,5)	1,23 (0,95, 1,60)
Superior	12 (19)	4 (33,3)	8 (66,7)	0,81 (0,53, 1,23)
Ocupación actual				
Dueña de casa	38 (60,3)	9 (23,7)	29 (76,3)	0,91 (0,71, 1,16)
Estudiante	1 (1,6)	0 (0)	1 (100)	1,27 (1,11, 1,44)
Trabajadora	23 (36,5)	3 (13)	20 (87)	1,16 (0,91, 1,47)
Cesante	1 (1,6)	1 (100)	0 (0)	0
Vive con				
Pareja	30 (47,6)	3 (10)	27 (90)	1,29 (1,00, 1,67)
Padres	19 (30,2)	6 (31,6)	13 (68,4)	0,81 (0,58, 1,13)
Sola con hijos	8 (12,7)	2 (25)	6 (75)	0,94 (0,62, 1,43)
Otros	6 (9,5)	2 (33,3)	4 (66,7)	0,83 (0,46, 1,48)
Embarazo planificado	19 (30,2)	1 (5,3)	18 (94,7)	1,30 (1,06, 1,61)
Recibe ayuda en cuidado del bebé	39 (61,9)	32 (82,1)	7 (17,9)	0,91 (0,70, 1,20)
Tratamientos previos de depresión	29 (46)	9 (31)	20 (69)	0,78 (0,59, 1,03)

(continúa...)

Tabla 1 - *continuación*

Variable	Total muestra analizada (n = 63)	Acceso a tratamiento 20,6% (n = 13)	No acceso a tratamiento 79,4% (n = 50)	Diferencia entre medias o RR (IC95%) ‡
EPDS (puntaje total) [§]	16,4 (4,4)	18,3 (4,7)	15,9 (4,2)	2,39 (-0,27, 5,05)
Componente sumario físico	47,1 (10)	43,2 (8,7)	48,1 (10,2)	-4,83 (-10,99, 1,33)
Componente sumario mental	24,4 (10,6)	22,9 (5,5)	24,8 (11,6)	-1,88 (-8,5, 4,75)

* Los datos son Media (DE) o n (%).

† Se han omitido en esta presentación el puntaje detallado de cada ítem de la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) y las dimensiones no sumarias (resumen) del Cuestionario de Salud SF-36.

‡ Se utilizó diferencia de medias para variables continuas y Riesgo Relativo (RR), para variables dicotómicas o categoriales

§ EPDS, puntaje de 0 a 30, del Cuestionario de Salud SF-36, puntaje de 0 a 100. A mayor puntaje, mejor estado de salud

Las siguientes variables fueron incluidas en el modelo predictivo multivariado de regresión logística, tras haber alcanzado la significancia estadística fijada ($p < 0,1$) en la evaluación univariada: planificación del embarazo, historia de tratamientos previos de depresión, puntaje total del EPDS, ítem 2 del EPDS ("anhedonia durante la última semana"), ítem 5 del EPDS ("pánico o miedo durante la última semana"), dimensión de funcionamiento físico del SF-36 y dimensión de salud general del SF-36.

Tras aplicar la técnica de selección de variables de pasos hacia atrás, el modelo final incluyó los siguientes factores que impidieron el acceso a tratamiento:

1. Historia de tratamientos previos de depresión.
2. Ítem 2 del EPDS, presencia de anhedonia durante la última semana.
3. Ítem 5 del EPDS, presencia de pánico o miedo durante la última semana.

Se observa que en conjunto, las variables incluidas clasifican correctamente un 82,5% de los casos totales,

caracterizándose por poseer una alta sensibilidad (96%), una especificidad de 30,8%, un alto valor predictivo positivo (VPP) de 84,2% y un buen valor predictivo negativo (VPN) de 66,7%.

Al evaluar el comportamiento del modelo predictivo en la muestra analizada, con una prevalencia de no acceso a tratamiento del 79,4%, se obtiene un VPP de 91,9%, demostrando una alta probabilidad de que las mujeres presenten la condición, esto es no accedan a tratamiento, si el conjunto de variables así lo predicen. Por otra parte, el VPN obtenido resulta ser bajo (38,5%), sugiriendo que un resultado negativo en el modelo predictivo es poco útil para determinar si las madres con DPP acceden a tratamiento.

La calibración del modelo es buena, ya que el grado de desajuste entre la probabilidad predicha y observada no alcanza niveles significativos, según la prueba de Hosmer-Lemeshow ($p = 0,73$), y el área bajo la curva ROC (auROC=0,79) sugiere una buena capacidad discriminante (Figura 1).

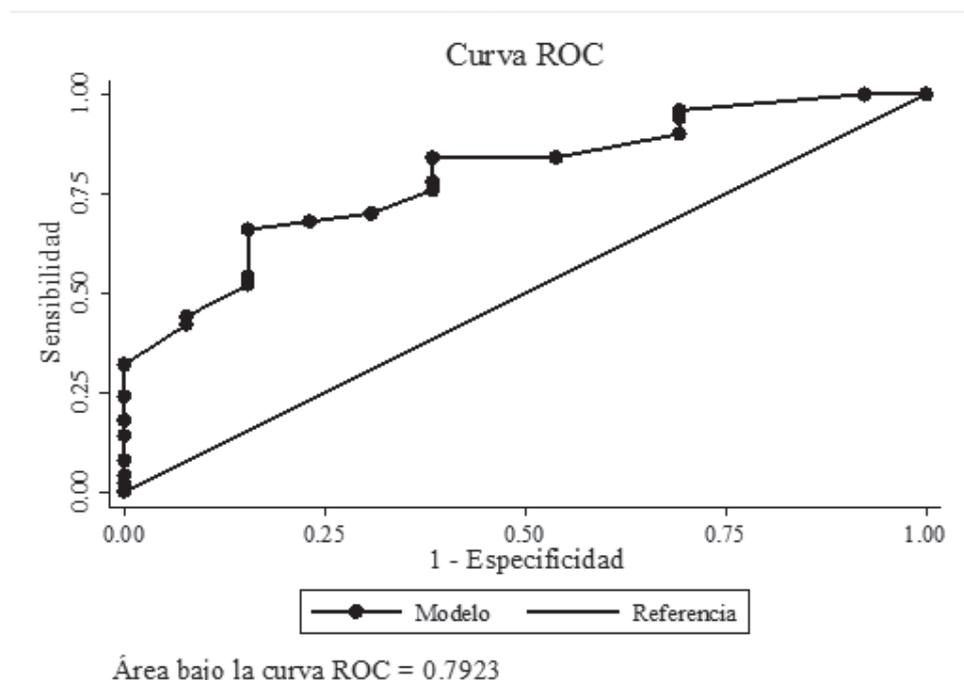


Figura 1 - Capacidad discriminante del modelo de regresión logística multivariado ajustado

En el modelo final (Tabla 2), el aumento en el segundo ítem del EPDS ("anhedonia"), en un punto adicional disminuye en un 57% (Odds Ratio [OR] 0,43, IC95%: 0,20-0,93) la probabilidad de *no acceder* a tratamiento. En forma similar, el aumento de un punto en el ítem 5 del EPDS ("pánico/miedo") disminuye

poco más de la mitad (OR 0,48, IC95%: 0,21-1,09) la probabilidad de *no acceder* a tratamiento. Finalmente, tener positivo el antecedente de tratamientos previos de depresión, disminuye en 74% (OR 0,26, IC95%: 0,061-1,06) la probabilidad de *no acceder* al tratamiento, en comparación con aquellas mujeres que no han tenido tratamientos previos de depresión.

Tabla 2 - Modelo predictivo de regresión logística multivariada. Santiago, Región Metropolitana, Chile, 2012-2013

No acceso a tratamiento	OR*	IC 95%† para OR		Valor de p
		Inferior	Superior	
Ítem 2 EPDS: anhedonia	0,43	0,20	0,93	0,033
Ítem 5 EPDS: pánico/miedo	0,48	0,21	1,09	0,079
Historia de tratamiento previo de depresión	0,26	0,061	1,06	0,061
Constante	135,19	8,66	2111,62	0,000

a de Depresión Posparto de Edimburgo

A pesar de que los dos últimos predictores no alcanzaron significación estadística, fueron "forzados" dentro del modelo por el aporte a la elaboración más parsimoniosa del modelo predictivo y además basado en literatura que apoyaba su inclusión^(15-17,21).

Discusión

Se trata del primer estudio en la literatura nacional que desarrolla un modelo predictivo para evaluar los factores que modifican el acceso a tratamiento para la DPP, en madres usuarias de APS. El acceso a tratamiento de las mujeres con DPP es muy bajo, a pesar de tener acceso universal y disponibilidad de tratamientos efectivos.

Según este estudio, las mujeres que presentan DPP y que no acceden a tratamiento son las que padecen bajos niveles de anhedonia y síntomas ansiosos (pánico y miedo), y que no tienen antecedentes previos de haber sido tratadas por episodio depresivo.

El modelo elaborado es simple (consta de solo tres factores), posee una buena calibración y tiene una buena capacidad discriminante. Destaca su buena sensibilidad (96%), lo que indica que las variables incluidas son capaces, en su conjunto, de predecir adecuadamente qué mujeres no acceden a tratamiento.

Ha de considerarse que el valor predictivo es bastante sensible a la prevalencia del evento. Para este caso, la alta prevalencia de la condición estudiada (no acceso a tratamiento) se ve reflejada en el alto VPP exhibido por el modelo, lo que sugiere que si el conjunto de variables predicen que el evento ocurrirá, es muy probable que las madres tiendan a no acceder a tratamiento. De ahí que el conocimiento de esto por parte de el/la enfermero/a pueda resultar de gran

utilidad, anticipándose al evento e informando al equipo de salud.

Las características mencionadas sugieren que el modelo tiene aplicabilidad potencial para abordar la acuciante brecha de tratamiento de la DPP en la APS, evidenciada en estudios recientes⁽⁸⁾, por lo tanto, es de relevancia para la salud pública y para las funciones efectuadas por profesionales de enfermería durante el postparto.

No obstante la trascendencia práctica de los hallazgos, estos han de ser mirados con cautela. El estudio corresponde a análisis secundarios de bases de datos de una investigación que fue desarrollada con otro propósito, esto genera importantes limitaciones: es probable que predictores eventualmente significativos no hayan sido incluidos, ya que el acceso a tratamiento de la depresión posparto ha sido descrito como un fenómeno complejo en el que intervienen variables no fácilmente cuantificables como la carga de trabajo doméstico, los ideales de maternidad y el estigma asociado a los problemas de salud mental^(12,17). Adicionalmente, los análisis se realizaron sobre la base de una muestra pequeña (n=63), lo que puede afectar la potencia del estudio.

Sin embargo, la no inclusión de variables de difícil medición ("complejas") tiene que ver con la elaboración de un perfil de riesgo pragmático, de uso relativamente simple y que no requiera un esfuerzo adicional de parte de el/la profesional de enfermería en APS. No se trata de descartar tópicos importantes para el abordaje de la DPP (y de la salud materna, en general), como lo son la carga de trabajo doméstico, las ideas de maternidad y el estigma en salud mental, sin embargo, para el diseño de estrategias que apunten en aquella vía se requiere de mayor investigación y trabajo intersectorial.

Por otra parte, cabe señalar que las variables incluidas en el perfil de riesgo (puntaje en ítems del EPDS 2 -anhedonia- y 5 -pánico y miedo-, y antecedente de tratamientos previos de depresión), encuentran sustento en la literatura que reporta que el acceso a tratamiento por la depresión se encuentra asociado a los niveles de sintomatología depresiva (o grado de discapacidad) y a la historia de tratamientos de la patología^(14-16,20).

Es razonable pensar que el modelo predictivo elaborado puede ser un aporte valioso para orientar la toma de decisiones de profesionales de enfermería, al identificar un perfil de madres con DPP en alto riesgo de no acceder a tratamiento valiéndose de antecedentes ya disponibles y/o de fácil obtención.

Por ejemplo, para el antecedente de tratamientos previos de depresión, el auto reporte es generalmente fiable si es que este dato no está consignado en los registros clínicos⁽²³⁾. Para el caso del puntaje obtenido por las usuarias en los ítems 2 y 5 del EPDS, cabe señalar que los/las profesionales de enfermería realizan un tamizaje universal con este instrumento en los controles posparto de niño sano, instancia en que se levanta la sospecha de DPP, puerta de entrada para el tratamiento de la patología⁽¹⁰⁾.

Por ende, la utilización de este perfil de riesgo no conllevaría una carga adicional o distinta a las labores ya ejecutadas en la APS, permitiendo la focalización de recursos del sistema público de salud y la implementación de estrategias facilitadoras de acceso a tratamiento, en esta población de madres en un punto crítico.

Al respecto, la literatura señala la necesidad de capacitación de los equipos de APS para el manejo de la DPP, considerándose trascendental el establecimiento de protocolos de derivación en caso que el tamizaje resulte indicativo de sospecha de la patología, lo que implica informar adecuadamente a las madres sobre su posible depresión, motivarlas para que acudan al tratamiento y priorizar la disponibilidad de horas asistenciales^(11,24).

Conclusión

En conclusión, se considera que el presente estudio abre un campo para futuras investigaciones al establecer un perfil de riesgo para el no acceso a tratamiento en la APS, de madres con DPP. Se trata de un modelo predictivo pragmático, que puede orientar los recursos humanos disponibles en la APS, para apoyar la implementación de estrategias orientadas a combatir la brecha de tratamiento de una enfermedad que ha sido reconocida como problema de salud pública. En esta misma línea, se sugiere que los/las enfermeros/as estén atentos/as a aquellas madres con DPP que presentan baja anhedonia, o ausencia de ésta, sin pánico o miedo

y sin antecedentes de depresión, ya que son estas las pacientes que tienen una mayor probabilidad de no acceder a tratamiento por la patología, según el modelo. Se requiere de futuros estudios para la validación y medición del impacto del uso de este perfil de riesgo en contextos clínicos reales.

Agradecimientos

Agradecemos a todos los centros de atención primaria y mujeres que participaron del estudio.

Referencias

1. Almond P. Postnatal depression: a global public health perspective. *Perspect Public Health*. 2009;129(5):221-7.
2. O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annu Rev Clin Psychol*. 2013;9:379-407.
3. Rojas G, Fritsch R, Solís J, González M, Guajardo V, Araya R. Calidad de vida de mujeres deprimidas en el posparto. *Rev Med Chile*. 2006;134:713-20.
4. Parsons CE, Young KS, Rochat TJ, Kringelbach ML, Stein A. Postnatal depression and its effects on child development: a review of evidence from low- and middle-income countries. *Br Med Bull*. 2012;101(1):57-79.
5. Alvarado R, Rojas M, Monardes J, Perucca E, Neves E, Olea E, et al. Cuadros depresivos en el posparto en una cohorte de embarazadas: construcción de un modelo causal. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr*. 2000;38(2):84-93.
6. Jadresic E, Araya R, Jara C. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Chilean postpartum women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1995;16:187-91.
7. Jadresic E, Araya R. Prevalencia de depresión posparto y factores asociados en Santiago, Chile. *Rev Med Chile*. 1995;123(6):694-9.
8. Castañón C, Pinto J. Mejorando la pesquisa de depresión posparto a través de un instrumento de tamizaje, la escala de depresión posparto de Edimburgo. *Rev Med Chile*. 2008;136:851-8.
9. Rojas G, Solís J, Jadresic E, Castillo C, González M, Guajardo V, et al. Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2007;370(9599):1629-37.
10. Ministerio de Salud (Chile). Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años [Internet]. 2008. [Acesso 15 dez 2014]. Disponível em: http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2008_Manual-para-el-Apoyo-y-Seguimiento-del-Desarrollo-Psicosocial-de-los-Ninos-y-Ninas-de-0-a-6-Anos.pdf.

11. Rojas G, Santelices MP, Martínez P, Tomicic A, Reinel M, Olhaberry M, et al. Barreras de acceso a tratamiento de la depresión posparto en centros de atención primaria de la Región Metropolitana: un estudio cualitativo. *Rev Med Chile*. 2015; 143:424-32.
12. Sheehan DV, Lecrubier Y, Harnett F, Sheehan K, Amorim P, Janavs J, et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *J Clin Psychiatry*. 1998;59(Suppl20):22-33.
13. Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 HealthSurvey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin Barcelona*. 1995;104(20):771-6.
14. Blumenthal R, Endicott J. Barriers to seeking treatment for major depression. *Depress Anxiety*. 1996-1997;4(6):273-8.
15. Andrews G, Issakidis C, Carter G. Shortfall in mental health service utilisation. *Br J Psychiatry*. 2001;179:417-425.
16. Bristow K, Patten S. Treatment-seeking rates and associated mediating factors among individuals with depression. *Can J Psychiat*. 2002;47(7):660-5.
17. Dennis CL, Chung-Lee L. Postpartum Depression Help-Seeking Barriers and Maternal Treatment Preferences: A Qualitative Systematic Review. *Birth*. 2006;33(4):323-31.
18. Steele L, Dewa C, Lee K. Socioeconomic status and self-reported barriers to mental health service use. *Can J Psychiatry*. 2007;52(3):201-6.
19. Gadalla TM. Comparison of users and non-users of mental health services among depressed women: a national study. *Women & Health*. 2008;47(1):1-19.
20. Farr SL, Bitsko RH, Hayes DK, Dietz PM. Mental health and access to services among US women of reproductive age. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203(6):542.e1-9.
21. Mohr DC, Ho J, Duffecy J, Baron KG, Lehman KA, Jin L, et al. Perceived barriers to psychological treatments and their relationship to depression. *J Clin Psychol*. 2010;66(4):394-409.
22. StataCorp. 2011. *Stata Statistical Software: Release 12*. College Station, TX: StataCorp LP; 2011.
23. Goldberg RW, Seybolt DC, Lehman A. Reliable self-report of health service use by individuals with serious mental illness. *Psych Serv*. 2002;53:879-81.
24. Yawn B, Olson A, Bertram S, Pace W, Wollan P, Dietrich A. Postpartum Depression: Screening, Diagnosis, and Management Programs 2000 through 2010. *Depress Res Treat*. [Internet]. 2012 . [Acesso 15 dez 2014];ID 363964. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/2012/363964>

Recibido: 12.5.2015

Aceptado: 21.7.2015

Correspondencia:
Pablo Martínez
Universidad de Chile. Facultad de Medicina
Departamento de Psiquiatría y Salud Mental
Av La Paz, 1003
Recoleta, Región Metropolitana, Chile
E-mail: pablo88.martinezdiaz@gmail.com

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.