

Entorno de mujeres embarazadas mexicanas y sus conocimientos y actitudes sobre la atención prenatal

Mexican pregnant women's environment, knowledge and attitudes on prenatal care

Vanessa Mota-Sanhua, Casilda I. Suárez-Hesketh,
Blanca Velázquez-Hernández y Octavio Ruiz-Speare

Recibido julio 2018 / Enviado para modificación 14 octubre 2018 / Aceptado 16 febrero 2019

RESUMEN

Objetivos Explorar barreras y facilitadores para contar con atención prenatal, conocimientos sobre embarazo saludable y; actitudes frente al embarazo.

Métodos Estudio cuali-cuantitativo, en embarazadas con vulnerabilidad socio-económica. Se examinaron barreras y facilitadores para recibir atención prenatal y entrevistas estructuradas y semi-estructuradas para evaluar conocimientos y actitudes frente al embarazo. En el análisis cualitativo se categorizaron datos y en el cuantitativo, se estimaron frecuencias y proporciones y promedio y D.E.

Resultados Se entrevistaron 10 mujeres entre 18 y 33 años de edad, 50% acudieron al cuidado prenatal durante el primer trimestre. Los facilitadores para atención prenatal: roles en la pareja y apoyo familiar. Las barreras: entorno inseguro, al interior y el exterior del hogar y falta de recursos para transportarse. La mayoría no recibió información para aumentar de peso durante el embarazo. Casi ninguna conocía sobre depresión ni maltrato. La mitad desconocía riesgos del tabaco, alcohol y otras sustancias adictivas, así como de prevención de enfermedades infecto-contagiosas. Las actitudes en torno al embarazo: con estresores de su entorno; viven en ambientes caóticos; con miedos por el embarazo; e interés por adquirir conocimientos sobre su embarazo.

Conclusión Las mujeres tienen disposición para adquirir conocimientos sobre el embarazo y cuentan con apoyo familiar y de pareja. Su atención debe fortalecer temas de salud mental, violencia familiar, ganancia saludable de peso, riesgos de sustancias adictivas y prevención de enfermedades infecto-contagiosas; contemplando afrontamiento de entornos inseguros, manejo del tiempo y de la economía familiar.

Palabras Clave: Salud materno-infantil; atención prenatal; poblaciones vulnerables (*fuentes: DeCS, BIREME*).

ABSTRACT

Objectives To explore the barriers and facilitators to prenatal care, as well as the knowledge about healthy pregnancy and the attitude towards pregnancy.

Materials and Methods Mixed-methods study in pregnant women with social and economic vulnerability. Barriers and facilitators for prenatal care were examined using ethnographic methods, while structured and semi-structured interviews were used to assess knowledge and attitudes. Data were categorized during the qualitative analysis, and frequencies, ratios, average and standard deviation were calculated in the quantitative analysis.

Results Ten women aged between 18 and 33 years were interviewed; 50% sought prenatal care during their first trimester. Facilitators included partner role and family support, and barriers were unsafe neighborhood and home, and lack of funds to cover transportation to the clinic. Most women did not receive information related to weight gain. Almost none knew about depression or abuse. Half of them did not know about risks of addictive

VM: Nutrióloga Clínica. M. Sc.; Ph.D. Ciencias de la Salud. Centro Médico ABC. México, México. vmotas@abchospital.com
CS: Psicóloga. M. Sc. Psicología Aplicada. Centro Médico ABC. México, México. casildasuarez@gmail.com
CV: MD. Especialidad en Patología Clínica y Maestra en Administración de Instituciones. Centro Médico ABC. Colonia Las Américas. México, México. bvelazquez@abchospital.com
OR: MD. M. Sc. Ciencias y FACS. Centro Médico ABC. Colonia Las Américas. México, México. joruiz@abchospital.com

substances, nor did they know about prevention of infectious diseases. Finally, attitudes towards pregnancy were: environmental stressors; chaotic homes; fears about pregnancy; and interest in knowing more about pregnancy.

Conclusion The interviewed women were open to learn about their pregnancy and they have family and spouse support. Prenatal care should be strengthened with topics related to mental health, domestic abuse, healthy weight gain, risk of addictive substances, and prevention of infectious diseases. They can be enhanced by including safety in unsafe areas, as well as techniques for better time and family economy management.

Key Words: Maternal-Child care; prenatal care; vulnerable populations (*source: MeSH, NLM*).

Cada año, a nivel global, mueren alrededor de tres millones de recién nacidos en el primer mes de vida; en este período, ocurren la mayoría de las muertes maternas, sobre todo en países en desarrollo (1). Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) del año 2000, incluyeron disminuir cifras mundiales de mortalidad materno-infantil para el 2015. En México, entre 1990 y 2015, hubo una reducción del 63% en mortalidad infantil y del 58% en la materna. La revisión de los ODM para el 2030 establece reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos, y poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y niños menores de cinco años (2).

La disminución en la tasa de mortalidad materno-infantil depende de acciones preventivas, como tener atención prenatal durante embarazo, parto y posparto. Las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para la mujer embarazada, ponen énfasis en «... cuestiones fisiológicas, biomédicas, de comportamiento y socioculturales y brindar un apoyo eficaz de tipo social, cultural, emocional y psicológico...» (3).

En México, de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana -007-2016 “Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida”, la atención prenatal debe ser continua; iniciando en las primeras ocho semanas de gestación y/o prueba positiva de embarazo, y posteriormente, cada cuatro semanas, o sea, un total de ocho visitas durante el embarazo. Con este esquema, el riesgo de complicaciones en la salud materno-infantil disminuye y se promueve el desarrollo óptimo del bebé (4). En 2015, el 98% de las mujeres mexicanas recibieron atención prenatal más de una vez y el 94%, al menos cuatro veces. Casi 9 de cada 10 mujeres embarazadas asistieron cinco veces o más a consulta. No obstante, las madres de hogares más pobres, aquellas sin educación y las de hogares indígenas, tienen menos probabilidades de recibir atención constante. Se sabe que la primera consulta es importante debido al estado vulnerable de la madre y del feto durante el primer trimestre. A nivel nacional, 82% de las mujeres acuden a la primera consulta prenatal en el primer trimestre, mientras que en la región Ciudad de México-Estado de México únicamente el 78% de ellas asisten (5).

No cumplir con los estándares para la atención prenatal, desencadena eventos adversos, como aumento en complicaciones obstétricas, intentos de suicidio de la mujer embarazada, bajo peso al nacer y demora en el desarrollo del recién nacido (6-7). Entre las barreras para acceder a la atención prenatal, están las relacionadas con pobreza y marginación, como un bajo nivel educativo, no contar con recursos para transportarse a la unidad médica, múltiples labores en el hogar o no tener apoyo para el cuidado infantil (8-9).

Se realizó un estudio de tipo cuali-cuantitativo con el objetivo de explorar entre mujeres embarazadas con vulnerabilidad social y/o económica que se atienden en el primer nivel de atención: a) barreras y facilitadores para recibir atención prenatal; b) conocimientos en torno a su salud prenatal y; c) actitudes frente al embarazo. Con base en los resultados, se podrán diseñar programas prenatales acorde con dicho perfil de mujeres.

MÉTODOS

La metodología utilizada fue cuali-cuantitativa con enfoque etnográfico. Se recabó información sociodemográfica y de las características de su embarazo actual; incluyendo síntomas depresivos al momento de la entrevista, éstos últimos evaluados con el Cuestionario sobre la Salud del Paciente (Patient Health Questionnaire: PHQ-9), por una psicóloga clínica capacitada. El PHQ-9 es un cuestionario breve de diagnóstico y monitoreo de depresión. Cuando suma 5, 10, 15 ó 20 puntos, se define como leve, moderada, moderada a severa o severa, respectivamente (10). La versión en español del cuestionario PHQ-9 fue validada en población mexicana (11).

La investigación se llevó a cabo en tres etapas: primero se realizaron observaciones en el entorno de las mujeres para examinar barreras y facilitadores para recibir atención prenatal; segundo, entrevistas estructuradas para conocer su nivel de conocimientos en torno al embarazo y, por último, entrevistas semi-estructuradas para describir actitudes frente al embarazo.

En la primera etapa, barreras y facilitadores para recibir atención prenatal, se identificaron con observaciones etnográficas, incluyeron un vagabundeo para describir el

entorno fuera y dentro del hogar. Se hicieron categorías temáticas siguiendo el marco conceptual de AEIOU: En la A se clasifican actividades de los actores; en la E, la función de los espacios; en la I, las interacciones entre personas; en la O, objetos del ambiente y cómo se relacionan con las actividades de los actores, y en la U, los usuarios presentes, sus roles y las relaciones entre ellos. La información se organizó como barrera o facilitador (12).

En la segunda etapa, la entrevista estructurada para evaluar el nivel de conocimientos, se hizo con base en la NOM-007-2016 (4) y el cuestionario PRAMS (*Pregnancy Risk Assessment Monitoring System*) (13) de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC) (14). Incluyó los siguientes temas (Cuadro 1).

Cuadro 1. Temas de la entrevista estructurada para evaluar conocimientos en torno a la salud prenatal

Temas y subtemas
Conocimientos del embarazo:
Peso que debería aumentar
Alimentación saludable
Ejercicio
Aumentar y bajar de peso
Lactancia materna
Anticoncepción después del parto
Depresión y maltrato:
Qué hacer si se siente deprimida
El maltrato físico
Prácticas seguras:
Medicamentos seguros
Vitaminas y minerales prenatales
Signos y síntomas de alarma
Tabaco, alcohol y sustancias:
Cigarro, alcohol y drogas ilegales
Enfermedades infecto-contagiosas:
VIH, Toxoplasmosis, rubéola, sífilis y hepatitis B
Manejo higiénico de alimentos
Mercurio en pescados y mariscos

Fuente: Entrevista estructurada con base en la NOM-007-2016 2016. "Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida" y el cuestionario PRAMS (*Pregnancy Risk Assessment Monitoring System*). Ciudad de México, 2017.

En la tercera etapa, las actitudes frente al embarazo fueron evaluadas en entrevista semi-estructurada cuya guía consistió en cuatro preguntas abiertas (15): uso de su tiempo en un día típico, qué les estresa del embarazo, qué les preocupa del parto y cómo vivió su mamá el embarazo. La información recabada se manejó con la metodología de análisis temático descrita por Ezzy, donde el investigador es sensible a categorías emergentes sin recurrir a creencias predeterminadas (16).

El protocolo fue aceptado por el Comité de Ética e investigación del Centro Médico ABC (clave ABC 17-13). Se visitaron los hogares de mujeres menores de 40 años; con afiliación a las Clínicas de Responsabilidad Social de un hospital privado de la Ciudad de México; habitantes de hogares en colonias de bajo desarrollo humano, de

tipo urbano; en cualquier semana de gestación; con consentimiento informado firmado y, sin embarazo de alto riesgo (sin enfermedad hipertensiva del embarazo, ovario poliquístico, enfermedad renal, enfermedad autoinmune, y/o alteraciones tiroideas) (17). Las visitas se realizaron en brigadas con investigador, enfermero en salud pública, médico, voluntario y líder de la comunidad.

El muestreo fue deliberado para un grupo discreto dentro de un espacio específico. Con estrategia de homogeneidad para describir el grupo a profundidad, reducir la variación y simplificar el análisis (18). El reclutamiento se mantuvo hasta obtener entendimiento del fenómeno estudiado y cuando hubo redundancia de información (19-20).

RESULTADOS

En total se entrevistaron a 10 mujeres embarazadas. La media de edad fue de 26.9 años, la mayoría en el segundo trimestre de embarazo. En la Tabla 1, se presenta la descripción de la muestra. Del total, el 90% unidas, casi todas se dedican al hogar, y el 40% primíparas. El 30% usaba método anticonceptivo al momento de embarazarse, el 80% se enteraron que estaban embarazadas durante el primer trimestre, únicamente la mitad acudieron al cuidado prenatal. En cuanto a la presencia de depresión, 20% de ellas la tenían.

En el análisis del entorno se observaron facilitadores y barreras para recibir atención prenatal. En cuanto a facilitadores se encontraron los siguientes:

- Roles en la pareja: la presencia de la pareja y las actividades diferenciadas entre ellos, facilita que las mujeres tomen responsabilidad sobre su salud.
- Apoyo familiar: la presencia de familiares del sexo femenino, como madre, hermanas, abuelas y tías, alienta a las embarazadas en su apego a la atención prenatal. Ellas las acompañan en sus consultas o las apoyan con vivienda y alimentación.

En cuanto a barreras para recibir atención prenatal, destacaron las siguientes:

- Entorno inseguro al interior del hogar: viven en familia extendida y el espacio físico es limitado. Para algunas, esto crea caos y complica su rol en el hogar, ya que tienen múltiples tareas, escasez de tiempo y pocos recursos para acudir a la atención prenatal. En el exterior sienten un ambiente inseguro con violencia, delincuencia y narcomenudeo. No quieren salir solas de casa.
- Falta de recursos económicos para transportarse a las clínicas: el transporte público es lento y se requieren transbordos, implicando un gasto que se suma al costo de su consulta, medicamentos, vitaminas, estudios y/o gastos asociados al hogar.

Tabla 1. Descripción de las participantes

No. identificación de la mujer embarazada	Edad (años)	Estado civil	Años de escolaridad	Ocupación	No. de gesta	Uso método anticonceptivo	Semana de gestación que se enteró estaba embarazada	Semana de gestación que inicio cuidado prenatal	Presencia de depresión
1	33	Unión libre	10	Empleo informal	3	Si	16	16	No
2	29	Casada	12	Labores domésticas	2	Si	5	8	No
3	26	Unión libre	16	Labores domésticas	1	No	11	15	No
4	28	Unión libre	9	Labores domésticas	2	No	7	9	No
5	28	Unión libre	11	Labores domésticas	1	No	4	12	No
6	30	Unión libre	12	Administración	2	No	10	10	No
7	18	Unión libre	10	Estudiante	1	Si	4	6	No
8	32	Unión libre	9	Empleo informal	1	No	6	8	Si
9	23	Unión libre	9	Labores domésticas	2	No	12	12	Si
10	22	Viuda	11	Labores domésticas	2	No	5	12	No
1	33	Unión libre	10	Empleo informal	3	Si	16	16	No
2	29	Casada	12	Labores domésticas	2	Si	5	8	No
3	26	Unión libre	16	Labores domésticas	1	No	11	15	No
4	28	Unión libre	9	Labores domésticas	2	No	7	9	No
5	28	Unión libre	11	Labores domésticas	1	No	4	12	No
6	30	Unión libre	12	Administración	2	No	10	10	No
7	18	Unión libre	10	Estudiante	1	Si	4	6	No
8	32	Unión libre	9	Empleo informal	1	No	6	8	Si
9	23	Unión libre	9	Labores domésticas	2	No	12	12	Si
10	22	Viuda	11	Labores domésticas	2	No	5	12	No

Fuente: entrevista sobre las características del embarazo actual de las participantes. Ciudad de México, 2017

Tabla 2. Distribución de mujeres con desconocimiento de temas en torno al embarazo (n=10)

Tema y subtemas	No.	Porcentaje
Conocimientos del embarazo:		
Cuánto peso debería aumentar durante el embarazo	4	40,0
Alimentación saludable durante el embarazo	2	20,0
Ejercicio durante el embarazo	3	30,0
Recursos para aumentar de peso en forma adecuada durante el embarazo y bajar de peso después del embarazo	8	80,0
Lactancia materna	2	20,0
Uso de algún método anticonceptivo después que naciera su bebé	5	50,0
Depresión y maltrato:		
Qué hacer si se siente deprimida durante el embarazo o después de que nazca su bebé	7	70,0
El maltrato físico que algunos esposos o parejas dan a las mujeres (violencia intrafamiliar)	7	70,0
Prácticas seguras durante el embarazo:		
Las medicinas que son seguras para tomar durante su embarazo	6	60,0
Sobre tomar vitaminas y minerales prenatales durante su embarazo	0	0,0
Los signos y síntomas de alarma (dolor de cabeza, hinchazón de cara, manos o piernas, zumbido de oídos, salida de líquido o sangre por la vagina, se deja de mover tu bebé)	2	20,0
Consumo de tabaco, alcohol y sustancias:		
Cómo el fumar, tomar alcohol y usar drogas durante el embarazo podría afectar a su bebé	4	40,0
Prevención de enfermedades infecto-contagiosas:		
Realizar prueba para detectar el VIH	1	10,0
Realizar prueba de sangre para detectar alguna enfermedad infectocontagiosa como Toxoplasmosis	9	90,0
Realizar prueba de sangre para detectar alguna enfermedad infectocontagiosa como rubéola, sífilis y hepatitis B	8	80,0
Sobre manejo higiénico durante la preparación de alimentos	7	70,0
Sobre cómo el comer pescado y mariscos que contiene altos niveles de mercurio podría afectar a su bebé (por ejemplo en carne de tiburón, pez espada o macarela)	6	60,0

Fuente: Entrevista estructurada para evaluar conocimientos en torno a la salud prenatal. Ciudad de México, 2017

En cuanto a los conocimientos en torno al embarazo (Tabla 2), la mayoría no reportaron recibir información para la ganancia de peso durante el embarazo ni tampoco para disminuir después del mismo. Casi ninguna reportó conocer sobre depresión ni maltrato. Más de la mitad dijo desconocer sobre medicamentos seguros. La mitad no sabía sobre los riesgos del consumo de sus-

tancias adictivas, ni de prevención de enfermedades infecto-contagiosas.

En el análisis temático, se identificaron 4 diferentes actitudes frente al embarazo:

a) Mujeres con estresores de su entorno: comentaron sentir estrés por responsabilidades en el hogar, falta de dinero y conflictos en la convivencia familiar.

Responsabilidades en el hogar. Se sienten preocupadas por mayores responsabilidades como futuras madres y trabajadoras.

«Me estresa cumplir con los deberes de ama de casa y...que mi hijo mayor coma bien y le guste la comida»

«No tengo refrigerador, compro la comida diario, cocino, recojo y hago el quehacer».

Falta de dinero. Económicamente son dependientes de la pareja o la familia. No contar con ingresos suficientes desencadena peleas en sus relaciones. Les estresan los gastos del parto y la salud perinatal.

«Mi esposo genera el mayor ingreso de la casa, me lo da y lo administro»

«Me preocupa contar con los recursos en caso que haya complicación en el parto».

Conflictos en la convivencia familiar. Varias dijeron sentir estrés ante la falta de apoyo o crítica de familiares.

«Me siento criticada por los demás que hacen comentarios porque me embaracé antes de casarme y me siento enojada y triste»

- b) Mujeres que viven en ambientes caóticos: la mayoría vive en hogares pequeños con respecto al número de integrantes de la familia. Cumplen con sus deberes sin coordinación entre ellos y manifiestan tensión con sus familiares.

«La casita es lo que más me preocupa porque estamos muy apretados... mi esposo está haciendo una casa de adobe pero le falta techo y piso».

- c) Mujeres con miedos por el embarazo: sienten miedos por encontrarse solas durante el embarazo y el parto, sentir dolor en el parto y no recibir atención médica en tiempo y forma. Señalaron que estos miedos surgen por experiencias de sus embarazos previos o los de otras cercanas.

«Mi mamá no está (murió) y mi marido no me apoya, ni me ayuda y se pone enojón. Me siento sola. Siento miedo que me dé depresión posparto, pues me dio con mi hijo anterior».

«Me preocupa no recibir atención cuando la necesito y quiero sino cuando esté planeado por el calendario del centro de salud... también, desconocer las alternativas para emergencias».

- d) Interés por adquirir conocimientos sobre su embarazo: buscan conocer acerca de enfermedades en el embarazo, temas asociados con el parto y sobre actividades de juego y alimentación para el bebé.

«Me gustaría conocer más de las enfermedades del embarazo. Tengo pendiente un estudio para descartar problemas de la tiroides»

«Quiero saber más de preparación para el parto y lactancia, pues a Ali [primera hija] solo le daba el pezón y se me agrió... me hubiera gustado saber antes cómo se hace»

Las mujeres, muchas veces se informan con amigas, primas y redes sociales o internet. Dijeron que es más fácil así, por tiempo y recursos, que con un profesional de la salud.

«Fuimos con un pediatra que cobraba mucho y no me daba información, ahora prefiero buscar en internet»

«Quisiera estar en un grupo para compartir consejos ya sea en reuniones o chat».

Por último, varias expresaron deseos de dar lactancia a libre demanda, pero desconocen cómo manejarlo fuera de casa.

«En casa es más fácil [amamantar]. Ya que trato con muchos hombres en el trabajo, no estoy segura si tengo derecho a pedir al jefe permiso para amamantar»

«En internet vi que no es legal amamantar en público... voy a amamantar en casa»

DISCUSIÓN

Del total de mujeres entrevistadas en este estudio, la proporción que acudió a consulta prenatal en el primer trimestre, se encontró por debajo de la estadística nacional (82%) y la Ciudad de México (78%) (5). Aunque se recomienda que toda mujer embarazada acuda a su atención desde el primer trimestre; este comportamiento aún no se refleja en grupos específicos ni tampoco a nivel nacional, por lo cual, es imperativo trabajar en intervenciones como campañas en redes sociales y medios; en grupos, como centros de trabajo, educativos y de salud y/o, de manera individual, en la consulta médica de mujeres y hombres en edad reproductiva.

Aquí, dos mujeres (20%) presentaron depresión moderada o severa. Esta condición aumenta el riesgo de depresión posparto y de demoras en el desarrollo del recién nacido. Los hijos de madres con depresión son más susceptibles de tener problemas de salud física, mental y emocional (21-22). En México, la prevalencia de depresión en embarazadas es del 37% (23). De éstas, el 15,2 % recibe tratamiento (24). Para promover la detección y tratamiento oportunos de los trastornos de salud mental en la atención prenatal, es importante que los profesionales de salud reconozcan los riesgos asociados como conflictos de pareja, embarazo no planeado, ser madre soltera, de baja escolaridad y nivel socioeconómico, sin apoyo social y con antecedentes familiares de depresión.

El apoyo familiar y de la pareja fueron facilitadores para la atención prenatal. Similarmente, en un grupo de mujeres de bajos recursos en una área rural-urbana de Brasil, el apoyo familiar y social también la facilitaron mientras que el bajo nivel educativo y la ausencia de calidad en los servicios de salud la obstaculizaron (6). El papel del apoyo

familiar, puede tener una explicación cultural por medio del familismo, fenómeno de cohesión social identificado en culturas latinoamericanas, el cual se encuentra relacionado con beneficios para la salud de sus individuos (24).

En este estudio, la falta de recursos económicos para transportarse a las clínicas, poco tiempo por las múltiples responsabilidades en el hogar y la inseguridad del entorno dificultaron la atención prenatal. En el estudio de Heredia, en un análisis retrospectivo con datos de la ENSANUT 2012, se señala que México presenta inequidad en sus servicios de salud, donde aquellas mujeres en desventaja socioeconómica, tienen menos probabilidad de recibirla en tiempo y forma (25). Algunas alternativas para evitar que la falta de recursos altere su atención prenatal son intervenir con tecnologías para la salud como la telemedicina y/o con aplicaciones móviles para recibir información educativa y contar con mensajería instantánea.

En cuanto a las actitudes percibidas por ellas para recibir atención prenatal, se centraron en estresores de su entorno, ambientes caóticos y miedos por el embarazo. En la literatura, estos factores se reconocen como determinantes sociales con consecuencias negativas para la salud de sus hijos (26). En un estudio de Bermúdez, identificaron que estrés, pobreza, inseguridad alimentaria, falta de acceso a la educación y entornos inseguros la determinan. Los autores señalan que estos factores se pueden modular con programas y políticas sociales (26). Intervenciones futuras requieren ser sensibles, equitativas y continuas, contemplando el nivel socioeconómico y educativo de sus pacientes, al igual que los entornos en donde se desenvuelven.

Como conclusión, se identificaron pautas para la atención prenatal y alternativas para mejorar su impacto en la salud materno-infantil. Destacan la actitud de disposición de las mujeres para adquirir conocimientos relacionados con el embarazo y contar con apoyo de la pareja y la familia. Futuras estrategias podrían contemplar el afrontamiento de entornos inseguros y el manejo del tiempo y de la economía familiar ♦

Agradecimientos: A todos los brigadistas que apoyaron en las visitas domiciliarias. Agradecemos la participación de las mujeres embarazadas por abrirnos sus hogares y compartir sus actitudes y creencias.

Conflicto de intereses: Ninguno.

REFERENCIAS

1. You D, Hug L, Ejdemyr S, Beise J. Levels and Trends in Child Mortality: Report 2015 [Internet]. New York: United Nations Children's Fund; 2015. Consultado 15 oct 2018. Disponible en: <https://uni.cf/2YGonXG>.
2. Organización Mundial de la Salud. Objetivos de Desarrollo Sostenible: Metas [Internet]. Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2019. Consultado 22 ene 2019. Disponible en: <http://bit.ly/2EaUz33>.
3. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo. Suiza: OMS; 2016.
4. Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida [Internet]. México: Diario Oficial de la Federación; 2016. Consultado 7 abril 2018. Disponible en: <http://bit.ly/36tnTGG>.
5. Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México. Encuesta Nacional de Niños, Niñas y Mujeres 2015 - Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2015, Informe Final. México: Instituto Nacional de Salud Pública y UNICEF México; 2015.
6. Santa Rosa P, Hoga L, Reis J. Not worth doing prenatal care: an ethnographic study of a low-income community. *Invest Educ Enferm*. 2015; 33: 288-96.
7. Park J, Vincent D, Hastings-Tolsma M. Disparity in prenatal care among women of colour in the USA. *Midwifery*. 2007; 23(1):28-37.
8. Novick G. Women's Experience of Prenatal Care: An Integrative Review. *J Midwifery Womens Health*. 2009; 54(3):226-37.
9. Duarte S, Oliveira S, Mamede M. Maternal decision on obtaining prenatal care: a study in Brazil. *Midwifery*. 2011; 27(2):160-4.
10. Kroenke K, Spitzer R. The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatric Annals*. 2002; 32(9):509-15.
11. Familiar I, Ortiz-Panozo E, Hall B, Vieitez I, Romieu I, Lopez-Ridaura R, et al. Factor structure of the Spanish version of the Patient Health Questionnaire-9 in Mexican women. *Int J of Meth in Psych Res*. 2014; 24(1):74-82.
12. Ethnohub. AEIOU Framework [Internet]. USA: Ethnohub qualitative research tools in the cloud; 2017. Consultado 10 oct 2018. Disponible en: <http://bit.ly/2sgVHZ6>.
13. Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion [Internet]. USA: Centers for Disease, Control and Prevention; 2018. Consultado 25 oct 2018. Disponible en: <http://bit.ly/35puthi>.
14. Organización Mundial de la Salud. Manejo de las Complicaciones del Embarazo y el Parto: Guía para las obstetras y Médico. EUA: OMS; 2002.
15. Whitehead T. Basic Classical Ethnographic Research Methods. Ethnographically informed community and cultural assessment research systems (eicars) working paper serie. EUA: University Maryland; 2005.
16. Ezzy D. Qualitative analysis: Practice and innovation. USA: Allen & Overy; 2002.
17. Eunice Kennedy Shiver National Institute of Child Health and Human Development. What are the factors that put a pregnancy at risk? [Internet]. USA: NIH; 2017. Consultado 6 mar 2017. Disponible en: <http://bit.ly/2Pap3kO>.
18. Carolan M, Cassar L. Antenatal care perceptions of pregnant African women attending maternity services in Melbourne, Australia. *Midwifery*. 2010; 26(2):189-201.
19. Liamputtong P, Ezzy D. Qualitative research methods: a health focus. 4th ed. Melbourne: Oxford University Press, Melbourne; 2000.
20. Mendieta G. Informantes y muestreo en investigación cualitativa. *Rev. Investigaciones Andina*. 2015; 17 (30):1148-50.
21. Deave T, Heron J, Evans J, Emond A. The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *BJOG*. 2008; 115(8):1043-51.
22. Instituto Nacional de Salud Pública. Analizan la depresión posparto y la depresión materna en México [Internet]. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2017. Consultado 5 nov 2018. Disponible en: <http://bit.ly/2PwFalo>.
23. Lara MA, Le HN, Letechipia G, Hochhausen L. Prenatal depression in Latinas in the U.S. and Mexico. *Matern Child Health J*. 2009; 13:567-76.

24. Campos B, Yim I, Busse D. Culture as a Pathway to Maximizing the Stress-Buffering Role of Social Support. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 2018; 40(3):294-311.
25. Heredia I, Servan E, Darney BG, Reyes H, Lozano R. Measuring the adequacy of antenatal health care: a national cross-sectional study in Mexico. *Bulletin of the World Health Organization*. 2016; 94(6):452-61.
26. Bermúdez A, Damio G, Cruz J, D'Angelo K, Segura S, Hromi A et al. Stress and the social determinants of maternal health among Puerto Rican women: A CBPR approach. *J Health Care Poor Underserved*. 2011;22(4):1315-30.