

Impacto de un programa de estimulación prenatal en la incidencia y severidad de la depresión

Rosa Nayeli Flores Saavedra,¹ Ningerita Saavedra,² Juan Francisco Rodríguez Landa.²

¹ Centro de Salud Urbano "Emiliano Zapata", Jurisdicción Sanitaria V, Servicios de Salud de Veracruz.

² Instituto de Neuroetología, Universidad Veracruzana.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) más de 150 millones de personas padecen algún tipo de trastorno del estado de ánimo,¹ dentro de los cuales la depresión es uno de los más frecuentes,² con una incidencia que va de 25% a 79%. Se estima que en nuestro país, hacia el final del siglo XX, 12% de la población del Distrito Federal cursó con trastorno depresivo o distimia. Por otra parte, la depresión es sexualmente dimórfica³ con predominancia en el género femenino,⁴ en una proporción 2:1 respecto de los hombres.

Una de las primeras clasificaciones poco utilizada en la actualidad, subdivide a la depresión en: a) orgánica o endógena, y b) reactiva o psicógena.⁵ Los síntomas de la depresión endógena u orgánica son originados por alteraciones neurofisiológicas y su aparición es independiente de factores contingentes; en tanto que la depresión reactiva es desencadenada por vivencias cotidianas de naturaleza diversa.⁶ La sintomatología es similar en ambos casos y se caracteriza, según el Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV),⁷ por abatimiento psicomotor y del estado de ánimo, irritabilidad, ansiedad, miedo, anhedonia, alteraciones del apetito, trastornos del sueño, decremento de la autoestima, sentimientos de culpa e ideas suicidas. Asimismo, la depresión debe distinguirse del duelo y la tristeza, los cuales representan emociones normales de la esfera afectiva, con una duración limitada y un factor desencadenante identificable, que en caso de no ser superados, pueden concluir en cuadros depresivos.⁸

La severidad y la prevalencia de diversas psicopatologías tales como depresión, ansiedad y psicosis aumentan en diferentes estados de la vida reproductiva de la mujer,⁹ destacando la necesidad de terapias farmacológicas, las cuales conllevan una serie de efectos secundarios que limitan su uso, en particular durante el embarazo. La administración de antipsicóticos¹⁰ y benzodiazepinas en mujeres gestantes es aceptable, aun cuando el desarrollo del producto puede presentar alteraciones.¹¹ Por su parte, la terapia con antidepresivos tricíclicos e inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina es recomendado en mujeres embarazadas;¹² sin embargo, se des-

conocen sus efectos a largo plazo.¹³ En consecuencia, se deben considerar los riesgos y los beneficios, tanto para la madre como para el feto, con el fin de dar un uso racional a los medicamentos psiquiátricos. La administración de fármacos anti-depresivos durante el embarazo es controvertida, toda vez que se carece de estudios que evalúen los efectos sobre el producto a largo plazo, de ahí la importancia de evaluar la eficacia de tratamientos no farmacológicos tales como la psicoterapia, los grupos terapéuticos de apoyo y el establecimiento de redes sociales para reducir la sintomatología depresiva durante el embarazo y el puerperio.

Justificación

La depresión durante el embarazo es subdiagnosticada, debido a que algunos síntomas son considerados como propios de la gestación y no como alteraciones del estado de ánimo, con lo que se pone en riesgo a la madre y al infante. La irritabilidad, la tendencia al aislamiento, la disminución de la autoestima y los sentimientos de culpa dificultan la interacción de la madre con los



demás miembros de la familia, favoreciendo en algunos casos la violencia intrafamiliar. Además, el desarrollo de sintomatología depresiva y la exposición a estresores durante el embarazo se asocia con productos pretérmino y de bajo peso corporal, que en consecuencia son más susceptibles a desarrollar enfermedades. Aunado a ello, las mujeres con depresión posparto presentan una disminución en su capacidad para atender y amamantar al bebé; la severidad es variable y debilita el lazo madre-infante. ■■

La incorporación de mujeres embarazadas a un grupo de apoyo psicológico durante la gestación puede prevenir conductas o situaciones que ponen en riesgo la salud integral de la madre y el producto. Por otra parte, funciona como red de apoyo para madres solteras, madres adolescentes o en proceso de separación, además de fortalecer y promover los componentes básicos del programa Arranque Parejo en la Vida (embarazo saludable, parto y puerperio seguros, recién nacido sano, niño o niña de 1 a 24 meses de edad bien desarrollado).

Por lo tanto, consideramos que el establecimiento de un grupo de apoyo psicológico durante el embarazo reduce la prevalencia y la severidad de la sintomatología depresiva, favoreciendo las relaciones intrafamiliares y mejorando la calidad de vida de la madre y de su hija o hijo.

Planteamiento del problema

En un estudio realizado en mujeres derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social de la ciudad de Xalapa, Veracruz, se determinó que 37% cursaba con depresión durante el primer trimestre de embarazo (datos no publicados). Sin embargo, dicho porcentaje puede incrementar en otras poblaciones con nivel socioeconómico bajo, alto índice de embarazos en adolescentes, madres solteras y víctimas de violencia. Tal es el caso de la población que acude al Centro de Salud Urbano "Emiliano Zapata," perteneciente a la Jurisdicción Sanitaria V. Lo anterior destaca la necesidad de determinar la prevalencia de depresión en mujeres gestantes y la implementación de terapias encaminadas a contrarrestar la sintomatología depresiva

y, de esta manera, reducir la probabilidad de aborto, de embarazos de alto riesgo o de productos pretérmino. Por lo tanto, durante el mes de octubre de 2005 se implantó el programa de estimulación prenatal y se conformó un grupo de apoyo.

Objetivo general

Determinar el efecto de un programa de estimulación prenatal sobre la prevalencia y severidad de depresión en mujeres embarazadas.

Objetivos particulares

- Determinar la prevalencia y severidad de depresión en mujeres embarazadas que acuden a control prenatal al Centro de Salud Urbano "Emiliano Zapata."
- Determinar el impacto de un grupo de apoyo psicológico sobre la incidencia y severidad de depresión en mujeres embarazadas.

Material y métodos

El presente estudio incluyó 15 mujeres que acudieron a control prenatal en el Centro de Salud Urbano "Emi-

liano Zapata" de la ciudad de Xalapa, Veracruz, las cuales se integraron al programa de estimulación prenatal y aceptaron participar en el estudio. Una semana después de integrar el grupo de estimulación prenatal, y antes de iniciar actividades, se aplicó la escala de Zung durante una entrevista no estructurada.

La escala de autoevaluación de Zung para depresión es utilizada para determinar la eficacia de tratamientos antidepresivos y de intervenciones no farmacológicas que pueden modificar el estado afectivo; consta de 20 reactivos cada uno evaluado de 1 a 4, dependiendo de la severidad del síntoma. Esta escala evalúa las alteraciones del afecto, así como los síntomas cognitivos y fisiológicos más comunes de la depresión. Esta escala fue aplicada nuevamente a los dos y cuatro meses después del inicio de actividades grupales.

El programa de estimulación prenatal fue similar al propuesto por otros autores,¹⁰ e incluyó sesiones semanales de 90 minutos en las cuales se realizaron ejercicios de respiración, estiramiento y relajación con el objetivo de atemperar las molestias a la madre y fortalecer el vínculo madre-hijo(a). Además, se aplicaron técnicas de estimulación prenatal para favorecer el desarrollo de las áreas cognitiva, visual, auditiva y socioafectiva en los y las bebés, a través de música, movimiento, luz y relajación. También se incluyeron ejercicios para facilitar el trabajo de parto.

Resultados

De las 15 mujeres que ingresaron al programa de estimulación prenatal ocho lo abandonaron por cambio de residencia y conclusión del embarazo. Las siete restantes asistieron regularmente durante cuatro meses, lo que permitió realizar el seguimiento correspondiente. Este grupo tuvo una edad promedio de 24.3 años y un puntaje promedio de 55.6 en la escala de Zung, lo cual fue indicativo de depresión moderada. Dos meses después de iniciado el programa se redujo significativamente el puntaje, y a los cuatro meses 100% de las mujeres embarazadas careció de sintomatología depresiva.

Durante el estudio, la participación del grupo fue activa y entusiasta y se incrementó a lo largo del tiempo; lo antes mencionado se tradujo en una asistencia, constante y voluntaria, a las actividades programadas, además en el desarrollo de actitudes propositivas para el trabajo individual y grupal. Todas las mujeres manifestaron verbalmente una mejoría física y psicológica, con un aumento de expectativas de vida personal y familiar. Durante la intervención surgió la idea de crear un grupo posparto para continuar en una red de apoyo donde compartir experiencias e inquietudes.

Discusión

El hallazgo principal del presente trabajo fue que la integración a un grupo de estimulación prenatal representa una estrategia efectiva para reducir la severidad de depresión en mujeres embarazadas. En consistencia, otros estudios señalan la eficacia de diversos tratamientos no farmacológicos en el manejo de la sintomatología depresiva durante la gestación, tales son los casos de la acupuntura¹¹ y la nutrición. Esta última es necesaria para un buen funcionamiento cerebral del producto, mientras que una dieta deficiente puede incrementar los factores de riesgo para padecer depresión y contribuir a la aparición de desórdenes mentales.¹² Por otra parte, la psicoterapia puede tener un papel crucial en la integración del contexto social y de esta manera reducir la sintomatología depresiva en pacientes que no responden al tratamiento farmacológico.¹³ Otra terapia antidepresiva es la privación de sueño, ya que resultados preliminares sugieren que puede ser benéfica en mujeres con desórdenes del estado de ánimo durante el embarazo y el posparto, además de representar un tratamiento alternativo en aquellas mujeres que no son candidatas para una intervención farmacológica o psicoterapéutica.¹⁴ En resumen, las intervenciones no farmacológicas pueden ser eficaces como antidepresivos durante la gestación y el posparto.

La depresión clínica es un trastorno común, crónico, recurrente y debilitante, con morbilidad severa asociada y mortalidad significativa.¹⁵ Dichas consecuencias se exacerban

en la depresión prenatal y el parto toda vez que puede interferir en el desarrollo normal del feto o infante y tener consecuencias a largo plazo para la madre y la familia.¹ Los productos de madres deprimidas tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos de ansiedad en la infancia, depresión mayor en la adolescencia y dependencia al alcohol cuando son adultos jóvenes,² además, de ser individuos con problemas sociales.³ Lo antes señalado destaca la necesidad de tratamientos antidepresivos para prevenir las consecuencias adversas de la depresión materna. En este sentido, también es reconocido que algunas variables psicosociales pueden ser determinantes en el desarrollo de depresión prenatal, por lo que el abordaje de las mismas representa una terapia alternativa o de prevención,⁴ como sería el caso de la integración del grupo de apoyo del presente estudio.

Hay pocos reportes sobre la salud mental materna durante el embarazo, en comparación con los realizados durante el periodo posnatal. Sin embargo, la depresión gestacional es un problema de salud tan importante como la depresión posnatal.⁵ Se ha reportado una continuidad de la depresión del embarazo al periodo posnatal en una tercera parte de los casos, pero no en otros, lo cual sugiere una etiología diferente.⁶ En consecuencia, la depresión durante el embarazo en algunas poblaciones puede ser un factor predictivo de depresión posnatal,⁷ la cual puede afectar de manera negativa la relación madre-hijo(a), así como el desarrollo social y cognitivo del bebé.⁸ Por ello, en las unidades de atención prima-

ria es necesario desarrollar intervenciones durante el embarazo, como la estimulación prenatal.

Conclusión

Nuestros resultados son los primeros que exploran el impacto de la estimulación prenatal como una intervención que reduce la sintomatología depresiva durante el embarazo y refuerzan la idea de que los tratamientos antidepresivos no farmacológicos son efectivos en mujeres gestantes. Sin embargo, considerando que las principales limitantes del trabajo fueron el tamaño pequeño de la muestra y la falta de un grupo control, se sugiere la realización de otros estudios para replicar los hallazgos en diferentes poblaciones, los cuales pueden enfocarse en el establecimiento de programas similares para promover la salud materna durante el embarazo y la lactancia y, mediante apoyo psicológico, facilitar la adaptación a los cambios físicos y emocionales propios de la gestación, mejorar la calidad de vida, fortalecer las relaciones intrafamiliares y el vínculo madre-hijo(a), con el objetivo de reducir los factores de riesgo psicosociales y biológicos durante el embarazo y el parto.

Referencias

1. International Consortium of Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of mental disorders. *Bull World Health Organ* 2000;28:433-46.
2. Baldecarini R. Fármacos y tratamientos para trastornos psiquiátricos. Depresión y trastornos de ansiedad. En: *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. 200 edición. México, DF: McGraw-Hill; 2003; Vol II-455-92.
3. Picinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression: Critical review. *Br J Psychiatry* 2000;177:486-92.
4. Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, Youkers RA, McCullough JP, Rejtner GS et al. Gender differences in chronic major and double depression. *J Affect Disord* 2000; 60(1):12-22.
5. Calderón-Martínez, G. Depresión. Causas, manifestaciones y tratamiento. México, DF: TriStar; 1985: 2-90.
6. Arellano V, Cuatrecasas M. Psicopatología y clasificación de los trastornos depresivos. *An Sist Sanit Navar* 2002;25 (3):7-20.
7. Costneras CM, Rodríguez-Landa JF, Gutiérrez-García AS, Bernal Morales B, Sampedro M. Estudio experimental de la ansiedad y la depresión. *Ciencia* 2003; 54(2):19-39.
8. Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA. Causal relationship between stressful events and the onset of major depression. *Am J Psychiatry* 1999;156:837-45.
9. Naef A, Ed. Informe sobre la salud en el mundo 2002. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002.
10. Zandio M, Ferrín M, Cuatrecasas M. Neurobiología de la depresión. *An Sist Sanit Navar* 2002;25 (3):43-60.

Referencias

- 11 American Psychiatric Association. *DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Press; 1994.
- 12 Ranich RA. Diagnosis and management of depression in primary care: A clinical update and review. *CMAJ* 2002;167(12):1533-40.
- 13 Brown CS. Depression and anxiety disorders. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2003; 28 (2):142-66.
- 14 Jacou I, Horeah N, Ispirifer E, Drory Y. An epidemiological study of depressive symptomatology among Israeli adults: Prevalence of depressive symptoms and demographic risk factors. *Int J Psychiatry Relat Sci* 2003;40(1):82-9.
- 15 Paston SW, Mint S, Corral MR, Perry KF, Kuan AJ. Antipsychotic medication during pregnancy and lactation in women with schizophrenia: Evaluating the risk. *Can J Psychiatry* 2002;47(10):959-65.
- 16 Briggs GG, Freeman RK, Yaffe SJ. *Drugs in pregnancy and lactation. Axiotropicline, alprazolam, clonidine, diazepam, lithium, meprobamate, zimebicone*. 6th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams and Wilkins Publishing; 2002.
- 17 Vawter M, Linda FE, Ramesh S. Role of selective serotonin reuptake inhibitors in psychiatric disorders: A comprehensive review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2003; 27(1):85-100.
- 18 Aron J, Shechtman S, Gray A. The use of psychiatric drugs in pregnancy and lactation. *Int J Psychiatry Relat Sci* 2000;27(3):405-22.
- 19 Pearlberg KM, Vingerhoets AJ, Passchier J, Dekker CA, Van Geijn SP. Psychosocial factors and pregnancy outcome: A review with emphasis on methodological issues. *J Psychosom Res* 1995;39(5):398-98.
- 20 Williamson BA, LaFevre M, Hector M. Association between life stress and serious perinatal complications. *J Fam Pract* 1989;29(15):1489-96.
- 21 Dole N, Savitz SA, Hertz-Picciotto I, Siega-Riz AM, McMahon MJ, Buchens P. Maternal stress and preterm birth. *Am J Epidemiol* 2003;157(1):14-24.
- 22 Urizzi GG, Milazzo M, Lec HM, Delucchi R, Sobels R, Muñoz BF. Impact of stress reduction instructions on stress and cortisol levels during pregnancy. *Biol Psychol* 2004; 67:275-80.
- 23 Van de Carr R, Van de Carr FR, Lehrer W. *Effects of a prenatal intervention program*. In: *Prenatal and perinatal psychology and medicine: A comprehensive survey of research and practice*. England: Parthenon Publishing Group; 2000.
- 24 Vavry T, Weinztraub P. *Nurturing the unborn child: A nine-month program for soothing, stimulating, and communicating with your baby*. New York (NY): Delacorte Press; 2000.
- 25 Marber R, Schroyer BN, Allen JL, Bush AJ, Hasty CM. Acupuncture: A promising treatment for depression during pregnancy. *J Affect Disord* 2004;83(1):89-95.
- 26 Bodnar L, Wisner K. Nutrition and depression: Implications for improving mental health among childbearing-aged women. *Biol Psychiatry* 2005;58(7):819-25.
- 27 Grote N, Frank E. Difficult-to-treat depression: The role of contexts and comorbidities. *Biol Psychiatry* 2003;53(6):660-70.
- 28 Parry BL, Ganun ML, Storkel CA, Yokimozo M, Tam L, Powell RA et al. Can critically timed sleep deprivation be useful in pregnancy and postpartum depression? *J Affect Disord* 2000;60(2):99-112.
- 29 Dawson G, Klinger LG, Panagiotides H, Hill D, Spieder S. Frontal lobe activity and affective behavior of mother with depressive symptoms. *Child Dev* 1992; 63:705-17.
- 30 Murray L. The impact of postnatal depression on infant development. *J Child Psychol Psychiatry* 1992;33(4):43-6.
- 31 Weisman MM, Warner V, Wickramaratne P, Moreau D, Offson M. Birthpang of depressed patients. *Arch Gen Psychiatry* 1997;54(9):437-40.
- 32 Weisman MM. The treatment of depressed women and their children. In: *Symposium American Psychiatric Association, The Depressed Woman: Contemporary Treatments*; 1998 May 31, Toronto, Ontario, Canada.
- 33 De Costa D, Lemauche J, Briton M, Brender W. Psychosocial correlates of prepartum and postpartum depressed mood. *J Affect Disord* 2000;59(1):31-40.
- 34 Kumar R, Robson KM. A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *Br J Psychiatry* 1984;144:33-47.
- 35 Watson JF, Elliot SA, Rugg AJ, Brough DL. Psychiatric disorder in pregnancy and the first postnatal year. *Br J Psychiatry* 1984;144:455-62.
- 36 Murray D, Cox JL. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Depression Scale (EDDS). *J Reprod Infant Psychol* 1990;8(9):107.
- 37 Green JM, Murray D. The use of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in research to explore the relationship between antenatal and postnatal dysphoria. *Em Perinatal Psychiatry*. Use and Misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. London: Gaskell, 1994.
- 38 Pajulo M, Savonahovi E, Sourander A, Helenius H, Risa J. Antenatal depression, substance dependency and social support. *J Affect Disord* 2002;69(1):9-17.
- 39 Melhuish EC, Gambles C, Kumar R. *Maternal mental illness and the mother-infant relationship*. In: *Motherhood and Mental Illness 2, Causes and Consequences*. Cambridge: Wright Butterworth; 1988.
- 40 Stein A, Gash DN, Bucher J, Bond A, Bay A, Cooper PJ. The relationship between postnatal depression and mother-child interaction. *Br J Psychiatry* 1992;161(4):512-15.

Estimados colegas:

He leído con sumo interés y detenimiento su trabajo. Me gustaría hacerles algunas observaciones y sugerencias que podrán orientarlos en futuras investigaciones y coadyuvar a la socialización de temas tan importantes.

En primer lugar, el tema es relevante, pues pocos estudios se han abocado a hacer intervención en mujeres deprimidas y, mucho menos, en gestantes. Al respecto, es conveniente hacer la observación de que hasta ahora no hay mucha literatura que trate el tema de depresión en la mujer, dato curioso si se toma en cuenta que tal enfermedad ataca dos veces más a las mujeres en cualquier momento de sus vidas, comparadas con los hombres. De entre los estudios que pude obtener sobre ese tema, destacan los textos feministas que aportan sobre todo interpretaciones. Sería interesante investigar cuáles son las causas de esta preferencia genérica. Asimismo, el ahondar en por qué está tan extendido en la población este mal, así como sus consecuencias -las cuales ustedes, en su texto, alcanzan a pergeñar, así sea de manera somera-. Coincido con ustedes en que es necesario hacer más investigación sobre este trastorno, en especial en las mujeres, y más si se hace en territorio nacional. Igualmente, el que se le preste atención al estado psicológico de la gestante es un tema que no puede considerarse menor, y pienso que sería de mucha ayuda que pudieran multiplicarse los esfuerzos sistematizados para actuar en bien de la salud de éstas y de sus productos.

Con el fin de contribuir a mejorar su trabajo, me permito sugerir y señalar algunos puntos referentes a la metodología:

- El estudio informa que se trabajó finalmente con siete mujeres, muestra insuficiente para hacer pruebas estadísticas paramétricas, por un lado; y, por otro, el tamaño de la muestra puede acomodarse muy bien para hacer investigación cualitativa; ¿por qué no hacer grupos focales dentro del proceso de intervención? De esta manera tendrían más elementos para mejorarla y podrían ser muy útiles en el trazado y puesta en marcha de futuros trabajos.
- De igual forma, dejaría la evaluación del impacto del programa para cuando el tamaño de la muestra fuera más grande (si trabajan en equipo con otros centros de salud de la entidad federativa pueden reunir más de 30 gestantes) y estableciendo indicadores y metodología efectivos para medirlo.

En suma, el trabajo que han hecho es muy valioso; el tema, poco explorado y muy importante. En este sentido, ojalá hubiera más inquietudes por realizar intervenciones como ésta, de manera que pudieran plantearse hacer un estudio multicéntrico.

María Luisa Guido, M en C.

Subdirectora de Atención y Prevención de la Violencia

Dirección General Adjunta de Equidad de Género

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, SSA México

Correo electrónico: lguido@salud.gob.mx

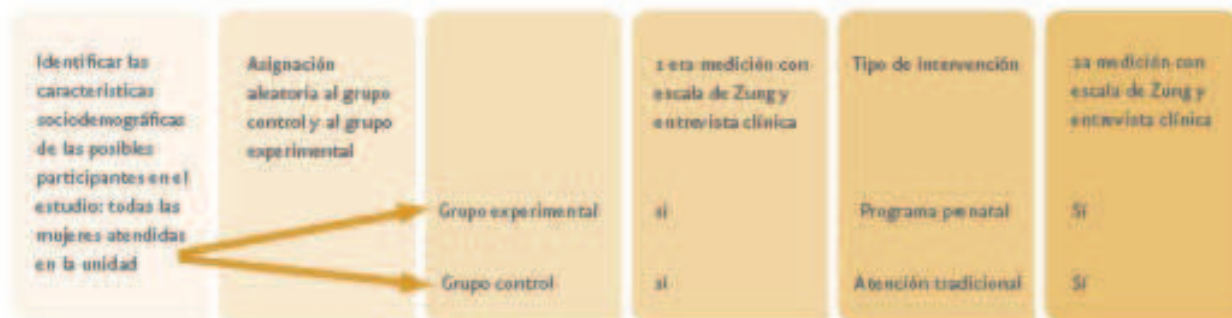
Lecciones del manuscrito Impacto de un programa de estimulación prenatal en la incidencia y severidad de la depresión

Las publicaciones periódicas cada vez toman mayor protagonismo en la actualización de los recursos humanos para la salud. La difusión de los estudios con hallazgos que podemos clasificar como aciertos aparecen constantemente en múltiples revistas. No obstante, hay un reconocimiento general de que se aprende menos de los aciertos que de los errores; y son precisamente estos últimos, los errores, los que nos dan la pauta para ampliar y mejorar nuestros problemas de estudio, así como los métodos para abordarlos.

Para el personal que está atendiendo y resolviendo las necesidades de salud de la población concreta en condiciones específicas y únicas, la reflexión sobre su práctica cotidiana puede ser una poderosa herramienta para tomar distancia de dichas condiciones de salud al ser ellos quienes las perciben de primera mano y crear respuestas insospechadas para superarlas.

El esfuerzo que hace el personal de salud para sistematizar su experiencia y su reflexión va más allá de lo que se puede esperar de la práctica de la atención a la salud, y en apoyo a dichos esfuerzos esta nueva sección "Para compartir..." de su boletín *Género y Salud en Cifras* le presenta sugerencias para fortalecer los estudios y los manuscritos que llegan a su redacción. Las lecciones aprendidas en sus revisiones concienzudas son para compartir, no sólo con los lectores especializados en el área de salud, sino también con todos los profesionales de la salud, en donde quiera que se encuentren, y con los pacientes y sus familiares.

Respecto al estudio hecho en la Jurisdicción Sanitaria V de Veracruz sobre el impacto de un programa de estimulación prenatal en la incidencia y la severidad de la depresión se recomienda aplicar un diseño con el siguiente esquema:



El diseño que les presentamos les permitiría conocer el impacto del programa desarrollado para atender la condición de salud de las mujeres observada en su Jurisdicción Sanitaria.

La pérdida de participantes en el estudio por el desgaste de la cohorte de las embarazadas captadas para la intervención implicó que el fenómeno de interés, la depresión en dicha población, no pudiera estimarse (evaluarse). Para conocer la incidencia y la prevalencia de la depresión se requeriría de un estudio con un tamaño de muestra mayor y otro tipo de diseño.

Doris Verónica Ortega Altamirano, M en C.
Investigadora en Ciencias Médicas "C"
Instituto Nacional de Salud Pública
Cuernavaca, Morelos
Correo electrónico: dor Ortega@insp.mx