



Depresión en el embarazo

SUSANA LUJÁN DRAGHI

RESUMEN

La depresión materna durante el embarazo es una situación frecuente, y a diferencia de la depresión puerperal, habitualmente está subdiagnosticada. Puede tener efectos potencialmente perjudiciales no solo sobre la mujer, sino también sobre el desarrollo neurológico fetal, con repercusiones a corto, mediano y largo plazo. Estos efectos adversos pueden ocurrir con la utilización de medicamentos antidepresivos o sin ella, y se relacionarían más con una alteración del *programming* fetal normal. Existen signos de sospecha que pueden ser detectados por el obstetra durante los controles médicos de rutina y que pueden orientar hacia un diagnóstico preciso por el especialista del equipo de salud mental y eventualmente realizar intervenciones terapéuticas consensuadas para revertir los síntomas depresivos maternos y evitar los riesgos materno-fetales mencionados. En esta revisión se presenta y discute el estado actual del conocimiento y evidencias sobre el tema, incluyendo datos epidemiológicos, posibles repercusiones sobre madre, feto y recién nacido, teorías fisiopatológicas involucradas, técnicas de sospecha por el obstetra y de diagnóstico por el especialista en salud mental y posibles esquemas terapéuticos, con sus beneficios y potenciales efectos adversos.

Palabras clave: depresión perinatal, eje HHA, neuroplasticidad, estresores crónicos, tratamiento, respuesta neonatal al estrés.

Hospital Municipal Tiburcio Borda
Dra. Susana Luján Draghi, Médica
Psiquiatra del Hospital T. Borda y
Neonatóloga (ex residente del Hospital
Materno-Infantil Ramón Sardá).

Dirección de correspondencia:
Gorriti 5268, Capital Federal.
E-mail: slujan@intramed.net

INTRODUCCIÓN

La salud mental durante el embarazo es un aspecto que sin dudas preocupa a profesionales y a la familia debido a su repercusión sobre la embarazada y su hijo, a corto y a largo plazo. Se ha enfocado mucho en la realización de estudios para identificar y tratar la depresión posparto (DPP), pero es necesario destacar que una importante proporción de estas mujeres ya han padecido síntomas previos durante su gestación. La depresión antenatal es un trastorno psiquiátrico frecuente y un factor de riesgo para trastornos del humor posparto y no ha sido aún sistemáticamente incorporada dentro de los cuidados prenatales. En una reciente revisión Cochrane¹ se halló una prevalencia de episodios depresivos durante el embarazo del 10,7%, con un rango entre el 7,4% en el primer trimestre hasta el 12,8% en el segundo y el 12% en el tercer trimestre. Estos resultados de un metaanálisis entre 21 estudios realizado por Bennett² coinciden con la prevalencia hallada por otros autores: el 11,0% en el primer trimestre y el 8,5% para el segundo y tercero³. Un episodio depresivo se caracteriza por sentimientos de tristeza, agobio y dolor, tiene una duración de por lo menos dos semanas continuadas y ocasiona también cambios en el sueño o en el apetito, cansancio, disminución de la libido y dificultad para concentrarse. Algunos de estos síntomas pueden malinterpretarse como constelación normal del embarazo y ocasionar el subdiagnóstico de este trastorno. En muchas

ocasiones también puede presentarse con síntomas de ansiedad.

Se torna particularmente difícil la decisión con respecto al tratamiento de estas pacientes, debido a que el hecho de no tratar un episodio depresivo o discontinuar la medicación de una embarazada puede asociarse a más factores de riesgo, como abuso de alcohol y otras sustancias, abandono de los controles de la salud prenatal, mayor posibilidad de recaída y depresión posnatal.

Este estado de sufrimiento sostenido alcanza al feto, en el que se han evidenciado trastornos en el neurodesarrollo y alteraciones cognitivas y conductuales.

No se han hallado suficientes evidencias científicas sobre la eficacia de la intervención psicológica o psicosocial en la depresión durante el embarazo⁴ por lo que aún no puede recomendarse como única terapia. Por otro lado, el uso de drogas antidepresivas también podría ocasionar eventos adversos sobre el feto y muchas mujeres rechazan esta alternativa por temor.

Esta revisión busca alertar a los profesionales del área perinatal sobre la importancia del diagnóstico presuntivo durante los controles prenatales, ofreciendo algunas claves para tener en cuenta y prevenir así severas y probadas consecuencias de un episodio depresivo en la mujer y en su hijo.

La limitada cantidad de investigaciones metodológicamente confiables hace que carezcamos

Cuadro 1. Factores de riesgo de depresión en el embarazo

| Psicosociales | Demográficos | Obstétricos | Psiquiátricos |
|---|--------------------|--|---------------------------------------|
| Adolescencia | Muy bajos recursos | Complicaciones en gestaciones anteriores | Antecedentes personales psiquiátricos |
| Falta de apoyo social | | Cesáreas previas | |
| Ausencia de pareja | | | |
| Conflictos o escasa contención de la pareja | | | |
| Enfermedades graves | | | |
| Pérdidas de progenitores u otros seres amados | | | |

de consensos y que en cada circunstancia, la decisión acerca de cómo tratar a una paciente deba ser tomada en conjunto con la madre y/o responsables de ella brindando una información clara acerca de los riesgos *versus* los beneficios.

EPIDEMIOLOGÍA

Con relación a los factores que se asocian a trastornos del humor en el embarazo, los sociales^{5, 7-9} son los que priman en orden de importancia y frecuencia. La experiencia de embarazos anteriores⁶ y la situación económica^{5, 8-10} también influyen. No hay evidencias claras que apoyen la teoría de que existen diferencias en la prevalencia de depresión entre mujeres que viven en países desarrollados o no. A diferencia de la DPP, hay muy pocos estudios que hallaron relación entre la existencia de antecedentes personales psiquiátricos y la depresión en el embarazo¹¹⁻¹³ (Cuadro 1).

DIAGNÓSTICO

Los cuestionarios autoadministrados permiten identificar síntomas de depresión en el embarazo y ser evaluados posteriormente para diagnosticar la magnitud de un trastorno del humor. La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (EDPE)¹⁴ desarrollada para DDP se usa para pesquisar síntomas de depresión durante la gestación. El cuestionario EDPP consta de 10 preguntas cortas autoaplicadas que hacen referencia a cómo se han sentido las mujeres durante los siete días anteriores a su cumplimentación.

Esas 10 preguntas son las siguientes:

1. ¿He sido capaz de reírme y disfrutar?
2. ¿He mirado las cosas con ilusión?
3. ¿Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal?
4. ¿Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo?
5. ¿He sentido miedo o he estado asustada sin motivo?
6. ¿Las cosas me han agobiado, sobrepasado?
7. ¿He tenido importantes dificultades para dormir?
8. ¿Me he sentido triste o desgraciada?
9. ¿Me he sentido tan infeliz que he estado llorando?
10. ¿He pensado en hacerme daño?

Cada una de las respuestas se valora con un puntaje de 0 a 3. Se sugiere un puntaje de 15 o más para hacer diagnóstico. Aunque estas son herramientas de uso más específico del especialista, es muy importante destacar que los primeros síntomas presuntivos los puede detectar el profesional que realiza el control de salud de la gestante y es este el momento oportuno de hacer la interconsulta con el especialista. Según la literatura, aproximadamente sólo el 18% de las mujeres con criterios para episodio depresivo mayor (EDM) recibieron tratamiento^{15, 16}.

SINTOMATOLOGÍA

El trastorno depresivo mayor es un disturbio en el ánimo. El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales¹⁷ (DSM-IV) clasifica la depresión dentro de los trastornos del estado de ánimo, cuya característica específica es la alteración del humor y se caracteriza por la presencia de uno o más episodios depresivos mayores.

¿Qué es un episodio depresivo mayor?

Se define como alteración del humor durante un período de al menos 2 semanas consecutivas durante el cual hay una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. La paciente también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios en el apetito, en el peso, en el sueño y en la actividad psicomotora, falta de energía, sentimientos de infravaloración o culpa, dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o planes o intentos suicidas. Los síntomas deben mantenerse la mayor parte del día. El episodio puede acompañarse de un malestar clínico significativo: constipación o diarrea, dolor de cabeza y nucal, y deterioro social y/o laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los síntomas no se

explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica ni como una reacción de duelo.

Por cierto que la mayoría de las veces, las pacientes no llegan con sintomatología tan florida y sí con elementos muy solapados que no son tenidos en cuenta o son confundidos como propios del embarazo, por lo cual hay un subdiagnóstico de este trastorno.

Por lo expuesto anteriormente, puede ser útil realizar una serie de preguntas referidas al estado de ánimo durante los controles prenatales y enseñar a las pacientes a autoobservarse:

1. Estado de ánimo. Preguntar por alguno de estos síntomas: tristeza, disforia o irritabilidad y el tiempo de duración.
2. Indagar sobre la capacidad para disfrutar o sobre el interés y/o placer en las actividades habituales. ¿Hay disminución o ausencia de placer? (anhedonia).
3. ¿Cómo son las características del sueño?: hay Insomnio o hipersomnio, ¿dificultad para descansar, despertar precoz e imposibilidad de volver a conciliar el sueño?
4. Enlentecimiento o agitación psicomotriz. Esta condición debe ser observada por los familiares.
5. Preguntarle por sus sentimientos ¿hay algo que la agobie?, ¿refiere sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada?

Ante el hallazgo de algunos de estos ítems, conviene realizar la interconsulta rápida con el servicio de psicopatología.

REPERCUSIÓN DE LA DEPRESIÓN NO TRATADA EN LA EMBARAZADA

La ausencia de tratamiento de un episodio depresivo provocará indefectiblemente aumento de comorbilidad, lo que compromete más aún la salud de la madre y del feto.

1. Nutrición inadecuada.
2. Disminución de los controles médicos prenatales.
3. Abuso del consumo de alcohol, tabaco, psicofármacos y/o drogas ilegales.

4. Mayor probabilidad de recaída (en el caso de mujeres con depresión previa y con suspensión del tratamiento).
5. Mayor probabilidad de infecciones de transmisión sexual.
6. Aumento del riesgo de depresión posparto.
7. Mayor riesgo de hospitalizaciones prolongadas.
8. Mayor incidencia de prematurez.
9. Vínculo inadecuado con su bebé.

En un estudio comparativo¹⁸ realizado en 82 pacientes tratadas antes del embarazo y que mantuvieron la medicación vs. aquellas que la discontinuaron, se produjo un porcentaje mayor de recaídas (68%) entre las mujeres del segundo grupo vs. el grupo que continuó tratado (26%), lo cual indica que la interrupción del tratamiento durante la gestación deberá ser cuidadosamente analizada, dado el riesgo de recaída materna y los posibles riesgos sobre el feto y recién nacido a corto y largo plazo. Otro estudio realizado en el Reino Unido (n=417) corroboró la asociación entre depresión prenatal y DPP, y halló que a las 12 semanas posparto, el 22,6% de las púerperas con DPP también la habían tenido en el embarazo. En una cohorte de 1489 mujeres suizas observadas durante el embarazo y puerperio, el 17% padeció síntomas depresivos en el tercer trimestre y observadas en el puerperio se destacó que el 45% de mujeres con DPP ya la habían sufrido en el embarazo¹⁹.

REPERCUSIÓN FETO-NEONATAL DE LA DEPRESIÓN NO TRATADA

Consecuencias neuroendocrinas

Las experiencias más tempranas en la vida las sufre el feto. La exposición prenatal a depresión y ansiedad materna confieren un riesgo a largo plazo de disturbios en el comportamiento en la niñez y vida adulta. Este proceso de “programación fetal” es en parte producido por el impacto de los efectos adversos sobre el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA). Este eje HHA es un sistema metabólico dinámico que regula la habilidad para estar en homeostasia con los

estresores y es altamente sensible a lo adverso desde etapas muy tempranas de la vida fetal²⁰.

En el feto humano, la ansiedad y depresión de la madre se asocian con bajo peso de nacimiento, neurocomportamiento neonatal alterado, elevados niveles de cortisol y menor cantidad de serotonina (5HT) que puede persistir hasta los 6 meses de edad. Se han reportado alteraciones en el neurodesarrollo en el feto y el niño con disminución en las capacidades cognitivas y del lenguaje, trastorno en los impulsos, déficit en la atención y comportamientos inadecuados durante la niñez²⁰. Los continuos niveles de ansiedad y depresión prenatal se asocian con múltiples problemas del sueño a la edad de 18 y 30 meses. La hipótesis acerca de la influencia que ejercen el estrés y la depresión materna sobre las variables obstétricas y el posterior desarrollo del niño propone que los niveles placentarios elevados de la hormona liberadora de corticotrofina y cortisol alteran la función inmune, incrementan las catecolaminas y producen cambios vasculares uterinos^{20, 23}.

Un estudio conducido en la Universidad de Michigan²⁴ analizó la relación entre los síntomas depresivos maternos, cambios neuroendocrinos y la adaptación neonatal incluyendo el sueño, conductas alimentarias, temperamento y apego. Las mujeres incluidas en este trabajo evidenciaron niveles de ACTH más elevados durante el tercer trimestre, así como también aquellas con experiencias previas de depresión o ansiedad. También en sus hijos recién nacidos el valor de ACTH medido en sangre de cordón umbilical fue mayor que en los controles. Estas madres tuvieron menor probabilidad de amamantar y más complicaciones en el embarazo. Los hijos de aquellas madres con síntomas depresivos mostraron patrones de sueño alterados con un sueño menos eficiente y un tiempo total de sueño menor, comparado con el de los recién nacidos de madres sin síntomas depresivos²⁵. Estos patrones se identificaron a las dos semanas posparto y se mantuvieron hasta las 30 semanas siguientes al nacimiento. Las madres no tratadas tuvieron conductas menos responsables y sensibles, y fueron más intrusivas en la interacción con el niño. Los

hijos de madres depresivas mostraron menor capacidad para mostrar sus afectos positivos y para interactuar afectuosamente, y mayor compromiso cognitivo y del lenguaje²⁶.

EPIGENÉTICA

Cada individuo nace con una determinada carga genética y el ADN tiene una secuencia similar en cada célula, pero cada tipo de célula tiene un diferente patrón de expresión de genes, algunos más o menos activos y otros inactivos. Estos patrones diferentes están establecidos o determinados durante el desarrollo por fenómenos que por diferentes vías actúan sobre el ADN modificando su expresión génica, aunque sin alterar su secuencia de ADN. A esta particular programación se la denomina epigenética y puede estar modificada por factores ambientales, dietéticos, tóxicos, fármacos e incluso estilos de vida o factores adversos al azar que crean una nueva epigenética o programación celular que puede afectar el curso de vida de ese individuo. Fácilmente puede entenderse que el período perinatal es particularmente vulnerable a este tipo de cambios y hay muchos ejemplos de reprogramación epigenética que puede tener efectos a largo plazo, durante la vida adulta. También hay evidencia de que estos fenómenos epigenéticos motivados como adaptación a ambientes perinatales adversos pueden revertirse en etapas posteriores de la vida.

La epigenética, entre otras cosas, explica por qué en ocasiones dos gemelos univitelinos, con igual secuencia de ADN, en realidad no son tan iguales, sino solo similares y pueden tener personalidades, gustos e incluso situaciones patológicas totalmente diferentes a lo largo de su vida. Los mecanismos conocidos implicados en los cambios epigenéticos son: a) por metilación de la citosina del ADN con un rol importante en la expresión de los genes afectados; b) por impronta genética o *imprinting*, en el que un gen sufre algún cambio de forma no bien conocida y su expresión depende del origen parental de éste por experiencias previas; y c) por modificación de histonas, incluyendo acetilación, metilación y fosforilación²⁷.

Con relación al tema que nos ocupa, experiencias bien controladas en animales, y algunas más recientes en humanos, demuestran por ejemplo cómo el comportamiento materno precoz se asocia con diferentes respuestas al estrés del eje hipotalámico-hipofisario-adrenal (HHA) por distintas regulaciones epigenéticas en la expresión del gen receptor de los glucocorticoides (*Nr3c1*). Entre las experiencias adversas perinatales más precoces está la exposición del feto a un humor materno de depresión o ansiedad que puede conferir un riesgo de disturbios en el comportamiento a largo plazo, durante la niñez e incluso la adultez. Este particular proceso de *programming fetal* se cree que en parte está mediado por el impacto de esa experiencia prenatal sobre el desarrollo del eje HHA en respuesta al estrés.

En humanos, hay estudios que muestran que un estado depresivo, de ansiedad y estrés durante el embarazo se relaciona con mayores tasas de parto prematuro, bajo peso al nacer, neurocomportamientos neonatales alterados, elevación del cortisol en sangre y niveles más bajos de serotonina que pueden persistir al menos hasta los seis meses de edad²⁸. En experiencias con animales¹⁸ se comprobó que los hijos de madres bien cuidadas durante la gestación son menos temerosos y tienen una respuesta menos intensa al estrés del eje HHA que la de aquellos hijos de animales con menores cuidados durante la gestación, y esta diferencia está dada por modificaciones en el gen que regula el receptor de los glucocorticoides.

Recientemente, Oberlander y cols. estudiaron un grupo de recién nacidos humanos, hijos de madres con diagnóstico de depresión durante el tercer trimestre de la gestación y seguidos hasta los 3 meses posparto, controlando los resultados tanto para aquellas mujeres medicadas o no con antidepresivos del tipo de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) comparados con niños de madres no deprimidas ni medicadas. Encontraron que en los hijos de madres con trastornos depresivos durante el embarazo, medicadas con ISRS o no, hubo un significativo aumento de la

metilación del gen que expresa al receptor de glucocorticoides y aumento del cortisol en saliva ante el estrés a los tres meses de edad; demostraron por primera vez un fenómeno epigenético relacionado con la depresión durante el embarazo, con una respuesta alterada del eje HHA de los recién nacidos ante el estrés, lo cual podría extenderse a etapas posteriores de la vida.

DROGAS ANTIDEPRESIVAS Y POSIBLES EFECTOS SOBRE EL FETO

El feto está expuesto a las drogas antidepresivas a través de la placenta. Las drogas de primera elección actualmente son los ISRS. Estos y sus metabolitos pueden medirse en sangre de cordón al momento del nacimiento, así como también en líquido amniótico, y varían en una relación de droga de 0,29 a 0,89 en sangre de cordón y sangre materna. Proporciones más cercanas a 1 hacen suponer una mayor exposición del feto a la droga²⁹ y niveles más altos podrían conducir a complicaciones neonatales. Se hipotetiza que no solo son los niveles de droga en sangre materna y su correlación en el feto los que pueden dañar, sino que en la exposición del feto a la droga, ocupa un rol importante el genotipo fetal en el metabolismo de la droga y los transportadores de proteínas localizados en la placenta³⁰.

Edad gestacional

La Dra. Rita Suri analizó³¹ 3 grupos, con medicación durante el primer trimestre, con exposición menor a los 10 días y sin medicación antidepresiva y concluyó que los hijos cuyas madres habían tomado drogas antidepresivas durante el primer trimestre eran de menor edad al nacer, medida por la fecha de última menstruación (FUM) 38,5; 39,4 y 39,7 semanas respectivamente. Debe hacerse la observación que en el grupo 3 el tamaño muestral es muy pequeño como para poder comparar y que si bien las diferencias fueron estadísticamente significativas, clínicamente no tiene mucha repercusión el hecho de nacer con 38,5 semanas o 39,7. En este mismo estudio la tasa de prematuridad también difirió y fue superior entre los grupos de

madres con medicación (14,3% para el grupo 1 y 5,3% para el grupo 3). La mediana de edad al nacer fue de 35,6 semanas (DS 1,1).

Malformaciones congénitas

También en esta circunstancia se presentan controversias. En un estudio con 151.800 recién nacidos en Dinamarca³² se observó un porcentaje mayor de MC en hijos de madres que habían tomado antidepresivos ISRS en el primer trimestre del embarazo *versus* las que no lo habían hecho: 4,9% vs. 3,4%, aumentando el RR a 1,34. Las malformaciones halladas fueron cardiovasculares (29%), musculares (31%) y de sistema digestivo (14%). En otros estudios de caso control se halló un pequeño incremento en el riesgo para onfalocela, craneosinostosis y anencefalia en el grupo de drogas ISRS y usadas en etapas muy tempranas del embarazo³³. Otras investigaciones no han encontrado un riesgo mayor de tener hijos con malformaciones congénitas mayores entre las mujeres con drogas antidepresivas comparado con el porcentaje de la población general. Hay reportes de que la administración de paroxetina aumenta el 1,5 al 2% las malformaciones cardíacas (defectos ventricular septal). En diciembre de 2005, la FDA advirtió a la salud pública acerca del uso de paroxetina en el embarazo y cambió de C a D la categoría de evidencia científica para su empleo durante la gestación. Einarson en 2008 presentó 3000 casos y no encontró aumento de la incidencia con esta droga³⁴.

Hipertensión pulmonar persistente

En julio de 2006, también la FDA alertó acerca del incremento en el riesgo de hipertensión pulmonar persistente (HNPP) con el uso de drogas del grupo ISRS en la segunda mitad del embarazo.

Síndrome de abstinencia neonatal

La privación de droga antidepresiva puede ocasionar en el recién nacido irritabilidad, temblores, enlentecimiento intestinal, vómitos,

retención urinaria, succión disminuida, hiper o hipotermia y, con menos frecuencia, convulsiones. Estos síntomas podrían aparecer en las primeras 12 horas posteriores al nacimiento y son transitorios. El tratamiento de los neonatos expuestos a ISRS durante el tercer trimestre involucra el uso de ambientes tranquilos, mínima estimulación, luces y ruidos tenues. Como la mayoría de los recién nacidos, responden positivamente al contacto piel a piel y se necesita pequeña cantidad de leche. Es poco probable tener que emplear sedativos³⁵.

TRATAMIENTOS DE LA DEPRESIÓN

1. Psicoterapia.
2. Psicoeducación.
3. Análisis transaccional.
4. Farmacológico.
5. Suplementación con omega 3.
6. Acupuntura.
7. Luminoterapia.
8. Masajes.

Como alternativa o en conjunto con la medicación, las intervenciones psicosociales y psicológicas, como la terapia cognitiva-conductual y la psicoterapia interpersonal, han sido evaluadas en el tratamiento de la depresión. Una reciente revisión de Cochrane validó estas intervenciones para el tratamiento de la depresión posparto, sin embargo, no se pudo probar su eficacia para disminuir los síntomas depresivos en la depresión antenatal. Solo un estudio con un tamaño muestral muy pequeño (Spinelli 2003) reunía los criterios de inclusión, por lo que se concluyó que aún no hay evidencias para su recomendación. Debido a la necesidad de disponer de terapias científicamente validadas, otras alternativas de tratamiento usadas en la depresión general están siendo investigadas.

Masajes maternos vs. acupuntura no específica

No hay evidencias cerca de disminución de la sintomatología depresiva medida por la Escala de

Depresión de Hamilton (HRSD) inmediatamente postratamiento (un estudio reporto: $n=38$; RR -2,30; 95% CI -6,51 a 1,91)¹. Tampoco se hallaron beneficios midiendo la sintomatología con el Inventario de Depresión de Beck (BDI)¹.

Acupuntura específica para depresión vs. acupuntura no específica

No disminuyó significativamente el número de mujeres con diagnóstico de depresión (DSM-IV) inmediatamente postratamiento (un estudio reporto: $n=35$; RR 0,48; 95% CI 0,11 a 2,13)¹.

Con las evidencias disponibles, no se puede recomendar ni la terapia con masajes ni la acupuntura específica para el tratamiento de la depresión antenatal¹.

Suplementación con ácidos grasos y omega 3

Varios estudios epidemiológicos de los trastornos del humor han hallado relación entre el bajo consumo de pescado y omega 3 con síntomas de depresión, por lo que se podría estimar que la suplementación con estos tendría un rol importante en el tratamiento, aunque son necesarias más investigaciones para corroborar si tal asociación es verdadera.

COMENTARIOS

Ha quedado en evidencia que un trastorno en el humor durante la gestación afecta tempranamente la salud del feto, incidiendo directamente sobre su sistema hipotálamo-hipofisario y alterando sus respuestas neuroendocrinas, así como a su madre sumándole comorbilidades tales como desnutrición, enfermedades asociadas y DDP. Por lo expuesto y lo extraído de la literatura, no existe la posibilidad de apoyar la decisión de tratamiento en un consenso. Por lo tanto, en cada circunstancia el médico analizará

en conjunto con la paciente y su familia cuál es el tratamiento óptimo. Esto requiere que los agentes cuidadores de la mujer gestante estén alertas y preparados para incorporar en los cuidados prenatales la pesquisa de síntomas psiquiátricos y enseñar a sus pacientes que este cuidado también debe ser mantenido por ella. El mito oscuro de la enfermedad mental debe ser desterrado y el modo de hacerlo es informando correctamente acerca de la posible aparición de síntomas en este período de mayor vulnerabilidad, hablando sobre cómo un episodio de ansiedad o depresión puede afectar al niño y brindando la tranquilidad a la mujer que con un correcto diagnóstico y terapéutica obtendrá alivio de sus síntomas y no incidirán en su bebé. El primer temor que la mujer tiene es el de ser culpable de dañar a su hijo y el segundo, el de ser caratulada de insana.

Se necesitan estudios acerca del tratamiento psicológico y psicosocial de la depresión antenatal, solos o asociados con el uso de antidepresivos, y también de otras intervenciones biológicas durante el embarazo.

Los datos indican que la mayoría de las mujeres prefieren intervenciones psicológicas o psicosociales antes que medicación antidepresiva para tratar la depresión durante el embarazo o el posparto. Aunque existen evidencias de que la medicación antidepresiva podría ser segura para el uso en embarazo, no se han realizado estudios randomizados y controlados para la depresión durante la gestación y muchas mujeres con episodios depresivos son resistentes a tomar pastillas y prefieren opciones no farmacológicas. Por lo tanto, es radicalmente importante detectar precozmente síntomas de ansiedad o depresión para instituir, junto con los especialistas, el mejor tratamiento para esa mujer en ese momento de su gestación, teniendo en cuenta el contexto en el que se desenvuelve y desenvolverá y sus antecedentes psiquiátricos.

REFERENCIAS

1. Dennis CL, Allen K. Interventions (other than pharmacological, psychosocial or psychological) for treating antenatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No: CD006795. DOI: 10.1002/14651858.CD006795.pub2.
2. Bennett HA, Einarson A, Taddio A y cols. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol* 2004; 103:698-709.
3. Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN y cols. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol* 2005; 106:1071-83.
4. Dennis CL, Ross LE, Grigoriadis S. Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3. [DOI: 10.1002/14651858.CD006309.pub2]
5. Pajulo M, Savonlahti E, Sourander A, Helenius H, Piha J. Antenatal depression, substance dependency and social support. *Journal of Affective Disorders* 2001; 65(1):9-17.
6. Rubertsson C, Waldenstrom U, Wickberg B. Depressive mood in early pregnancy: prevalence and women at risk in a national Swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2003; 21(2):113-23.
7. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001; 323(7307):257-60.
8. Glazier RH, Elgar FJ, Goel V, Holzapfel S. Stress, social support, and emotional distress in a community sample of pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 2004; 25(3-4):247.
9. Blaney NT, Fernandez MI, Ethier KA, Wilson TE, Walter E, Koenig LJ y cols. Psychosocial and behavioral correlates of depression among HIV-infected pregnant women. *AIDS Patient Care and STDs* 2004; 18(7):405-15.
10. Seguin L, Potvin L, St Denis M, Loiselle J. Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. *Obstetrics & Gynecology* 1995; 85(4):583-9.
11. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *Journal of Women's Health* 2003; 12(4):373-80.
12. Honjo S, Arai S, Kaneko H, Ujiie T, Murase S, Sechiyama H y cols. Antenatal depression and maternal-fetal attachment. *Psychopathology* 2003; 36(6):304-11.
13. Chen H, Chan YH 3rd, Tan KH, Lee T. Depressive symptomatology in pregnancy - a Singaporean perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004; 39(12):975-9.
14. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatric* 1987; 150:782-6.
15. Flynn HA, Blow FC, Marcus SM. Rates and predictors of depression treatment among pregnant women in hospital-affiliated obstetrics practices. *Gen Hosp Psychiatry* 2006; 28:289-95.
16. Kim HG, Mandell M, Crandall C y cols. Antenatal psychiatric illness and adequacy of prenatal care in an ethnically diverse inner-city obstetric population. *Arch Womens Ment Health* 2006; 9:103-7.
17. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3ª edición)*. American Psychiatric Association. 1994.
18. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, Nonacs R, Newport DJ, Viguera AC y cols. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA* 2006; 295(5):499-507.
19. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjo G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 2001; 80(3):251-5.
20. Talge NM, Neal C, Glover V y cols. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: How and why? *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48:245-61.
21. Diego MA, Jones NA, Field T y cols. Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight. *Psychosom Med* 2006; 68:747-53.
22. Wadhwa PD. Psychoneuroendocrine processes in human pregnancy influence fetal development and health. *Psychoneuroendocrinology* 2005; 30:724-43.
23. Federenko IS, Wadhwa PD. Women's mental health during pregnancy influences fetal and infant developmental and health outcomes. *CNS Spectr* 2004; 9:198-206.
24. Heringhausen J, Marcus SM, Muzik M, McDonough SC, Flynn HA, Hoffman R, Bertram H, Vasquez DM, Armitage R. Neonatal sleep patterns and relationship to maternal depression. Poster Presentation. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry: Chicago, IL. 2008.

25. Campbell SB, Brownell CA, Hungerford A y cols. The course of maternal depressive symptoms and maternal sensitivity as predictors of attachment security at 36 months. *Dev Psychopathol* 2004; 16(2):231-52.
26. Campbell SB, Cohn JF, Meyers T. Depression in first-time mothers: Mother-infant interaction and depression chronicity. *Developmental Psychology* 1995; 31(3):349-357.
27. Oberlander TF, Weinberg J, Papsdorf M y cols. Prenatal exposure to maternal depression, neonatal methylation of human glucocorticoid receptor gene (NR3C1) and infant cortisol stress responses. *Epigenetics* 2008; 3(2):97-106.
28. Pearlstein T. Perinatal depression: Treatment options and dilemmas. *J Psychiatry Neurosci* 2008 July; 33(4):302-318.
29. Flynn HA, Blow FC, Marcus Hendrick V, Stowe ZN, Altschuler LL y cols. Placental passage of antidepressant medications. Behavioral Health Program, Women and Infants Hospital, Providence, RI. *Am J Psychiatry* 2003; 160:993-6.
30. DeVane CL, Stowe ZN, Donovan JL y cols. Therapeutic drug monitoring of psychoactive drugs during pregnancy in the genomic era: challenges and opportunities. *J Psychopharmacol* 2006; 20(Suppl):54-9.
31. Suri R: Effects of Antenatal Depression and Antidepressant Treatment on Gestational Age at Birth and Risk of Preterm Birth. *Am J Psychiatry* 2007; 164:1206-1213.
32. Wogelius P, Norgaard M, Gislum M y cols. Maternal use of selective serotonin reuptake inhibitors and risk of congenital malformations. *Epidemiology* 2006; 17:701-4.
33. Alwan S, Reefhuis J, Rasmussen SA y cols. Use of selective serotonin-reuptake inhibitors in pregnancy and the risk of birth defects. *N Engl J Med* 2007; 356:2684-92.
34. Einarson A, Pistelli A, DeSantis M, Malm H, Paulus WD, Panchaud A, Kennedy D, Einarson TR, Koren G. Evaluation of the Risk of Congenital Cardiovascular Defects Associated With Use of Paroxetine During Pregnancy *Am J Psych* 2008, 165:749-752.
35. Belik J. Fetal and Neonatal Effects of Maternal Drug Treatment for Depression. *Seminars in Perinatology* 2008; 32(5).
36. DeMulder EK, Radke-Yarrow M. Attachment with affectively ill and well mothers: Concurrent behavioral correlates. *Development and Psychopathology* 1991; 3 (3):227-242.



**UNIVERSIDAD
FAVALORO**

**CURSO SUPERIOR DE POSGRADO DE GINECOPSIQUIATRÍA:
“UNA VISIÓN INTERDISCIPLINARIA SOBRE
LA SALUD MENTAL DE LA MUJER”**

Res. FPosg N° 040/07 Res. CS N° 110/07

Directora:

Dra. Elena Levin

Asesores Científicos:

Dra. Cecilia Sinay Millonschik

Prof. Dr. Jaime A. Moguilevsky

Programa Académico:

I. Psiconeuroendocrinología de la mujer y enfoque de la evolución histórico social II. Desarrollo psicosexual femenino. Evolución. Naturaleza y cultura de la identidad de la mujer III. Cerebro: máquina de las emociones. Neurona femenina y masculina IV. Estrés, vulnerabilidad. Resiliencia. Inmunidad y género V. Sueño. Envejecimiento en la mujer. Siglo XXI nuevos paradigmas VI. Mama desde la patología hasta la utopía VII. Conductas adictivas en la mujer

Psicoterapia, psicofármacos, terapias alternativas
Discusión abierta de casos clínicos

Destinado a: médicos, psicólogos, biólogos, sociólogos, antropólogos, licenciados en nutrición, obstétricas, asistentes sociales y profesionales afines a la temática de la mujer

- ◆ Comienzo: viernes 7 de mayo de 2010
- ◆ Duración: 7 meses
- ◆ Horario:
- ◆ Primeros viernes de mes de 18 a 22hs. y
- ◆ primeros sábados de mes de 9 a 14hs.,
- ◆ Desde mayo hasta noviembre.
- ◆ Modalidad presencial
- ◆ Informes e Inscripción: Av. Entre Ríos
- ◆ esq. Venezuela
- ◆ Ciudad Autónoma de Buenos Aires
- ◆ Tel. (5411) 4378-1171
- ◆ Fax. (5411) 4378-1107
- ◆ elenalevin@fibertel.com.ar
- ◆ info@favaloro.edu.ar
- ◆ <http://www.favaloro.edu.ar>