



UNIVERSIDAD DEL VALLE

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Proyecto de grado para optar por el título de psicóloga

Presentado por:

INGRID VANESSA STERLING LIZ

Director:

GABRIEL ARTEAGA DIAZ

DEPRESIÓN DURANTE EL EMBARAZO E INCIDENCIAS EN EL DESARROLLO
POSTERIOR DEL NIÑO

UNIVERSIDAD DEL VALLE

SEDE PALMIRA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PALMIRA

2014

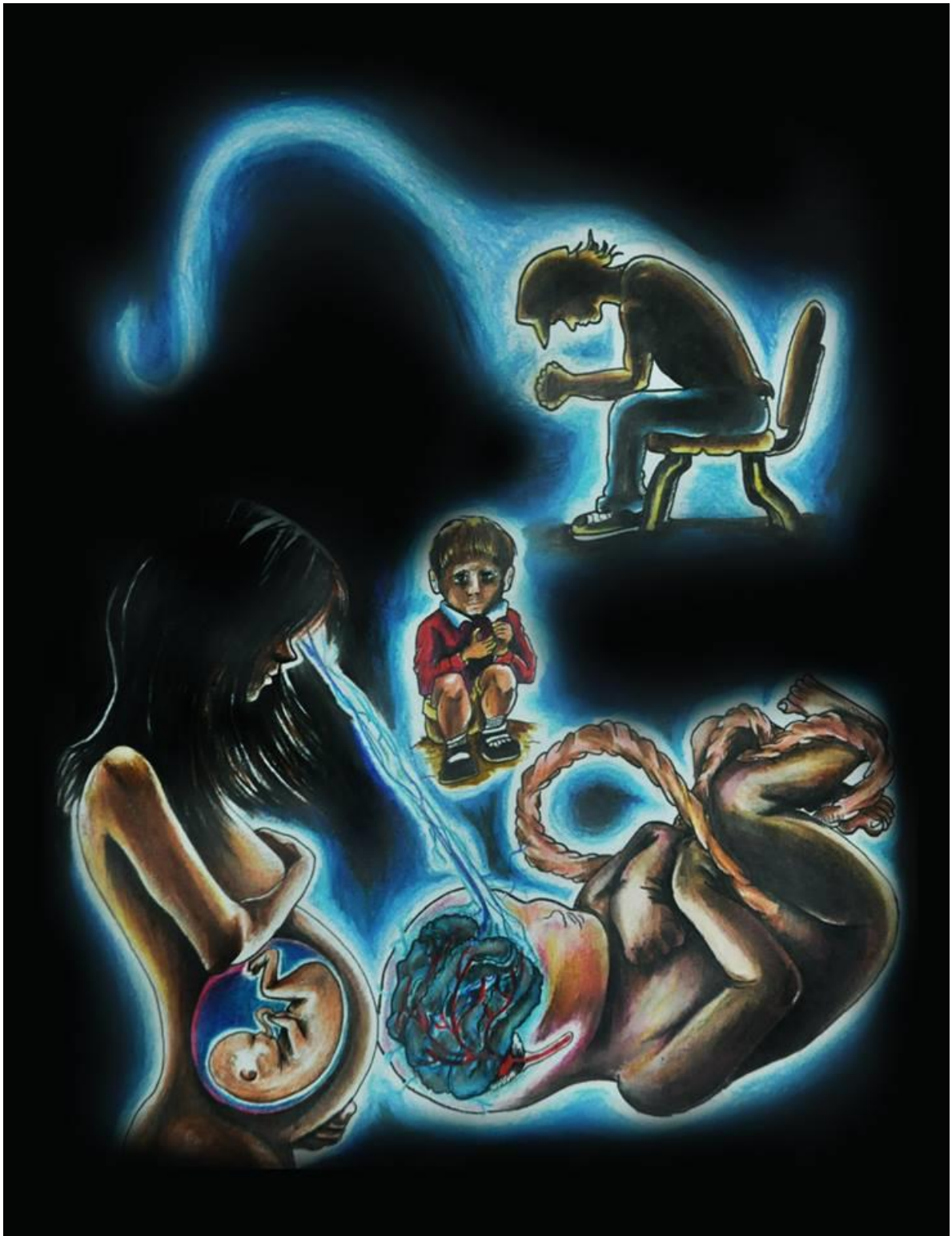


TABLA DE CONTENIDO

1. Introducción

2. Objetivos

2.1 Objetivo General

2.2 Objetivos Específicos

3. Justificación

4. Metodología

5. Capítulos

5.1 Capitulo 1: Embarazo, depresión materna y sus síntomas

1.1 Embarazo

1.2 Depresión materna y sus síntomas

Tabla 1.1

5.2 Capitulo 2: Factores de prevalencia y riesgo

2.1 Factor de prevalencia

2.1.1 Representación de Mujer-Madre

2.2 Factores de riesgo

2.2.1 Cambios psíquicos y biológicos

2.2.2 El apoyo y el papel del padre (de la pareja) en la etapa perinatal

2.2.3 El papel de la sociedad y lo económico

5.3 Capítulo 3: Tratamientos de la depresión perinatal

3.1 Tratamiento con Psicofármacos (antidepresivos)

3.1.1 La placenta Humana

3.1.2 Casos de psicofármacos (antidepresivos) utilizados en el tratamiento de la depresión

3.1.2.1 Los Tricíclicos y tetracíclicos (ADT O ACT)

Tabla 3.1

Tabla 3.2

3.1.2.2 Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS)

Tabla 3.3

3.1.2. 3 Inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)

Tabla 3.4

3.1.2.4 Inhibidores de monoaminoxidasa irreversible (IMAO) y reversibles (RIMA)

Tabla 3.5

3.1.2.5 Noradrenérgicos y selectivamente serotoninérgicos (NaSSA)

Tabla 3.6

3.1.2.6 Inhibidores selectivos de recaptación de noradrenalina (ISRN)

Tabla 3.7

3.1.2.7 Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina (ISRD)

Tabla 3.8

3.2 Tratamiento psicológico

3.2.1 Psicoterapia de enfoque cognitivo-conductual

3.2.2 Psicoterapia interpersonal individual

3.3 Otros tratamientos de la depresión materna

3.3.1 Masajes

3.3.2 Acupuntura

3.3.3 Fototerapia

3.3.4 Terapia electroconvulsiva

5.4 Capitulo 4: consecuencias de la depresión materna en el desarrollo posterior del niño.

4.1 Consecuencias en el desarrollo del feto, en el parto y neonato

4.2 Consecuencias en el niño durante los tres años de vida

4.3 Consecuencias en los niños a los 5 años

4.4 Otros aspectos durante la niñez

4.5 Adolescencia y adultez

4.6 Consecuencias del uso de antidepresivos durante el embarazo

5.5 Capitulo 5: Prevención de la depresión perinatal

6. Conclusiones

7. Referencias Bibliográficas

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento contiene una propuesta de revisión temática sobre el tema de las incidencias de la depresión durante el embarazo en el desarrollo posterior del niño; la importancia de este tema, está relacionado con el hecho de que probablemente el estado de ánimo de la madre va a influir en el desarrollo posterior del niño, no obstante no existe un conocimiento claro sobre esto.

El presente trabajo busca realizar una primera aproximación sobre el tema de la depresión materna y sus incidencias durante el embarazo, puesto que existe poco conocimiento acerca de este tema, a pesar de que es importante no se han realizado los estudios suficientes en este campo.

En la práctica con pacientes en el hospital Universitario Del Valle que acuden al servicio de neuropsicología, se ha establecido la incógnita: hasta qué punto el estado de ánimo de la madre podría tener una incidencia en el desarrollo ulterior del niño, no sólo en lo cognitivo sino que de igual forma en lo emocional, siendo el único antecedente perinatal relevante.

El presente trabajo consistirá en un total de cinco capítulos, donde se realizara un compendio sobre que es la depresión, los diferentes factores que desencadenan la depresión en los que se

hablara sobre lo económico, social hasta lo relacional, por lo que todos ellos influyen sobre el estado anímico de la madre y su forma de cómo sobrellevar su embarazo.

Del mismo modo se tocan aspectos como el tratamiento que es utilizado por el personal de salud cuando se ha detectado este trastorno de humor, no solo desde la perspectiva psicológica por medio de la consulta psicológica, sino que de igual modo se toma en cuenta el tratamiento farmacológico y métodos alternativos que cuyo fin se relaciona con la disminución del síntoma.

Por último se expondrá sobre las consecuencias que trae consigo este tipo de estados de ánimo en el niño, se retoma los procesos durante el embarazo, después del parto y el desarrollo en el niño desde el primer hasta los cinco años retomando luego hasta la edad de dieciséis años. Del mismo modo se habla sobre las herramientas (test) que pueden detectar los síntomas depresivos.

2. OBJETIVOS

2.1 *Objetivo general*

Realizar una búsqueda bibliográfica, sistemática sobre los efectos de la depresión de mujeres gestantes en el desarrollo cognitivo y emocional de los niños.

2.2 *Objetivos específicos*

- Revisar los principales modelos teóricos referentes a los efectos de la depresión materna en los niños.
- Revisar los resultados de investigaciones empíricas sobre los efectos de la depresión materna en los niños.
- Sistematizar las implicaciones clínicas y cognitivas de la depresión durante el embarazo.
- Reconocer el lugar de la emoción denominada depresión en los procesos del desarrollo del feto.

3. JUSTIFICACIÓN

La presente propuesta de investigación nace a partir de la preocupación de las madres que acuden al servicio de neuropsicología en el Hospital Universitario Del Valle E.S.E, porque sus hijos presentan problemas en el ámbito escolar, problemas de aprendizaje, retraso mental entre otras cosas. Cuando se indaga a profundidad por los antecedentes perinatales, se encuentra que las madres en algún momento durante el periodo de embarazo han sufrido depresión.

Esta indagación tiene como finalidad comprender por qué los hijos de mujeres que han sufrido depresión durante la gestación, presentan una serie de dificultades y retrasos de distinto orden. Por otro lado, contribuir en el manejo y proceder con ellos, realizar un plan de trabajo, entre otros, lo cual les permita ser autónomos en su vida cotidiana. Además de generar formas de abordar los casos de madres con depresión durante la gestación y sus respectivos tratamientos.

En este orden de ideas podríamos decir que cada día crece la preocupación por los cambios que atañen a la mujer en cinta, por los diferentes cambios que debe de vivir durante el periodo de gestación, el cual está lleno de cambios, tanto en el cuerpo como la forma de ver el mundo, relacional con la pareja, con el contexto, lo económico, etc., esto es importante puesto que a medida que se espera a ese ser se crea la noción de ser padre.

Sin embargo, cuando los cambios son tan abruptos que no se llegan a asimilar, puede llegar a desencadenar un episodio depresivo. Diferentes autores se han enfocado en la depresión después del parto y sus consecuencias, pero cuando se presenta durante el periodo gestacional cuáles son sus detonantes, que implicaciones tiene tanto para la madre, como para el embrión. Actualmente no se sabe, puesto que apenas se está desarrollando los respectivos estudios para determinar qué efectos adversos podría tener.

Del mismo modo esta aproximación se realiza con el fin de denotar, que a pesar que la mujer en embarazo se encuentra rodeada de profesionales de la salud, no se realiza una evaluación del estado de ánimo de la paciente que permita conocer si la madre está desarrollando este tipo de cuadro depresivo, el cual podría llegar a ser perjudicial tanto para el feto como en la relación entre los dos.

4. METODOLOGÍA

El objetivo general de este trabajo se enfoca en las consecuencias de la depresión perinatal y sus incidencias en el desarrollo posterior del niño, de forma que se pueda establecer un panorama sobre los posibles problemas que se generan a partir de este antecedente perinatal.

El presente trabajo está definido como una monografía: puesto que se desarrollara como texto de información científica, expositivo, de tipo argumentativo con la intención de informar, donde se recogerá información de diferentes fuentes el cual se estructurará de manera crítica y analítica, alrededor de documentos, resultados de investigaciones.

Esta monografía consistirá de 5 capítulos en los cuales estará inmersa la información recogida de manera organizada para su análisis. El método de este trabajo se estructura alrededor de los siguientes aspectos:

a) Objeto de unidad de análisis: Comprende el contenido de documentos digitales alojados en bases de datos de internet, que posean conceptos, definiciones, estudios, casos prácticos o información relevante que estuviera asociado a la depresión durante el embarazo y sus incidencias en el desarrollo posterior del niño.

b) Búsqueda de documentos: rastreo de los documentos digitales e informes de investigación relacionado con el tema que se encuentren en las siguientes bases de datos: Pubmed, Science Direct y Google académico.

c) Bases de referencias: Establecimiento de una base de referencia que contendrá todas las referencias posibles donde se incluyan los temas a tratar.

d) Documentos encontrados: Se definirá un número de documentos a considerar sobre la base de disponibilidad de los mismos y el tiempo para revisarlos.

e) Base de datos: Se definirá una base de documentos que serán los que finalmente serán tomados en cuenta para la revisión y la realización del trabajo.

f) Fichas temáticas: Se realizarán fichas temáticas que cada uno de los documentos a los cuales se identificarán los principales tópicos considerados en cada uno de los documentos en cuestión.

g) Capítulos: Luego de la realización de las fichas temáticas se redactará los respectivos capítulos demarcando temas seleccionados de manera ordenada y sistemática.

5. CAPITULOS

Capítulo I

EMBARAZO, DEPRESIÓN MATERNA Y SUS SINTOMAS

1.1 Embarazo

El embarazo en nuestra sociedad tiene un significado más allá de la procreación y la preservación de la especie y una etapa de cambios, puesto que está impregnado de un componente emocional que marca un antes y un después en las parejas significando, que ya no serán dos sino que pasaran a ser una familia, donde es necesario un reajuste en el proyecto de vida para pensar en el bienestar de un otro dejando a un lado los intereses egoístas y de este modo colmarlo de cariño y afecto como ya lo ha plasmado.

Quino en una de sus tiras de Mafalda el día que nace un hijo ese mismo día nace el hecho de ser madre, esto demarca no solo que el hecho de ser madre es algo puramente biológico, necesario en todo los seres vivos, sino el valor simbólico que tiene impregnado la palabra madre, puesto que sin concebir, ni engendrar ese hijo, no existe el hecho de ser mamá.

Salvatierra Mateu, V. (1989) establece que “*el embarazo es un estado de desarrollo que implica una tarea, de aceptar la gestación, y la de aceptar y ejercer el papel materno con afecto o <<ternura>>*” (p. 14). Durante el embarazo, es evidente que la mujer experimenta una serie de cambios comportamentales y biológicos que le permitirán convertirse en madre, cambios que juegan un papel fundamental en el psiquismo de la mujer.

El embarazo al estar lleno de muchos cambios para la madre no solo corporales sino de igual forma psíquicos (puesto que la concepción de imagen corporal cambia a medida que el feto va creciendo), existen otros factores de riesgo que pueden estar relacionados a los síntomas de depresión, antes de que se presente el parto, estos pueden ser causantes de estrés en la realización de las tareas cotidianas, como el sentimiento de no tener apoyo por parte de los familiares y/o pareja lo cual contribuyen al aumento de la carga subjetiva del embarazo. Otra situación que puede provocar un síntoma de depresión en la madre está sometida a una violencia de algún tipo. (Glover, V. (2013)).

Díaz Barreiro, G. (2004) expone que “*desde el punto de vista emocional, embarazarse ubica a la pareja en una crisis de desarrollo, ya que rompe con la homeostasia de la mujer, la pareja y la familia y los ubica en un proceso de adaptación que en ocasiones los lleva a la autonomía y la autosuficiencia y en otros casos al conflicto*” (p. 13)

El embarazo no es una etapa que le atañe solamente a la mujer sino que el apoyo que reciba en los diferentes contextos le ayudaran a sobrellevarlo o a desencadenar ciertas preocupaciones que en ocasiones no giran alrededor de la gestación pero que influyen en su estado de ánimo y en su vivencia. Díaz Barreiro, G. (2004) señalan “*en algunos casos, las consecuencias emocionales son leves y breves, otras en cambio son duraderas y graves, como el maltrato al hijo o el rechazo al embarazo.*” (p. 13)

1.2 Depresión materna y sus síntomas

Durante el embarazo la madre experimenta distintos cambios: psíquicos, biológicos que desencadena cambios sobre ella, los cuales pueden llegar a ser positivo o al contrario negativo los cuales generan una serie de síntomas o trastornos como la depresión trayendo consecuencias para el neonato.

Este trabajo de grado se enfoca en la depresión materna durante el embarazo y sus consecuencias en el neonato a lo largo de su vida, puesto que este depende de su madre, de los cuidados que le preste para poder sobrevivir, de igual manera poder tener un buen desarrollo durante su proceso de formación, también el feto sentirá de manera considerable toda actividad a la que la madre se encuentre expuesta, aún más si la madre se encuentra sometida a periodos de intensidad emocional que ponen en prueba su forma de afrontarlos.

La depresión se caracteriza por ser trastorno del estado de ánimo que es *notable* y *persistente*, puesto que el individuo desarrolla sentimientos de soledad o de tristeza por algún incidente en su vida cotidiana, tornándose algo intensivo y repetitivo que conllevan al abandono de actividades placenteras, además de regulares en su vida cotidiana. En algunos casos más graves desencadena síntomas de ideación suicida en el individuo impulsándolas a cometer atentados hacia sí mismos.

Los síntomas de la depresión perinatal son los mismos que se podrían llegar a presentar en cualquier etapa de la vida pero presentan una intensidad mayor relacionado con el periodo de gestación.

Síntomas que evidencian la depresión perinatal son:

- Excesiva irritabilidad
- Fatiga o falta de energía
- Sentimientos de culpa
- Anhedonia
- Ánimo bajo la mayor por dos semanas sostenidas
- Descuido del control perinatal y autocuidado
- Dificultades para pensar, concentrarse o toma de decisiones
- Autoreproches y autocrítica persistentes

- Inmovilidad y disminución de la gestualidad
- Se perciben como “*anormal*”
- Dificultad para concentrarse
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio
- Inquietud o sensación de enlentecimiento
- Pensamientos pesimistas y negativos relacionados con el bebé
- Deseos de escape
- Pérdida o aumento considerable de peso
- Labilidad emocional
- Autoestima baja
- Pérdida del apetito
- Trastornos de sueño: Insomnio o hipersomnia
- Abuso de sustancias tales como: alcohol, cigarrillo y/o alucinógenos
- Ideas delirantes de crimen y castigo
- Ansiedad
- Dolores vagos
- Brotes de llanto

La *American Psychiatric Association* y the *American college of Obstetricians and Gynecologists* (2009) resaltan que entre el 14% y el 23% de las mujeres que están embarazadas desarrollan un trastorno depresivo durante su proceso de gestación, por factores vividos en la vida cotidiana. Según Luján, S. (2009) “[...] *los factores que se asocian a trastornos del humor en el embarazo, los sociales son los que priman en orden de importancia y frecuencia [...] y la situación económica también influyen [...]*” (p. 236).

El 20% de las mujeres en embarazo presentan un alto riesgo de experimentar síntomas depresivos, que pueden aparecer en un periodo de 2 semanas prolongadas durante el embarazo, donde la madre presenta un momento de vulnerabilidad emocional en la que experimenta un cambio de interés y de placer en casi todas las actividades, esto es prevalente en mujeres de estrato socioeconómico alto, en mujeres jóvenes o con antecedentes de trastorno psiquiátrico (Field, T. et al. (2010)).

Lartigue, T. et al. (2008) aluden sobre un estudio realizado en los Estados Unidos de América que dio como resultado que el cinco por ciento de las mujeres de dicho país desarrollaron un episodio depresivo mayor y lo correlacionan con otro estudio el cual arroja que las mujeres tenían una *prevalencia* del diez por ciento de desarrollar depresión mayor durante el proceso de *gestación*. Mientras que un estudio hecho en México arroja que 29.4% de las mujeres desarrollaron un episodio depresivo mayor.

Si se le presenta una nutrición inadecuada, disminución de los controles médicos prenatales, abuso de consumo de alcohol, tabaco, psicofármacos y/o sustancias psicoactivas, existen un mayor riesgo de hospitalizaciones y las etapas del desarrollo del feto podrían afectarse ya al presentar una alta probabilidad de un parto prematuro, esto causaría un retraso en el desarrollo y crecimiento una vez que nazca, además de dificultades en el establecimiento del vínculo con la madre.

Algunos autores mencionan que la madre cuando presenta depresión perinatal puede llegar a presentar ansiedad de forma simultánea, causando una influencia en los resultados neonatales hasta convertirse en un alto factor de riesgo para un parto prematuro espontáneo.

Según lo anterior se podría decir que la depresión materna o perinatal se caracteriza por ser un estado de ánimo persistente en la mujer, cuando se encuentra en embarazo y/o en el posparto que se mantiene constante durante dos semanas, cuya sintomatología afecta fuertemente a la mujer el cual sí no es debidamente tratable por el personal de salud no solo acaecerá problemas a la madre sino que de igual modo traerá consecuencias graves para el feto y su desarrollo durante el periodo de gestación y su desarrollo posterior al embarazo.

Capítulo II

FACTORES DE PREVALENCIA Y DE RIESGO

Durante el embarazo se presentaran diferentes factores de prevalencia y de riesgo que pueden considerarse el origen de una serie de síntomas depresivos en la madre, ya sea por su carga significativa o por no estar preparada al momento en que se presentan durante el embarazo. Esos factores son los siguientes:

2.1 Factor de prevalencia

2.1.1 Representación de Mujer-Madre:

La feminidad y la maternidad son realidades muy complejas en la estructura y el desarrollo de la mujer. Tomando en cuenta la vivencia y el significado que subyace para la mujer de traer un “nuevo ser al mundo” yacen de un concepto distinto al del varón, pues para él su significado se acerca más al deseo de prevalencia de su estirpe.

Esta dualidad en el significado tiene origen en los mensajes de la sociedad que impone en los niños y las “obligaciones” impuestos desde el momento del nacimiento o en el momento cuando se define el sexo del bebe (hombre o mujer); a partir de ese instante los padres idealizan el cómo será la postura de crianza que van a tener sobre el niño(a), esto es notorio durante la infancia con

el juego de la muñeca, puesto que la vivencia en el juego de rol donde se inicia por el cuidado, el hablado y el trato que se le impregna a este durante el juego, recreando su vivencia como hija y al tiempo personifica la postura de su madre; generando a su vez un deseo profundo e inconsciente de tener un hijo.

Partiendo de lo anterior podría decirse que el embarazo es una etapa de identificación emocional con la madre preedípica en base a fundamentos biológicos, que conlleva a tener que adaptarse a una posición dentro de su mundo interno y dentro del mundo objetal externo, que conduce a la mujer el investimento y la idea de ser madre, Dolto, F. (1983) plantea en el juego del deseo que “*[...] el sentimiento materno es enseñado, inconscientemente y se construye en la infancia al contacto con las mujeres de las dos ascendencias (paterna y materna) y según sus relaciones de identificación y rechazo [...]*”. (p. 243).

Kristeva (2006) menciona que para darse la pasión materna, es necesario que la mujer experimente el embrazo, ya que si este no se presenta es imposible que se dé la indiferenciación, debido a que es el punto de partida que da cabida al vínculo amoroso.

El embarazo al ser un estado que impacta en la vida de una mujer – marca un antes y un después- generando una serie de *desequilibrios* en su interior, puesto que se renuncia a su único rol como hija para convertirse y situarse como madre. Podría decirse que se pone en juego la relación con su madre, ya que a partir de este la futura madre emprenderá su búsqueda de su

nuevo rol y optar a partir de esté su postura en la crianza, porque deberá tomar la decisión de criarlo, lo que acaecería en el acatamiento –o no- de los consejos de su madre le dé respecto a la crianza de su hijo y que seguirá implementando una vez que haya nacido.

Al ponerse en juego el equivalente madre-hija el cual estaría relacionado con la resolución edípica, marcara el lugar donde se situara y la manera de afrontar el hecho de ser madre y que será más notorio en el tercer trimestre, pero si la madre no afronta este rol o si no tiene una relación clara con su madre –resolución edípica-, que marque un inicio para ella en la crianza, puede llegar a producir sentimientos de angustia y de depresión al no sentirse capacitada para afrontarlo, causando un impacto en su embarazo.

2.2 Factores de riesgos

2.2.1 Cambios psíquicos y biológicos

Durante el embarazo, es evidente que la mujer experimenta una serie de cambios corporales que biológicamente le permitirán convertirse en madre, estos juegan un papel fundamental en el psiquismo de la mujer, debido a que debe asimilar el hecho que su figura “perfecta” a medida del paso de los meses va a ir desapareciendo cuando el perímetro de su abdominal comience a crecer para darle movilidad a su bebé, el crecimiento de los senos para dar paso a la lactancia una vez que este nazca; es un hecho impactante, ya que podría significar para algunas mujeres un

decaimiento de la noción de belleza que tenían, además de creer que ya no son atractivas para sus parejas, trayendo consigo la depresión, sin embargo en algunos casos, estos cambios podrían significar – más que todos en las madres adolescentes - una forma de llamar la atención y de sentirse más bella y atendidas por parte de las personas que se encuentran a su alrededor.

A nivel psicológico la gestación implica necesariamente una serie de reorganizaciones, ya que son muchos los cambios a nivel familiar y social que demanda tener un hijo, en un inicio la mujer gestante se hace consciente de su embarazo y reorganiza en su psiquismo la idea de ser madre y las responsabilidades que ello implica, estado que algunas madres difícilmente aceptan, durante estos primeros meses ocurre lo que Castro, J. y Reyes, A. (1994) llaman un “reorganización narcisista”, en la que la mujer se siente una con su hijo; durante este periodo la libido que se dirigía antes hacía objetos externos como la pareja, el trabajo, los familiares entre otros, se retrae hacia el yo de la madre gestante, hecho que le permitirá integrar a su vida ese nuevo ser que se está formando; esta distribución tan particular de la libido es lo que hace que la mujer pierda su interés por las cosas de su entorno y genere en ella ese sentimiento de completud y de grandeza presente en la maternidad.

Por otro lado, como lo afirma Castro, J. y Reyes, A. (1994) una vez los movimientos fetales se hacen presentes el sentimiento de indiferenciación entre la madre y su hijo, la percepción de “completud” se pone en juego dando cabida en la madre la idea de que en su interior hay un ser humano diferente a ella, hecho al que se suman las trasformaciones corporales que se hacen cada

vez más notarias; implicando una integración en su psiquismo el estado que en su cuerpo alberga un nuevo ser; del mismo modo trae consigo la renuncia corporal la cual está relacionada con la propia identidad, puesto que se presenta una transformación en su imagen corporal.

Kristeva resalta que *“la “pasión materna” desbiologiza el vínculo con el niño, sin por ello separarse completamente de lo biológico, pero el arrobamiento y la agresividad están siempre en el proceso de sublimación”* (pág. 3).

En algunos textos mencionan que la causa de la depresión materna durante el embarazo, también se debe a los cambios fisiológicos tales como: la presencia de anticuerpos antitiroideos causando de este modo una baja de la hormona tiroidea en la sangre y este es un factor proporcional de disminución del estado ánimo y la sensación de *cansancio y bajas de energía*, del mismo modo se ha encontrado que existe una concentración sérica de globulina ligadora de hormonas de forma elevada trayendo como consecuencia un aumento de *T3 y T4*. (Lartigue, T. et al. (2008)). Algunos autores relacionan la depresión con el eje hipotalámico-hipofisario-adrenal, puesto que si este no presenta algún tipo de autorregulación podría desencadenar una deficiencia del mecanismo de la glucosa, de igual modo afectar de manera directa el desarrollo fetal (Salazar, L. et al (2006))

2.2.2 El apoyo y el papel del Padre (de la pareja) en la etapa perinatal

A pesar de sus diferentes matices a lo largo de la historia, la maternidad ha sido siempre un hecho prominente en la vida del hombre a lo largo de las épocas, ya que a partir de ella se ha establecido la diferencia más importante entre hombres y mujeres, puesto que las mujeres son las que tienen hijos, mientras que los hombres los engendran, a partir de ello se le ha conferido el papel de la crianza a la madre como únicas responsables de los niños y de las tareas del hogar; además difícilmente se podría encontrar un ejemplo de sociedad donde la maternidad no sea relevante para las mujeres, porque se considera como parte fundamental en las diferentes culturas y épocas.

Pero ¿Qué lugar se le otorga al padre durante el embarazo?, es bien sabido que a través de los tiempos se ha caracterizado en las diferentes culturas el papel del hombre se consolidó alrededor de la figura del patriarcado, donde el hombre no daba un significado que no fuera el de la preservación de la especie y los cuidados que este brindaba a la mujer giraba en torno a que no le faltara nada para que el infante, fuera sano lo que causaba un gran peso para la madre y quienes la cuidaban (madre, suegra, hermanas, nuera, tías, etc.) ya que a partir de este significado como naciera el niño las consecuencias iban a caer sobre la madre y el padre no tendría nada que ver.

Actualmente se ha observado que el papel del hombre se ha transformado y se ha vuelto más participativo dentro del proceso de gestación esto es importante, ya que múltiples estudios han

demostrado el apoyo o la falta del mismo por parte de la pareja y sus aportes durante el embarazo puede llegar a generar algunos problemas durante el embarazo o simplemente ayuda a mitigar las preocupaciones que giran en torno a la etapa de maduración del niño.

Maldonado-Durán, M. y col. (2008) han encontrado que *“En los hombres que parte de las conductas paternas tales como mostrar la ternura hacia su bebé y cargarlo cuando llora, tiene un substrato hormonal. En los hombres durante el embarazo de su compañera, existe una disminución en el nivel sérico de la testosterona, así como un aumento de prolactina y cortisol [...] se cree que está relacionada con un mayor interés y ternura hacia el hijo o hija [...] El cortisol sérico en el futuro padre aumenta antes del parto y luego disminuye después de éste. El cortisol influye para que el padre se concentre en el parto y muestre interés en el bebé.”* (p. 146)

Los padres especialmente si son primerizos cuando la mujer da cuenta del embarazo comienza a maquinar una serie de preguntas alrededor del mismo que giran alrededor de cómo actuar, que es ser padre, que hacer frente a esa situación, ya que puede que nunca se hubieran llegado a preguntar eso en algún momento de su vida, lo cual puede llegar a desencadenar distintos sentimientos ambivalentes en relación con el embarazo, ansiedad y en ocasiones manifestar conflictos internos relacionados a las preocupaciones producidas por el rol paterno que deberá asumir una vez que el feto nazca.

La sociedad se vuelve precursora del apoyo que este le dé a la mujer en embarazo pues esta mantendrá las expectativas sobre su comportamiento lo que podría despertar en la persona un sentimiento de que se espera de él durante el embarazo. Una investigación con latinos en Houston, EUA, encontró que cuando los padres mantenían una posición positiva frente al embarazo, las mujeres encinta sentían un apoyo y al percibirlo como un impacto saludable en ellos provocaba como consecuencia que buscaran o recibieran cuidados prenatales tempranamente. (Maldonado-Durán, M. y col. (2008))

2.2.3 El papel de la sociedad y lo económico

Cada sociedad posee un significado diverso en relación al embarazo, su posición además de los cuidados que deberá adquirir la madre y quienes la rodean; estos significados se presentan como un golpe en la realidad de la madre en el mismo momento en el que se realiza el test de embarazo que resulta positivo, genera una presión sobre ella, porque deberá dar la noticia a la pareja, luego a su círculo familiar y social sin saber cómo tomaran la noticia, sin dejar a un lado su reacción, además de la posición que tomara frente al embarazo, convirtiéndose de este modo en fuente de estrés desencadenando posiblemente síntomas de depresión, ansiedad o angustia.

Con relación a lo anterior Kahn y Antonucci (1980) (citado en Guzmán, C. et al. (2009) hablan acerca de *“el apoyo social es todo un proceso de transacciones interpersonales basados en lo recursos emocionales, instrumentales e informativos de las redes sociales de pertenencia dirigidos a potenciar, mantener o restituir el bienestar de perceptor”* (p.45)

De igual forma a medida que va pasando el tiempo la madre adquiere el peso de la sociedad que recae en ella sobre los cuidados del neonato y que este sea sano sin ningún tipo de dificultad haciendo que control prenatal se convierta en foco de angustias o ansiedades a lo que pueda decirle en ese momento el médico o el profesional que ese realizando el seguimiento en ese momento.

Salvatierra Mateu, V. (1989) menciona que *“Cada cultura posee creencias firmes acerca de la conducta apropiada en el embarazo, el parto y el puerperio. Las futuras madres han de acomodarse a dichas creencias, que condicionan en gran parte sus expectativas y su comportamiento [...]”* además que *“la sociedad demanda una garantía por parte de los padres, en forma de sentimientos de responsabilidad y de conductas adecuadas para el éxito de la gestación”* (p. 13)

Según lo anterior podría decirse que la sociedad juega un papel importante durante el periodo de gestación, puesto que no solo en este periodo se encuentra sumergida la madre –donde a partir de su análisis interno comienza a construir una diada con niño- y su pareja, sino que de igual forma necesita de un apoyo por parte agentes exteriores como: la familia (suegros, nueras, cuñados, hermanos(as), etc.), los compañeros de trabajo, amigos, etc., que le brinde comprensión, apoyo y aprobación lo cual contribuirá a su tranquilidad y optimismo durante la etapa, dándole una sensación de tranquilidad y de disminución de la carga de traer un nuevo ser al mundo, también todo lo que conlleva, pero si al contrario solo recibe rechazo por parte de ellos puede llegar a desencadenar sentimientos negativos frente a la condición de embarazo y traer consigo la depresión, angustia o soledad.

Se ha encontrado otros fenómenos de la sociedad como la pobreza, falta de educación y la violencia intrafamiliar que pueden llegar a producir algún tipo de depresión en la mujeres, puesto que aunque se viven en una sociedad más “avanzada” se observan que estos fenómenos aún se presentan, donde la mujer es criada solo para mantener las tareas del hogar y solo un bajo porcentaje de mujeres acceden a una educación superior frenando de este modo un futuro más prometedor donde tendría mejores condiciones de vida, del mismo modo se demarcan desigualdades a nivel laboral lo que desencadena una dependencia hacia el esposo o el marido que vele por su bienestar y cuidado tanto de ella como los de sus hijos y más si se encuentra en estado de embarazo, lo cual puede crear un ambiente hostil donde el maltrato psicológico y físico reina, creando un ambiente hostil dentro del hogar trayendo sentimientos de disminución y síntomas de depresión en mujer, sin importar si se está en embarazo o no.

Lovisi (2005) (citado en Guerra, G et al. (2010)) menciona *“la pobreza y la violencia son factores de riesgo que a menudo experimentan las mujeres embarazadas [...] países en desarrollo. Además de la vulnerabilidad específica del embarazo, las mujeres también están expuestas a marcada desigualdad social en estos países.”* (p. 1128). Según Luján, S. (2009) *“[...] los factores que se asocian a trastornos del humor en el embarazo, los sociales son los que priman en orden de importancia y frecuencia [...] y la situación económica también influyen [...]”* (p. 236).

Lo anterior suscita a que como se puede llegar a pensar en el significado del embarazo y todos sus procesos si se tiene una preocupación mayor que es lo económico, puesto que si no se tiene para los gastos médicos, cuidados, alimentación, servicios, entre otros, no va a existir el espacio para vivir el momento que atraviesa, sino que encaminara su atención hacia otras cosas y el cómo solucionar la situación que aqueja en el momento, en algunas madres que atraviesan por estas dificultades puede llegar a desarrollar sentimiento de odio hacia sus hijos además de autorreprocharle, que la situación se debe a él, siendo el precursor -en algunos casos- de maltrato infantil.

Capítulo III

TRATAMIENTOS DE LA DEPRESIÓN PERINATAL

El principal motivo de consulta de un paciente algún personal de salud se debe principalmente a la persistencia de síntoma que lo aqueja y no logra encontrar razón alguna o una

solución para disminuirlos, lo mismo sucede con las madres que presentan un episodio de depresión mayor al cual el profesional comienza un proceso de indagación y de este modo encontrar la solución más viable del caso, lo realizan por medio de los criterios del DSM-IV y/o el CIE-10.

Los profesionales de la salud mediante métodos han desarrollado distintos tratamientos que buscan la disminución del síntoma, cuando la mujer atraviesa por un estado de ánimo como la depresión y más si esta se encuentra en estado de embarazo puesto que no solo se busca su bienestar y la del feto lo que significa que se deberá realizar un escaneo de las probabilidades optando por aquello que contenga menos efectos adversos para él.

Los tratamientos más utilizados se encuentran la intervención psicológica y la farmacológica; en la primera el terapeuta partiendo del enfoque que maneje en su consulta habitual definirá el tipo de intervención para tratar los síntomas que la aquejan, entre las terapias más utilizadas se encuentran la cognitivo-conductual y la psicoterapia (Jadresic M., E., 2010). Mientras que en la segunda se caracteriza por el manejo de fármacos que permitirían la disminución de los síntomas más “inmediato” dependiendo de la gravedad del cuadro. De igual forma existen otros tratamientos optativos para disminuir los síntomas depresivos en las madres como la terapia electroconvulsiva, masajes entre otros.

3.1 Tratamiento con Psicofármacos (antidepresivos)

Yonkers, K. et al (2009) menciona que en el 2003 en los Estados Unidos “[...] *aproximadamente el 13% de las mujeres tuvo un antidepresivo en algún momento durante el embarazo, una tasa que se ha duplicado desde el año 1999.*” (p. 2), esto motivo a la *Asociación Americana de Psiquiatría y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos* a convocar una serie de expertos para investigar sobre las repercusiones que tenían esto en el desarrollo fetal y de esta manera poder explicar la incidencias que tienen a la madre si el medico decidía comenzar un tratamiento con algunos de estos fármacos; encontrando que aunque esto es un tema estudiado aún no es posible controlar los factores que se relacionan con la con las consecuencias que afectarían negativamente en el embarazo.

El manejo farmacológico es utilizado por los médicos o profesionales de la salud solo en situaciones de depresión moderada y severa como último recurso, no existen estudios de cuán efectivo sea el uso de fármacos en esta población. El tratamiento farmacológico no es recomendable utilizarlo en mujeres que se encuentren en las primeras 12 semanas de gestación puesto que en este periodo ocurre el *periodo de organogénesis* y si se suministra el medicamento podría causar deletéreos en el feto (Jadresic M., E., 2010). Si la madre toma algún tipo de medicamento, el feto se verá expuesto por medio de la placenta, los cuales pueden llegar a ser medidos en el feto con el líquido amniótico y la sangre del cordón umbilical al momento del nacimiento.

Witter, F. (2000) (en Gleicher, N. et al (2000)) menciona que “*[...] Una preocupación importante acerca de la administración de fármacos durante el embarazo es el potencial de [...] producir efectos colaterales teratógenos. El potencial teratígeno de un fármaco consiste en su capacidad para producir anormalidades de la conducta, funcionales o estructurales manifiestas o latentes, importantes o leves*”. (p. 87)

Antes de hablar de los diferentes psicofármacos y sus efectos secundarios es importante ondear sobre la placenta humana y sus mecanismos de asimilación, debido a que esta es la única barrera que existe entre el feto y la madre además es la que transporta los nutrientes o sustancias antes de ser asimilados por el feto; hay que tener en cuenta que todos los psicotrópicos atraviesan la placenta exponiendo de este modo al feto a los efectos de la droga (Jadresic, E. (2005))

3.1.1 *La placenta humana*

La placenta juega un papel fundamental en el desarrollo de la vida, porque en esta es la que permite el desarrollo y el crecimiento de un nuevo ser, además es la encargada de proporcionar los nutrientes y la excreción de *componentes* de desechos de la sangre del feto una vez formado, podría decirse que es la red de seguridad, ya que es la que da paso a lo que es conveniente para él y expulsa lo que ya no les es útil.

Acevedo, S (2008) dirá que “*La placenta humana presenta una organización progresiva y funcional que de manera sincrónica se adapta a las necesidades del desarrollo de los comportamientos embrionario/fetal y materno. Los patrones tiempo-espacio de adaptación están controlados por diversos factores como la capacidad invasora de las células del trofoblasto y la proliferación y diferenciación celular en la adquisición de capacidades de transferencia placentaria, así como la capacidad de adaptación a procesos patológicos que puedan interferir con su fisiología*”(p. 231).

Pasaje transplacentario de los fármacos se presentan por medio de mecanismos de transporte transplacentarios como la difusión simple, esta se caracteriza por su *mecanismo* de acción puesto que radica en el traspaso *pasivo* determinada que yace de la *ecuación de difusión de Fick*. (Witter, F. (2000), en Gleicher, N. et al. (2000)).

La ecuación de Fick es (Witter, F. (2000), en Gleicher, N. et al. (2000)):

$$\text{Taza de difusión entre el del fármaco} = \frac{\text{Área de superficie placentaria} \times \text{Constante} \times \text{Diferencia de la concentración el plasma materno y el plasma fetal/espesor de la membrana}}{\text{el plasma materno y el plasma fetal/espesor de la membrana}}$$

(p.86)

La *difusión facilitada* es un mecanismo que radica en el traspaso placentario mediado por canales que no penden de energía, por lo cual este mecanismo no acaece en contra de un *gradiente de concentración* no obstante encamina el incremento dinámico de estabilización mediante la placenta desencadenando una elevación de picos crecientes. (Witter, F. (2000), en Gleicher, N. et al. (2000))

El *transporte activo* es un método de comunicación transplacentaria, pero al contrario de la *difusión facilitada* depende de canales de transportación de consumición de energía y pueden traspasar elementos en oposición de un *gradiente de concentración* provocando de este modo provoca una densidad mayor en feto en comparación con la madre. (Witter, F. (2000), en Gleicher, N. et al. (2000))

En algunos casos los fármacos atraviesan la placenta por medio de dos mecanismos: La *pinocitosis* por medio de este mecanismo la membrana celular de trofoblasto invagina la molécula que constituye al fármaco empaquetándolo para transportarlo hacia el lado opuesto de la célula, donde se libera en el lado fetal del trofoblasto. El segundo es un mecanismo al cual se le denomina *arrastre solvente* puesto que el fármaco se transfiere con el movimiento de agua a través de la placenta – pues permite atravesar solo aquellos fármacos de pequeño tamaño- este proceso se da a través de poros de 1nm de diámetro en la membrana lipídica placentaria, por lo cual pasan moléculas con peso menor de 100, aunque este ayuda al pasaje del fármaco hacia la

placenta no es considerado como mecanismo significativo como tal. (Witter, F (2000), en Gleicher, N. et al. (2000))

En vista de lo anterior es importante que el profesional si opta por un tratamiento farmacológico debe asegurarse no solo que no tenga efectos adversos sino que podría afectar al feto, al igual que tener en cuenta sus composiciones químicas.

3.1.2 Clases de psicofármacos (antidepresivos) utilizados en el tratamiento de la depresión

El tratamiento farmacológico es utilizado en ocasiones por los médicos para mitigar síntomas de la depresión materna cuando se encuentra en un estado moderado o severo, aún se desconocen que tan viable es la administración de estos medicamentos en esta población, algunos autores mencionan que estos ocasionar efectos secundarios como la teratogenicidad en el feto.

Witter, F. (2000) (en Gleicher, N. et al. (2000)) menciona que “[...] Una preocupación importante acerca de la administración de fármacos durante el embarazo es el potencial de [...] producir efectos colaterales teratogénos. El potencial teratogénico de un fármaco consiste en su

capacidad para producir anormalidades de la conducta, funcionales o estructurales manifiestas o latentes, importantes o leves”. (p. 87)

Cada fármaco posee una característica distinta además se clasifica teniendo en cuenta su grupo, función (modulación de neurotransmisores específicos), compuesto químico entre otros. Entre los antidepresivos más utilizados se encuentra el Prozac (Fluoxetina) debido a los pocos efectos secundarios que posee. Los antidepresivos se dividen en siete cada uno posee una característica distinta y función:

La Food and Drug Administration (FDA) de los estados unidos desarrollo una clasificación de riesgo fetal, donde se clasifican cada fármaco como A, B, C, D o X los cuales se catalogan partiendo de los estudios realizados (Tabla 3.1). Hay que tener en cuenta que ninguno de los antidepresivos conocido y estudiados ninguno pertenece a la categoría A puesto que aún no se conoce algún tipo de fármaco que no cause algún efecto secundario.

Tabla 3.1 <i>Grado de riesgo que presenta para el feto el uso de fármacos durante el embarazo</i>	
Categoría	Interpretación
A	Los estudios inspeccionados en mujeres no demuestran ninguna clase de riesgo para el feto durante el primer trimestre, no se evidencia deterioro fetal ni posibilidad de aparecer algún efecto posterior de daño para el feto.
B	Las investigaciones realizadas en animales no señalan ninguna clase de riesgo fetal, no obstante no se conocen estudios comprobados en humanos. Algunos estudios en animales advierten una contingencia de efecto para el feto, pero en estudios verificados en humanos no se ha encontrado algún tipo de riesgo fetal.
C	Los estudios en animales arrojan algún efecto teratogénico o embriocida al implementar el medicamento. No se hallan estudios comprobados en humanos. No aparecen datos de estudios tanto en animales como en humanos.
D	Se halla certeza auténtica de riesgo fetal en humanos, no obstante su rentabilidad como tratamiento puede sobrepasar los riesgos esporádicos del medicamento.
X	Los estudios realizados tanto en humanos como animales demarcan una alta probabilidad de anomalías fetales en el feto, siendo una contraindicación definitiva durante el embarazo.

3.1.2.1 Los Tricíclicos y tetracíclicos (ADT o ACT):

Los antidepresivos ADT son considerados como los más antiguos y se denominan de ese modo por su estructura química, puesto que esta clase de fármacos se caracterizan por tener una base de dos *anillos bencénicos* entrelazados con un anillo central de siete elementos otorgándole una estructura tridimensional el cual se cree que están ligado con la actividad terapéutica.

Su función primordial se caracteriza por acortar la recaptación de la noradrenalina y la serotonina originando de este modo una obstrucción de los receptores *histamínicos* y *acetilcolínicos muscarínicos*. Los ADT presentan dos mecanismos de acción: la primera estaría relacionada con la constancia de su administración, debido a que aprueba el ajuste de la baja de los receptores *postsinápticos*, mientras que el segundo se relaciona con el desencadenante de los efectos secundarios en las personas. (Bravo, M. F. (2002))

Dentro del grupo de los ADT se encuentran la Amitriptilina, Maprotilina, Trazodona, Imipramina, Desipramina, Nefazodona, Clorimipramina, Mianserina, Protriptylina, Trimipramina y Nortriptilina. Este tipo de fármacos no se caracterizan por causar dependencia en los individuos que la consumen sino por sus efectos secundarios como sequedad de boca, disfunción sexual, taquicardias, entre otros (Tabla 3.2).

En los Estados Unidos existe una tabla desarrollada por la *FDA (Food and Drug Administration)* clasifican la Amitriptilina y la Nortriptilina dentro de la categoría D de factores de riesgo para el feto por sus efectos teratógenos, por lo cual se recomienda que su tratamiento solo sea suministrado solo cuando haya algún indicio de muerte o por el no conocimiento algún otro tipo de tratamiento (Valdés, H et al (2004)), mientras que a la Maprotilina la clasifican como B.

Tabla 3.2. *Efectos secundarios de los ADT*

ADT	
Anticolinérgicos	Sequedad de boca, estreñimiento, dificultades para la acomodación visual, dificultades en la micción, confusión y agravamiento del glaucoma
Debido al bloqueo alfaadrenérgicos	Somnolencia, hipotensión postural y disfunción sexual
Cardiovasculares	Taquicardia, hipotensión, alteraciones en la conducción miocárdica y arritmias cardíacas
Disminución del umbral para las convulsiones	-
Aumento de peso	-

Bravo, M. F. (2002)

3.1.2.2. Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS):

Los ISRS son fármacos se caracteriza por la combinación de varias estructuras químicas las cuales al asociarse coarta la *recaptación de serotonina*, ya que ejerce sobre los receptores presinápticos de manera seleccionada puesto su influencia no afecta otros retransmisores, pues escasea de función *agonista o antagonista* sobre ellos. Esta clase de fármacos son los más recomendados e utilizados por los psiquiatras por sus pocos efectos secundarios. (Bravo, M. F. (2002)). Algunos efectos secundarios de los ISRS son las náuseas, el insomnio, la eyaculación retardada entre otros (Tabla 3.3).

Dentro esta clasificación se encuentra la Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina, Citalopram, Fluvoxamina y Escitalopram.

Las ISRS están clasificadas dentro de la Categoría B en la tabla de la FDA, ya que no existe evidencia de riesgo en humano y en los estudios con animales no se demuestra algún tipo de riesgo fetal (Valdés, H et al (2004)), esto los sitúa como la mejor opción terapéutica en las mujeres en embarazo puesto que no presentan indicios de teratogenicidad, siendo útil de este modo si es necesaria su administración durante el primer trimestre sin traerle consecuencias posteriores tanto al feto como a la madre (Jadresic, E. (2005)). Aunque el Citalopram, Sertralina y el Escitalopram se encuentran clasificados dentro de la categoría C de riesgo fetal (Sánchez, E. et. al (2007)) y la Paroxetina está dentro de la categoría D (Lurrubia, O. et. al. (2010))

Tabla 3.3 *Efectos secundarios de los IRS*

IRS	
Gastrointestinales	Náuseas, flatulencia y diarrea
Sistema nervioso central	Insomnio, inquietud, irritabilidad, agitación, temblores y cefaleas.
Sexuales	Eyacuación retardada y anorgasmia

(Bravo, M. F. (2002))

3.1.2.3 Inhibidores de recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN)

Los IRSN como su nombre lo indica su principal función es cohibir de forma no selectiva y a la vez los *receptores presinápticos* de serotonina, noradrenalina además que a la dopamina pero en cantidades menores. (Bravo, M. F. (2002)). Al consumir IRSN puede llegar a presentarse efectos secundarios como insomnio, sequedad de boca, cefaleas entre otros (tabla 3.4). Dentro de los IRSN se encuentran la Venlafaxina, Desvenlafaxina y Duloxetina. (FDA (2011))

Dentro de la tabla para el riesgo fetal de la FDA clasifican a la Venlafaxina (International medical texts et. al. (2012)) y a la Duloxetina dentro de la Categoría C aunque solo se conocen estudios en animales y aún falta estudio sobre su efecto durante el embarazo en humanos en el caso de la Duloxetina. (Sánchez, E. et. al (2007))

Tabla 3.4 *Efectos secundarios de las IRSN*

IRSN	
Hipotensión sistema nervioso central	Insomnio, sedación, nerviosismo, cefalea y piernas inquietas.
Anticolinérgicos	Sequedad de boca, retención urinaria, estreñimiento y sudoración.

(Bravo, M. F. (2002))

3.1.2.4 Inhibidores de monoaminoxidasa irreversible (IMAO) y reversibles (RIMA)

Los IMAO y RIMA son aquellos psicofármacos que se caracterizan por tener principalmente la funcionalidad de inhibir la *enzima monoaminoxidasa*, la cual se encarga de la *metabolización* de las *aminas biogénicas* (*serotonina, noradrenalina y dopamina*), además de aminorar su degradación desatando un incremento de los niveles de aminos en la *sinapsis*. (Bravo, M. F. (2002)).

El RIMA se caracterizan por actuar de manera *selecta y reversible* al contrario de las IMAO la cual se diferencia por que interviene de forma *irreversible e inespecífica* (Bravo, M. F. (2002)) aunque algunos de los fármacos que pertenecen a estas son reversibles.

Los antidepresivos IMAO son utilizados en tratamientos en los cuales se han implementado todos los recursos y ninguno sirve para mitigar los síntomas en los pacientes, además una vez

que se comienza a implementar es importante tener un estricto control de la alimentación puesto que puede reaccionar de manera negativa con algunos grupos alimenticios. Dentro de los IMAO se encuentran la Phenelzine (Nardil), Isocarboxazida (Marplan), Tranilcipromina (Parnate) y Selegiline (Emsam, Eldepryl, Zelapar) (FDA (2011))

La Tranilcipromina según la FDA se encuentra clasificada en la categoría C puesto que estudios en animales arrojan que este tipo de fármacos provocan una acción teratogénica el feto, aunque aún falta más investigación sobre sus efectos adversos en el mismo (Rosan, T. et al (2010)). Algunos efectos de los IMAO son *boca seca, dificultades con la micción, cefaleas, entre otros* (Tabla 3.5)

Dentro de las RIMA se encuentra la Moclobamida, se encuentra clasificado como C dentro de la tabla de la FDA de riesgo fetal. Los RIMAS pueden llegar a ocasionar síntomas tales como náuseas, confusión, entre otras (Tabla 3.4). (Rosan, T. et al (2010))

Tabla 3.5 Efectos secundarios de las RIMAS e IMAO

RIMAS	IMAO	
Insomnio	Autonómicos	Boca seca, mareo, estreñimiento, dificultades con la micción e hipotensión postural.
Náuseas	Sistema nervioso	Cefalea, temblores, parestesias.

	central	
Agitación	Edema en los tobillos	-
Confusión	Hepatotoxicidad	-
-	Aumento de peso	-

(Bravo, M. F. (2002))

3.1.2.5 Noradrenérgicos y selectivamente serotoninérgicos (NaSSA):

Los NaSSA son aquellos fármacos cuyo fin es *antagonizar* de manera selecta los *receptores alfaadrenérgicos presinápticos* ocasionando un aumento de *noradrenalina y serotonina*, de igual modo presenta la función de aislar ciertos *receptores serotoninérgicos* tales como *5HT₂* y *5HT₃* puestos que estos tienen como función espolear aquellos *receptores 5HT_{1A}* es decir los cuerpos celulares serotoninérgicos situados en los *núcleos de rafe, en el sistema límbico, células gliales y astrocitos* (Bravo, M. F. (2002)).

Dentro de los antidepresivos NaSSA se encuentra la Mirtazapina la cual según la FDA se encuentra clasificada como C (Rosan, T. et. al (2010)), los NaSSA pueden suscitar síntomas como somnolencia, aumento de apetito, aumento de peso y mareo (Bravo, M. F. (2002))

3.1.2.6 Inhibidores selectivos de recaptación de noradrenalina (ISRN):

Los ISRN poseen como propósito fundamental la *recaptación de noradrenalina*, en este grupo se encuentra la Reboxetina; los ISRN pueden ocasionar insomnio, sudoración o dificultad de micción, mareo, estreñimiento, sequedad de boca. (Bravo, M. F. (2002))

3.1.2.7 Inhibidores selectivos de la recaptación de dopamina (ISRD)

Se denomina ISRD aquellos fármacos que tienen como fin la limitación de la dopamina, aunque existe muy poca información de investigaciones que definan su papel, ya que en la actualidad sigue siendo desconocido. El Bupropion es clasificado dentro de la categoría B de riesgo fetal de la FDA (Bravo, M. F. (2002)). Al tratarse con ISRD pueden llegar a originar síntomas como cefalea, convulsiones, insomnio o nerviosismo.

3.2 Tratamiento psicológico

El segundo tratamiento más utilizado para mitigar los síntomas depresivos en la madre es el tratamiento psicológico, el cual es muy útil cuando se desarrolla alguno de estos síntomas, puesto

que no causa ningún efecto colateral en el feto; en ocasiones cuando la madre a desarrollado un episodio depresivo moderado o grave algunos profesionales recomiendan el manejo farmacológico y el acompañamiento psicológico.

Existen dos tipos de terapias muy utilizadas que se realizan regularmente para tratar estos síntomas, la primera es la psicoterapia de enfoque Cognitivo-Conductual y la psicoterapia de enfoque Clínico.

3.2.1 Psicoterapia de enfoque Cognitivo-Conductual

Este tipo de terapia psicológica, se caracteriza por ser constante y marcado por un plan el cuál busca la mitigación del síntoma depresivo generando en el paciente una motivación a seguir con la terapia, debido que observa un cambio de su estado en poco tiempo. Por lo regular este tipo de terapias se compone de *15-20 sesiones* mientras que los casos más severos por lo regular se inicia un tratamiento constante y reiterado usualmente durante *dos semanas* por *4-5 semanas* posteriormente disminuyen a un promedio *15-20 sesiones una vez a la semana*. Una vez que se concluye el tratamiento el terapeuta recomienda que el paciente asista a un “*grupo de apoyo*” y se realiza un monitoreo del paciente – si este lo desea- . Con lo anterior se podría decir que este tipo de terapia se caracteriza por ser *activo, directo, estructurado* y de corto tiempo. (Beck, A.et al (2010))

Beck, A.et al (2010) indica que este tipo de tratamiento:

“Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo (Beck, 1967, 1976). Sus cogniciones (“eventos” verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores [...] Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas) que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas.” (pp. 13-14)

Esta terapia busca crear en la persona una serie de *estrategias cognitivas y conductuales* que le permitan al paciente confrontar sus *falsas* presunciones conllevando a demarcarlas, de este modo cambiar aquellas conductas incorrectas que posee. (Beck, A.et al (2010))

3.2.2 Psicoterapia interpersonal individual

La psicoterapia es un método de terapia complejo al igual que significativo donde la principal herramienta que se tiene es la palabra ya que a partir del discurso de la persona se va dando la connotación y un significado que gira alrededor de un grito de ayuda que emana un sujeto que presenta algún tipo de síntoma o problema el cual tiene su origen en lo inconsciente que despierta un dolor y se expresa a través del cuerpo (Jiménez, J (2005)).

Jiménez, J. (2005) hace referencia a la psicoterapia como una herramienta de:

“La concepción diádica parte asumiendo que la psicoterapia es una relación entre dos personas; una relación especial entre dos persona, un tipo de relación de ayuda [...] el paciente, aquejada por un dolor psíquico [...] otro, el terapeuta experto, a pedir alivio. Se establece así una relación asimétrica constituida precisamente por la naturaleza de la petición. El modelo genérico destaca cuatro aspectos del vínculo terapéutico, donde interactúan aspectos simétricos y asimétricos. La investidura personal y la coordinación interactiva de los participantes, en sus roles de paciente y terapeuta, determina la calidad de la relación de trabajo, y las cualidades del contacto comunicativo y de afecto mutuo, que reflejan el rapport interpersonal.”

En el caso de las madres no solo es necesario de un tipo de terapia individualizada para encontrar el foco del síntoma que la queja y por el que atraviesa durante su embarazo sino que en ocasiones se necesitara que la pareja o cónyuge también asista puesto que la paciente no solo

carga con sus propios malestares sino que existen diferentes factores que cargan su aparato psíquico causando este tipo de sufrimiento.

Cuando la madre comienza psicoterapia se ha encontrado que el síntoma disminuye después que se ha pasado 12 sesiones semanales, siendo un avance significativo desde el momento que comienza consulta has el seguimiento de la misma (O' Hara, Stuart, Gorman y Wenzel, 2000 citado en Olhaberry, M. et al (2013))

3.3 Otros tratamientos de la depresión materna

En ocasiones la paciente opta por otras alternativas de tratamiento que no se relaciona con el tratamiento farmacológico o psicoterapia, sino que existe otros métodos que ayudan a disminuir los síntomas depresivos, además de no provocar efectos tetranogeneos para el feto. Algunos de estos tratamientos son:

3.3.1 Masajes

Este tipo de tratamiento alternativo, se caracteriza por ser práctico ya que por cualquier persona ya sea la pareja, un masajista, ella misma u otra persona que tenga conocimiento sobre el mismo puede realizarlo. Se ha encontrado que los masajes en la madre con síntomas depresivos provoca un efecto placentero y relajante, causando cambios *bioquímicos*, puesto que en el cuerpo se presenta un incremento en la elevación de *cortisol sérico* de ciertas *endorfinas* (serotonina y

dopamina) dando la sensación de tranquilidad, acrecentando el estado de ánimo y elevación de energía. (Lartigue, T. et al. (2008)).

Según Field y col. (citado en (Lartigue, T. et al. (2008))) en un estudio con 84 mujeres gestantes en estado depresión perinatal de las cuales se eligieron de forma fortuita el *grupo control* donde los dividieron en *relajación muscular y masaje*, puntuando que los masajes debían ser suministrados por la pareja. El estudio tuvo una duración de 16 semanas de los cuales cada semanas se debía practicar dos veces el masaje y debía durar 20 minutos de igual modo para el grupo donde se practicó la relajación muscular; esto tuvo como resultado que las madres las cuales fueron sometidas al masaje presentaban una disminución de síntomas depresivos y ansiedad, de igual forma se encontró niveles séricos más inferiores de *cortisol y noradrenalina*, al mismo tiempo una elevación considerable de *serotonina y dopamina*.

3.3.2 Acupuntura

La acupuntura es otra opción de tratamiento alternativo aunque su efectividad es restringida en mujeres embarazadas deprimidas. Manber y cols. (Citado en (Lartigue, T. et al. (2008))) realizaron un estudio con 61 mujeres que presentaban depresión perinatal de las cuales se dividieron en 20 para *acupuntura activa*, 21 para *acupuntura no activa* y un último grupo se le

realizo masajes, por ocho días. Este estudio concluye en que las mujeres con depresión perinatal que se le práctico acupuntura activa se observó un aumento de los síntomas depresivos

3.3.3 Fototerapia

Otro tratamiento alternativo para tratar la depresión perinatal es la fototerapia, este procedimiento consiste en exponer a la persona a una luz brillante, el despojamiento del sueño se ha encontrado mejorías de los síntomas en casos determinados (Jadresic, E. (2005)), además se ha encontrado que su efecto es similar al *uso de antidepresivos*.

Oren y cols. (Citado en (Lartigue, T. et al. (2008)) realizaron una investigación con 16 mujeres con depresión perinatal tomando en cuenta la escala *Hamilton*; para este se empleó una *lámpara fluorescente sin rayos ultravioleta de luminosidad de 10.000 lux a 33 cm*, la cual se situaba sobre la cabeza de la paciente por un lazo de tiempo de *60 minutos* igualmente *10 minutos* posterior a despertarse; la madre debía someterse a la luz blanca intensa en la mañana en un lapso de tiempo de 3-5 semanas. Una vez terminado el estudio se encontró que el 49% de las mujeres sintieron aplacamiento del síntoma.

3.3.4 Terapia electroconvulsiva

Este tipo de terapia se utiliza cuando una mujer presenta un estado depresivo perinatal grave, es un procedimiento rehabilitador práctico en el que se desconoce pocos efectos secundarios, no solo para la madre sino que de igual modo para el feto. Este tipo de tratamiento se utiliza en casos donde es indispensable la recuperación de los síntomas depresivos puesto que la persona ha presentado o exterioriza algún riesgo suicida elevado. (Jadresic, E. (2005))

Capítulo IV

CONSECUENCIAS DE LA DEPRESIÓN MATERNA EN EL DESEARROLLO POSTERIOR DEL NIÑO

El ser humano es el animal más prematuro y débil que existe, debido a que necesita de una serie de cuidados y de atenciones por parte de otro para poder sobrevivir de lo contrario moriría. Los cuidados no sólo deben presentarse durante los primeros meses de gestación, sino que deben de tenerse en cuenta durante todo el proceso de gestación para que de esta forma no presente algún tipo de alteración en su desarrollo.

En este sentido si la madre presenta algún tipo de alteración -en este caso la depresión- esta marcara un efecto en la forma de sobrellevar el embarazo, los cuales se proyectaran a través de cambios comportamentales, en su funcionamiento biológico hasta en su vida cotidiana, dando cabida a conductas negativas como: el consumo de alcohol, cigarrillo o sustancias psicoactivas entre otros trayendo consigo dificultades en el desarrollo del embrión en gestación y a largo plazo.

Diferentes estudios señalan resultado adversos en el desarrollo neurológico de los niños reducciones específicas en la densidad de materia gris en algunas regiones del cerebro, abriendo la posibilidad de asociación con trastornos neurológicos y psiquiátricos por ejemplo la esquizofrenia, cuando la madre presenta depresión perinatal (Glover, V. (2013)), de igual modo podría llegar a presentar alguna dificultad a nivel emocional; la ansiedad y la depresión e impedimentos tanto a nivel conductual como cognitivo (Li, Lui et al (2009), citado en Field, T. (2011)).

4.1 Consecuencias en el desarrollo del feto, en el parto y neonato

¿Pero qué sucede en el feto y en su desarrollo cuando la madre pasa por estos cambios y entra en depresión?, Jadresic, E. (2010) dice que “[...] *la depresión materna tiene efectos*

deletéreos en el desarrollo del feto, del lactante e incluso de los hijo(a)s en épocas más tardías de la vida” (p. 269); esto quiere decir que cuando se presentan los primeros síntomas de depresión materna se debe iniciar un seguimiento a las emociones de la madre con total importancia, ya que si no se realiza a tiempo podría llegar a afectar al *feto* en su desarrollo, además de presentarse otras consecuencias: parto “[...] *pretérmino (cuando el nacimiento ocurre antes de las 37 semanas) o a un riesgo mayor de dar a luz recién nacidos pequeños para la edad gestacional (PEG) o de peso bajo [...]*” (p.271). Esto quiere decir que cuando la madre presenta un cuadro depresivo este tendrá una connotación perjudicial en el feto puesto que es proporcional al estado de la madre.

Luján, S. (2009) alude que “[...] *la exposición del feto a un humor materno de depresión o ansiedad que puede conferir un riesgo de trastornos 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 1 en respuesta al estrés.*” (p. 239).

En un estudio donde se experimentó con crías de ratas recién nacidas, se encontró que cuándo nacían de madres prenatalmente estresadas estas carecían de anomalía alguna pasado el primer día de nacidas; no obstante los investigadores iban encontrando que a medida que los roedores iban madurando se comenzaban a observar comportamientos ansiosos y depresivos en

las hembras mientras que en los machos se percibían impedimentos a nivel del aprendizaje y la cognición (Glover, V. (2013)).

4.2 Consecuencias en el niño durante los tres años de vida

Una vez que la madre a dado a luz al lactante, el primer año de vida se convierte en un tiempo vital para consolidación del vínculo madre-hijo, porque ya no se reconoce al otro por medio de los latidos del corazón –en el caso del niño- sino que ya se consolida a partir de lo visual de este modo creando la imagen en el espejo marcando el inicio del reconocimiento de sí mismo por medio de la madre.

Es importante que la madre se identifique con su bebé para que de este modo pueda darse esa “*preocupación materna primaria*” debido que de la misma el infante se une a la madre creando la identificación con ella, ya que este al ser aun inmaduro es carente de albedrio o libertad, para lo que es vital que esa madre se encargue de sus cuidados y deseos, Guillerault, G. (2009) refiere que “*Existe [...] un estadio donde el lactante sólo existe en razón de los cuidados maternos, con los cuales forma un todo, una unidad [...] la madre “es el bebé y el bebé ella”, “el bebé y la madre forman un todo” “la madre es el bebé así como ella misma”*” pp. (41-42), creando de este modo el sentimiento de omnipotencia en el bebé pues todo se encentra en razón de sus deseos.

Cuando no se presenta esa madre *suficientemente buena* y no presenta ningún tipo de preocupación relacionado con la preocupación por el sostén (*holding*), su manejo o manipulación (*haldling*) y la presentación objetal hacia el bebé, influirán negativamente, puesto que causa una obstrucción en la realidad compartida entre madre-hijo, Winnicott (1971) (citado en Schejtman, C. (2004)) considera que madres que atraviesan por un estado depresivo detiene el desarrollo de *diferenciación* y alterando de este modo la inventiva en el niño, de igual modo la madre al ser al ser el principal espejo del infante, si esta exhibe un rostro plano carente de emocionalidad reflejando solo su emocionalidad, al momento que el niño se proyecte en el espejo (madre) no habrá una imagen que devolver, es decir el niño se *mira* pero no se divisan a ellos mismo, causando un desconcierto en desarrollo de la incorporación *psique-soma*. (Schejtman, C. (2004)).

Winnicott (1963) (citado en Schejtman, C. (2004)) expone que al no existir ese vínculo entre lo materno-fetal, podría desencadenar dificultades en la “[...] *integración psicosomática y a la proclividad a padecer ansiedades psicóticas como sensación de desintegrarse, de caer interminablemente, etc. [...] Las fallas en la integración del sí mismo también pueden llevar a bloquear la capacidad del niño para sentirse real al relacionarse con el mundo concreto de objetos y fenómenos, llevando a una disminución en la experiencia cognitiva. La depresión materna puede influir en el desarrollo del bebé tanto [...] maduración psicomotriz como del desarrollo de la afectividad y la capacidad de relacionarse con estímulos exteriores y realizar aprendizajes*”. (pp.289-290)

Esto último podría decirse que las fallas en el aprendizaje no se deben precisamente por algún daño a nivel neuronal, sino que al no recibir los estímulos externos que son necesarios para un adecuado desarrollo de la capacidad, los mecanismos de aprendizaje sufren una alteración trayendo este tipo de problemas al igual que en la memoria y en otras funciones cognitivas superiores.

Tomando en cuenta lo anterior cuando la madre se encuentra deprimida durante el embarazo, la madre se enfrenta a un bloqueo en el reconocimiento del embrión como un ser deseado, por lo tanto simbólicamente no lo reconoce suyo dificultando los cuidados pertinentes que se necesitan en ese momento, cuando el infante nace si no se presentó ese lazo se presentará de igual forma la dificultad de reconocerlo propio trayendo consigo el impedimento de fortalecer el vínculo entre madre-hijo, trayendo dificultades en infante, debido a que no se presenta un reconocimiento de una imagen que le es devuelta por un otro confirmándosela, trayendo consigo problemas de autismo o psicosis (Levin, E. (1991)).

Levin, E. (1991), en la tercera versión de la función del Hijo. Espejos y laberintos de la infancia resalta que:

“[...] cuando el niño girara para confirmar su imagen, el Otro no estuviera, o no lo refiriera a su imagen; sino una posición de cosa sin ningún investimento afectivo, quedaría refractado en una posición de objeto sin reflejarse en ninguna imagen: sólo quedaría su cuerpo como cosas, navegando el niño en el campo pre-especular y pre-pulsional propio del autismo infantil. Tendríamos, así, una pura refracción sin imagen (autismo), o una pura imagen especular sin refracción (psicosis [...]) Puro reflejo sin instancia tercera, quedaría el niño sin refracción simbólica y sin imagen virtual niño y espejo son uno preso de su imagen, se completa con ella indefinidamente, siendo uno con él y en ella” (p.11).

Por otro lado Lecannelier y cols (2007) (citado en Maldonado, M. et al (2008)) resaltan lo primordial del afecto durante el embarazo al igual que en la primera etapa de vida para el desarrollo cerebral del niño, puesto que estos cuidados ejercen influencia sobre la *conexiones sinápticas entre neuronas* que poseen una conexión con los procesos emocionales y conductuales, si esto no surge dentro de los cuidados previsiblemente las experiencias del niño tendría como consecuencia una reforma en las destrezas en la *etapa temprana* alterando de esté modo el desarrollo cerebral, pues esta experiencia tienen un efecto inmediato en lo fisiológico a largo plazo. (Maldonado, M. et al (2008))

Se ha encontrado en un estudio con niños huérfanos en comparación con niños de padres cuidadosos durante los primeros tres años de vida este tuvo como resultado un disentimiento en el gradiente de concentración de *vasopresina* y *oxitocina*, siendo estos los encargados de la “[...] *regulación de la emoción, respuesta de estrés, sociabilidad [...] sensación de confianza y respuestas adaptativas*” (p. 22); por ende los investigadores concluyeron que cuando no se asiste como es debido al niño presentará como consecuencia la imposibilidad de controlar las emociones además presentaría susceptibilidad a situaciones de estrés. (Maldonado, M. et al (2008))

4.3 Consecuencias en los niños a los 5 años

Turney, K. (2012) menciona que cuando la madres presentan depresión perinatal cuando los niños cumplen los cinco años de edad, estos manifiestan problemas en el comportamiento, la autora asocia esta dificultad con lo económico, porque si la madre no tiene los recursos económicos para su cuidado del niño desatara una depresión con la relación de pareja, puesto que si la madre no recibe apoyo de su pareja esto desencadena una serie de conflictos entre ambas partes y el niño se verá expuesto ante estas reacciones desde el vientre.

Turney, K. (2012) desarrollo un estudio con 5.000 con nuevas familias y madres solteras los cuales vivían en 20 ciudades de los Estados Unidos entre febrero de 1998 y septiembre 2000, a los que se le aplicaba a las madres una entrevista de 30-40 minutos en el hospital luego del nacimiento de sus hijos, posteriormente se le contacta por medio telefónico cuando los niños se encontraban en las edades de 1, 3, 5 y 9 años de edad. Cuando los niños cumplieron los cinco años de edad los investigadores realizaron una encuesta en el hogar.

La muestra total fue 2.655, el problema comportamental en los niños se midió por medio de la escala *Child Behavior Checklist (CBCL)* para determinar el grado de *exteriorización e interiorización*, mientras que el grado de depresión en la madre se midió por medio de la *Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF)*, al final del estudio se encontró que:

“Las alteraciones de funciones asociadas con la depresión puede conducir a la reducción de bienestar económico, las conductas de crianza de los hijos con discapacidad, las relaciones sociales obstaculizado con la pareja, o el apoyo social percibido menos, todos los cuales tienen consecuencias para el bienestar infantil [...] los recursos económicos, las conductas de crianza, la capacidad de apoyo relación y co-crianza de los hijos, y el apoyo social percibido explican una gran proporción de la asociación entre la depresión materna y los problemas de comportamiento de los niños. Estos mecanismos explican 44% de la relación entre la depresión crónica y la internalización de comportamientos y 47% de la relación entre la depresión crónica

y comportamientos de externalización. Estos hallazgos sugieren la importancia de prestar una mayor atención a la comprensión y mejorar las consecuencias sociales de gran alcance de la depresión. Las intervenciones que reducen las dificultades económicas y mejorar las habilidades de crianza pueden ayudar a nivelar el campo de juego para los niños de madres deprimidas” (pp. 1558-1559)

De igual forma encontraron que otra variable son los recursos económicos, que libera los problemas de comportamiento, porque si no se cuenta con éste recurso en primer lugar presentarían más dificultades en comparación a uno que no, en segundo lugar no pueden acceder a programas de cuidado de infantil donde favorezcan el desarrollo de conductas positivas y por último las relaciones con los padres, puesto que si se vive dentro de un contexto de abandono o disciplina autoritaria es un obstáculo en la relación con sus padres y no recibe apoyo por parte de los mismo; con alusión a esto la autora menciona que “[...] *los dos conjuntos de mecanismos relacionados con las relaciones sociales - la capacidad de apoyo relación y co-paternidad y el apoyo social percibido - juegan un papel débil en la atenuación de la relación entre la depresión materna y los problemas de comportamiento de los niños a pesar de sus correlaciones independientes con la depresión y el problema comportamientos”*.(p. 1559)

4.4 Otros efectos durante la niñez

Dentro de los efectos de la depresión materna perinatal a largo plazo se ha encontrado que en los primeros años de vida, se podrían observar problemas en la conducta, además de mayor probabilidad de desarrollo de vulnerabilidad psicológica.

Algunos autores han encontrado que en los niños pequeños se podrían llegar a desarrollar dificultades en:

- El manejo de la conducta al igual de la emoción.
- Alteraciones en el sueño y el apetito.
- Desarrollo de conductas impulsivas, agresivas.
- Trastornos de sueño, alimentación, de apego, hiperactividad.
- Compromiso cognitivo, lenguaje.
- Vulnerabilidad a las enfermedades cardiovasculares.

4.5 Adolescencia y adultez

La adolescencia es la etapa donde el ser humano atraviesa por más cambios, ya sea corporales, personales o sociales, de los cuales nacen crisis, cambios en actitud y en la forma de relacionarse con otros además un estado de ánimo ambivalente.

Pawlby, S et al (2009) realizó un estudio en el cual subraya las consecuencias de la depresión materna en un grupo de jóvenes de 16 años, donde participaron un total de 155 mujeres del sur del Londres, cuya población proyecta un 87% de pacientes que acudieron a consulta con medicina general en estado de embarazo, al 97% (151) se le realizó un seguimiento exhaustivo después del primer año de vida del niño. Los investigadores se enfocaron en la relación diádica *madre-hijo*, en los rangos de edad de 4, 11 y 16 años.

De las 151 familias al que se les hizo el seguimiento solo el 91% (151) siguieron hasta los 16 años, puesto que ocho familias declinaron del estudio porque salieron del país o no se lograron contactar y 6 familias declinaron en la última etapa del estudio, por lo que el estudio se realiza con el 82% (127) de la población original; el 64,6% (82) de la población presentó por lo menos un episodio de depresión durante el embarazo, 20% durante el segundo trimestre y el 21% durante el tercer trimestre. El estudio arrojó como resultado que la consecuencia de la depresión materna en estos adolescentes el 65% (11/17) habían sido diagnosticados 3 meses antes a la entrevista con depresión, de los cuales 14 (20.3%) eran mujeres y 4 (6,9%) hombres. Del mismo modo hallaron diez adolescentes diagnosticados con trastorno depresivo mayor *superpuesto en la distimia*. 6 presentaron diagnóstico depresión no especificada, los cuales tres fueron *superpuestos a la distimia*. Dos adolescentes presentaban diagnóstico de distimia, 6 de 18 presentaron ideaciones suicidas.

Lo anterior denota que los hijos de madres que estuvieron deprimidas en algún momento del embarazo presentan una alta probabilidad de presentar un cuadro depresivo, siendo un síntoma significativo, ya que crea una alta probabilidad de desarrollar un episodio depresivo o que se repita durante la adultez.

4.6 Consecuencias del uso de antidepresivos durante el embarazo

Aunque el uso de antidepresivos durante el embarazo no es recomendable, en ocasiones se presenta como el único medio de tratamiento para tratar la depresión durante esta etapa, porque que se ha agotado todo los recursos, de igual modo hay que tener en cuenta los efectos adversos que estos tienen sobre el feto una vez que entran en contacto.

Los antidepresivos tricíclicos son por tratamiento los más seguros para una paciente en embarazo, no se ha encontrado reportes que resalten un efecto secundario adverso con Fluoxetina u otro antidepresivo tricíclico que presente consecuencias de efectos en el coeficiente intelectual, desarrollo del lenguaje u comportamiento, existe una pequeña probabilidad que el consumo de ISRS durante la gestación podría ocasionar retraso en el desarrollo psicomotor. Se encontró un caso que reporte de síndrome de abstinencia a la Clomipamina en recién nacidos y que su uso

puede ser el causante de *epilepsia*, además de mioclonus, sacudidas de los miembros posterior al nacimiento como secuela de abstinencia. Solo se conoce un solo reporte de efecto secundario por Bupropión al cual asocian con presencia de convulsiones en el recién nacido (Salazar, L. et al (2006)).

La teratogenicidad es uno de los efectos más comunes de los antidepresivos en el feto, pero entre otros efectos se encuentran el riesgo de aborto, la toxicidad perinatal con contingencia para la habituación *neonatal*, además de alteraciones *neurocomportamentales* durante su proceso de formación (Salazar, L. et al (2006)).

Capítulo V

PREVENCIÓN DE LA DEPRESIÓN PERINATAL

Como se ha hablado en los otros capítulos la depresión perinatal es un desencadenante de riesgo tanto para la madre como para el feto, por lo cual es importante su detección rápida y de este modo seleccionar el tratamiento adecuado. La madre aunque se encuentra rodeada de diferentes profesionales de la salud, se ha observado que toman más en cuenta los procesos de monitoreo del niño además de los cuidados que la madre durante el periodo de gestación, que se pasa por alto signos y síntomas que denotan depresión en la madre, ya sea desde la aptitud que se tienen ante el embarazo como la forma en que realiza los cuidados; esto se debe a tanto los

profesionales como los investigadores han dado más importancia al estudio o la detección del síntoma durante el posparto.

Se ha encontrado que el 10 al 20% de las madres que presentan depresión perinatal tiene una alta probabilidad de desarrollar un cuadro depresivo durante el posparto, trayendo consigo dificultades para neonato en diferentes etapas de su vida tales como problemas en el comportamiento, déficits cognitivos e emocionales además dificultades en la diada madre-hijo, siendo necesario un diagnóstico oportuno, de este modo escoger el tratamiento adecuado antes que el cuadro avance.

Olhaberry, M. et al (2013) mencionan que la depresión perinatal al manifestar síntomas como *excesiva irritabilidad, ánimo bajo, labilidad emocional, ansiedad y trastornos del sueño*, dificulta la detección temprana de la depresión puesto que son tomados como un parte de la experiencia tanto en el periodo de gestación como en el post-parto.

La depresión materna al ser poco investigado se ha implementado escalas que detectan la depresión posnatal como medio para diagnosticar depresión en madres que se encuentran en embarazo.

Una de las escalas implementadas es la de Edimburgo aunque es una escala utilizada para detectar la depresión posparto, sus ítems sirven en la misma medida para detectar problemas durante el embarazo. Esta escala consta de 10 ítems que resaltan el estado de humor de la madre durante siete días, la puntuación va desde 0 como indicativo de lo más malo a 3 como lo más bueno, si se llega a una puntuación de 11 significa que la madre presenta un cuadro depresivo.

La escala de Hamilton - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) consta de 21 ítems en la escala original, el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos recomienda la nueva versión la cual está compuesta por un total de 17 ítems, cada ítem contiene un total de 3-5 posibles respuestas y su puntuación va de 0-7 que denota que el paciente no presenta ningún tipo de síntoma depresivo a mayor de 23 esta puntuación denota un cuadro depresivo severo.

La escala de depresión de Beck es la más utilizada por los profesionales de la salud para determinar el grado del cuadro depresivo en el que encuentra el paciente, la escala se compone por un total de 21 ítems, su puntuación va de 1-10 para resaltar altibajos “normales” en el paciente hasta 40 el cual se demarca dentro de una depresión extrema. Cuando se termina de puntuar la escala y puntúa un puntaje mínimo de 17 se recomienda manejo con psicología.

Es recomendable que el profesional de la salud también realice prevención de los síntomas y que se le realice un seguimiento por psicología de este modo se realice un proceso preventivo en caso que los síntomas se lleguen a presentar en algún momento durante el embarazo. Del mismo modo se recomienda hacer talleres en grupo con las gestantes e informales las posibles consecuencias que podría presentar el feto en su desarrollo tanto intrauterino como posterior; además permite a las gestantes observar y relacionarse entre sí permitiendo aclarar dudas sobre de cómo sobrellevar el embarazo además de igual modo descargar las preocupaciones pertinentes.

6. CONCLUSIONES

En conclusión se podría decir que la depresión materna al ser una etapa en la cuál las mujeres en embarazo atraviesan por diferentes cambios, no solo corporales y emocionales, sino que

además psíquicos los cuales están entrelazados con cambios a nivel económico, social y relacional, los cuales pueden llegar a convertirse en detonantes de síntomas depresivos si no se saben sobrellevar.

Los profesionales de la salud y los investigadores se han centrado en las consecuencias de la depresión posparto sin tener en cuenta que posiblemente es una secuela de la depresión perinatal, por lo cual no se encuentra mucha información al respecto sobre sus efectos en el desarrollo en los niños en diferentes etapas de su vida, puesto que solo se encontró material investigativo y bibliográfico que acogía las etapa durante el parto, los primeros tres años, pasando a la edad de 5 años y terminando hasta los 16 años de edad, dejando vacíos, dentro que sucede en estas etapas, ya sea en un aspecto neuronal y comportamental.

La mayoría de estudios pertenecían a Suiza, Estados Unidos, Londres aunque el estudio más próximo a la sociedad colombiana es el estudio realizado en Chile por el Dr. Jadresic, M. esto abre la necesidad de realizar un estudio en la población colombiana y determinar las causas y las consecuencias en las gestantes y en los niños en nuestra sociedad.

En este orden de ideas se encuentra que estos estudios subyacen de investigaciones fuera del contexto colombiano, ya que los estudios hacían referencia a las mujeres que se encontraban

inmersas en esa cultura, esto puede conllevar a un desacuerdo cultural, puesto que por ejemplo no es la misma noción de pobreza que se tienen en Suiza que en Colombia o Chile.

Muchos estudios determinaron que el uso de antidepresivos durante el embarazo no es recomendable, pero cuando se realiza la búsqueda sobre sus efectos en el feto, se encontró que no existen casi estudios que determinen el grado tetranogeneo que tiene estos en ellos o que están inconclusos o no publicados, abriendo así la discusión a que este fenómeno se presenta a causa que las compañías farmacológicas no apoyan este tipo de investigaciones puesto que subyacerían en un conflicto económico donde provocaría más pérdidas que ganancias si se dejan de recetar este tipo de medicamentos durante la etapa perinatal.

A medida que se recolecto la distinta información de cada uno de los textos y de las investigaciones, se encontró que existe una necesidad dispendiosa a nivel global de la creación de programas de prevención en los hospitales y clínicas que aporten al bienestar emocional de la mujer durante el embarazo y de este modo no repercuta en los niños; además se encontró la necesidad de desarrollar nuevas herramientas de detección temprana en las mujeres gestantes permitiendo iniciar el tratamiento pertinente antes que evolucione a un trastorno depresivo mayor.

Esto es importante a tener en cuenta ya que en ocasiones se observa que las mismas madres no son conscientes de eso que las aqueja y piensan que se comportan de esa forma porque es parte del embarazo y que por ende no lo pueden tratar ni cambiar, a medida que van pasando los años y se comienzan a observar cambios en los niños en cuanto a procesos y formas de enfrentar la vida, se encuentran que eso que al principio no parecía importante y era algo vago ahora repercute en el bienestar del infante o adolescente.

Referencias

Acevedo Gallegos, S.; Espino y Sosa, S.; Gaona, G.; Velazquez Torres, B.; Camargo Marín, L.; Guzman Huerta, M.E. (2008). *La placenta humana: Revisión*. Revista perinatal reproducción humana. 22 (3) pp. 230-245. Fecha: 16 de Febrero 2014 hora: 09:27 a.m.

Alfaro Rodríguez, H. J., Cejudo Carranza, E., (2004) *Complicaciones médicas en el embarazo*. Segunda Edición. Editorial McGraw-Hill Interamericana. México

Arreola-Ramires, G.; Fernandez-Carrocer, L.A; Ramirez-López, C. Z., Barrera-Reyes; del Regil-Vélez L.M.; Rios-Flores, B.; Martine-Cruz, C.F. (2011). *Desarrollo neurológico en el primer año de vida de infantes prematuros con peso menor a 1,500 g en una institución de tercer nivel*. Rev. Perinatología y reproducción humana Junio-Septiembre 2011. 25 (3) pp 146-154. Fecha: 16 de Febrero 2014 hora: 03:58 pm.
www.mediagraphic.org.mx

Beck, A. et al (2010) *Terapia cognitiva de la depresión*. Diecinueveava Edición. Biblioteca de psicología de Descleé de brouwer.

Bravo Ortiz, M. F. (2002) *Psicofarmacología para psicólogos*. Editorial Síntesis

Brockington, I. (2008) *Problemas de conducta de la salud perinatal: alcoholismo, adicciones, trastornos de alimentación y pérdidas perinatales*. Revista perinatal reproducción humana. 22 (2) pp. 132-144. Fecha: 16 de Febrero 2014 hora: 01:50 p.m

Burrow, G. y col (2001) *Complicaciones médicas durante el embarazo*. Quinta Edición. Editorial Médica Panamericana. España

Castro, J. y Reyes, A. (1994). *De la psicología de la mujer embarazada*. Tesis de grado, Universidad del Valle.

Cepeda-Silva, A.; Morales-Carmona, F.; Henales-Almaraz, M.C.; Mendez-Cabello, S. (2011) *Violencia familiar durante el embarazo como factor de riesgo para complicaciones materna y recién nacidos de peso bajo*. Revista perinatal reproducción humana. 22 (2) pp.81-87. Fecha: 16 de Febrero 2014 hora: 02:00 p.m.

Chan-Cham, E.; Cisneros-Dorates, C., Arceo, S., Reyes-León (2013) *El insomnio como factor de riesgo para la depresión en mujeres embarazadas*. Rev. Perinatal Reproducción Humana. 27 (3) pp 171-176. Fecha: 16 de Febrero 2014 hora: 02:45 pm

Chavez-Courtois, M.; Hernández-Maldonado, A.; Arce-Zacarías, E.; Bolaños-Delfín, I; Gonzales-Pacheco, I.; Lartigue-Becerra, T. (2008) *Experiencia grupal de mujeres embarazadas y en etapa posparto, y su relación con la depresión y algunos factores sociales*. Revista perinatal reproducción humana. 22 (4) 270-278. Fecha: 16 de Febrero 2014 hora: 01:28 pm

Díaz Barreiro, G. (2004) Capítulo 1 *Principales cambios fisiológicos en la mujer embarazada*. En Complicaciones médicas en el embarazo. Segunda edición. McGraw-Hill Interamericana. Editores S.A.

Dolto, F. (1983) *En el juego del deseo*. Capítulo 8. Génesis del sentimiento materno, enfoque psicoanalítico de la función simbólica femenina.

Dolto, F. (1997) *Sexualidad femenina: libido, erotismo, frigidez*. Ediciones Paidós Ibérica-

Draghi, S. L. (2009). *Depresión en el embarazo*. Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires; Volumen 88 - N° 982: 234-243. Fecha: 14 de Septiembre 2013, hora: 9:26 a.m

FDA (2011) *Guía de Clasificación Teratogénica FDA*. International medical texts. www.fda.gov/drugs.

Field, T.; Diego, M.; Hernandez-Reif, M (2006) *Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review*. Infant Behavior & Development; 29: 445–455. Fecha: 07 octubre 2013, hora: 11:39 am, <http://www.sciencedirect.com.bd.univalle.edu.co/science/article/pii/S0163638306000312>

Field, T.; Diego, M.; Hernandez-Reif, M; Figueiredo, B.; Deeds, O.; Ascencio, A.; Schanberg, S.; Kuhn, C. (2010) *Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome*. Infant Behavior & Development; 33: 23–29. Fecha: 26 de Agosto 2013 hora: 02:17 pm.

<http://www.sciencedirect.com.bd.univalle.edu.co/science/article/pii/S0163638309000964>

Field, T. (2011) *Prenatal depression effects on early development: A review*. Infant Behavior & Development; 34 (2011) 1–14. Fecha: 30 de Octubre 2013 hora: 04:36 pm.
<http://www.sciencedirect.com.bd.univalle.edu.co/science/article/pii/S0163638310001062>

Gerardin, P. (2012). *Spécificité et enjeux de la dépression de la grossesse. Principaux résultats d'une recherche longitudinale sur les dépressions du péripartum, du troisième trimestre de grossesse au 12e mois de l'enfant*. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence; 60: 138—146. Fecha: 19 de Septiembre 2013 hora: 08:05 am.
<http://www.sciencedirect.com.bd.univalle.edu.co/science/article/pii/S0222961711001802>

Gleicher, Norbert (2000) *Tratamiento de las complicaciones clínicas del embarazo*. Tercera Edición Editorial Médica Panamericana. Argentina

Glover, V., PhD (2013) *Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done*. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and

Gynaecology; XXX: 1–11. Fecha: 5 de Septiembre 2013 hora: 03:25 pm.

<http://www.sciencedirect.com.bd.univalle.edu.co/science/article/pii/S1521693413001326>

Guillerault, G. (2009) *Dolto / Winnicott el bebé en el psicoanálisis*. 1ª Edición. Editorial Paidós SAICF. Buenos Aires. Biblioteca universidad del valle.

Guerra, G., Yamamoto, R., Siracuza, J., Fraguas, R., Souza, M^a C. & Zugaib, M. (2010) *Depression during pregnancy in women with a medical disorder: risk factors and perinatal outcomes*. Clinical science, 65 (11); 1127-1131. Fecha: 13 de Septiembre 2013 hora: 07:28 am. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2999708/>

Ibanez, G.; Charles, M.-A.; Forhan, A.; Magnin, G.; Thiebaugeorges, O.; Kaminski, M.; Saurel-Cubizolles, M.-J. and the EDEN Mother, E.–Child Cohort Study Group (2012). *Depression and anxiety in women during pregnancy and neonatal outcome: Data from the EDEN mother–child cohort*. Early Human Development; 88: 643–649. Fecha: 18 de Octubre 2013 hora: 10:17 pm.

<http://www.sciencedirect.com.bd.univalle.edu.co/science/article/pii/S0378378212000424>

Jadresic M., E. y col (2005) *Psicopatología de la mujer*. Segunda Edición. Editorial Mediterráneo.Chile.

Jadresic M., E. (2010) *Depresión en el embarazo y el puerperio*. Rev Chil Neuro-Psiquiat; 48 (4): 269-278. Fecha: 15 de Septiembre 2013 hora: 11:38 pm.
www.sonepsyn.cl

Kristeva, J. (2006) *Lo maternal secular. La pasión materna*. En conferencia, sociedad psicoanalítica de Paris.

Lartigue, T; Maldonado-Durán J. M.; Gonzales-Pacheco, I.; Saucedo-Garcia, J.M (2008) *Depresión en la etapa perinatal*. Rev. Perinatal Reproducción Humana. 22 (2) 111-131.
Fecha: 16 de Febrero 2014 hora: 04:15 pm

Lemoine, E. (1976). *Embarazo y feminidad. En: La partición de las mujeres*. (pp.19-54)
Editorial: Amorrortu. Buenos Aires. Biblioteca Universidad del Valle.

Levin, E. (1991). *La función del Hijo. Espejos y laberintos en la infancia*. Tercera Edición. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.

Luján, S. (2009) *Depresión en el embarazo*. Revista de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires. Volumen 88 - N° 982 - Diciembre 2009: 234-243. Fecha: 10 de Octubre 2013 hora: 12:30 m.

Luna Matos ML, Salinas Piélagos J, Luna Figueroa A.(2009) *Depresión mayor en embarazadas atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal de Lima*, Perú. Rev Panam Salud Pública. 2009;26(4):310–4.Fecha: 7 de Mayo 2014 hora: 08:38 pm.

Luburria, O., Pérez, F (2010) *Fármacos y embarazo*. Terapéutica. www.jano.es

Maldonado-Durán, M.; Saucedo-García, JM; Lartigue, T. (2008) *Cambios fisiológicos y emocionales durante el embarazo normal y la conducta del feto*. Revista perinatal reproducción humana. 22(1) 5-14. Fecha: 16 de Febrero 2014 hora: 06:45 p.m.

Maldonado, M.; Lecannelier, F., Lartigue. (2008) *Aspectos evolutivos de la relación madre-bebé*. Revista perinatal reproducción humana.22 (1) pp.15-25. Fecha: 16 de Febrero 2014 hora: 08:00 a.m.

Maldonado-durán, M.; Lecannelier (2008) *El padre en la etapa perinatal*. Revista perinatal reproducción humana. 22 () pp. 145-154. Fecha: 16 de Febrero 2014 08:15 a.m

McFarland, J., Salisbury, A. L., Battle, C.L., Hawes, K., Halloran, K., Lester, B. (2007) *El trastorno depresivo mayor durante el embarazo y el apego emocional al feto*. Pubmed. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3248759/?report=classic> Fecha: 08 de octubre 2013 hora: 11:43

Marcus, S.; Lopez, J.F; McDonoughc, S; MacKenziee, M.; Flynna, H.; Neal, Ch.; Gahagang, S.; Vollingh, B.; Kacirotic, N. and Vazquez, D. (2011). *Depressive Symptoms During Pregnancy: Impact on Neuroendo-crine and Neonatal Outcomes*. Infant Behav; 34(1): 26–34. Fecha: 25 de Agosto 2013 hora: 03:58 pm.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3053131/>

Oquendo, M.; Lartigue, T.; Gonzalez-Pacheco, I.; Mendez, S.(2008) *Validez y seguridad de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh como prueba de tamiz para detectar depresión perinatal*. Rev. Perinatal Reproducción Humana. 22 (3) 195-202. Fecha: 16 de Febrero 2014 hora: 05:15 pm.

Olhaberry, M., Escobar, M., San Cristobal, P., Pía Santelices, M., Farkas, C., Rojas, G., Martinez, V.(2013) *Intervenciones psicológicas perinatales en depresión materna y vínculo madre-bebé: una revisión sistemática*. Psychological perinatal interventions in maternal depression and mother-child bond. Rev. terapia psicológica. 31 (2) 249-261.

Pawlby, S.; Hay D. F.; Sharp, D.; Waters, C. S., O'Keane, V. (2009). *Antenatal depression predicts depression in adolescent offspring: Prospective longitudinal community-based study*. Journal of Affective Disorders; 113: 236–243. Fecha: 1 de Agosto 2013 hora: 5:40 p.m.

Pereira, T.; Silva, A.; Alves, M.; Simões, V.; Batista, R.; Rodriguez, J.; Figueiredo, F.; Lamy-Filho, F.; Barbieri, M. and Bettiol, H.(2012). *Perinatal and early life factors associated with symptoms of depression in Brazilian children*. 12: (605): 1-11. Fecha: 01 de Octubre 2013 hora: 08:18 am.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3487932/>

Ricón, L.; Di Segni, S., Tenconi, J.C., prólogo de Etchegoyen, H. (1995) *Problemas del campo de la salud mental*. Segunda edición. Editorial Paidós. Buenos Aires, Barcelona, México

Rosan, T., Rosan, J. (2010) *Uso de fármacos en psiquiatría en el embarazo y lactancia*. Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. 16 (2) pp. 105-111

Salazar, L. et al (2006) Uso de los antidepresivos en el embarazo y la lactancia
UNIVERSITAS MÉDICA 2006 VOL. 47 N°
2<http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n2/7%20Uso%20de%20los%20antidrepresivos.pdf>

Salvatierra Mateu, V. (1989) *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Editorial Martínez roca. España

Santos, I., PhD; Matijasevich, A., PhD; Rodrigues Domingues, M., PhD, Barros, A. PhD, and Barros, F. PhD. (2010) *long-lasting maternal depression and child growth at 4 years of age: a cohort study*. the journal of pediatrics; vol. 157, no. 3: 401-406. Fecha: 5 de Agosto 2013 hora: 08:38.

<http://www.sciencedirect.com.bd.univalle.edu.co/science/article/pii/S0022347610002404>

Schejtman, C. (2004). *Efectos de la depresión materna en la estructuración psíquica durante el primer año de vida: psicoanálisis e investigación empírica con infantes*.

Subjetividad y procesos cognitivos, 6, 275-296. Fecha: 28 de Mayo del 2014. Hora: 9:45 p.m. <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/259>

Suri, R.; Altshuler, L.; Hellemann, G.; Burt, V.; Aquino, A.; Mintz, J. (2007). *Effects of Antenatal Depression and Antidepressant Treatment on Gestational Age at Birth and Risk of Preterm Birth*. Am J Psychiatry; 164 (8): 1206–1213. Fecha: 14 de Octubre 2013 hora: 9:38 am. <http://ajp.psychiatryonline.org/article.aspx?articleID=98772>

Turney, K. (2012) *Pathways of disadvantage: Explaining the relationship between maternal depression and children's problem behaviors*. Rev SciVerse Science Direct 41: 1546–1564. Fecha: 10 de Octubre 2013 hora: 08:38 am

<http://www.sciencedirect.com.bd.univalle.edu.co/science/article/pii/S0049089X12001238>

#

Uguz, F.; Sahingoz, M.; Sonmez, E. O.; Karsidag, C.; Yuksel, G.; Annagur, B.B.; Annagur, A.(2013). *The effects of maternal major depression, generalized anxiety disorder, and panic disorder on birth weight and gestational age: A comparative study.* Journal of Psychosomatic; Research 75: 87–89. Fecha: 15 de Septiembre 2013 hora: 02:53 pm
<http://www.sciencedirect.com.bd.univalle.edu.co/science/article/pii/S0022399913000548>

Vigil de Gracia, Paulino (2008) *Obstetricia: complicaciones en el embarazo*. Distribuna. Colombia

Xap, L. *Anexo 4 Medicamentos en el embarazo*.
<https://www.sergas.es/Docs/Farmacia/GF-Anx4.pdf>

Yonkers, K.; Wisner, K.; Stewart, D.; Oberlander, T.; Dell, D.; Stotland, N.; Ramin, S.; Chaudron, L.; , and Lockwood, C.(2009). *The management of depression during pregnancy: a report from the American Psychiatric Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists.* Obstet Gynecol; 114(3): 703–713. Fecha: 7 de Septiembre 2013 hora: 08:38 pm.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3103063/>