

D.M. Campagne

## Detectar la depresión antes, durante y después de la gestación con el perfil anímico del embarazo

27

Psicólogo. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid. Clínica Bella Médica. Altea. Alicante. España.

**Correspondencia:**

Dr. D.M. Campagne.  
Clínica Bella Médica.  
Ctra. Nacional N-332. Altea. Alicante. España.  
Correo electrónico: platon@ctv.es

Fecha de recepción: 13/06/02

Aceptado para su publicación: 22/09/03

*Detecting depression before, during and after pregnancy with the pregnancy mood profile*

---

### RESUMEN

Las depresiones anteparto y posparto son condiciones médicas nada excepcionales que afectan de forma negativa a madre e hijo, y necesitan ser detectadas lo antes posible para evitar o limitar el uso de tratamientos farmacológicos con posibles efectos colaterales. Sólo la depresión posparto tiene entidad clínica propia reconocida, aunque existen razones sólidas para que la depresión relacionada con la gestación, en todos sus estadios, se considere una enfermedad propia por las consecuencias posiblemente graves sobre madre e hijo.

El autor revisa los datos actuales que justifican una mayor atención por parte del tocólogo a la aparición de síntomas depresivos desde los primeros momentos de la concepción y gestación. A tal fin ha propuesto un protocolo estadístico sencillo con que se confecciona un «perfil anímico del embarazo». Este perfil ayudaría en el tratamiento adecuado de la depresión anteparto y posparto y serviría como un preaviso de suicidio posparto.

### PALABRAS CLAVE

Perfil anímico del embarazo. Depresión anteparto. Depresión posparto. Suicidio.

### ABSTRACT

Antepartum and postpartum depression are common medical conditions which negatively affect mother and child and which should be detected as early as possible to avoid or limit the use of pharmacological treatments with possible side effects. Only postpartum depression has been given a proper clinical identity, although there is ample evidence to support the creation of a specific identity for pregnancy-related depression due to the possibly serious consequences for mother and child.

The author reviews the current evidence supporting the need for obstetricians to pay greater attention to signs of depression from the beginning of conception and pregnancy. To that purpose, a simple statistical protocol to determine a

- 28 «pregnancy mood profile» is proposed. This profile would assist in managing antepartum and postpartum depression and would serve as a pre-alert for postpartum suicide.

### KEY WORDS

Pregnancy mood profile. Antepartum depression. Postpartum depression. Suicide.

### INTRODUCCIÓN

La depresión y las psicopatologías relacionadas se han convertido en una plaga de la edad moderna. Las cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan a una epidemia mundial que afecta al 15% o más de la población y probablemente a más del 22% de las mujeres en edad reproductiva. En otras palabras, en la mayor parte del mundo industrializado, uno de cada 6 adultos sufre una depresión clínica. Si se incluyen los demás trastornos del ánimo, el número de afectados se incrementa de forma espectacular. Según la OMS la depresión es la primera causa de discapacidad en el mundo.

La depresión no sólo causa pérdida de productividad y un gasto elevado a los sistemas sanitarios, sino también pérdida de vidas durante y justo después del embarazo, y afecta al desarrollo fetal y, por ello, al bienestar del niño a largo plazo. En mayo de 2002 las autoridades sanitarias de Estados Unidos hicieron público un cambio drástico en las recomendaciones oficiales acerca del cribado (test preventivo) de la depresión. Hasta esta fecha las autoridades consideraban insuficiente la evidencia para recomendar el uso sistemático de cuestionarios estandarizados para detectar la depresión en pacientes de asistencia primaria. Ahora se considera que la evidencia es concluyente, y se recomienda la aplicación sistemática de tests detectores de la depresión en todos los adultos. La recomendación no se extiende aún a niños y ancianos<sup>1</sup>.

Mujeres de entre 20 y 50 años son especialmente susceptibles a la depresión. Existe evidencia clínica de que las consecuencias de la depresión para la madre y su hijo pueden incluir cambios en el desarrollo fetal, provocar un aborto o llevar al suicidio.

España no es una excepción en cuanto a la epidemiología de la depresión; no obstante, recientemente se ha empezado a prestar atención al efecto de la depresión con relación a la gestación. Un estudio de la Universidad de Barcelona, publicado en marzo de 2003, afirmó que más de un 10% de las madres estudiadas presentaban depresión posparto<sup>2</sup>, lo que concuerda con la media internacional<sup>3</sup>. Si compensamos esta cifra por los efectos de la preselección efectuada de casos «probables», llegamos a una incidencia de depresión mayor en el 1% de la muestra (n = 1.191), sensiblemente más alta que la prevalencia del 2‰ que se maneja en general. Aun así, es mucho más elevado el número de mujeres que sufren depresión durante la gestación: un reciente estudio de la Universidad de Michigan (n = 3.472) estableció que una de cada 5 mujeres gestantes presentaba síntomas de depresión<sup>4</sup>. Estos datos obligan a incrementar la vigilancia y a intentar captar los cambios de ánimo en la mujer gestante antes de que lleguen a más.

El objetivo del presente trabajo es documentar brevemente la necesidad de prestar más atención al problema señalado, debido a las consecuencias comprobadas que la depresión tiene para la gestante y el hijo antes y después del parto, así como aportar un instrumento estadístico sencillo que facilita la tarea de la detección precoz de la depresión en esta población.

### DEPRESIÓN Y GESTACIÓN

#### Definición y sintomatología en la práctica

La depresión, igual que la ansiedad y el estrés, es una condición biopsicopatológica que incluso a escala subclínica puede afectar a la gestación de muchas formas, tanto a la madre como al feto, a corto y a largo plazo<sup>5-8</sup>. Muchos médicos, sin embargo, subestiman la gravedad de los efectos de la depresión sobre la salud y el bienestar, y los tocólogos no son una excepción a esta regla<sup>9</sup>. Esta afirmación proviene de la Guía de Tratamiento de la Depresión en la Gestación, de la Universidad de Michigan (Estados Unidos), que recomienda estructurar el tratamiento de la depresión en el embarazo con los pasos siguientes:

### *Paso 1: diagnóstico*

Es un primer paso crítico en el tratamiento de la depresión. Llorar frecuentemente, irritabilidad o quejas de insomnio son indicativos de la necesidad de aplicar un test selectivo. Pacientes que muestran síntomas de depresión durante 2 semanas o más y que ven mermado su funcionamiento psicosocial necesitan ser evaluados para ver si padecen una depresión mayor. Muchas mujeres no quieren reconocer sus síntomas y presentan manifestaciones somáticas. Problemas con el sueño, cefaleas, fatiga, alteraciones gastrointestinales o ansiedad son comunes. Debe evaluarse el funcionamiento tiroideo así como un posible abuso de alcohol u otras sustancias utilizadas como automedicación para paliar los síntomas. Fármacos que pueden inducir síntomas depresivos: los que contienen progesterona, medicación cardíaca, esteroides, antihistamínicos, analgésicos y anticolinérgicos.

### *Paso 2: determinar la gravedad de la enfermedad y el período de bienestar ínterepisódico*

Muchas mujeres prefieren no tomar fármacos durante su embarazo si éstos se pueden evitar. Las pacientes con alteraciones leves del ánimo, y con el sueño y el apetito normales, con un funcionamiento diario razonable y sin ideación suicida, serían candidatas para estrategias no farmacológicas. Así, mujeres gestantes que tomaban antidepresivos a la hora de concepción pueden querer discontinuar su toma si son asintomáticas, con un período ínterepisódico largo de bienestar, y un historial de afección leve. La planificación del embarazo en esta población es importante para que se puedan tomar las decisiones oportunas en cuanto a la farmacoterapia y su abandono gradual.

### *Paso 3: iniciar las estrategias preventivas para las pacientes con enfermedad leve*

Los síntomas menores se pueden combatir con muchas estrategias de prevención terapéutica, y entre ellas están una dieta libre de alcohol, nicotina y caféina, una adecuada higiene del sueño, el tratamiento del estrés y el ejercicio físico. La terapia psi-

cosocial, cognitiva o interpersonal reduce las probabilidades de recaída en poblaciones de mujeres con un historial de depresión mayor. Es importante una monitorización atenta durante los controles antenatales y en caso de agravarse los síntomas es necesario iniciar la farmacoterapia.

### *Paso 4: tratamientos farmacológicos de la depresión mayor*

Las estrategias psicosociales descritas anteriormente deben utilizarse siempre como estrategias complementarias en mujeres con un nivel de depresión más grave. La farmacoterapia está indicada en los casos donde está mermada la capacidad de cuidarse a sí misma en cuanto a nutrición o medicación, o donde existe una predisposición a la ansiedad grave, insomnio, toma de riesgos o pensamientos de suicidio. Siempre debe usarse la dosis más baja necesaria para mejorar síntomas, aunque el metabolismo incrementado durante el embarazo puede obligar a una dosis mayor respecto a la pregestacional. La medicación debe continuar hasta al menos 6 meses después del parto para prevenir exacerbación durante el posparto.

### *Paso 5: estrategias complementarias para casos refractarios*

Es aconsejable referir a las pacientes que no responden bien al primer fármaco elegido para cotratamiento psiquiátrico o psicológico.

### *Paso 6: continuar o iniciar tratamiento de la depresión posparto*

Las mujeres con indicios anímicos durante el embarazo, problemas conyugales y un historial personal o familiar de depresión tienen riesgo de depresión posparto. Si están asintomáticas o si sólo presentan síntomas leves, pueden utilizarse las estrategias no farmacológicas antes referidas (alimentación, ejercicio, tratamiento del estrés). Es muy importante mantener el ritmo circadiano durante el posparto, así que debe buscarse una solución para la época de lactancia nocturna. Las mujeres con his-

30 torial de depresión posparto deberían considerar volver a tomar el antidepresivo durante el tercer trimestre, con lo que conseguirían valores plasmáticos adecuados a partir del parto.

Estas recomendaciones se basan en una adecuada monitorización del estado anímico antes, durante y después del embarazo, para la que se necesita un protocolo e instrumento estadístico adecuado, eficiente y sin que necesite mucho tiempo o una preparación especial. A continuación se tratan los conceptos aquí abordados más en detalle, y se presenta un instrumento estadístico sencillo, divulgado antes por el autor como *The Pregnancy Mood Profile*<sup>10</sup>.

### Diferenciar la depresión que ocurre antes y durante el embarazo de la depresión posparto

#### *La depresión anteparto: prevenir estados depresivos graves*

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-IV) de la American Psychiatric Association especifica un número de trastornos del estado de ánimo, en su conjunto llamado *depresión*, y se refiere de forma específica al inicio en el posparto, dentro de las primeras 4 semanas (tabla 1)<sup>11</sup>, y no existe una referencia semejante en cuanto a la depresión que *aparece* justo antes o durante el embarazo. Sin embargo, los datos clínicos indican que tanto la interacción de la depresión y la fertilidad como la interacción entre la depresión y el embarazo pueden considerarse enfermedades con parámetros y etología específicos y con una epidemiología importante. La depresión posparto es común y afecta a una de cada 8 mujeres<sup>12</sup>. Dentro del conjunto del actual estudio longitudinal de Avon en el Reino Unido, se verificó que la depresión *durante* el embarazo es más común que la depresión posparto. De las 9.028 mujeres embarazadas evaluadas con el Cuestionario de Depresión Posnatal de Edimburgo, casi el 14% tenía una probable depresión a las 32 semanas del embarazo, en comparación con el 9,1% de las mujeres a las 8 semanas posparto<sup>13</sup>.

La depresión anteparto no se limita al trastorno de depresión mayor grave según los estándares del DSM-IV, pero incluye todos los trastornos del estado de ánimo, tanto leve como moderado o grave, que se relacionan y/o concurren con el embarazo.

**Tabla 1** **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) American Psychiatric Association (1994)<sup>11</sup>**

#### Trastornos del estado de ánimo en el DSM-IV

##### Trastornos depresivos

F3x.x	Trastorno depresivo mayor
F34.1	Trastorno distímico [300.4]
F32.9	Trastorno depresivo no especificado

##### Trastornos bipolares

F3x.x	Trastorno bipolar I [296.xx]
F31.8	Trastorno bipolar II [296.89]
F34.0	Trastorno ciclotímico [301.13]
F31.9	Trastorno bipolar no especificado [296.80]

##### Otros trastornos del estado de ánimo

F06.xx	Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica
F1x.8	Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias [29x.xx]
F39	Trastorno del estado de ánimo no especificado [296.90]

Especificaciones que describen el episodio afectivo más reciente: leve, moderado, grave sin síntomas psicóticos, grave con síntomas psicóticos, en remisión parcial, en remisión total

##### Crónico

Con síntomas catatónicos  
 Con síntomas melancólicos  
 Con síntomas atípicos  
 De inicio en el posparto

Especificaciones que describen el curso de los episodios recidivantes:

Especificaciones de curso (con o sin recuperación interepisódica completa)

Con patrón estacional  
 Con ciclos rápidos

F: índice en el esquema diagnóstico.

— Los trastornos del estado de ánimo antes de la concepción pueden afectar a la fertilidad tanto del varón como de la mujer por cambios hormonales asociados al estado deprimido y/o por los efectos que éste tenga sobre el comportamiento sexual (disminución de la libido, trastornos psicossomáticos asociados<sup>14</sup>). Para que tenga consecuencias negativas sobre la fertilidad no es preciso que la alteración anímica alcance niveles clínicos de depresión mayor. Por ejemplo, el trastorno disfórico premenstrual afecta a los valores de la alopregnenolona, el meta-

bolito neuroactivo de la progesterona, durante la fase lútea y, por tanto, puede mermar el desarrollo normal de esta fase previa a la concepción<sup>8</sup>. Los problemas para concebir también pueden estar causados por un tratamiento antidepresivo, efecto que se ha verificado en cuanto a tratamientos con fluoxetina, paroxetina, sertralina o clomipramina, entre otros<sup>15,16</sup>.

— Los trastornos del estado de ánimo durante la gestación pueden tener efectos negativos sobre la madre, por descuido personal o desatención física (alcohol, fumar, otras drogas, incluido el cannabis<sup>17</sup>, higiene personal, tendencias suicidas, automedicación, alimentación inadecuada, etc.<sup>18</sup>) o sobre el feto, como consecuencia del descontrol en cuanto al cuidado físico y psicológico de la madre, así como la posible influencia directa del estado anímico alterado de la madre sobre el desarrollo cerebral fetal, como indica otro estudio longitudinal Avon<sup>19,20</sup>.

#### *La depresión posparto: prevenir el suicidio*

Aproximadamente la mitad de todas las mujeres puerperales sufren un período de depresión posparto, cuya duración puede variar de unos días a varios meses<sup>21</sup>. Los cambios hormonales y los factores psicosociales se combinan para producir cambios anímicos en la madre y, en menor grado, en el padre. En un plazo de 9 meses o un año los síntomas suelen remitir de forma espontánea, pero aun así el tiempo de riesgo es largo, durante el que no son infrecuentes los trastornos graves del estado de ánimo y una estimación prudente considera que 5 de cada 1.000 nuevas madres sufren depresión posparto mayor con tendencias suicidas. En el 20 al 30% de los casos se produce un intento serio de suicidio. En varios países se ha consensuado que siempre está indicado aplicar un test preventivo de depresión posparto. Debe mantenerse la vigilancia durante los primeros 3 meses, considerado el período de alto riesgo de trastornos psiquiátricos<sup>22,23</sup>, con intervalos entre los tests de no más de 2 semanas.

Una medicación antidepresiva durante la lactancia materna sigue siendo punto de controversia por las razones expuestas anteriormente. Estudios recientes de pequeño tamaño indican que el crecimiento del niño no parece verse afectado por los antidepresivos en la leche materna, mientras que sí

se ve afectado por la depresión materna<sup>24,25</sup>. Pero la reciente decisión del fabricante del antidepresivo Seroxat/Paxil (paroxetina) de que se suprimirá la indicación «no es adictivo» en la información al paciente, como respuesta a las reclamaciones del grupo de usuarios que afirman ser dependientes del fármaco, confirma la incertidumbre en cuanto a los efectos a largo plazo de los antidepresivos sobre los recién nacidos<sup>26</sup>. En consecuencia, prescribir un antidepresivo a una mujer que está dando el pecho es una «decisión de riesgo/beneficio específico en cada caso»<sup>27</sup>.

Por tanto, igual que en el período anteparto, sigue siendo importante que se detecten tempranamente los primeros signos de trastornos del estado de ánimo posparto para posiblemente beneficiarse de remedios alternativos sin tener que utilizar o bien poder limitar el uso de psicofármacos. Tests autoadministrados como el EPDS y el CES-D pueden ayudar a identificar y remediar tempranamente una depresión que, si no, podría evolucionar hasta niveles patológicos.

#### *Tratamientos alternativos no farmacológicos*

El tratamiento farmacológico de la depresión, aunque es altamente exitoso en condiciones normales, encuentra problemas durante el embarazo a causa de los posibles efectos colaterales de los antidepresivos en la madre y en el feto. Aunque no se ha podido establecer una relación entre el uso de algunos antidepresivos y deformaciones en el feto, sí se ha encontrado en los niños expuestos a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) una disminución de la edad gestacional, un peso reducido al nacer (aunque esto no ocurre siempre<sup>24</sup>) y una alteración de la puntuación de Apgar<sup>28,29</sup>. Otro de estos efectos es un incremento en el estrés, causado por los antidepresivos que incrementan las concentraciones de serotonina (ISRS) y noradrenalina (ISRNS). Valores incrementados de estrés en la madre afectan de forma negativa al desarrollo fetal. Además, aunque algunos estudios consideran que el uso de antidepresivos no presenta riesgos durante el embarazo<sup>30,31</sup>, se ha demostrado que los ISRS no sólo causan síntomas de abstinencia en el feto y el neonato<sup>32</sup> sino que pueden ocasionar efectos transitorios pero significativos de hipoxemia

32 fetal, con sus consecuencias posibles para el desarrollo fetal<sup>33</sup>. La Declaración de Consenso (Policy Statement) de la American Academy of Pediatrics insta al facultativo a que minimice el riesgo de toxicidad fetal y neonatal, incluyendo el síndrome de abstinencia, y que prescriba la dosificación más baja que consigue un control adecuado de la enfermedad de la mujer. Considera que la psicoterapia es la primera opción y que el tratamiento farmacológico sólo está indicado si la psicoterapia es inadecuada o no apta considerando la gravedad de la enfermedad del paciente<sup>28</sup>. Aunque los antidepresivos constituyen una primera opción en los trastornos de depresión mayor, y como tal no deben ser descartados en el tratamiento de la depresión durante el embarazo, se necesita más investigación antes de poder considerarlos seguros. La Food and Drug Administration (FDA) ha asignado las categorías de riesgo B, C, D y X a los distintos medicamentos psicotrópicos. La categoría A indica la ausencia de riesgo, y la B, una ausencia de riesgo humano con el *caveat* de unos datos limitados. Los ISRS (fluoxetina, sertralina, paroxetina), la desipramina, la venlafaxina, la mirtazapina, la nefazodona, el conazepam y la mayoría de los antipsicóticos convencionales y atípicos han recibido la denominación C. Ésta indica que el riesgo humano no se considera completamente eliminado por falta de adecuados estudios clínicos en humanos, ausencia de estudios en animales o, en algunos estudios, evidencia de riesgo en animales. La denominación D se asignó al litio, la carbamazepina, el sodio valproato, la mayoría de los antidepresivos tricíclicos y otras benzodiazepinas (no clonazepam), indicando evidencia de riesgo para el feto pero no una contraindicación total durante el embarazo. Las benzodiazepinas, incluyendo triazolam, temazepam, flurazepam y quazepam, han recibido la categoría X (completamente contraindicadas)<sup>9</sup>.

En las formas más livianas de depresión, las alternativas<sup>34-36</sup> no se limitan a la psicoterapia individual o de grupo, aunque algunas terapias son más eficaces que otras. Investigaciones recientes pero de tamaño reducido consideran eficaces la luminoterapia<sup>37</sup> o fototerapia, determinados cambios en la alimentación y suplementos<sup>38</sup>, un incremento de la actividad física<sup>39</sup> (aunque hay argumentos en contra<sup>40</sup>) y quiromasaje. Hay que tener precaución con remedios «naturales» contra la depresión como la hierba

de San Juan que, aunque considerada eficiente en la depresión leve a moderada en un número de estudios clínicos al azar y doble ciego<sup>41</sup>, incluyendo un estudio longitudinal<sup>42</sup>, se considera ineficaz para el trastorno depresivo mayor en otras investigaciones<sup>43</sup>; se sabe que puede producir diferentes tipos de efectos secundarios posiblemente graves<sup>44</sup>, y además puede alterar el funcionamiento de determinados fármacos y sustancias, incluidos los anticonceptivos<sup>45,46</sup>.

En marzo de 2003, el Instituto Nacional de Sanidad estadounidense inició un estudio de 4 años (n = 300) que comparará la hierba de San Juan, el citalopram y el placebo en pacientes con depresión leve.

#### **DETECCIÓN PRECOZ DE LA DEPRESIÓN EN LA GESTACIÓN**

Afirman Speroff et al, desde la endocrinología ginecológica, que es importante descubrir valores incipientes de depresión en un estadio precoz<sup>3</sup>. Kaplan et al, desde la psiquiatría, añaden que aproximadamente el 50% de los pacientes con un primer episodio de trastorno depresivo mayor tienen síntomas depresivos significativos antes del primer episodio identificado. «[Así] la identificación precoz y el tratamiento de los síntomas primeros puedan prevenir el desarrollo de un episodio depresivo completo.»<sup>21</sup>. En la práctica, existe consenso de que el embarazo es un tiempo «ideal» para efectuar cribados para la depresión, ya que normalmente es un período de atención médica continuada<sup>4</sup>.

Los trastornos del estado de ánimo leves y moderados tienen, en muchos casos, remedio cognitivo-conductual o psicoterapéutico exitoso<sup>47</sup>. Sin embargo, la depresión más grave generalmente requiere tratamientos farmacológicos concurrentes. Por tanto, y como medida preventiva, debería incorporarse un protocolo sencillo para detectar la depresión en las revisiones rutinarias o consultas ginecológicas. El *Pregnancy Mood Profile* (perfil anímico del embarazo) recoge datos elementales desde el mismo momento en que se contempla un embarazo. No se trata de un test de depresión sino de un sencillo instrumento detector que ayuda a descubrir los síntomas prodrómicos y refleja los cambios de ánimo en los estadios de la gestación, así como la efi-



34 Considerando que el tratamiento de la depresión se complica durante el embarazo y en la lactancia, es responsabilidad del médico su detección precoz, así como aplicar un tratamiento adecuado multidisciplinario temprano.

El tocólogo debería incluir una verificación a intervalos regulares del estado de ánimo de la paciente, y conseguir una mayor concienciación del riesgo

que conlleva la depresión relacionada con el embarazo. Deberían desarrollarse tests de detección de la depresión anteparto libres de influencias culturales, autoadministrados, insensibles a la habituación y con una interpretación calibrada de resultados estandarizada o computarizada. Se necesita más investigación acerca de la relación entre depresión y embarazo, así como entre depresión y fertilidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. US Preventive Services Task Force (2002) Screening for depression: recommendations and rationale. *Ann Intern Med* 2002;136:760-4.
2. Ascaso C, García L, Navarro P, Aguado J, Ojuel J, Tarragona MJ. Prevalencia de la depresión posparto en las madres españolas. *Med Clin (Barc)* 2003;120:326-9.
3. Speroff L, Glass RH, Kase NG. Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 1st Spanish ed. Madrid: Waverly, 2000.
4. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Women's Health* 2003;12:373-80.
5. Campagne DM. Psiconeuroendocrinología de la infertilidad. *Boletín SEF* 2002;11:9-18.
6. Guerra D, Golombok S, Brewaeys A, Cook R, Giavazzi MT, Mantovani A, et al. Estudio europeo de familias de reproducción asistida. *Prog Obstet Ginecol* 1998;41:283-93.
7. Rainey C. Sexual dysfunction in people being treated for depression. APA 52nd Conference. Philadelphia, 2000.
8. Girdler SS, Straneva PA, Light KC, Pedersen CA, Morrow AL. Allopregnanolone levels and reactivity to mental stress in premenstrual dysphoric disorder. *Biol Psychiatry* 2001;49:788-97.
9. Marcus SM, Barry KL, Flynn HA, Tandon R, Greden JF. Treatment guidelines for depression in pregnancy. *Int J Gynecol Obstet* 2001;72:61-70.
10. Campagne DM. Screening depressive patients in pregnancy with the pregnancy mood profile. *J Reprod Med* 2003;48:813-7.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Washington: APA, 1994.
12. Wisner KL, Parry BL, Piontek CM. Postpartum depression. *N Engl J Med* 2002;347:18.
13. Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 2001;323:257-60.
14. Kennedy SH, Dickens SE, Eisfeld BS, Bagby RM. Sexual dysfunction before antidepressant therapy in major depression. *J Affect Disord* 1999;56:201-8.
15. Rothschild AJ. New directions in the treatment of antidepressant-induced sexual dysfunction. *Clin Ther* 2000;22(Suppl A):42-57 [discussion: A58-61].
16. Kennedy SH, Eisfeld BS, Dickens SE, Bacchiochi JR, Bagby RM. Antidepressant-induced sexual dysfunction during treatment with moclobemide, paroxetine, sertraline, and venlafaxine. *J Clin Psychiatry* 2000;61:276-81.
17. Bovasso GB. Cannabis abuse as a risk factor for depressive symptoms. *Am J Psychiatry* 2001;158:2033-7.
18. Cunningham M, Zayas LH. Reducing depression in pregnancy: designing multimodal interventions. *Soc Work* 2002;47:114-23.
19. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years: Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Br J Psychiatry* 2002;180:502-8.
20. Allister L, Lestem BM, Carr S, Liu J. The effects of maternal depression on fetal heart rate response to vibroacoustic stimulation. *Dev Neuropsychol* 2001;20:639-51.
21. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. Synopsis of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins, 1994.
22. Newport DJ, Hostetter A, Arnold A, Stowe ZN. The treatment of postpartum depression: minimizing infant exposures. *J Clin Psychiatry* 2002;63:31-44.
23. Beck CT. Postpartum depression: a metasynthesis. *Qual Health Res* 2002;12:453-72.
24. Hendrick V, Smith LM, Hwang S, Altshuler LL, Haynes D. Weight gain in breastfed infants of mothers taking antidepressant medications. *J Clin Psychiatry* 2003;64:410-3.

25. Hammen C, Brennan PA. Severity, chronicity, and timing of maternal depression and risk for adolescent offspring diagnoses in a community sample. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:253-8.
26. Reuters Health Information. Glaxo to drop non-addictive Seroxat claim. 2003. Disponible en: <http://www.medscape.com/viewarticle/4535219>
27. Wisner KL, Perel JM, Findling RL. Antidepressant treatment during breast-feeding. *Am J Psychiatry* 1996;153:1132-7 [comment: *Am J Psychiatry* 2001;158:144-5].
28. Policy Statement. Use of psychoactive medication during pregnancy and possible effects on the fetus and newborn (RE9866). *Pediatrics* 2000;105:880-7.
29. Simon GE, Cunningham ML, Davis RL. Outcomes of prenatal antidepressant exposure. *Am J Psychiatry* 2002;159:2055-61.
30. Heikkinen T, Ekblad U, Kero P, Ekblad S, Laine K. Citalopram in pregnancy and lactation. *Clin Pharmacol Ther* 2002;72:184-91.
31. Ericson A, Källén B, Wiholm B. Pharmacodynamics: delivery outcome after the use of antidepressants in early pregnancy. *Eur J Clin Pharmacology* 1999;155:503-8.
32. Nordeng H, Lindemann R, Perminov KV, Reikvam A. Neonatal withdrawal syndrome after in utero exposure to selective serotonin reuptake inhibitors. *Acta Paediatr* 2001;90:288-91.
33. Morrison JL, Chien C, Riggs KW, Gruber N, Rurak D. Effect of maternal fluoxetine administration on uterine blood flow, fetal blood gas status, and growth. *Pediatr Res* 2002;51:433-42.
34. Chilvers C, Dewey M, Fielding K, Gretton V, Miller P, Palmer B, et al. Antidepressant drugs and generic counselling for treatment of major depression in primary care: randomised trial with patient preference arms. *BMJ* 2001;322:772.
35. Ward E, King M, Lloyd M, Bower P, Sibbald B, Farrelly S, et al. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I. Clinical effectiveness. *BMJ* 2000;321:1383-8.
36. Nonacs R, Cohen LS. Depression during pregnancy: diagnosis and treatment options. *J Clin Psychiatry* 2002;63:24-30.
37. Oren DA, Wisner KL, Spinelli M, Epperson CN, Peindl KS, Terman TS, et al. An open trial of morning light therapy for treatment of antepartum depression. *Am J Psychiatry* 2002; 159:666-9.
38. Tiemeier H, Ruud van Tuijl H, Hofman A, Meijer J, Kiliaan AJ, Breteler MMB. Vitamin B<sub>12</sub>, folate and homocysteine in depression: the Rotterdam Study. *Am J Psychiatry* 2002;159:2099-101.
39. Dimeo F, Bauer M, Varahram I, Proest G, Halter U. Benefits from aerobic exercise in patients with major depression: a pilot study. *Br J Sports Med* 2001;35:114-7.
40. Lawlor DA, Hopker SW. The effectiveness of exercise as an intervention in the management of depression: systematic review and meta-regression analysis of randomized controlled trials. *BMJ* 2001;322:763-6.
41. Ernst E. The risk-benefit profile of commonly used herbal therapies. *Ann Intern Med* 2002;136:44-6.
42. Woelk H, Beneke M, Gebert I, Rappard F, Rechiegler H. Hypericum extract ZE 117: an open long-term study in patients with mild-moderate depression. *Phytomedicine* 2000;109:115.
43. Shelton RC, Keller MB, Gelenberg A, Dunner DL, Hirschfeld R, Thase ME, et al. Effectiveness of St John's wort in major depression. *JAMA* 2001;285:18.
44. Turton-Weeks SM, Barone GW, Gurley BJ, Ketel BL, Lightfoot ML, Abul-Ezz SR. St John's wort: a hidden risk for transplant patients. *Prog Transplant* 2001;11:116-20.
45. St. John's Wort may weaken effectiveness of oral contraceptives. Reuters Health Information, 2002.
46. Dresser GK. Chairman's introduction. Annual Meeting of the American Society of Clinical Pharmacology Therapeutics. Orlando, 2001.
47. Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. *Br J Psychiatry* 2003;182:412-9.
48. Agency for Healthcare Research and Quality. Chairman's statements: recommendations and rationale screening for depression. *Mental Health Weekly* 2002;12:5.
49. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1997;150:782-876.
50. Fergerson SS, Jamieson DJ, Lindsay M. Diagnosing postpartum depression: Can we do better? *Am J Obstet Gynecol* 2002;186:899-902.