

## LA DEPRESION NO RESPETA LA GESTACION

Matilde Lena Luna Matos<sup>1</sup>, Fabián Otárola Gutiérrez<sup>2</sup>  
María Almendras Jaramillo<sup>1</sup>, Luz Milagros Jara Pereda<sup>1</sup>  
Carlos Chuquizuta Ramos<sup>1</sup>

*La salud mental de la mujer esta determinada por los diferentes ciclos biológicos que atraviesa, los que están determinados por cambios hormonales y situacionales que en algunos casos alteran su estado de ánimo. La gestación constituye uno de los eventos que coloca a la mujer en una situación más vulnerable (tanto por cambios hormonales y situacionales).*

*Se revisan diversos estudios acerca de la depresión en mujeres gestantes y se llega a la conclusión que no existe uniformidad en los hallazgos obtenidos, lo cual puede deberse a la falta de estandarización de los instrumentos utilizados y los objetivos planteados.*

**Palabras Clave:** *Depresión, Gestación.*

*Women's mental health is determined by the different biological cycles that they cross. Which are determined by hormonal changes, and stressing situations which in some cases disturb the mood. Gestation is an event where the women are more vulnerable. (As much by hormonal changes as stressing situations).*

*Diverse studies are reviewed about the depression during pregnancy concluding that doesn't exist uniformity to obtained findings, which can be because doesn't exist standardization of instruments and objectives.*

**Key Words:** *Depression, Pregnancy.*

---

<sup>1</sup> Médicos Residentes del Hospital Hermilio Valdizán.

<sup>2</sup> Médico Asistente del Hospital Hermilio Valdizán

## INTRODUCCION

Por la literatura especializada se sabe que las mujeres se encuentran más propensas a presentar depresión en cualquier periodo de sus vidas en una proporción de 2 a 1 comparado con los varones.

Dentro de este contexto, la depresión es una de las complicaciones médicas más frecuentes durante la gestación, siendo su prevalencia de 4 a 16% y variando dependiendo del instrumento de medida utilizado (Misri, 2005). Su estudio es desafiante ya que es difícil distinguir los síntomas de depresión de aquellos que ocurren normalmente en la gestación.

Si bien se ha estudiado más ampliamente la depresión en el posparto, siendo considerado este un periodo altamente vulnerable para la mujer, en la actualidad se sabe que la depresión durante la gestación es igual e incluso más frecuente que la ocurrida en el posparto. Según la estimación de Evans y colaboradores, el 13.5% de las mujeres con 32 semanas de gestación presenta síntomas depresivos frente al 9.1% que presentaban en el posparto. (Evans et al., 2001).

Según Heather, Bennett y col. (2004), la depresión durante la gestación se presenta más frecuentemente en los dos últimos trimestres. La mayoría de ellas no experimenta remisión espontánea de sus síntomas sino que por el contrario, correrá el riesgo de presentar depresión puerperal.

Las consecuencias de esta enfermedad están asociadas a una substancial carga social, clínica y económica. Por lo mismo, el estudio de su prevalencia es de mucha importancia porque, a partir de esto, se podrá evaluar el impacto en la calidad de vida de las gestantes y de sus familias, la carga económica asociada a familias individuales y al sistema de salud y, además, provee datos epidemiológicos para poder realizar estrategias de manejo de la depresión.

## ANTECEDENTES DE ESTUDIOS PREVIOS DE LA DEPRESION DURANTE LA GESTACION.

Los informes publicados sobre la prevalencia de depresión durante el período gestacional han aumentado dramáticamente en los años recientes. Ocho estudios fueron publicados entre 1985 y 1995, comparado con 21 entre 1996 y el 2003. A pesar de la investigación creciente en la epidemiología de este desorden, todavía hay incertidumbre considerable en cuanto al número de mujeres afectadas. (Heather, Bennett et al., 2004).

Las tasas determinadas en estos estudio por entrevistas estructuradas tienen rangos que van de 2 a 21% (Evans et al., 2001; Kitamura et al., 1993; Pajulo et al., 2001) hasta 38% en los primeros 8 estudios (Marcus et al., 2003). Y de 8 a 31 % (Johanson et al., 2000; Gotlib et al., 1989; Nelly et al., 2001; Einarson et al., 2001; McKee et al., 2001; Kurki et al., 2000; Orr St et al., 1995) hasta un 20 a 51% en los siguientes 21 estudio (Ver Tabla 1 con el resumen de los estudios que han estimado la prevalencia de la depresión durante embarazo).

Para entender el porqué de la variación tan amplia en los resultados, es necesario considerar los instrumentos utilizados en los artículos originales, no habiendo sido todos validados para el embarazo. Otra razón de las discrepancias entre los resultados de los estudio puede ser que las estimaciones se han determinado en diversas etapas del embarazo. La progresión del embarazo puede tener un impacto sobre estado de la depresión.

En el 2004, Heather y colaboradores llevaron a cabo un metanálisis sobre la depresión durante la gestación con el objetivo de estimar su prevalencia durante los 3 trimestres, hallándose diferencias. (Tabla 1).

**Tabla 1.** Resumen de los estudios que han estimado la prevalencia de la depresión durante la gestación.

Autor	País	Año	N	Instrumento (punto de corte)	% de pacientes deprimidos
Affonso et al.	US	1990	224	SADS (na) <sup>a</sup>	2
Andersson et al.	Suecia	2001	1 795	PRIME-MD, PHQ (na) <sup>a</sup>	10
Areias et al.	Portugal	1996	65	SADS (na)	18
Birndorf et al.	US	2002	69	BDI (>/=10)	25
Bolton et al.	Inglaterra	1996	492	EPDS (>15)	24
Chung et al.	Hong Kong	2001	959	BDI (>14.5)	10
Da Costa et al.	Canadá	1999	100	DAACL (>/=14)	30
Da Silva et al.	Brasil	1998	32	EPDS (>13)	38 <sup>b</sup>
Dayan et al.	US	2002	767	EPDS (>/=15)	11
Evans et al.	Inglaterra	2001	13 799	EPDS (>/=13)	14
Gotlib et al.	Canadá	1989	363	BDI (>/=10)	26
Hobfoll et al.	US	1995	192	RDC (na)	38 <sup>b</sup>
Hoffman & Hatch	US	2000	876	CES-D (>/=16) <sup>a</sup>	31
Johanson et al.	Reino Unido	2000	417	EPDS (>14)	10
Josefsson et al.	Suecia	2000	1 489	EPDS (>10)	17
Kelly et al.	US	2001	186	PRIME-MD, PHQ (na)	21
Kitamura et al.	Japón	1993	134	SADS (na)	16
Kurki et al.	Finlandia	2000	652	BDI (>/=3) <sup>a</sup>	30
Marcus et al.	US	2003	3 472	CES-D	20
Matthey et al.	Australia	2000	166	BDI (>9)	12
McKee et al.	US	2001	114	BDI-II (>/=14)	51 <sup>b</sup>
O'Hara	US	1985	106	SADS (na) <sup>a</sup>	9
O'Heron	US	2000	108	SCID-I (na)	14
Orr & Miller	US	1995	2 000	CES-D (>/=16)	50 <sup>b</sup>
Pajulo et al.	Finlandia	2001	391	EPDS (>12)	8
Salamero et al.	España	1994	976	BDI (>10)	35
Seguin et al.	Canadá	1995	55	BDI (>/=15)	20 <sup>b</sup>
Verdoux et al.	Francia	2002	598	EPDS (>12)	5
Wu et al.	US	2002	3 873	CES-D (>/=16)	16
<b>Total</b>			<b>32,765</b>		<b>18.3<sup>c</sup></b>

<sup>a</sup> Instrumento modificado por el investigador.

<sup>b</sup> Todos los participantes de estatus socio-económico bajo

<sup>c</sup> Porcentaje promedio de pacientes deprimidos en los estudios

**BDI** = Beck Depression Inventory; **CES-D** = Center for Epidemiological Studies Depression Scale; **DAACL** = Lubin Depression Adjective Checklist; **EPDS** = Edinburgh Postnatal Depression Score; **na** = not applicable; **PRIME-MD, PHQ** = Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire; **RDC** = Research Diagnostic Criteria; **SADS** = Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia; **SCID-I** = Structured Clinical Interview for Axis 1 disorders.

## DIAGNOSTICO DE DEPRESION EN LA GESTACION

En ausencia de indicadores de laboratorio y radiográficos, el diagnóstico está basado en signos y síntomas clínicos. El DSM IV proporciona un acercamiento descriptivo para permitir su diagnóstico, severidad y duración. Se considera la observación del comportamiento y el desenvolvimiento social.

Los mismos criterios son usados para el diagnóstico de depresión en gestantes. Sin embargo, los criterios descriptivos del DSM IV son amplios y el efecto del embarazo en la presenta-

ción y percepción de los signos y síntomas de la depresión no se ha tratado en este sistema de clasificación diagnóstica.

## MEDICION Y CUANTIFICACION DE LA DEPRESION DURANTE LA GESTACION

Se han desarrollado instrumentos y cuestionarios de autorreporte para identificar y cuantificar la depresión en poblaciones obstétricas. Sin embargo, no hay un consenso que diga cual es el mejor instrumento. Por lo menos cinco de tales instrumentos se han utilizado en este problema (Tabla 2) (Heather et al., 2004).

**Tabla 2.** Instrumentos usados para el diagnóstico de depresión en gestantes

Instrumento	Tiempo en que es hecha la pregunta	No. de ítems	Puntaje total posible	Punto de corte (nivel de depresión)
BDI	Presente	21	63	</=10 (baja) </=20 (moderada) </=30 (severa)
CES-D	Semana pasada	20	60	>/=16
DACL-Form C	Presente	32		>/=14
EPDS	Semana pasada	10	30	>/=12
PRIME-MD, PHQ	2 semanas pasadas	9?	78	</=4 (nada) 5-9 (baja) 10-14 (moderada) 15-19 (mayor) 20-27 (severa)

**BDI** = Beck Depression Inventory; **CES-D** = Center for Epidemiological Studies Depression Scale; **DACL** = Lubin Depression Adjective Checklist; **EPDS** = Edinburgh Postnatal Depression Score; **PRIME-MD, PHQ** = Primary Care Evaluation of Mental Disorders Patient Health Questionnaire.

Los cuestionarios de autorreporte no son de diagnóstico, sin embargo son sensibles a los síntomas depresivos.

The Edinburgh Post Natal Depression Scale (EPDS) (Vega et al., 1997) ha sido validada para el uso en poblaciones obstétricas (Spitzer et al., 1994); es una escala auto-aplicable de 10 ítems que fue diseñada en 1987 para la exploración de depresión postnatal en muestras de la comunidad. Desde entonces ha sido validada tanto para poblaciones gestantes como no gestantes (Cox et al., 1996).

El EPDS tiene un *punto de corte* de >12 con una sensibilidad de 0.50 y una especificidad de 0.90 (comparada con la entrevista estructurada), para detectar síntomas depresivos durante el embarazo. Y para evitar la posibilidad de confusión debido a los síntomas fisiológicos normales del embarazo, esta escala determina aspectos del humor depresivo no incluyendo ítems somáticos.

## BASES BIOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN EN LA GESTACIÓN

La etiología de la depresión aun no es bien conocida, pero se piensa que en su desarrollo confluyen factores neurobiológicos y ambientales combinados con una predisposición genética.

La evidencia sugiere que el trastorno depresivo está relacionado con la respuesta del cerebro al estrés (Farvolden et al., 1996), donde los niveles de la hormona liberadora de corticotropina (CRH) se encuentran incrementados. Esta hormona es la principal reguladora del eje sistema límbico-hipotalámico-pituitario-adrenal LHPA. Disturbios en el sistema serotoninérgico 5-HT1a y 5-HT2a, y en el eje LHPA han sido

identificados como una alteración neurológica más consistente asociada a enfermedades con cambios del humor. (Nestler et al., 2002; Pfost et al., 1990).

Alteraciones en los circuitos cerebrales que transportan señales a través del sistema monoamina, específicamente norepinefrina y serotonina, se sabe que median diversos síntomas. La norepinefrina se cree que inhibe o estimula una variedad de respuestas emocionales tales como la ansiedad, agresividad, estrés y el patrón del sueño. La serotonina está relacionada en la regulación de las emociones y el control de las actividades básicas como el comer, dormir, dolor. Se cree que la depleción de estos neurotransmisores lleva a la depresión. (Pfost et al., 1990).

La gestación puede ser un gatillo para la recurrencia de síntomas depresivos en mujeres vulnerables (Nestler et al., 2002). Durante la gestación, existen grandes cambios hormonales. Los niveles de progesterona, estradiol, CRH, corticotropina y cortisol se incrementan con la progresión del embarazo. CRH y estrógenos son los principales reguladores del eje LHPA, y causan incremento de la estimulación de corticotropina y consecuentemente el incremento de la secreción de cortisol y glucocorticoides por la corteza adrenal.

Al final del embarazo, los niveles de CRH se incrementan y, por este hecho, la secreción placentaria de CRH se eleva en respuesta a la elevación de los niveles del cortisol. Los niveles elevados del cortisol inhiben la síntesis y acciones del estradiol. Los niveles bajos del estradiol del plasma se han asociado a tentativas de suicidio en mujeres no gestantes. Los efectos potencialmente patógenos del incremento hipotalámico del CRH incluyen la depresión melancólica, trastornos alimentarios, y alcoholismo crónico (Heather et al., 2004).

## FACTORES DE RIESGO

Además del antecedente de depresión, son factores de riesgo específicos en este período (Rondón, 2002):

- La primiparidad
- La falta de apoyo familiar y social,
- El abuso de alcohol
- La historia de abortos previos
- La ambivalencia hacia la gestación.

Sin embargo, es importante no pasar por alto los factores de riesgo clásicos:

- Alcoholismo previo,
- Mal ajuste social,
- Escaso apoyo de la pareja,
- Eventos vitales negativos,
- Bajo nivel socio-económico y
- Pensamientos negativos.

## CONCLUSIONES

1. Los desórdenes mentales durante la gestación son causa común de morbilidad psiquiátrica, pero son raramente diagnosticados y tratados en nuestro medio.
2. El reconocimiento y tratamiento precoz es importante para evitar el impacto negativo en el binomio madre – niño.
3. Los hijos de madres con trastornos depresivos muestran alteraciones en la conducta y/o déficit cognitivos durante la infancia, lo cual puede prevenirse con el tratamiento oportuno de la madre.
4. El trastorno depresivo durante la gestación se ha estudiado muy poco en el Perú y el resto de Latinoamérica.
5. Los resultados cualitativos – cuantitativos de la investigación permitirán establecer programas más eficaces de intervención temprana.
6. La determinación de la asociación con los factores de riesgo posibilitará implementar y evaluar métodos para la prevención y tratamiento precoz de la depresión durante la gestación.
7. Se debe realizar más estudios al respecto, estandarizando los instrumentos a usar así como los objetivos para evitar datos tan variados.
8. En la revisión se observa que la escala mas indicada es la Escala de Edimburgo (EPDS) ya que no contempla síntomas somáticos propios del embarazo.

## REFERENCIAS

- Bolton, H.L., Hughes, P.M., Turton, P. et al. (1998). Incidence and demographic correlates of depressive symptoms during pregnancy in an inner London population. *J. Psychosom Obstet Gynaecol*, 19: 202-9.
- Cox, J.L., Chapman, G., Murray, D. et al. (1996). Validation of the Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in non-postnatal women. *J Affect Disord*, 39: 185-9.
- Einarson, A., Fatoye, B., Sarkar, M., et al. Pregnancy outcome following gestational exposure to venlafaxine: a multicenter prospective controlled study. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1728-30.
- Evans J, Heron J, Francomb H, et al. (2001). Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ*, 323: 257-60.
- Farvolden, P., Kennedy, S.H., Lam, R.W. (2003). Recent developments in the psychobiology and pharmacotherapy of depression: optimizing existing treatments and novel approaches for the future. *Expert Opin Investig Drugs*, 12: 65-86.
- Gotlib, I.H., Whiffen, V.E., Mount, J.H. et al. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol*, 57: 269-74.
- Heather, A., Bennett et al. (2004). *Prevalence of Depression During Pregnancy: Systematic Review Obstetrics & Gynecology*, 103: 698-709.
- Hoffman, S., Hatch, M.C. (2000). Depressive symptomatology during pregnancy: evidence for an association with decreased fetal growth in pregnancies of lower social class women. *Health Psychol*, 19: 535-43..
- Johanson, R., Chapman, G., Murray, D., et al. (2000). The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 21: 93-7.
- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., et al. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 80: 251-5.
- Kelly, R.H., Russo, J., Katon, W. (2001). Somatic complaints among pregnant women cared for in obstetrics: normal pregnancy or depressive and anxiety symptom amplification revisited? *Gen Hosp Psychiatry*, 23: 107-13.
- Kitamura, T, Shima S, Sugawara M, et al. Psychological and social correlates of the onset of affective disorders among pregnant women. *Psychol Med* 1993; 23: 967-75
- Kurki, T., Hiilesmaa, V., Raitasalo, R. et al. (2000). Depression and anxiety in early pregnancy and risk for preeclampsia. *Obstet Gynecol*, 95: 487-90
- Marcus, S.M., Flynn, H.A., Blow, F.C. et al. (2003). Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Womens Health*, 12: 373-80
- McKee, M.D., Cunningham, D., Jankowski, K.R., et al. (2001). Health-related functional status in pregnancy: relationship to depression and social support in a multi-ethnic population. *Obstet Gynecol*, 97: 988-93.
- Misri, S.K. (2005). *Pregnancy blues: What every woman needs to know about depression during pregnancy*. Canada: Delta.
- Nemeroff, C.B. (1998). The neurobiology of depression. *Sci Am*, 278: 42-9.
- Nemeroff, C.B. (2002). Recent advances in the neurobiology of depression. *Psychopharmacol Bull*, 36: 6-23.
- Nestler, E.J., Barrot, M., DiLeone, R.J. et al. (2002). Neurobiology of depression. *Neuron*, 34: 13-25.
- Orr, S.T., Miller, C.A. (1995). Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome: review of the literature and preliminary findings. *Epidemiol Rev*, 17: 165-71.
- Pajulo, M., Savonlahti, E., Sourander, A. et al. (2001). Antenatal depression, substance dependency and social support. *J Affect Disord*, 65: 9-17.
- Pfost, K.S., Stevens, M.J., Lum, C.U. (1990). The relationship of demographic variables, antepartum depression, and stress to postpartum depression. *J Clin Psychol*, 46: 588-92.
- Rondón, M.B. (2002). *Trastornos depresivos durante el embarazo*. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental de la UPCH.
- Seguin, L., Potvin, L., St-Denis, M. et al. (1995). Chronic stressors, social support, and depression during pregnancy. *Obstet Gynecol*, 85: 583-9.
- Spitzer, R.L., Williams, J.B., Kroenke, K. et al. (1994). Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care: The PRIME-MD 1000 Study. *JAMA*, 272: 1749-56.
- Vega, D.J. (1997). *Prevalencia y factores de riesgo de depresión posparto y validación de la escala de depresión de Edimburgo en población peruana*. Lima.
- Wu, J., Viguera, A., Riley, L. et al. (2002). Mood disturbance in pregnancy and the mode of delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 187: 864-7.