



Para más información sobre los Especialistas en Información de la Organización de Teratología o para encontrar servicios en su área, llame al (866) 626-6847 o visítenos en línea en: www.OTISpregnancy.org

INFORMACIÓN PARA MUJERES EMBARAZADAS Y AMAMANTANDO SOBRE LA DEPRESIÓN

Toda mujer que se embaraza corre del 3 al 5 % de probabilidades de tener un bebé con malformaciones. La información a continuación le ayudará a determinar si depresión durante el embarazo aumenta aún más su riesgo a los riesgos asociados. Esta información no deberá usarse como un sustituto del cuidado médico o consejo de su proveedor de salud.

¿Qué es la depresión?

La depresión es una enfermedad que afecta el cómo una persona se siente, piensa y actúa. Los síntomas más comunes de la depresión son sentimientos frecuentes y constantes de tristeza y falta de placer y felicidad. Otros síntomas también pueden incluir ansiedad, irritabilidad, dificultad para concentrarse, cansancio la mayor parte del tiempo y a veces pensar en morirse. Los síntomas físicos de la depresión pueden incluir un aumento del ritmo cardíaco, pérdida de apetito, dolor de estómago y dolores de cabeza. La depresión se puede tratar con asesoría de un terapeuta, clérigo u otro profesional y en ocasiones con medicamentos.

¿Con qué frecuencia se presenta la depresión durante el embarazo?

Cerca del 10% al 25% de las mujeres sufren de depresión en alguna época de sus vidas. Sucede con más frecuencia durante la edad reproductiva. Cerca del 7% al 13% de las mujeres quienes están embarazadas sufren de depresión. En algunas mujeres el hecho de estar embarazada provoca depresión. Esto se puede deber a los cambios de los niveles hormonales y al estrés que puede ocasionar un cambio mayor en la vida.

Estoy recibiendo tratamiento para la depresión y quiero tener un bebé. ¿Qué necesito hacer?

Lo mejor es hablar con su médico, terapeuta u otros proveedores de la salud antes de embarazarse. Ellos le podrán ayudar a planear un tratamiento para su depresión el cual será ideal para usted y su bebé mientras está embarazada.

Estoy embarazada y pienso que tengo síntomas de depresión. ¿Hay algún problema si no recibo tratamiento para mi depresión mientras estoy embarazada?

Sí, puede ser. El sentirse triste y el no tener suficiente energía para comprar y preparar alimentos sanos o ir a sus consultas prenatales pueden ser síntomas de depresión. Es importante tener consultas prenatales regulares para que tanto usted como su bebé puedan estar lo más sanos posibles. Las mujeres embarazadas que no tienen cuidados prenatales corren más el riesgo de tener a sus bebés prematuramente así como tener otras complicaciones. La pérdida de apetito y no comer bien también pueden ser síntomas de depresión. El crecimiento del bebé se puede ver afectado si su madre no come lo suficiente durante el embarazo o si ella baja de peso. Algunos bebés cuyas madres sufrieron de depresión la cual no fue tratada durante el embarazo pueden nacer bajos de peso o nacer muy pequeños. Esto los puede arriesgar a tener problemas de salud después del nacimiento. Los abortos espontáneos y la precampsia, forma severas de presión sanguínea alta lo cual puede suceder durante el embarazo, también se han relacionado con la depresión que no ha sido tratada durante el embarazo.

Si tiene síntomas de depresión, es importante hablar con un profesional de inmediato. Su proveedor de la salud puede ayudarle a decidir si necesita tratamiento y que tipo de tratamiento es mejor para usted y su bebé mientras esté embarazada.

Si estoy tomando medicamentos para la depresión mientras estoy embarazada, ¿podrán dañar a mi bebé? ¿Deberé dejarlos de tomar?

Algunos medicamentos que se usan para tratar la depresión se han estudiado con más atención durante el embarazo más que otros. Lo más probable es que no causen ninguna malformación en el bebé. Pero cuando algunos medicamentos que se utilizan para tratar la depresión se toman durante los últimos tres meses de embarazo, sí pueden afectar al bebé. Después de que nace el bebé él o ella puede tener temblores o estar irritable, tener dificultades para alimentarse o dormir o tener respiración o ritmo cardíaco irregular. La mayoría de las veces estos síntomas duran solamente algunos días.

El dejar de tomar el medicamento para la depresión mientras esté embarazada es una decisión muy personal. Solamente usted y su proveedor de la salud puede decidir lo que es mejor para usted y su bebé. Al tomar esta decisión, es importante considerar los beneficios de tomar el medicamento y el cómo dejar de tomarlo podrá afectarla a usted y a su bebé. El dejar de tomar su medicamento puede dar como resultado que los síntomas de depresión vuelvan. Uno de los estudios demostró que las mujeres embarazadas con depresión severa quienes dejar de tomar su medicamento corrieron más el riesgo que sus síntomas regresaran que las mujeres que continuaron tomando su medicamento.

Si usted y su proveedor de la salud deciden dejar el medicamento para la depresión mientras esté embarazada, con frecuencia lo mejor es bajar la dosis gradualmente durante un periodo de tiempo antes de que la deje por completo. Esto podrá prevenir los síntomas de abstinencia que algunas personas tienen si dejan de tomar ciertos medicamentos repentinamente.

He tenido problemas de abuso de drogas en el pasado. ¿Afectará esto mi tratamiento para la depresión mientras estoy embarazada?

Algunas personas usan el alcohol, tabaco o drogas para tratar de sobrellevar su depresión. Mas estas conductas pueden ser dañinas para el bebé en desarrollo, aún si se limitan. Es muy

importante que consulte a su proveedor de la salud sobre la mejor manera de tratar su depresión mientras usted esté embarazada para evitar estas conductas nocivas.

Me gustaría tratar un tratamiento de hierbas para mi depresión mientras estoy embarazada. ¿Esto es seguro?

La mayoría de los suplementos de hierbas y otras terapias no tradicionales no se han estudiado lo suficiente para saber si sus usos son seguros durante el embarazo. Es importante consultar a su proveedor de la salud antes de tomar cualquier terapia alternativa, incluyendo los suplementos.

Si sufro de depresión mientras estoy embarazada, ¿será más probable que tenga depresión después de que nazca mi bebé (depresión posparto?)

Entre el 5% al 15% de las mujeres embarazadas sufren de depresión posparto después del nacimiento de su bebé. Las mujeres que sufren de depresión mientras están embarazadas tienen más probabilidades de tener depresión después del nacimiento. La depresión posparto puede interferir con la habilidad de la madre de cuidar y amar a su bebé. Si usted tiene depresión mientras está embarazada, es importante continuar consultando a su proveedor de la salud y recibir tratamiento para la depresión después de que nazca su bebé.

¿Puedo amamantar mientras esté tomando medicamento para la depresión?

Hay varios medicamentos diferentes que puede tomar para la depresión. Los efectos que algunos tienen en bebés amamantados se han estudiado más que otros. Algunos medicamentos sí pasan a la leche materna en cantidades menores que otros. Si el amamantar mientras esté tomando medicamentos para la depresión o no es una decisión muy personal. Al tomar esta decisión, es importante que considere los beneficios de la lactancia, los beneficios de tomar el medicamento y el cómo el dejarlos podrá afectarla a usted y a su bebé. Su proveedor de la salud le podrá ayudar a decidir si usted necesita un tratamiento y qué

tratamiento será mejor para usted y para su bebé si usted está amamantando.

¿Hay alguna relación entre la depresión y la lactancia?

Algunos estudios han demostrado que las mujeres que no amamantan o que amamantan por un periodo corto, tienen más tendencia a sentirse ansiosas o deprimidas que las mujeres que amamantan por más tiempo. Mas nos se sabe si esto sucede porque al sentirse ansiosas o deprimidas hace más dificulta la lactancia, o el no amamantar puede aumentar los sentimientos de ansiedad y depresión.

Abril 2006.

Derechos reservados OTIS.

Reproducido con permiso



Referencias:

Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* 2004;103:698–709.

Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR. Depression during pregnancy. *Clin Drug Invest.* 2004;24(3):157–79.

Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, Nonacs R, Newport DJ, Viguera AC, et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA.* 2006;295:499–507.

Einarson A. The safety of psychotropic drug use during pregnancy: a review. *MedGenMed.* 2005;7(4):3.

Gavin NI, Gaynes BN, Lohr KN, Meltzer-Brody S, Gartlehner G, Swinson T. Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstet Gynecol.* 2005;106(5 pt 1):1071–83.

Jablensky AV, Morgan V, Zubrick SR, Bower C, Yellachich LA. Pregnancy, delivery, and neonatal complications in a population cohort of women with schizophrenia and major affective disorders. *Am J Psychiatry.* 2005;162:79–91.

Jardri R, Pelta J, Maron M, Thomas P, Delion P, Codaccioni X, et al. Predictive validation study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in the first

week after delivery and risk analysis for postnatal depression. *J Affect Disord.* 2006;93(1-3):169–76.

Kelly RH, Russo J, Holt VL, Danielson BH, Zatzick DF, Walker E, et al. Psychiatric and substance use disorders as risk factors for low birth weight and preterm delivery. *Obstet Gynecol.* 2002;100(2):297–304.

Kurki T, Hiilesmaa V, Raitasalo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and anxiety in early pregnancy and risk for pre-eclampsia. *Obstet Gynecol.* 2000;95(4):487–90.

McCoy SJ, Beal JM, Shipman SB, Payton ME, Watson GH. Risk factors for postpartum depression: a retrospective investigation at 4-weeks postnatal and a review of the literature. *J Am Osteopath Assoc.* 2006;106(4):193–8.

McLearn KT, Minkovitz CS, Strobino DM, Marks E, Hou W. Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160:279–84.

Pajulo M, Savonlahti E, Sourander A, Helenius H, Piha J. Antenatal depression, substance dependency and social support. *J Affect Disord.* 2001;65:9–17. Papinczak TA, Turner CT. An analysis of personal and social factors influencing initiation and duration of breastfeeding in a large Queensland maternity hospital. *Breastfeed Rev.* 2000;8(1):25–33.

Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart DE. Antenatal risk factors for postpartum depression: a synthesis of recent literature. *Gen Hosp Psychiatry.* 2004;26(4):289–95.

Sanz EJ, De-las-Cuevas C, Kiuru A, Bate A, Edwards R. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnant women and neonatal withdrawal syndrome: a database analysis. *Lancet.* 2005;365:482–7.

Vintzileos AM, Ananth CV, Smulian JC, Scorza WE, Knuppel RA. The impact of prenatal care in the United States on preterm births in the presence and absence of antenatal high-risk conditions. *Am J Obstet Gynecol.* 2002;187:1254–7.