

Depresión Durante el Embarazo en pacientes atendidas en la consulta externa del Instituto Hondureño de Seguridad Social IHSS durante el período comprendido del 1 de agosto del 2001 al 31 de agosto del 2003.

Marisol Maradiaga*, Oscar Barahona**, Angel García***

Objetivo. Caracterizar a la embarazada con diagnóstico de depresión en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS)

Material y Métodos. Estudio prospectivo, descriptivo, transversal, comparativo llevado a cabo en el Departamento de Ginecología y Obstetricia del IHSS en el período de 1 Agosto del 2001 al 31 de Agosto del 2003 en 95 pacientes embarazadas, divididas en grupo depresión (n=50) y grupo sin depresión (n=45).

Resultados. Escolaridad menor o igual a 9 años se asoció con algún grado de depresión en el embarazo ($p=0.016$), al igual que bajo ingreso económico ($p=0.02$); episodio anterior de depresión ($p=0.000$); emesis severa ($p=0.042$), no se asoció a depresión durante el embarazo: estado civil, antecedente familiar de depresión, ambiente de procedencia, conflicto marital, dolor menstrual. La incidencia de depresión en el embarazo en el IHSS encontrada fue 1.45/10,000.

Conclusión. El bajo nivel socioeconómico, bajo nivel educativo, antecedente de episodio previo de depresión y emesis severa son factores de riesgo asociados a depresión durante el embarazo.

Palabras Clave: Depresión, embarazo, factores de riesgo.

Abstract

Objective. To characterize the pregnant women with diagnosed of depression in the Honduran Social Security Institute (IHSS).

Material and Methods. A prospective, descriptive, transversal and comparative study carried out in the Department of Gynecology and Obstetrics of the IHSS in the period of 1st. August of 2001 to Auguts 31 of 2003; in 95 patients, divided in 2 groups, one with depression (n=50) and the other group without depression (n=45).

Results. Several factors are associated

with depression in pregnant women with low educational level ($p=0.016$), low income ($p=0.02$) previous episode of depression ($p=0.000$), severe emesis ($p=0.004$). Other factors were not associated to depression during pregnancy like civil stratus, family depression, set of origin marital conflic, and menstrual pain. The depression incidence in pregnant women in IHSS was 1.45/10000.

Conclusion. The socioeconomic and educational low level, previous episode of depression and severe emesis are risk factors of depression during pregnancy.

Key words: Depression, pregnancy, risk factors.

Introducción

La depresión durante el embarazo es un tópico que ha generado controversia a lo largo del tiempo debido a las discusiones con respecto a la conveniencia del uso de antidepresivos, la creencia que el embarazo ejercía un efecto protector en las mujeres contra estos trastornos(1) y que esta condición se presentaba predominantemente en el postparto(2). Actualmente se acepta que altos niveles de estrés, pobres relaciones sociales y depresión durante el embarazo tienen un poderoso efecto negativo en el funcionamiento materno y los resultados del desarrollo infantil(2-4) como lo demuestran las investigaciones que señalan un incremento del riesgo de nacimiento pretérmino en pacientes con estrés(5), así como la asociación entre ansiedad y depresión con el riesgo de padecer preeclampsia y vaginosis bacteriana(6).

*Médico Residente III año. Postgrado de Ginecología y Obstetricia. UNAH.

** Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social. Tegucigalpa, Honduras (IHSS)

** Servicio de Psiquiatría. Hospital Escuela- IHSS.

De acuerdo a la cuarta edición del Manual de Diagnóstico y Estadística (DSM-IV) el diagnóstico de depresión requiere encontrar los siguientes criterios: humor deprimido o pérdida de interés o satisfacción de al menos dos semanas de duración o por lo menos 4 de los siguientes síntomas: cambios de peso, patrón alterado del sueño, retardo o agitación psicomotora, fatiga, dificultad para la concentración, sentimientos de inutilidad o culpa e ideas suicidas(7).

Los estudios realizados en los Estados Unidos mostraron que el 21.3% de las mujeres han tenido experiencias de al menos un episodio depresivo mayor en sus vidas, y que cerca del 80% de las mujeres norteamericanas han sufrido un episodio de depresión mayor en su vida sin contar otras enfermedades depresivas(7), con prevalencia de depresión durante el embarazo entre 4%-16%(1, 8-10), existiendo reportes en la literatura que encontraron mayor frecuencia de síntomas de depresión a las 24 y 32 semanas de gestación con 10.3% y 13% respectivamente(2, 4); sin embargo, otros autores reportaron altos niveles de sintomatología depresiva entre las 34 a 38 semanas de gestación(10).

La evidencia actual señala que los síntomas de depresión fluctúan a lo largo del embarazo, notándose que estos síntomas son más prevalentes en el primer y tercer trimestre(1), especialmente en aquellas embarazadas provenientes de ambientes marginales, de bajos recursos y pertenecientes a grupos minoritarios (3).

La etiología involucra aspectos psicosociales y biológicos, como cambios hormonales y neuroendocrinos y ajustes psicosociales(1); con un fuerte componente de influencia hormonal; sin embargo, la evidencia aún no es suficientemente significativa (7), permaneciendo incomprendida la razón por la cual el embarazo y el nacimiento representan una condición de vulnerabilidad incrementada para el inicio de la depresión(1, 8), una hipotética explicación atribuye esta situación a los patrones de cambios hormonales durante el embarazo

en el que se efectúan incrementos en los niveles de ciertas hormonas- las cuales son psicoactivas-, secretadas por el cuerpo lúteo y la placenta; por ejemplo entre las 8-38 semanas los niveles de progesterona aumentan 7 veces, estradiol 130 veces y la prolactina 19 veces(7).

Los factores de riesgos más frecuentemente mencionados son: dolor e irritabilidad menstrual severa, antecedente de pérdida en embarazo anterior, muerte paterna temprana o duelo reciente, historia de abuso, historia previa de desordenes afectivos, abuso de drogas y alcohol, bajo nivel de vida, conflictos con la pareja, conducta sexual de alto riesgo; y en el período del embarazo: ambivalencia emesis severa e inadecuado control del embarazo,(1, 4, 8, 10, 11).

Actualmente se cuenta con evidencia que sustenta la seguridad de la mayoría de drogas psiquiátricas utilizadas y la documentación de los efectos adversos de la enfermedad mental materna no tratada(12) han incrementado en la actualidad el número de pacientes que son tratadas por desórdenes emocionales(13), abandonándose la práctica tradicional de suspender las medicaciones psiquiátricas durante el embarazo por temor a los efectos teratogénicos(12); ejemplo de ello son los recientes resultados acerca de los efectos de la terapia con inhibidores de la recaptación de serotonina (fluoxetina, fluvoxamina, paroxetina y sertralina) que no han encontrado relación entre este tratamiento antidepresivo y malformaciones congénitas o retardo del desarrollo; sin embargo, si se ha reportado asociación significativa entre parto prematuro y bajo peso al nacer y la ingesta de estos fármacos(1, 4, 14, 15), con tasas que establecen bajo peso al nacer o malformación congénita posterior a la exposición con medicación antidepresiva del 1.4%, similares a las reportadas para la población general (2.9%-6.5% de nacimientos)(15), similares resultados se han mencionado para otros medicamentos (trazodona y nefazodona)(1, 16), estos avances han permitido reorientar los criterios

con respecto al tratamiento, dirigiéndose hoy en día a establecer planes de manejo que optimicen la decisión terapéutica del clínico con respecto a la seguridad de los fármacos empleados(17) ello implica la individualización del manejo(9, 12), estrecho control de las pacientes, detección temprana de los síntomas por medio de protocolos de atención ginecoobstétrica que incluyen tests de depresión y el seguimiento de los niveles sanguíneos de los fármacos utilizados con el fin de readecuar los niveles terapéuticos(13, 18); recomendándose mantener las dosis al mínimo necesario para el tratamiento de los síntomas y reduciéndolos de ser posible hacia el término(19).

Es importante hacer notar que el interés por estudiar la depresión antenatal es relativamente reciente, habiéndose enfocado antes al estudio de la depresión postnatal. La depresión antenatal respecto a prematuridad y diagnóstico de pequeño para edad gestacional, bajo score neurológico neonatal y alteraciones del desarrollo del producto que nace bajo estas condiciones. En Honduras no contamos con bibliografía ni datos epidemiológicos sobre la depresión durante el embarazo, constituyendo el objetivo de este estudio el de caracterizar a la paciente embarazada con diagnóstico de depresión en el Instituto Hondureño de Seguridad Social y caracterizar este grupo de pacientes.

Material y Métodos

Estudio prospectivo, descriptivo, transversal, comparativo, en dos grupos casos y controles, de pacientes embarazadas captadas en la consulta externa del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Especialidades del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) con un total de 50 pacientes atendidas con diagnóstico de algún grado de depresión.

En el grupo caso se incluyeron todas las pacientes embarazadas con diagnóstico de depresión realizado por psiquiatra del IHSS, sin otros diagnósticos psiquiátricos concomitantes.

En el grupo de controles se incluyeron todas las embarazadas sin diagnóstico de depresión. La muestra fue captada en el período del 1 de agosto del 2001 al 31 de agosto del 2003.

Todas las pacientes fueron evaluadas inicialmente por ginecoobstetra en la consulta externa, quien al identificar algún síntoma de depresión la refirió al servicio de psiquiatría del IHSS para evaluación especializada y manejo, donde se procedió (previo consentimiento informado) a llenar el instrumento de captación de datos diseñado para tal efecto por parte de los autores. Se utilizó la escala de Hamilton(20) para establecer el grado de depresión en la embarazada(Tabla 1).

Se interrogó por variables sociodemográficas, factores de riesgo establecidos en la literatura, historia ginecoobstétrica, diagnóstico psiquiátrico con aplicación de escala de Hamilton por especialista en psiquiatría, y variables perinatales.

Tabla 1
Grado de depresión según
Test de Hamilton(20)

Grado	Puntuación
Ausente	0
Leve	1
Moderada	2
Severa	3
Muy severa	4

Se diseñó una base de datos que se procesaron de forma electrónica utilizando el programa Epi-Info v.6.04d(Center for Disease Control, CDC, Atlanta, Georgia, USA, 2001, versión en español) para obtener listados, frecuencias, cruces y determinar Chi cuadrado (χ^2) cuando fue necesario, con un $\alpha=0.05$ (IC:95%), procesándose los resultados finales en Microsoft Word XP y Microsoft Excel XP.

Resultados

Se estudió un total de 95 casos, constando el primer grupo (caso) de 50 pacientes embarazadas con diagnóstico de depresión; 32/50 pacientes con diagnóstico de depresión leve, 10/50 moderada y 6/50 severa, con una media de semanas de gestación por FUM DE 21.7 (Desviación Stándar: 11.2, IC:95%), con edad promedio de 27.9 (DS:5.174, IC:95%), años promedio de escolaridad de 8.9 años (DS: 4.122, IC:95%), con una media de gestas de 2.9 (DS:1.729,IC:95%), abortos 0.560 (DS:1.264, IC:95%) (Tabla 2) con homogeneidad entre ambos grupos.

El promedio de ingreso socioeconómico del grupo de estudio fue Lps.3,884.00 (DS:1937.3, IC:95%).

El grupo control lo conformaron un total de 45 pacientes embarazadas en las que se descartó la presencia de algún grado de depresión, con edad promedio de 28.2 (DS:6.004, IC:95%), años promedio de estudio de 10.6 (DS:4.8, IC:95%), con una media de gestas de 2.5 (DS:1.9, IC:95%), abortos 0.2 (DS:0.588, IC:95%). El promedio de ingresos socioeconómicos del grupo control fue de Lps. 7675.6 (DS:6006.2, IC:95%).(Tabla 3).

De acuerdo a los factores de riesgo investigados en 22/50 de las pacientes con algún grado de depresión se encontró positivo el antecedente de episodio anterior de depresión, en 4/50 antecedente familiar de depresión, 11/50 afirmaron conflicto con la pareja, 20/50 refirieron dolor y malestares intensos en la menstruación; únicamente 1/50 fue positiva para el consumo del tabaco e igual número para la ingesta de alcohol; ningún caso reportó el antecedente de pérdida fetal.

En cuanto a procedencia 20/50 provienen de ambientes urbanos y 27/50 de ambiente urbano marginal, con tres casos en donde no se consignó el dato(Tabla 4). Con respecto a los casos controles 3/45 refirieron antecedente familiar de depresión, 3/45 con antecedente personal de un episodio

anterior de depresión, 2/45 con antecedente de pérdida fetal, en lo referente a la relación con la pareja 10/35 afirman conflicto marital, dolor y molestias durante la menstruación se detecto en 20/45 de las pacientes, el consumo de alcohol, tabaco y drogas fue negado por la totalidad de los casos controles. La presencia de emesis severa durante el embarazo se encontró en 10/45 de la pacientes.

El ambiente de procedencia se distribuyó con 22/45 urbano, 19/45 urbano marginal y 4/45 provenientes de ambiente rural (Tabla 5). Al confrontar estadísticamente la posible asociación entre grado severo de depresión (6 pacientes) frente al antecedente personal de previo episodio de depresión, por MH el resultado es límite (p=0.04), sin embargo aplicar la corrección de Yates este no mostró diferencia alguna(p=0.1).

De acuerdo al estado civil de las pacientes diagnosticadas con algún grado de depresión, 12/50 eran casadas, 26/50 uniones estables, solteras 6/50, con 1 caso no consignado.

De los 6 casos diagnosticados como depresión severa 4 correspondieron a pacientes casadas y con uniones estables y 2 a madres solteras(Tabla 6), no se encontró asociación entre estado civil y depresión durante el embarazo, igualmente al agrupar el estado civil confrontando unión estable y soltería con depresión no se encontró asociación alguna (p=0.68).

Al relacionar el nivel de depresión con la escolaridad de la paciente, encontramos que 22/50 de las pacientes lograron terminar la primaria y 2/50 de forma parcial, correspondiendo 4/6 casos de depresión severa a este grupo, por otra parte 10/50 habían completado la secundaria mientras que 12/50 no la completaron. Únicamente 4/50 refirieron haber culminado una profesión universitaria.

Es destacable que de las pacientes diagnosticadas con depresión leve 16/34

correspondieron al grupo de casos con escolaridad primaria parcial o completa, siguiéndole en frecuencia los casos que cursaron la secundaria (15/34) ya sea que la culminaran o no, encontrándose asociación entre escolaridad menor o igual a 9 años y depresión en el embarazo ($p=0.016$) (Tabla 7).

Discusión

Se encontró una incidencia de depresión en el embarazo de 1.45/10,000, esta incidencia no está de acuerdo a lo referido en la literatura consultada que es del 4-16% (1,8-10), esto podría deberse al subregistro, ya que la depresión en el IHSS es un diagnóstico considerado secundario, ausencia de protocolos de detección temprana de depresión en el embarazo.

En el presente estudio la edad gestacional promedio en que se diagnosticó algún

grado de depresión fue el tercer trimestre, coincidiendo con investigaciones que señalan que en este período del embarazo junto al primero es cuando se presentan con mayor frecuencia los síntomas de depresión(1), con reportes que establecen picos en los resultados de las escalas de depresión utilizadas a las 32 semanas de gestación(2); sin embargo es preciso apuntar que el 60% de las pacientes con depresión durante el embarazo inicia los síntomas durante el primer trimestre(8), resultado que apoya la necesidad de implementar en nuestras instituciones de salud test de búsqueda depresión que permitan un diagnóstico más temprano, cabe señalar que la depresión durante el embarazo también ha sido asociada con una pobre atención en las clínicas prenatales(2, 4).

Una posible explicación a las dificultades que se presentan en nuestro medio para

Tabla 2
Características sociodemográficas y antecedentes ginecoobstétricos casos(n=50)

(n₁ =50)(IC:95%)				
Característica	Media-Varianza-Desviación Estándar	Valor Mínimo-Máximo	p	
Gestas	2.9, 2.99, 1.729	1.0-9.0	0	
Partos	1.32, 1.283, 1.133	0.0-5.0	0	
Cesárea	0.184, 0.195, 0.441	0.0-2.0	0.00541	
Abortos	0.560, 1.598, 1.264	0.0-6.0	0.00293	
Edad	27.9, 26.769, 5.174	19.0-40.0	0	
Edad Gestacional	21.7, 124.77, 11.17	7.0-41.9	0	
Escolaridad	8.9, 16.99, 4.122	4.0-29.0	0	
Ingreso económico	3884, 3.753x106, 1937.365	950-8700	0	

Tabla 3
Características sociodemográficas y antecedentes ginecoobstétricos grupo control (n=45)

(n₁ =45)(IC:95%)				
Característica	Media-Varianza-Desviación Estándar	Valor Mínimo-Máximo	p	
Gestas	2.467, 3.755, 1.938	1-11	0	
Partos	1.267, 2.518, 1.587	0-7	0	
Cesárea	0.267, 0.291, 0.539	0-2	0.00183	
Abortos	0.2, 0.345, 0.588	0-3	0.02734	
Edad	28.244, 36.053, 6.004	18-40	0	
Edad Gestacional	32.263, 58.705, 7.662	12-40	0	
Escolaridad	10.622, 23.604, 4.858	1-28	0	
Ingreso económico	7675.556, 3,607x107, 6006.177	2000-25000	0	

el diagnóstico de esta condición podría atribuirse al momento en que la paciente acude a control, que en nuestro país no necesariamente ocurre en las primeras semanas del embarazo, por otra parte es aceptado que las manifestaciones clínicas de la depresión sufren una mejoría en el segundo trimestre, dificultando su reconocimiento(1, 10).

Las alteraciones emocionales y de ansiedad han sido descritas en la literatura como de inicio frecuente en los años aptos para la procreación en la mujer(10, 21); sin embargo, la edad de la paciente embarazada con depresión no ha sido establecida plenamente como factor de riesgo en mujeres adultas(8, 21, 22).

De acuerdo a lo establecido por la literatura en este estudio se encontró diferencia estadísticamente significativa entre el factor de riesgo bajo nivel educativo y la escolaridad de las pacientes casos y control, definiendo baja escolaridad en este caso como 9 o menos años de estudio ($p=0.016$); sin embargo, es necesario tener precaución con este dato, ya que en los reportes estudiados no hay coincidencia metodológica respecto a lo que define como baja escolaridad, haciendo notar además que los estudios que reportan este factor como de riesgo son realizados en el primer mundo(21).

El bajo ingreso económico en el caso de esta investigación definido arbitrariamente

Tabla 4
Factores y riesgo de depresión casos (n=50)

Factor	(n ₁ =50)					
	Si	No	Grado de Depresión			p
			Leve	Moderada	Severa	
Antecedente personal depresivo	22	28	12	5	5	
Antecedentes familiar de depresión	4	46	4	0	0	
Conflicto marital	11	39	3	1	3	
Pérdida fetal	0	50	0	0	0	
Dolor menstrual severo	20	30	15	2	3	
Emesis severa	22	28	12	6	4	
Tabaco	1	49	0	0	1	
Alcohol	1	49	0	1	0	
Drogas	0	50	0	0	0	

Tabla 5
Factores y riesgo de depresión vs controles (n=45)

Factor	(n ₁ =45)					
	Si	No	Grado de Depresión			p
			Leve	Moderada	Severa	
Antecedente personal depresivo	3	42				
Antecedentes familiar de depresión	3	42				
Conflicto marital	10	35				
Pérdida fetal	2	43				
Dolor menstrual severo	20	25				
Emesis severa	10	35				
Tabaco	0	45				
Alcohol	0	45				
Drogas	0	45				

Tabla 6
Distribución según estado civil y grado de depresión ($n_1=50$)

Estado Civil	Leve	Grado de Depresión		Total
		Moderado	Severo	
Casada	9	2	1	12
No consignado	1	0	0	1
Soltera	6	3	2	11
Unión estable	18	5	3	26
Total	34	10	6	50

Tabla 7
Distribución según escolaridad y grado de depresión ($n_1=50$)

Estado Civil	Leve	Grado de Depresión		Total
		Moderado	Severo	
Superior	3	1	0	4
Primaria completa	15	3	4	22
Primaria incompleta	1	1	0	2
Secundaria completa	7	3	0	10
Secundaria incompleta	8	2	2	12
Total	34	10	6	50

como ingreso mensual menor de 2500 lempiras mensuales (salario mínimo) arrojó diferencia estadística significativa ($p=0.02$) entre pacientes casos y controles, similar a lo descrito por otros autores (1, 3, 10, 21).

El antecedente personal de episodio anterior de algún grado de depresión y emesis severa entre las pacientes casos y controles reflejó diferencia significativa ($p=0.000$ y 0.042 respectivamente), ambas condiciones se incluyen como factores que confieren un alto riesgo de depresión durante el embarazo, citándose frecuentemente en la literatura (1, 4, 8, 10, 21, 23). Al explorar la posible asociación entre antecedente personal de depresión previa y diagnóstico actual de depresión severa no se encontró asociación estadística clara. En cambio factores de riesgo citados en la literatura (1, 8) como conflicto e inestabilidad marital, dolor severo e irritabilidad menstrual, antecedente familiar de depresión y consumo de tabaco o alcohol no resultaron tener relevancia al someter estos factores al análisis estadístico ($p=0.824$, 0.818 , 0.957 respectivamente). Estos resultados podrían explicarse por la

baja frecuencia en la presencia del factor en la muestra, comparada con las series llevadas a cabo en otras investigaciones.

En este estudio se pudo establecer la posible asociación entre algunos de los factores establecidos en la literatura; que nos lleva a pensar que nuestra casuística amerita la realización de series mayores para confirmar nuestros hallazgos, y de esta manera diseñar estrategias de screening instituidas de modo protocolario a nivel institucional.

Conclusión

La incidencia de depresión en el embarazo es de 1.45/10,000, identificando como factores de riesgo de depresión en el embarazo bajo nivel socioeconómico, bajo nivel educativo, antecedente de episodio previo de depresión y emesis severa. La baja incidencia de depresión encontrada posiblemente es producto de falta de estrategias para la identificación de la depresión en la embarazada en la consulta externa, lo que limita la validez de esta.

Es posible que se necesiten más series sobre esta patología del embarazo, que deberán ser precedidas por estrategias de identificación de depresión en el embarazo en el marco de la atención prenatal .

Bibliografía

1. Misri S. Depression during pregnancy. In: World Psychiatric Association, The International Society for Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. International Society of Psychoneuroendocrinology, editor. 1st World Congress on Women's Mental Health; 2003; Berlin, Germany: Medscape Inc; 2003.
2. Evans J, Herom J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *British Medical Journal* 2001;323(7307):257-60.
3. Cunningham M, Zayas LH. Reducing depression in pregnancy: designing multinodal interventions. *Soc Work*. 2002.;47(2):114-23.
4. Austin M.P. Psychosocial assessment and management of depression and anxiety in pregnancy. *Australian Family Physician*. 2003;32(3):1-8.
5. Dole N, Savitz D, Hertz I, Siega A, McMahon M, Buekens P. Maternal Stress and Preterm Birth. *American Journal of Epidemiology* 2003;157:14-24.
6. Kurki T, Hilesmaa V, Raimo R, Mattila H, Ylikorkala O. Depression and Anxiety in Early Pregnancy and Risk for Preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*. 2000;95(4):487-489.
7. Downey J. Recognizing the Range of Mood Disorders in Women. *Medscape General Medicine*. 1999;1(1).
8. Kitamura T, Sugawara M, Toda M, Shima S. Psychosocial Study of Depression in Early Pregnancy. *British Journal of Psychiatry*. 1996;168:732-738.
9. Spinelli M, Endicott J. Controlled Clinical Trial of Interpersonal Psychotherapy vs Parenting Education Program for depressed pregnant women. *American Journal of Psychiatry* 2003;160:555-62.
10. Altshuler L, Hendrick V, Cohen L. An Update on Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum Period. *J Clin Psychiatry* 2000;2(6):217-222.
11. Rickert V, Wiemann C, Berenson A. Ethnic Differences in Depressive Symptomatology Among Young Women. *Obstetrics and Gynecology*. 2000;95(1):55-60.
12. Ward RK, Zamorski MA. Benefits and risks of psychiatric medications during pregnancy. *Am Fam Physician*. 2002.;66(4):629-36.
13. Gold LH. Treatment of Depression During Pregnancy. *J Womens Health Gen Based Med*. 1999;8(5):601-7.
14. Rosack J. Study finds no link between antidepressants birth defects. *Psychiatric News* 2002;37(24):18.
15. Hendrick V, Smith LM, Suri R, Hwang S, Haynes D, Altshuler L. Birth Outcomes after prenatal exposure to antidepressant medication. *Am J Obstet Gynecol*. 2003;188(3):812-5.
16. Einarson A, Bonari L, Voyer-Lavigne S, Addis A, Matsui D, Johnson Y, Koren G. A Multicentre Prospective Controlled Study to Determine the Safety of Trazodone and Nefazodone Use During Pregnancy. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2002;48(10):1-6.
17. Wisner K, Zarin D, Holmboe E, Appelbaum P, Gelenberg A, Leonard H, Frank E. Risk-Benefit Decision Making for Treatment of Depression During Pregnancy. *Am J Psychiatry*. 2000.;157.:1933-1940.
18. Heikkinen T, Ekblad U, Palo P, Laine K. Pharmacokinetics of Fluoxetine and Norfluoxetine in pregnancy and lactation. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 2003;73(4):330-7.
19. Buist A. Managing depression in pregnancy. *Australian Family Physician*. 2000;29(7):663-7.
20. Williams JV. Structured interview guide for the Hamilton depression rating scale. *Archives of General Psychiatry* 1998;45(8):742-47.
21. Marcus S, Flynn H, Blow F, Barry C. Depressive Symptoms Among Pregnant Screened in Obstetrics Settings. *J Womens Health*. 2003;12(4):373-380.
22. Weinberg K, Tronick E. The Impact of Maternal Psychiatric illness on Infant Development. *J Clin Psychiatry* 1998;59(2):53-61.
23. Altshuler L HV, Cohen L. Course of Mood and Anxiety Disorders During Pregnancy and the Postpartum. *J Clin Psychiatry* 1998;59(2):29-33.