



Capítulo 24

Enfermedad mental durante la gestación

Silvia Lucía Gaviria Arbeláez

Especialista en psiquiatría

Experta en psiquiatría perinatal

Docente Universidad CES y Universidad de Antioquia



Introducción

El embarazo tradicionalmente se ha considerado una etapa de bienestar y júbilo por la llegada de un nuevo ser. Que protege de la tristeza y de la enfermedad mental. Sin embargo, la realidad es otra, el embarazo no protege de la patología psiquiátrica. Estudios longitudinales prospectivos han encontrado que el embarazo no es un factor protector contra nuevos episodios depresivos o las recaídas en una depresión preexistente (1).

Históricamente, se ha hecho más énfasis en la investigación de la enfermedad mental durante el periodo posparto, pero tanto el periodo antenatal como posnatal presentan altas prevalencias de síntomas y diagnósticos psiquiátricos. Durante el periodo gestacional puede debutar la enfermedad mental o presentarse episodios recurrentes. Los trastornos más frecuentes durante el periodo antenatal son la depresión y la ansiedad. La depresión es la morbilidad más común tanto en el embarazo como en el posparto y suele acompañarse de síntomas ansiosos (2).

Uno de los grandes desafíos en la atención en salud es la prevención y detección precoz de la enfermedad mental durante la gestación. La salud mental durante dicho periodo tiene gran importancia por la incidencia que puede ejercer sobre el bienestar materno, el desarrollo del feto y los resultados obstétricos. El diagnóstico precoz es mandatorio, abordar adecuadamente y actuar de manera oportuna es competencia del personal de la salud que interactúa con las gestantes. De modo que, se debe aprovechar los encuentros con la madre durante el acompañamiento del periodo antenatal para detectar síntomas, diagnosticar, orientar, y remitir al psicólogo o al especialista en psiquiatría si es necesario, es una oportunidad única (3).

Este es un período definitivo para el neurodesarrollo del niño tanto a nivel intrauterino, como de su vida extrauterina (4). En este artículo se hará énfasis en tres aspectos de la patología psiquiátrica durante la gestación: la depresión, el trastorno afectivo bipolar y la ansiedad relacionada con el embarazo y el parto.

Depresión durante la gestación

La depresión es la morbilidad psiquiátrica más común en el embarazo, y se estima entre el 7 y el 20 % en países de altos ingresos y mayor del 20% en países de bajos y medianos

ingresos. El 70% de las gestantes presentan algún síntoma depresivo durante el embarazo. En USA, entre el 50 % y el 70 % de las mujeres con depresión prenatal y /posnatal no son detectadas ni diagnosticadas, y casi el 85% no tratadas. Los suicidios por depresión, representan hasta el 20% de todas las muertes posparto y una de las principales causas de mortalidad periparto (2), (5).

Diagnóstico

Los síntomas de los trastornos depresivos incluyen: ánimo depresivo, pérdida de energía y/o interés en las actividades diarias, problemas en el sueño, cambios en el apetito/peso, falta de concentración, sentimientos de inutilidad, culpa y/o desesperanza, y pensamientos comportamientos suicidas. Para un diagnóstico de depresión mayor, cinco o más de los síntomas deben estar presentes durante al menos 2 semanas (DSM5) (6).

Otra herramienta diagnóstica, bastante útil, son las preguntas de Whooley y Arroll Estas tienen propiedades psicométricas adecuadas para detectar posibles casos de depresión durante el periodo perinatal. Pueden aplicarse durante las citas de evaluación prenatal (7).

¿Durante los últimos treinta días se sintió frecuentemente desanimada, deprimida o con pocas esperanzas?

1. ¿Durante los últimos treinta días ha sentido frecuentemente poco interés o placer al hacer cosas que habitualmente disfrutaba?

2. Si la respuesta de la gestante a alguna de las dos preguntas de tamización fue afirmativa, el médico debe confirmar el diagnóstico de un episodio depresivo único o recurrente

Si la respuesta de la gestante a alguna de las dos preguntas de tamización fue afirmativa, el médico debe confirmar el diagnóstico de un episodio depresivo único o recurrente

El instrumento más utilizado en el mundo para detectar depresión perinatal es la Escala de Edimburgo. Tiene alta sensibilidad y especificidad. Consta de diez preguntas tipo likert, cada una tiene cuatro opciones de respuesta. El punto de corte más utilizado es 12-13. Las preguntas 4, 5 y 6 miden síntomas ansiosos y la pregunta 10, ideación suicida. Cuando la pregunta 10 es positiva, siempre debe remitirse la

paciente a evaluación por profesional de la salud mental (8).

Aspectos clínicos

Los síntomas de la depresión durante la gestación suelen ser similares a los que ocurren en otras etapas de la vida. La diferencia surge en los pensamientos o cogniciones, y pueden presentarse como ideas sobrevaloradas con una gran carga afectiva o como ideas obsesivas. Las cogniciones en la depresión durante la gestación con frecuencia están centradas en la maternidad, en el embarazo y parto y en la salud del bebé con contenidos negativos (8).

Entre los factores asociados a la depresión durante la gestación se encuentran: el antecedente de depresión, síntomas ansiosos, falta de apoyo social, no practicar ejercicio, embarazo no deseado, violencia de la pareja íntima, historia de abuso sexual y maltrato infantil, soltería y mala relación de pareja, obesidad, factores sociodemográficos (bajo nivel educativo, difícil acceso a los recursos en salud, adolescencia, nivel socioeconómico bajo) (9), (10).

Conductas de riesgo e implicaciones en la madre y el feto

La importancia de la detección oportuna del riesgo y de los síntomas tiene un gran peso en el futuro desenlace del embarazo y de la vida de la díada madre hijo. Hacer preguntas simples y concretas ayuda al profesional que acompaña a la madre a detectar síntomas que orientan hacia un posible diagnóstico.

Entre los comportamientos que se han descrito más frecuentemente asociados a la depresión durante la gestación se han enunciado los siguientes: no asistencia a las citas médicas, falta de autocuidado, mala nutrición, consumo de sustancias psicoactivas, abandono del tratamiento psiquiátrico, apego inseguro a su bebé y comportamiento suicida (10).

Las conductas maternas adoptadas por la madre enferma de depresión traen consecuencias que han sido estudiadas. Los hallazgos están relacionados con los resultados obstétricos, la descendencia y los padres: retraso en el desarrollo fetal, mayor incidencia de prematuridad y bajo peso al nacer, puntaje de Apgar más bajo, mayores tasas de complicaciones perinatales como preeclampsia y anomalías placentarias,

aborto espontáneo, alteraciones en el sueño materno. depresión posparto, menor posibilidad de lactancia exclusiva, depresión paterna. En el niño: trastornos del sueño, doble posibilidad de presentar trastornos mentales infantiles, mayor índice de masa corporal (11).

El rol de los profesionales de la salud que cuidan a las madres en el periodo perinatal es invaluable, dado que tienen la posibilidad de la prevención y la detección precoz de la enfermedad mental. Además, todo lo que ocurre en la vida intrauterina puede afectar la vida extrauterina. El comportamiento materno tiene efectos epigénéticos que pueden incidir seriamente en el neurodesarrollo de la descendencia y en su vida futura.

Abordaje y tratamiento

Cuando se aborda a la mujer gestante con depresión es importante tener en mente varias estrategias y empezar por la psicoeducación. Explicar cuál es su diagnóstico, el tratamiento de elección, las medidas generales, si se recomienda un fármaco, ilustrar bien las razones por las cuáles se elige medicar. La decisión debe ser tomada en consenso.

Se recomienda invitar al padre del bebé, hacerlo partícipe de los eventos como las citas prenatales, ecografías, programas grupales etc.

El ejercicio físico es aconsejable por razones de salud mental y obstétricas. Asistir a las clínicas o grupos de atención para el parto puede ser de gran ayuda y disminuye la ansiedad relacionada con el parto y les brinda seguridad.

Los casos que podrían ameritar psicofármacos, como algunos moderados y los severos, es preciso tener en cuenta que los antidepresivos de elección son los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), pertenecientes a la categoría C con base en la clasificación de medicamentos de la *Food and Drugs Administration* (FDA por sus siglas en inglés), excepto la paroxetina que está catalogada como categoría D y ha sido asociada con hipertensión pulmonar persistente del recién nacido. Los medicamentos que se encuentran en categoría C son considerados “potencialmente peligrosos”, por lo que se debe evaluar riesgo beneficio (12).

Categoría	Interpretación
A	Estudios controlados revelan que no hay riesgo fetal
B	No hay evidencia de riesgo en humanos
C	No se puede excluir eventual riesgo fetal
D	Existe evidencia positiva de riesgo, aunque los beneficios potenciales pueden superar los eventuales riesgos
X	Contraindicación absoluta en el embarazo

Tabla 1. Grado de riesgo que representa para el feto el uso de fármacos durante el embarazo*. Según FDA (Food and Drug Administration) de los Estados Unidos

Cuando se prescribe un ISRS, se recomienda empezar con una dosis baja e ir incrementando gradualmente. Entre los efectos colaterales más frecuentes están los gastrointestinales, lo cual hace que sean menos tolerados durante el embarazo. Inicialmente pueden producir ansiedad y cefalea, pero suelen desaparecer rápidamente. El medicamento debe continuarse durante el posparto. La lactancia no está contraindicada con los antidepresivos ISRS.

Las psicoterapias cumplen funciones muy importantes como tratamientos complementarios. La terapia cognitivo comportamental tiene bastante evidencia científica y en los casos leves puede servir como tratamiento (13). La terapia interpersonal, también ha sido bastante útil. Así mismo, otras llamadas de nueva generación como el *mindfulness* y el yoga han mostrado buenos resultados.

Trastorno afectivo bipolar durante el embarazo

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB), es una condición psiquiátrica seria y recurrente. Afecta aproximadamente entre el 3% y 7% de la población y requiere tratamiento permanente. Se clasifica en trastorno bipolar I y trastorno bipolar II, caracterizados por períodos alternos de manía o hipomanía y depresión extrema, respectivamente. El riesgo de suicidio entre los pacientes con TAB es 20 a 30 veces mayor en promedio que en la población general (13), (14).

La mayoría de las mujeres son diagnosticadas en el periodo

de los 18 a los 30 años y suelen debutar con depresión. Es importante destacar que, entre las mujeres es más frecuente el TAB II y los episodios mixtos (combinación de síntomas maníacos y depresivos). La psicosis posparto suele evolucionar como trastorno afectivo bipolar en la mayoría de los casos (15).

Las mujeres que presentan TAB están más expuestas a conductas sexualmente riesgosas, problemas de salud para la madre y/o el bebé, embarazos no planificados o no deseados, decisiones sobre medicamentos, enfermedades de transmisión sexual/infecciones de transmisión sexual (14). Los riesgos asociados con el TAB durante en la gestación son los siguientes: hipertensión gestacional y hemorragia anteparto, bajo peso para la edad gestacional, parto prematuro, consumo de sustancias psicoactivas, psicosis posparto, suicidio e infanticidio (14).

Abordaje y tratamiento

El plan óptimo de tratamiento para mujeres con TAB hace énfasis en el cuidado integral durante la preconcepción y en el cuidado prenatal. Los clínicos no deben enfocarse sólo en la medicación psicotrópica mientras ignoran factores de riesgo para pobres resultados perinatales, tales como obesidad, cigarrillo, y el uso de alcohol u otras sustancias tóxicas.

El comportamiento saludable, régimen de vitaminas, un programa de visitas prenatales, dieta saludable y preparación para el parto, deben acompañar el proceso.

Idealmente, las discusiones sobre el plan de tratamiento deben ocurrir antes que la paciente se embarace y cuando la paciente está eutímica. Estas discusiones oportunas disminuyen el riesgo de cambios súbitos de la medicación ante la noticia de un embarazo no planeado.

Los factores clínicos más importantes que influyen en el plan de tratamiento son: la historia de la enfermedad y los riesgos reproductivos de las medicaciones. Los factores históricos que deben ser reconocidos, son: respuesta previa a medicamentos, severidad de la enfermedad, duración de la eutimia mientras toman la medicación y mientras no la toman, tiempo que tarda en recaer después de suspender la medicación y el tiempo que tarda en recuperarse una vez se reinicia el medicamento después de la suspensión.

Los clínicos y las pacientes deben decidir si se requiere medicación durante el período previo a la concepción y durante el primer trimestre. Las pacientes quienes hayan permanecido estables por un largo período podrían discontinuar el estabilizador del ánimo mientras conciben. La discontinuación de un tratamiento de mantenimiento farmacológico está asociado a altas tasas de recaída, especialmente, si la discontinuación se hace abruptamente. De observarse síntomas de descompensación, la terapia farmacológica debe iniciarse de inmediato.

Dada la dificultad de predecir la cantidad de tiempo que una mujer requerirá para concebir, la paciente que discontinúa la medicación mientras intenta embarazarse, estará libre de profilaxis, pero será más vulnerable al riesgo de una recaída. La evaluación preconcepcional del clínico a su paciente le permite formular un plan de tratamiento de acuerdo con los antecedentes de la enfermedad, sin dejar de lado la alta posibilidad de recaída en caso de suspender la medicación. Para las mujeres con historia de múltiples y frecuentes recurrencias de manía o depresión bipolar, varias opciones deben considerarse en su abordaje. Algunas pacientes pueden elegir discontinuar el estabilizador del ánimo previo a la concepción como se discutió anteriormente. Una alternativa para el grupo de alto riesgo es continuar el tratamiento hasta que el embarazo sea verificado, y una vez esté confirmado el embarazo, suspender gradualmente el estabilizador del ánimo, ya que la circulación útero placentaria no se establece hasta aproximadamente dos semanas post-concepción, y el riesgo fetal de exposición sería mínimo. De modo que se

requiere mayor precaución con el valproato puesto que tiene superior riesgo de teratogénesis cuando la exposición ocurre en las primeras semanas del embarazo, alrededor de la concepción. Las mujeres que deciden cambiar su medicación a un antipsicótico típico o a uno de nueva generación con efecto secundario sobre la prolactina, aumentándola, podría ver afectada su fertilidad postergando la posibilidad de un embarazo.

Pacientes quienes discontinúan el tratamiento antes del embarazo o durante el primer trimestre y permanecen estables, pueden o no decidir restaurar la medicación más tarde en el embarazo. Sin embargo, la mejor opción para algunas es reiniciar el tratamiento sólo ante signos tempranos de recaída, para otras, sólo ante signos inminentes de recaída. Si la historia de la paciente incluye autoagresión, tiempo prolongado para su recuperación, deterioro en su insight, o pobre sistema de soporte, el tratamiento farmacológico puede reducir el riesgo tanto para la madre como para el feto (16)

De otro lado, sólo el 50% (14) de los embarazos que ocurren en el mundo no son planeados. En muchos casos la confirmación del embarazo ocurre después de haber pasado el período de mayor riesgo teratogénico. La discontinuación del medicamento para ese momento puede representar un riesgo en el bienestar clínico y conferir mínimos beneficios. La estabilidad de la paciente, las semanas de gestación, el agente psicotrópico y las preferencias en el tratamiento deben ser considerados al ajustar el plan de tratamiento. Además, deberían prescribirse altas dosis de ácido fólico (5 mgs/día) (16)

Farmacoterapia

Aunque el riesgo de recaída del trastorno bipolar durante la gestación ha sido pobremente caracterizado, varios estudios han identificado en ausencia de farmacoterapia continua, que el 50%-60% de las mujeres con trastorno afectivo bipolar, recaen durante el embarazo. Las tasas de recaída son más altas después de la suspensión abrupta del litio, siendo menos conocido el comportamiento de otros estabilizadores del ánimo.

Los medicamentos utilizados en el tratamiento del TAB son el carbonato de litio, los anti convulsionantes como el divalproato de sodio, la carbamazepina, y la lamotrigina. Los antipsicóticos de primera y segunda generación, y las

benzodiacepinas como coadyuvantes en situaciones de crisis.

La teratogénesis es el aspecto más temido al momento de medicar durante el periodo gestacional. Los anticonvulsivantes y antipsicóticos se encuentran en categoría C, excepto la clozapina catalogada como B. El litio y el divalproato de sodio se encuentran en categoría D. Las benzodiacepinas están en categoría D.

El riesgo que produce la exposición a litio durante el primer trimestre es la Anomalia de Ebstein, de 1 a 2 por 1000 niños expuestos pueden presentarla.

El ácido valproico es el estabilizador del ánimo más neurotóxico, se asocia con defectos del tubo neural en el 5 a 9% de los casos, entre ellos, la Espina Bífida.

Los antipsicóticos más utilizados son los de segunda generación, como la olanzapina, quetiapina, aripiprazol. Sus efectos más temidos son los relacionados con el aumento de peso y la diabetes gestacional (17), (18)

Otras medidas serían las diferentes terapias como la cognitivo comportamental de gran valor agregado y en casos graves con amenaza para la vida y resistencia a la farmacoterapia, considerar la terapia electroconvulsiva (16).

Ansiedad durante la gestación

La ansiedad es una respuesta normal a una amenaza o peligro y forma parte de la experiencia humana habitual, pero puede volverse un problema de salud mental si la respuesta es exagerada, dura más de tres semanas e interfiere con la vida diaria. Se acompaña de miedos y preocupaciones excesivas que no se correlacionan con la realidad. Durante el embarazo aparecen temores normales especialmente en las primigestantes relacionados con la salud del bebé, el parto, y la maternidad. En las mujeres con antecedentes de ansiedad los síntomas pueden aumentar hasta niveles tolerables o exacerbarse y llegar a ser patológicos (19), (20).

Algunos comportamientos captados desde la consulta prenatal que pueden sugerir que una madre tiene ansiedad son las visitas frecuentes al médico, miedo al parto, inadecuada nutrición y pérdida o ganancia de peso, náuseas, vómito severo y cuando solicitan intervención del parto a través de la cesárea.

En un estudio llevado a cabo con 150 mujeres gestantes, la mayoría de ellas eran primigestantes y adolescentes, se encontró que el 67% de las participantes tenían ansiedad moderada y el 29% ansiedad severa. Las principales causas de la ansiedad manifestadas fueron: posible trastorno del desarrollo neonatal, capacidad del recién nacido para iniciar la respiración de manera efectiva, trauma vaginal y perineal, complicaciones diagnosticadas durante el embarazo, dudas acerca de su desempeño como mamá, iniciación exitosa de la lactancia, actitud del obstetra, cambios corporales durante el embarazo, posible intervención del parto (21)

Varios estudios han mostrado el bajo peso para la edad gestacional, parto pretérmino, parto prolongado y necesidad de mayor sedación. Altos niveles de cortisol en niños recién nacidos de madres ansiosas (22).

Abordaje y tratamiento

El rol del médico tratante y del personal de salud es fundamental. Son ellos quienes pueden responder las inquietudes, orientar y dar seguridad a la madre, especialmente a través de información bien orientada, clara y concisa.

Las medidas generales incluyen: psicoeducación, higiene del sueño, ejercicio, asistir a clínicas de atención prenatal o grupos de gimnasia prenatal.

Farmacoterapia

Los estudios sobre el uso de benzodiacepinas durante el embarazo han sido contradictorios, los primeros estudios revelaron un riesgo elevado de defectos de la línea media (23). Sin embargo, estudios más recientes han demostrado que el riesgo general de labio leporino y paladar hendido con el uso de benzodiazepinas en el embarazo es probablemente bastante bajo. También se ha asociado con casos de toxicidad perinatal, incluida la desregulación de la temperatura, apnea, puntajes de APGAR reducidos, hipotonía y dificultades en la succión (12), (23).

Niños expuestos a un ISRS en combinación con una benzodiacepina pueden tener una mayor incidencia de defectos cardíacos congénitos incluso cuando se controlan las características de la enfermedad materna. A pesar de no estar aprobada para el tratamiento de la ansiedad, la gabapentina

es considerada una alternativa segura para el manejo de los síntomas de ansiedad durante el embarazo al igual que la buspirona. Estudios en animales no han demostrado evidencia de teratogénesis, pero no hay evidencia disponible en humanos (12).

Al considerar los riesgos y beneficios del uso de agentes ansiolíticos durante el embarazo, los médicos también deben considerar los riesgos del insomnio y la ansiedad no tratados durante el embarazo, lo que puede conducir a efectos fisiológicos, así como a una disminución del autocuidado, empeoramiento del estado de ánimo y deterioro del funcionamiento. Dadas las consecuencias de la falta de tratamiento psiquiátrico, algunas mujeres con síntomas abrumadores de ansiedad o trastornos del sueño puede encontrar que los beneficios del tratamiento superan cualquier riesgo teórico.

La psicoterapia cognitivo conductual es de elección. También son de gran utilidad otras terapias alternativas como el mindfulness.

Conclusiones

Al evaluar aspectos de la salud mental de una mujer embarazada es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Antecedentes psiquiátricos pasados
- Gravedad de la enfermedad
- Historial de respuesta a medicamentos
- Deseos y preocupaciones sobre el tratamiento durante el embarazo

Indicaciones finales para el abordaje y tratamiento de la enfermedad mental en el embarazo

- Todos los cambios de medicamentos deben hacerse antes del embarazo si es posible.
- Idealmente, la paciente debe estar psiquiátricamente estable antes de intentar el embarazo.
- Use medicamentos de los cuales se tenga mejor

conocimiento.

- Minimice la cantidad de exposiciones del bebé, incluida la exposición a enfermedades psiquiátricas.
- Considerar la posibilidad de amamantar al planificar el embarazo.
- Usar un enfoque de equipo: manteniendo constante comunicación con la familia y otros médicos involucrados.
- Ser solidario, si la paciente no sigue las recomendaciones.

Bibliografía

1. Barba-Müller E, Craddock S, Carmona S, Hoekzema E. Brain plasticity in pregnancy and the postpartum period: links to maternal caregiving and mental health. *Archives of Women's Mental Health*. 2018;22(2):289–99.
2. Cohen LS. Relapse of Major Depression During Pregnancy in Women Who Maintain or Discontinue Antidepressant Treatment. *JAMA*. 2006 ;295(5):499
3. Howard LM, Khalifeh H. Perinatal mental health: a review of progress and challenges. *World Psychiatry*. 2020;19(3):313–27.
4. Muñoz RF. Prevent depression in pregnancy to boost all mental health. *Nature*. 2019;574(7780):631–3.
5. Barba-Müller E, Craddock S, Carmona S, Hoekzema E. Brain plasticity in pregnancy and the postpartum period: links to maternal caregiving and mental health. *Archives of Women's Mental Health*. 2018 ;22(2):289–99.
6. Underwood L, Waldie K, D'Souza S, Peterson ER, Morton S. A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*. 2016;19(5):711–20.
7. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
8. Jadresic, M. Enrique. "Depresión perinatal: Detección

y tratamiento." Revista Médica Clínica Las Condes 25.6 (2014): 1019-1028.

9. Molyneaux E, Poston L, Ashurst-Williams S, Howard LM. Obesity and mental disorders during pregnancy and postpartum: A systematic review and meta-analysis. *ObstetGynecol* 2014;123:857–867

10. Dagher, Rada K., et al. "Perinatal depression: Challenges and opportunities." *Journal of Women's Health* 30.2 (2021): 154-159.

11. Field T. Prenatal depression risk factors, developmental effects and interventions: A review. *J Pregnancy Child Health* 2017; 4:301.

12. Payne, Jennifer L. "Psychopharmacology in pregnancy and breastfeeding." *MedicalClinics* 103.4, 2019; 629-650

13. Shabbir, Ushna, et al. "Antipsychotic Medications and Cognitive Behavior Therapy in Pregnant Women with Bipolar Disorder." *Asian Journal of Biochemistry, Genetics and Molecular Biology* (2022): 42-59.

14. Wisner, Katherine L., et al. "Bipolar disorder and psychotropic medication: Impact on pregnancy and neonatal outcomes." *Journal of affective disorders* 243, 2019: 220-225

15. Masters, Grace A., et al. "Positive screening rates for bipolar disorder in pregnant and postpartum women and associated risk factors." *General hospital psychiatry* 61, 2019: 53-59.

16. Gaviria, Silvia Lucía. Tratamiento del trastorno afectivo bipolar en el embarazo. *Revista chilena de neuro-psiquiatría* 46, 2008: 43-54

17. Shabbir, Ushna, et al. "Antipsychotic Medications and Cognitive Behavior Therapy in Pregnant Women with Bipolar Disorder." *Asian Journal of Biochemistry, Genetics and Molecular Biology*. 2022: 42-59

18. Doyle, Karen, et al. "The management of bipolar disorder in the perinatal period and risk factors for postpartum relapse." *European Psychiatry* 27.8 (2012): 563-569

19. Kendig, Susan, et al. "Consensus bundle on maternal mental health: perinatal depression and anxiety." *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing* 46.2 (2017): 272-281.

20. Dennis C-L, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2017;210:315–23

21. Deklava, Liana, et al. "Causes of anxiety during pregnancy." *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 205 (2015): 623-626).

22. Brunton, Robyn, Nicole Simpson, and Rachel Dryer. "Pregnancy-related anxiety, perceived parental self-efficacy and the influence of parity and age." *International Journal of environmental research and public health* 17.18 2020: 6709.

23. Robinson, Gail Erlick. "Psychopharmacology in pregnancy and postpartum." *Focus* 10.1 2012: 3-14

24. Krauskopf V, Valenzuela P. Depresión perinatal: detección, diagnóstico y estrategias de tratamiento. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2020, 31(2):139–49.