



## Artículo original

# Trastornos Psiquiátricos en Gestantes Hospitalizadas en el Servicio de Alto Riesgo Obstétrico de la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín (Colombia) Durante los Años 2013 a 2017<sup>☆</sup>



Gustavo A. Constaín<sup>a,\*</sup>, María Victoria Ocampo Saldarriaga<sup>a</sup>, José Gabriel Franco Vásquez<sup>a</sup>, Luisa Fernanda Naranjo<sup>b</sup>, Cristóbal Restrepo Conde<sup>b</sup>, Daniel Estrada Muñoz<sup>c</sup>, Laura Chaverra López<sup>d</sup> y Jerónimo Buriticá González<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Grupo de Investigación en Psiquiatría de Enlace (GIPE), Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

<sup>b</sup> Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

<sup>c</sup> Departamento de Obstetricia y Ginecología, Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

<sup>d</sup> Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de abril de 2021

Aceptado el 12 de enero de 2022

On-line el 11 de marzo de 2022

Palabras clave:

Psiquiatría de enlace

Trastornos mentales

Factores de riesgo

Atención perinatal

Obstetricia

### R E S U M E N

**Objetivos:** Determinar los diagnósticos psiquiátricos y describir características clínicas, el riesgo biopsicosocial y los tratamientos de las pacientes hospitalizadas en el servicio de alto riesgo obstétrico para las que se realizó una interconsulta con psiquiatría.

**Métodos:** Estudio observacional descriptivo en el que se incluyó a las pacientes del servicio de alto riesgo obstétrico de una institución de alta complejidad de Medellín para las que se interconsultó por psiquiatría de enlace entre 2013 y 2017. Las principales variables de interés fueron los diagnósticos y tratamientos tanto psiquiátricos como ginecoobstétricos, además de los factores de riesgo obstétricos y psicosociales.

**Resultados:** Se cribaron en total 361 historias clínicas, y 248 pacientes cumplían los criterios de inclusión. El diagnóstico psiquiátrico principal más prevalente fue trastorno depresivo mayor (29%), seguido por el trastorno de adaptación (21,8%) y los trastornos de ansiedad (12,5%); los fármacos más prescritos por psiquiatría fueron antidepresivos ISRS (24,2%), trazodona (6,8%) y benzodiacepinas (5,2%). El diagnóstico obstétrico principal más común fue el parto espontáneo (46,4%) y los diagnósticos obstétricos secundarios que predominaron fueron trastorno hipertensivo asociado con el embarazo (10,4%), diabetes gestacional (9,2%) y abortos recurrentes (6,4%). El 71,8% de las pacientes tenían un riesgo biopsicosocial alto.

**Conclusiones:** Los principales diagnósticos psiquiátricos fueron trastorno depresivo mayor, trastorno de adaptación y trastornos de ansiedad, lo que implica la importancia del oportuno

<sup>☆</sup> Artículo basado en la tesis académica «Diagnósticos psiquiátricos en pacientes del servicio de alto riesgo obstétrico de la Clínica Universitaria Bolivariana, evaluados por psiquiatría entre los años 2013 y 2017». Facultad de Medicina, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín; 2020.

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [gconstain@hotmail.com](mailto:gconstain@hotmail.com), [gconstain@gmail.com](mailto:gconstain@gmail.com) (G.A. Constaín).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.01.004>

0034-7450/© 2022 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

reconocimiento en la evaluación prenatal de los síntomas de estas entidades, conjuntamente con los factores de riesgo obstétrico y social. La intervención psiquiátrica es necesaria considerando las implicaciones negativas que tiene el alto riesgo tanto para la madre como para el niño.

© 2022 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Psychiatric Disorders in Pregnant Women Admitted to the High-Risk Obstetric Service in a Colombian University Clinic Between 2013 and 2017

### A B S T R A C T

#### Keywords:

Liaison psychiatry  
Mental disorders  
Risk factors  
Perinatal care  
Obstetrics

**Objective:** To determine the psychiatric diagnoses and treatments of patients admitted to the high-risk obstetric service who underwent a consultation with a liaison psychiatrist.

**Methods:** A descriptive observational study that included pregnant women from the high-risk obstetric service of a highly specialised clinic in Medellín, who had a liaison psychiatry consultation between 2013 and 2017. The main variables of interest were psychiatric and obstetric diagnoses and treatments, in addition to biopsychosocial risk factors.

**Results:** A total of 361 medical records were screened, with 248 patients meeting the inclusion criteria. The main prevailing psychiatric diagnosis was major depressive disorder (29%), followed by adaptive disorder (21.8%) and anxiety disorders (12.5%). The pharmacologic treatments most used by the psychiatry service were SSRI antidepressants (24.2%), trazodone (6.8%) and benzodiazepines (5.2%). The most common primary obstetric diagnosis was spontaneous delivery (46.4%), and the predominant secondary obstetric diagnoses were hypertensive disorder associated with pregnancy (10.4%), gestational diabetes (9.2%) and recurrent abortions (6.4%). Overall, 71.8% of the patients had a high biopsychosocial risk.

**Conclusions:** The studied population's primary psychiatric disorders were major depressive disorder, adjustment disorder and anxiety disorders, which implies the importance of timely recognition of the symptoms of these perinatal mental pathologies, together with obstetric and social risks, in the prenatal consultation. Psychiatric intervention should be encouraged considering the negative implications of high biopsychosocial risk in both mothers and children.

© 2022 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El embarazo se considera un evento fisiológico estresante que, en ocasiones, causa la recurrencia o exacerbación de trastornos mentales maternos coexistentes o el inicio de uno nuevo asociados con complicaciones obstétricas con pronóstico desfavorable para el lactante y riesgos psiquiátricos en el puerperio<sup>1</sup>.

Cómo la enfermedad psiquiátrica en la madre gestante puede afectar al desenlace obstétrico y, de distintas maneras, al feto y el recién nacido se ha estudiado ampliamente. Diversas publicaciones dan una asociación significativa entre afecciones de la salud mental materna previa a la concepción con complicaciones obstétricas, muerte fetal perinatal, bajo Apgar, bajo peso al nacer y malformaciones congénitas<sup>2,3</sup>, y se ha reportado un alto riesgo de complicaciones como hipertensión arterial (HTA) gestacional, hemorragia anteparto, trabajo de parto y parto prematuro asociado con antecedentes maternos de depresión, trastorno bipolar (TB), trastorno por estrés posttraumático (TEPT) y trastorno de adaptación, entre otras enfermedades psiquiátricas<sup>4</sup>.

Revisiones como la de Hoirisch-Clapauch et al.<sup>5</sup> muestran que trastornos de ansiedad, alimentarios, TEPT y depresión unipolar o bipolar presentes durante el embarazo conllevan un alto riesgo de parto prematuro, bajo peso y talla menor que la edad gestacional del neonato y que las esquizofrénicas tienen mayor riesgo de aborto, con un 72% de posibilidades de sufrir enfermedad tromboembólica. Yonkers et al.<sup>6</sup> demuestran que, por cada punto de incremento en la escala modificada de síntomas del TEPT, el riesgo de parto prematuro aumenta del 1 al 2%.

Varios estudios confirman que la ansiedad perinatal compromete el desarrollo del niño en diferentes áreas. Se ha encontrado que embarazadas con altos niveles de ansiedad tuvieron 2-3 veces mayor posibilidad de procrear hijos que puntuaron más de 2 desviaciones estándar por encima del promedio en problemas emocionales y de conducta<sup>7</sup> o mostraron afecciones en la comunicación verbal a los 3 años de edad<sup>8</sup>. En un estudio prospectivo Mughal et al.<sup>9</sup> evidenciaron, según los reportes de las madres con ansiedad, depresión o síntomas de estrés perinatal, que a los 3 años de edad sus hijos estaban en riesgo de retardos del desarrollo motor fino (15,4%), el desarrollo motor grueso (12,7%), la resolución cognitiva de

problemas (11,2%), la socialización (5,6%) y la comunicación (5,2%). Además, la depresión perinatal se ha asociado con impacto negativo para el niño en su desarrollo cognitivo y emocional, con retardos en habilidades lingüísticas y alteraciones conductuales<sup>10,11</sup>.

Hay consenso general sobre los beneficios de la atención prenatal y las entidades de salud y la comunidad médica han implementado guías que recomiendan el cribado de enfermedades psiquiátricas prevalentes como depresión y ansiedad prenatal. En Colombia están incluidas en las Guías del Ministerio de Salud y Protección Social para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo<sup>12</sup> y en Estados Unidos el Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia recomienda la búsqueda de depresión en controles preparto<sup>13</sup>. Sin embargo, el tratamiento de la salud mental de las embarazadas no siempre es óptimo. Marcus et al.<sup>14</sup> detectaron que un 20% de las mujeres evaluadas por atención prenatal en 10 clínicas obstétricas americanas reportaron síntomas depresivos significativos y que, a pesar de ello, el 86% no recibió tipo alguno de tratamiento farmacológico, psicoterapéutico o de consejería, con un monitoreo rutinario para depresión inexistente. Por su parte, Woody et al.<sup>15</sup> en una revisión sobre prevalencia e incidencia de depresión perinatal, resaltaron la baja detección y tratamiento de esta afección.

Se considera que el alto riesgo obstétrico (ARO) ocurre cuando, tanto para la mujer como para su feto o recién nacido, la posibilidad de complicaciones graves es mayor que las que se presentan incidentalmente en la población general y, por lo tanto, los factores biológicos, genéticos, ambientales, psicológicos, sociales, económicos y culturales que inciden en la posibilidad de estas complicaciones deben ser detectados e tratados para reducir la aparición del daño<sup>16</sup>. Se ha establecido que las comorbilidades psiquiátricas, médicas y las enfermedades crónicas de la madre que se relacionan con desenlaces adversos perinatales se valoren en el control prenatal conjuntamente con los factores psicológicos y socioculturales, agrupados como psicosociales<sup>4,17-19</sup>.

La principal información sobre enfermedad psiquiátrica en pacientes obstétricas proviene de publicaciones que evalúan riesgo obstétrico. Las prevalencias de trastornos depresivos varían entre el 17,8 y el 33%<sup>3,4,20,21</sup>; la de TB se ha reportado del 10,3%<sup>4</sup> y se ha estimado que el 25-30% de las mujeres bipolares que quedan embarazadas sufren un episodio depresivo o maniaco durante el embarazo o en el posparto<sup>20</sup>. Otras prevalencias reportadas en partos atendidos en hospital son del 21% para ansiedad, el 11% para esquizofrenia y el 3% para neurosis<sup>3</sup> o del 16,3% para abuso de sustancias, el 2,7% para TEPT y de 30% para diferentes trastornos afectivos<sup>4</sup>. Las cifras de prevalencias de trastorno de adaptación varían entre el 8,3 y el 87%<sup>4,21,22</sup>.

En Latinoamérica se ha reportado una prevalencia del 33,6% de trastornos depresivos y ansiedad en embarazadas brasileñas en atención prenatal<sup>23</sup>. Y en Colombia, Peinado-Valencia et al.<sup>24</sup> hallaron prevalencia de síntomas depresivos prenatales del 31,5% en Cartagena, y Ricardo-Ramírez et al.<sup>25</sup> detectaron una prevalencia de tamizaje positivo del 61,4% para depresión y del 40,7% para ansiedad en embarazadas de ARO hospitalizadas y ambulatorias en una clínica privada de Medellín. De los estudios referidos, el último es el único realizado con pacientes de ARO.

Es importante resaltar que la depresión perinatal es tanto la depresión durante el embarazo como la que se presenta durante las 4 semanas después del parto según el DSM-5 cumpliendo los criterios de un episodio depresivo mayor, y que por lo general es de etiología compleja y multifactorial con prevalencias que fluctúan entre el 3 y el 11,9%; las prevalencias más altas son en las gestantes de los países de ingresos medio y bajo<sup>15,26</sup>. Se estima que el suicidio es la quinta causa de muerte durante el periodo perinatal en Estados Unidos<sup>27</sup> y se ha reconocido que al menos un 90% de quienes cometen suicidio tenían un diagnóstico psiquiátrico al momento de su muerte; la depresión, el abuso de sustancias y los trastornos psicóticos son los más prevalentes<sup>28,29</sup>.

Por la importancia de la enfermedad mental en la mujer embarazada y las repercusiones materno-fetales, este estudio se realizó haciendo hincapié en la enfermedad psiquiátrica de una población gestante con ARO.

Los objetivos del estudio son determinar el diagnóstico psiquiátrico de pacientes embarazadas hospitalizadas en el servicio de ARO de una clínica universitaria de alta complejidad a quienes se realizó una interconsulta por psiquiatría de enlace y simultáneamente describir las características clínicas, el riesgo biopsicosocial y los tratamientos prescritos.

## Métodos

### Tipo de estudio y de muestra

Se realizó un estudio observacional retrospectivo en una cohorte de pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de ARO de la Clínica Universitaria Bolivariana entre 2013 y 2017, para las que se solicitó interconsulta por psiquiatría de enlace. Se incluyó a todas las pacientes de cualquier edad valoradas por el grupo de psiquiatras de enlace a petición de los médicos tratantes ginecoobstetras durante el periodo anotado, y se excluyó a aquellas cuyas historias clínicas no contaran con la información completa, no tuvieran diagnóstico ni evaluación completa por psiquiatría de enlace o carecieran de diagnóstico codificado por ginecoobstetricia.

### Instrumentos

Se diseñó un instrumento de recolección de datos y, previo al inicio del estudio, se realizó una prueba piloto en la que se evaluaron 10 historias clínicas de pacientes que cumplían los criterios de inclusión, con la intención de ajustar el instrumento de recolección de datos y estandarizar el proceso. El instrumento consignó información sociodemográfica de las gestantes, sus diagnósticos y tratamientos psiquiátricos y obstétricos y la escala de Evaluación del Riesgo Biopsicosocial Prenatal (ERBP) de Herrera et al.<sup>30</sup> con sus respectivas variables provenientes de las siguientes 3 categorías: historia reproductiva, embarazo actual y riesgo psicosocial.

Para el diagnóstico psiquiátrico se utilizaron los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición (DSM-5) y para los obstétricos, la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10)<sup>26,31</sup>. Se consideró diagnóstico psiquiátrico principal el que se codificó en el momento que el

psiquiatra de enlace evaluó a la paciente por primera vez y como diagnóstico secundario, los trastornos mentales comórbidos, es decir, que acompañaron al diagnóstico psiquiátrico principal. Respecto al diagnóstico obstétrico principal, se consideró el establecido por el ginecoobstetra cuando la paciente ingresó al servicio de ginecoobstetricia (afiliando diagnósticos como parto espontáneo o supervisión del embarazo de ARO), y como diagnósticos obstétricos secundarios, los otros consignados en la historia clínica que hacen referencia a la principal entidad ginecoobstétrica que motivó el ingreso hospitalario, como el trastorno hipertensivo asociado al embarazo, la diabetes gestacional o la rotura prematura de membranas, entre otros. De los diagnósticos comórbidos, se tuvieron en cuenta los diagnósticos orgánicos que acompañaron a la enfermedad ginecoobstétrica (infección urinaria, anemia, enfermedades tiroideas, etc.).

Para determinar los factores de riesgo obstétricos y psicosociales consignados en las historias clínicas, se usó la ERBP<sup>30</sup>, escala que se implementó previa autorización de los autores para utilizarla en este estudio. Consiste en un cuestionario desarrollado para Colombia y evaluado en varias culturas. Consta de 3 categorías; la primera es la historia reproductiva, que tiene 11 variables: edad dividida en grupos, paridad, cesáreas previas, antecedentes de preeclampsia o HTA, abortos recurrentes o infertilidad, hemorragia posparto o remoción manual de placenta, pesos de neonatos previos, antecedentes de mortalidad fetal tardía o neonatal temprana, trabajo de parto anormal o dificultoso y cirugías ginecológicas. La segunda categoría es sobre el embarazo actual, con 11 variables que captan la enfermedad renal crónica, diabetes gestacional y preconcepcional, hemorragias y otras complicaciones obstétricas del embarazo. La tercera categoría, comprende los aspectos psicosociales, con 2 variables: ansiedad grave y apoyo social-familiar inadecuado. La ansiedad grave corresponde a la presencia síntomas de tensión emocional (p. ej., hiperventilación, miedo, incapacidad para relajarse, tendencia al llanto, inquietud motora), del humor depresivo (anhedonia, apatía, distimia, insomnio, labilidad emocional) y/o síntomas neurovegetativos (palidez, sudoración, mareos, sequedad de boca, cefalea tensional). El apoyo social-familiar inadecuado implica insatisfacción con el apoyo recibido de la familia y/o el compañero durante el embarazo y está relacionado con el tiempo, el espacio y el dinero compartido. Las dos primeras categorías corresponden a la escala biomédica y la tercera, a la escala psicosocial. La unión de estas dos conforma la evaluación biopsicosocial.

Cada una de las 29 variables de la ERBP tiene un puntaje específico, que va de 0 a 3 puntos y es previamente asignado por los autores de la escala teniendo en cuenta la gravedad de cada variable. La información con respecto a cada ítem se obtuvo de los datos registrados en cada una de las historias clínicas de las gestantes evaluadas. Teniendo en cuenta la sumatoria del puntaje de todas las variables de cada paciente, se obtiene el riesgo biopsicosocial, que puede ser de riesgo alto ( $\geq 3$  puntos), bajo (1-2 puntos) y nulo (0).

En cuanto a la calificación de la tercera categoría de la ERBP, acotamos que para puntuar 1 en ansiedad grave se requiere la presencia de al menos 2 de sus 3 componentes (tensión emocional, humor depresivo y síntomas neurovegetativos), y para el puntaje de 1 en apoyo social-familiar inadecuado se

necesita la presencia de 2 de sus 3 componentes (tiempo, espacio y dinero compartido).

### Procedimientos

Se revisaron todas las historias clínicas de las pacientes gestantes hospitalizadas en el servicio de ARO de la clínica entre el 1 de enero de 2013 y el 31 de diciembre de 2017 para quienes se solicitó interconsulta por psiquiatría de enlace, y se consignó en el instrumento de recolección de datos la información sociodemográfica, sus diagnósticos y tratamientos psiquiátricos y obstétricos y la ERBP. Así, se analizaron los diagnósticos principales de ambas especialidades y se tuvieron en cuenta los diagnósticos secundarios psiquiátricos, los secundarios o accesorios obstétricos y los comórbidos obstétricos.

La fase de recolección consistió en la extracción de los datos y posteriormente se reunió y estandarizó toda la información en una base de datos para su análisis.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana.

### Análisis de datos

La información se almacenó en Excel<sup>®</sup> y los datos se analizaron en este programa y SPSS<sup>®</sup> versión 21.0. La normalidad de la edad se verificó con la prueba de Kolmogorov-Smirnov; al no ser normal, se presentó a través de su mediana [intervalo intercuartílico]. Las variables discretas se reportan en frecuencias absolutas y porcentajes.

## Resultados

De un total de 31.429 embarazadas atendidas en el periodo establecido para el estudio, se revisaron inicialmente 361 registros de madres con interconsulta por psiquiatría de enlace, de los que 93 eran episodios de evaluación repetidos (durante el mismo ingreso o en distintas hospitalizaciones de la misma paciente en el mismo embarazo) y 20 correspondían a historias con algún criterio de exclusión, por lo que 248 pacientes cumplían los criterios para el análisis y se las incluyó en el estudio. La mediana de la edad fue de 26 años (rango intercuartil 22-32 años). Otras características sociodemográficas de la muestra que prevalecieron fueron: tener pareja estable en algo más de la mitad de la muestra, la ocupación en oficios domésticos en 43,1% y la afiliación al sistema de seguridad social contributivo y la procedencia urbana, con cifras superiores al 71% (tabla 1).

La tabla 2 muestra las variables clínicas obstétricas. Los 3 diagnósticos obstétricos principales más prevalentes fueron el parto espontáneo —casi la mitad de las madres—, la supervisión de embarazo de ARO en el 19,8% y el parto por cesárea (14,9%). En cuanto a los diagnósticos obstétricos secundarios, algo más de un tercio de las gestantes no lo tuvieron, y los más prevalentes fueron la HTA asociada al embarazo y diabetes gestacional. El principal diagnóstico obstétrico comórbido fue la HTA y el 36,75% de las pacientes no presentaban comorbilidad alguna. Los principales tratamientos farmacológicos utilizados por obstetricia fueron la maduración pulmonar fetal, los antibióticos y los antihipertensivos; más de la mitad

**Tabla 1 – Características sociodemográficas de las 248 pacientes incluidas en el estudio**

Edad (años)	26 [22-32]
Escolaridad	
Universitaria	39 (15,7)
Técnica	54 (21,8)
Secundaria	85 (34,3)
Primaria	38 (15,3)
Sin dato	30 (12,1)
Ninguna	2 (0,8)
Estado civil	
Pareja estable	145 (58,5)
Soltera	91 (36,7)
Separada	8 (3,2)
Viuda	2 (0,8)
Sin dato	2 (0,8)
Ocupación	
Oficios domésticos	107 (43,1)
Trabajo remunerado	73 (29,4)
Desempleada	23 (9,3)
Estudiante	27 (10,9)
No trabaja debido al embarazo	9 (3,6)
Sin dato	9 (3,6)
Régimen de seguridad social	
Contributivo	176 (71,0)
Subsidiado	70 (28,2)
Particular	2 (0,8)
Procedencia (lugar de residencia)	
Urbana	201 (81,0)
Rural	46 (18,5)
Sin dato	1 (0,4)

Los valores expresan n (%) o mediana [intervalo intercuartílico].

de las pacientes no recibieron tratamiento farmacológico. Por otra parte, no hubo ninguna muerte durante la hospitalización en la muestra de estudio.

Por medio de la escala ERBP, se determinaron los factores de riesgo obstétrico (tabla 3). Según la escala, en cuanto a la historia reproductiva, la mayoría de las pacientes de la muestra entre 16 y 35 años estaban en la franja sin riesgo (87,1%), y un antecedente de paridad entre 1 y 4 hijos fue el más prevalente y con puntaje de no tener riesgo, confiriendo así un factor de protección, siendo los de mayor riesgo el ser nulípara (el 43,5% de las pacientes) o tener una paridad > 4 en casi el 10%. En el resto de las variables reproductivas, sobresalen en orden descendente los antecedentes de abortos recurrentes o infertilidad, cesáreas previas y preeclampsia.

En la sección del embarazo actual de la misma escala, un poco más de la cuarta parte de las pacientes tenían HTA y alrededor del 10% tenía diabetes gestacional, diagnósticos que puntuaron 2 en la escala de riesgo perinatal. En la categoría de aspectos psicosociales, se encontró una alta prevalencia, de casi el 90%, de la variable ansiedad grave (que corresponde a síntomas de tensión emocional, depresivos y/o neurovegetativos) y en más de un cuarto de la muestra, apoyo social-familiar inadecuado.

Por último, la suma de los puntajes de cada una de las variables de la ERBP determinó un riesgo alto (3 o más puntos) en la gran mayoría de las embarazadas analizadas.

**Tabla 2 – Variables clínicas obstétricas de las 248 pacientes**

Diagnóstico obstétrico principal	
Parto espontáneo	115 (46,4)
Supervisión de embarazo de ARO	49 (19,8)
Parto por cesárea	37 (14,9)
Falso trabajo de parto antes de 37 semanas	19 (7,7)
Embarazo confirmado	11 (4,4)
Parto con fórceps	9 (3,6)
Otros	8 (3,2)
Diagnóstico obstétrico secundario	
Ningún diagnóstico	87 (35,4)
THAE	26 (10,4)
Diabetes gestacional	23 (9,2)
Abortos recurrentes	16 (6,4)
RCIU	16 (6,4)
Hiperemesis gravídica	11 (4,4)
RPMO	10 (4,0)
Cesárea previa	9 (3,6)
Corioamnionitis	5 (2,0)
Isoinmunización	4 (1,6)
Embarazo gemelar	3 (1,2)
Falso trabajo de parto pasadas las 37 semanas	3 (1,2)
Síndrome de parto prematuro	3 (1,2)
Presentación podálica	3 (1,2)
Trabajo de parto prolongado	2 (0,8)
Amenaza de aborto	2 (0,8)
Falso trabajo de parto antes de las 37 semanas	2 (0,8)
Hemorragia después de las 20 semanas	2 (0,8)
Incompetencia del cuello uterino	2 (0,8)
Diagnósticos con frecuencia = 1	13 (5,2)
Diagnóstico comórbido principal	
Hipertensión arterial	43 (17,3)
Infección del tracto urinario	19 (7,7)
Anemia	15 (6,0)
Hipotiroidismo	13 (5,2)
Hepatopatía	8 (3,2)
Cefalea	8 (3,2)
Epilepsia	6 (2,4)
Diabetes pregestacional	6 (2,4)
VIH	4 (1,6)
Obesidad	3 (1,2)
Ninguno	91 (36,7)
Diagnósticos con frecuencia = 1	32 (12,9)
Tratamiento farmacológico ginecoobstétrico	
Sin medicación por ginecoobstetricia	156 (62,9)
Maduración pulmonar fetal	16 (6,5)
Antibiótico	15 (6,0)
Antihipertensivo	12 (4,8)
Sulfato de magnesio	8 (3,2)
Misoprostol	6 (2,4)
Progesterona	6 (2,4)
Insulina	4 (1,6)
Oxitocina	3 (1,2)
Fármacos con frecuencia = 1	22 (8,9)
Muerte durante la hospitalización	0

ARO: alto riesgo obstétrico; RCIU: restricción del crecimiento intrauterino; RPMO: rotura prematura de membranas ovulares; THAE: trastorno hipertensivo asociado al embarazo. Las cifras expresan n (%).

**Tabla 3 – Factores de riesgo biopsicosocial y clasificación del riesgo perinatal según la ERBP**

<b>Historia reproductiva</b>	
Edad < 16 años (1 punto)	0
Edad entre 16 y 35 años (0 puntos)	216 (87,1)
Edad > 35 años (2 puntos)	32 (12,9)
Paridad = 0 (1 punto)	108 (43,5)
Paridad entre 1 y 4 (0 puntos)	117 (47,2)
Paridad > 4 (2 puntos)	23 (9,3)
Cesárea previa (1 punto)	26 (10,5)
Preeclampsia o hipertensión (1 punto)	24 (9,7)
Abortos recurrentes o infertilidad (1 punto)	33 (13,3)
Hemorragia posparto o remoción manual de la placenta (1 punto)	2 (0,8)
Peso del neonato < 2,5 o > 4,0 kg (1 punto)	13 (5,2)
Mortalidad fetal tardía o neonatal temprana (1 punto)	14 (5,6)
Trabajo de parto anormal o dificultoso (1 punto)	9 (3,6)
Cirugía ginecológica previa (1 punto)	10 (4,0)
<b>Embarazo actual</b>	
Enfermedad renal crónica (2 puntos)	6 (2,4)
Diabetes gestacional (2 puntos)	27 (10,9)
Diabetes preconcepcional (3 puntos)	6 (2,4)
Hemorragia antes de las 20 semanas (1 punto)	2 (0,8)
Hemorragia después de las 20 semanas (2 puntos)	12 (4,8)
Anemia (Hb < 10 g/l) (1 punto)	15 (6,0)
Embarazo prolongado más allá de 42 semanas (1 punto)	0 (0,0)
Hipertensión arterial (2 puntos)	71 (28,6)
Polihidramnios (2 puntos)	5 (2,0)
Embarazo múltiple (3 puntos)	5 (2,0)
Presentación de frente o transversa (3 puntos)	1 (1,4)
Isoinmunización (3 puntos)	5 (2,0)
<b>Aspectos psicosociales</b>	
Ansiedad grave (1 punto)*	220 (88,7)
Apoyo social-familiar inadecuado (1 punto)	67 (27,0)
Riesgo alto (≥ 3 puntos)	178 (71,8)
Riesgo bajo (< 3 puntos)	70 (28,2)

ERBP: escala de riesgo biopsicosocial prenatal de Herrera et. al.

\* Presencia de al menos 2 de los 3 componentes de ansiedad grave en la ERBP (tensión emocional, humor depresivo y síntomas neurovegetativos).

Los valores expresan n (%). Entre paréntesis se muestra el puntaje preestablecido por los autores del ERBP cuando se tiene la respuesta afirmativa.

En la tabla 4 se observan los diagnósticos según el DSM-5 y los tratamientos por parte de psiquiatría de enlace. El primer diagnóstico principal fue trastorno depresivo mayor (TDM) seguido por trastorno de adaptación y por los trastornos de ansiedad, que cubren el 63,3% de la muestra. Un 75% de las pacientes no tenían un diagnóstico psiquiátrico secundario activo o comorbilidad psiquiátrica, el más común fue el trastorno por consumo de sustancias (10,1%). En un número importante de pacientes se encontraron 2 o más diagnósticos psiquiátricos (23,8%). Si bien casi la mitad de las pacientes no recibieron tratamiento psicofarmacológico, los más formulados por psiquiatría fueron los antidepresivos ISRS, el antidepresivo atípico trazodona y las benzodiacepinas. Al 14,5% de las pacientes de la muestra se les suspendió el

**Tabla 4 – Diagnósticos y tratamientos de psiquiatría de enlace**

<b>Diagnóstico principal según el DSM-5</b>	
Trastorno depresivo mayor	72 (29,0)
Trastorno de adaptación	54 (21,8)
Trastornos de ansiedad	31 (12,5)
Trastorno bipolar	21 (8,5)
Trastorno por consumo de sustancias	18 (7,3)
Trastorno de personalidad	15 (6,0)
Descartado un trastorno mental	7 (2,8)
Casos con diagnósticos menos frecuentes	30 (12,1)
<b>Diagnóstico secundario activo según el DSM-5</b>	
Ninguno	189 (76,2)
Trastorno por consumo de sustancias	25 (10,1)
Trastorno de personalidad	12 (4,8)
Trastorno depresivo	9 (3,6)
Casos con diagnósticos menos comunes	13 (5,2)
Dos o más diagnósticos psiquiátricos	58 (23,4)
Tres o más diagnósticos psiquiátricos	52 (21,0)
<b>Tratamiento farmacológico principal</b>	
Ninguno	116 (46,8)
ISRS	60 (24,2)
Trazodona	17 (6,8)
Benzodiacepina	13 (5,2)
Estabilizador del ánimo	12 (4,8)
Antipsicótico atípico	10 (4,0)
Antipsicótico típico	7 (2,8)
IRSN	6 (2,4)
Otros	7 (2,8)
Se suspendió algún psicofármaco que tenía	36 (14,5)
DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5. <sup>a</sup> edición. IRSN: inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina.	
Los valores expresan n (%).	

psicofármaco que tenían prescrito cuando ingresaron al servicio de ARO.

## Discusión

Son escasas las publicaciones sobre embarazadas hospitalizadas con ARO y comorbilidad psiquiátrica. Nuestro estudio encontró que la comorbilidad psiquiátrica más frecuente entre las gestantes con ARO fue el TDM, seguido por trastorno de adaptación y trastornos de ansiedad, hallazgos que en general están en concordancia con la literatura, donde se evidencia que el trastorno depresivo es el más frecuente en las gestantes<sup>4,18,32,33</sup>.

El hallazgo de TDM en el 29% de nuestras embarazadas se aproxima al 21% encontrado por Harvey et al.<sup>21</sup> en pacientes evaluadas por psiquiatría de enlace en Australia, pero es superior a los resultados norteamericanos para TDM, como el del 17,8% en el estudio poblacional de Kang-Yi et al.<sup>4</sup>, el 8,4% del trabajo epidemiológico de Vesga-Lopez et al.<sup>34</sup> y el 4,8% hallado por Melville et al.<sup>17</sup> en la atención prenatal obstétrica de una clínica universitaria o el 12,7% de prevalencia estimada para presentarse durante el embarazo y reportado en la revisión de Yonkers et al.<sup>20</sup>. Estas discrepancias pueden explicarse por las características particulares de los diferentes estudios que los hacen no comparables con el nuestro.



Existen 2 estudios colombianos realizados en pacientes de ARO, uno en Cali por Guerra et al.<sup>35</sup> y otro en Medellín por Bonilla-Sepúlveda<sup>36</sup>, con prevalencias de síntomas depresivos detectados por medio escalas diseñadas para captar síntomas depresivos del 30,2 y el 32,8% respectivamente, por lo cual tampoco son comparables. Con las observaciones anotadas, el dato encontrado en este estudio coincide con los relacionados anteriormente en que la depresión, independientemente de su detección, ya sea categórica o por síntomas, es prevalente entre las enfermedades psiquiátricas presentes en la mujer embarazada<sup>3,4,20,23-25</sup> y se constituye en un factor de riesgo importante para su detección e intervención prenatal.

En relación con el trastorno de adaptación, se ha estudiado poco en la población de gestantes. Nuestro resultado del 21,8% no es comparable con las cifras publicadas en diferentes estudios prenatales de gestantes, no especificadas como de alto riesgo, como son los de Knop et al. (87%)<sup>22</sup>, Harvey et al. (36,5%)<sup>21</sup>, Kang-Yi et al. (8,3%)<sup>4</sup> y Alvarado-Esquivel et al. (5%)<sup>37</sup>, ni con la prevalencia del 31,6% de Gómez et al.<sup>38</sup> en embarazadas de ARO remitidas a un servicio prenatal de psicología. La discordancia con nuestros hallazgos se debe al tipo de diseño de los diferentes estudios y por haberse realizado en grupos poblacionales diversos.

Con criterios del DSM-5, nuestra prevalencia del 12,5% de trastornos de ansiedad en pacientes de ARO se asemeja al 13% reportado por Vesga-López et al.<sup>34</sup>, pero es superior al 8% de Kelly et al.<sup>39</sup> en pacientes de control prenatal. Ninguno de los 2 estudios se centró en gestantes de ARO, por lo cual sugerimos que el resultado debe reproducirse, sobre todo si se tiene en cuenta que la gran mayoría de los estudios en ansiedad y embarazo se han realizado analizando los síntomas de ansiedad y no propiamente los trastornos, o porque no se usan criterios operacionales para el diagnóstico o por no hacerse a través de entrevistas estructuradas, sino con escalas de autoevaluación, o porque se reportan los resultados conjuntamente con depresión debido a su frecuente comorbilidad o por presentarse concomitantemente estas dos entidades<sup>8,9,33,40,41</sup>.

El 17,3% de la muestra estudiada presentó diagnóstico psiquiátrico principal o secundario activo de trastorno por consumo de sustancias y algo más de la mitad tenían consumo múltiple (dos o más sustancias). Es conocida la relación existente entre embarazo y consumo de sustancias, y estudios de distinto tipo muestran que entre el 2,4 y el 21% de las mujeres gestantes consumen, abusan o tienen dependencia de sustancias durante el embarazo, situaciones que pueden impactar significativamente en la morbilidad materna, fetal y neonatal<sup>4,21,42-44</sup>. Nuestro hallazgo va en esta misma dirección.

En relación con los factores de riesgo obstétrico obtenidos por medio de la ERBP, la clasificación como riesgo biopsicosocial alto en la mayoría de las pacientes es un hallazgo similar al encontrado en algunos países latinoamericanos y asiáticos donde se ha empleado la misma escala, y este riesgo alto se asocia con desenlaces obstétricos y perinatales adversos<sup>30</sup>. Las comorbilidades médicas más prevalentes captadas por la escala fueron HTA, diabetes gestacional, abortos recurrentes y preeclampsia, las cuales se encuentran bien documentadas en la literatura y son riesgos perinatales de importancia<sup>18,21,32,45-47</sup>, y el componente social-familiar inadecuado comprometido en el 27%, acompañado de la alta

afectación (superior al 88%) de la variable ansiedad grave que comprende síntomas depresivos, de tensión emocional y/o de manifestaciones neurovegetativas, se constituye en un hallazgo relevante de factores de riesgo que son compartidos en múltiples publicaciones, como factores para ser intervenidos social y terapéuticamente<sup>17-19</sup>.

Considerando los tratamientos farmacológicos psiquiátricos recibidos por las gestantes estudiadas, están reportados y soportados por la literatura. Publicaciones de las últimas décadas muestran que, cuando se requieren, sopesando el riesgo/beneficio, no existe limitación alguna para su empleo racional en embarazadas con enfermedad psiquiátrica<sup>20,48,49</sup>.

Nuestros resultados deben leerse teniendo en cuenta algunas limitaciones. Por ser una investigación de tipo descriptivo y de fuentes secundarias, no fue posible realizar análisis de factores de riesgo. Además, es probable que haya errores en el registro de alguna información en las historias clínicas y no se pudo confirmar los datos más allá de lo consignado en el documento fuente. Por las características de la muestra estudiada, los resultados no son extrapolables a otros grupos de población gestante de alto riesgo.

Este es el primer estudio con estas características que se realiza en Colombia. Suministra información sociodemográfica y clínica valiosa para futuros proyectos analíticos en nuestra línea de investigación en salud mental perinatal y para la toma de decisiones sobre la atención integral de las pacientes gestantes.

---

## Conclusiones

Los hallazgos muestran que las gestantes con ARO presentan, a su vez, un alto riesgo psicosocial y de comorbilidad psiquiátrica. Durante las evaluaciones prenatales, es importante realizar un tamizaje activo de antecedentes y síntomas de enfermedad mental para lograr un reconocimiento ágil y oportuno de las enfermedades psiquiátricas con fines de tratamiento y posterior seguimiento por psiquiatría. El papel del psiquiatra con este grupo de pacientes es preponderante e impacta positivamente en la funcionalidad y la calidad de vida de las embarazadas y sus hijos y ayuda a disminuir el riesgo y las complicaciones perinatales.

---

## Financiación

Centro de Investigación para el Desarrollo y la Innovación (CIDI) de la Universidad Pontificia Bolivariana.

---

## Conflicto de intereses

Los autores manifiestan que no tienen ningún conflicto de intereses en este artículo.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cunningham FG, Williams JW. *Obstetricia*. 24.ª ed México: McGraw-Hill; 2015.

2. Witt WP, Wisk LE, Cheng ER, Hapton JM, Hagen EW. Preconception mental health predicts pregnancy complications and adverse birth outcomes: a national population-based study. *Matern Child Health J.* 2012;16:1525-41.
3. Schneid-Kofman N, Sheiner E, Levy A. Psychiatric illness and adverse pregnancy outcome. *Int J Gynaecol Obstet.* 2008;101:53-6.
4. Kang-Yi CD, Kornfield SL, Epperson CN, Mendell DS. Relationship between pregnancy complications and psychiatric disorders: a population-based study with a matched control group. *Psychiatr Serv.* 2018;69:300-7.
5. Hoirisch-Clapauch S, Brenner B, Nardi AE. Adverse obstetric and neonatal outcomes in women with mental disorders. *Thromb Res.* 2015;135:60-3.
6. Yonkers KA, Smith MV, Forray A, Epperson CN, Costello D, Lin H, et al. Pregnant women with posttraumatic stress disorder and risk of preterm birth. *JAMA Psychiatry.* 2014;71:897-904.
7. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavior/emotional problems at 4 years. *Br J Psychiatry.* 2002;180:502-8.
8. Ibanez G, Bernard JY, Rondet C, Peyre H, Forman A, Kaminski M, et al. Effects of antenatal maternal depression and anxiety on children's early cognitive development: a prospective cohort study. *PLoS One.* 2015;10:e0135849.
9. Mughal MK, Giallo R, Arnold PD, Kheler H, Bright K, Benzie K, et al. Trajectories of maternal distress and risk of child developmental delays: findings from the All Our Families (AOF) pregnancy cohort. *J Affect Disord.* 2019;248:1-12.
10. Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA. Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry.* 2016;3:973-82.
11. Marcus SM, Heringhausen JE. Depression in childbearing women: when depression complicates pregnancy. *Prim Care.* 2009;36:151-65.
12. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Guía de práctica clínica para la prevención, detección temprana y tratamiento de las complicaciones del embarazo, parto o puerperio. Versión completa. Bogotá: COLCIENCIAS; 2013. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20\(1\).pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/G.Corta.Embarazo.y.parto.Prof.Salud.2013%20(1).pdf).
13. ACOG Committee Opinion No. 343: psychosocial risk factors: perinatal screening and intervention. *Obstet Gynecol.* 2006;108:469-477.
14. Marcus SH, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Womens Health.* 2003;12:373-80.
15. Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord.* 2017;219:86-92.
16. Zuleta JJ, Gómez JG. Evaluación del riesgo y conceptos epidemiológicos. En: Botero, Jubiz A. En: Henao G. *Obstetricia y ginecología.* 9.ª ed. Medellín: CIB; 2015. p. 75-81.
17. Melville JL, Gavin A, Guo Y, Fan M-Y, Katon WJ. Depressive disorders during pregnancy: prevalence and risk factors in a large urban sample. *Obstet Gynecol.* 2010;116:1064-70.
18. Dadi AF, Miller ER, Bisetegn TA, Mwanri L. Global burden of antenatal depression and its association with adverse birth outcomes: an umbrella review. *BMC Public Health.* 2020;20:173.
19. Latendresse G, Wong B, Dyer J, Wilson B, Baksh L, Hogue C. Duration of maternal stress and depression: predictors of newborn admission to neonatal intensive care unit and postpartum depression. *Nurs Res.* 2015;64:331-41.
20. Yonkers KA, Vigod S, Ross LE. Diagnosis, pathophysiology, and management of mood disorders in pregnant and postpartum women. *Obstet Gynecol.* 2011;117:961-77.
21. Harvey ST, Pun PKK. Analysis of positive Edinburgh depression scale referrals to a consultation liaison psychiatry service in a two-year period. *Int J Ment Health Nurs.* 2007;16:161-7.
22. Knop J, Østerberg-Larsen B. Psychological intervention during pregnancy. A multidisciplinary hospital network. *Ugeskr Laeg.* 2001;163:5018-22.
23. Faisal-Cury A, Araya R, Zugaib M, Menezes PR. Common mental disorders during pregnancy and adverse obstetric outcomes. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2010;31:229-35.
24. Peinado-Valencia HM, Ayola-Castillo C, Campo-Arias A. Síntomas depresivos con importancia clínica en mujeres embarazadas de Cartagena. Colombia: prevalencia y algunas variables asociadas. *Arch Salud.* 2008;200:31-8.
25. Ricardo C, Álvarez M, Ocampo MV, Tirado AF. Prevalencia de tamizaje positivo para depresión y ansiedad en gestantes de alto riesgo obstétrico en una clínica de Medellín (Colombia), entre enero y agosto de 2013. Factores de riesgo asociados. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2015;6:94-102.
26. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5).* 5.ª ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.
27. Chang J, Berg CJ, Saltzman, Herndon J, Homicide. A leading cause of injury deaths among pregnant and postpartum women in the United States, 1991-1999. *Am J Public Health.* 2005;95:471-7.
28. Bertolote JM, Fleischmann A. Suicide and psychiatric diagnosis: A worldwide perspective. *World Psychiatry.* 2002;1:181-5.
29. Bachmann S. Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15:1425-48.
30. Herrera JA, Ersheng GE, Shahabuddin AKM, Lixia D, Wei Y, Faisal M, et al. Evaluación periódica del riesgo biopsicosocial prenatal en la predicción de las complicaciones maternas y perinatales en Asia 2000-2003. *Colomb Med.* 2006;37Supl1:6-14.
31. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorder: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992.
32. Dadi AF, Miller ER, Mwanri L. Antenatal depression and its association with adverse birth outcomes in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2020;15:e0227323.
33. Biaggi A, Conroy S, Pawlby S, Pariante CM. Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: A systematic review. *J Affect Disord.* 2016;191:62-77.
34. Vesga-Lopez O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in United States. *Arch Gen Psychiatry.* 2008;65:805-15.
35. Guerra AM, Dávalos DM, Castillo A. Detección de síntomas depresivos en mujeres gestantes de alta complejidad obstétrica y factores correlacionados. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2017;46:215-22.
36. Bonilla-Sepúlveda OA. Depresión y factores asociados en mujeres adolescentes embarazadas y no embarazadas en Medellín (Colombia) 2009, Estudio de corte transversal. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2010;61:207-13.
37. Alvarado-Esquivel C, Sifuentes-Alvarez A, Salas-Martinez C. Adjustment disorder in pregnant women: prevalence and correlates in a northern Mexican city. *J Clin Med Res.* 2015;7:775-80.
38. Gómez ME, Aldana E. Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicol Salud.* 2007;17:53-61.
39. Kelly R, Zatzick D, Anders T. The detection and treatment of psychiatric disorders and at risk substance use among



- pregnant women cared for in Obstetrics. *Am J Psychiatry*. 2001;158:213-9.
40. Stavena A, Bogossian F, Pritchard M, Wittkowski A. The effects of maternal depression, anxiety, and perceived stress during pregnancy on preterm birth: a systematic review. *Women Birth*. 2015;28:179-93.
  41. O'Connor TG, Heron J, Glover V, Team AS. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41:1470-7.
  42. Wong S, Ordean A, Kahan M. Substance use in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*. 2011;33:367-84.
  43. Kelly R. Psychiatric and substance use disorders as risk factors for low birth weight and preterm delivery. *Obstet Gynecol*. 2002;100:297-304.
  44. Kim DR, Sockol LE, Sammel MD, Kelly C, Moseley M, Epperson CN. Elevated risk of adverse obstetric outcomes in pregnant women with depression. *Arch Womens Ment Health*. 2013;16:475-82.
  45. Byrn MA, Penckofer S. Antenatal depression and gestational diabetes: a review of maternal and fetal outcomes. *Nurs Women Health*. 2013;17:22-33.
  46. Sun BZ, Moster D, Harmon QE, Wilcox AJ. Association of preeclampsia in term births with neurodevelopmental disorders in offspring. *JAMA Psychiatry*. 2020;77:823-9.
  47. Raina J, El-Messidi A, Badeghiesh A, Tulandi T, Nguyen T-V, Suarhana E. Pregnancy hypertension and its association with maternal anxiety and mood disorders: a population-based study of 9 million pregnancies. *J Affect Disord*. 2021;281:533-8.
  48. Chaudron LH. Complex challenges in treating depression during pregnancy. *Am J Psychiatry*. 2013;170:12-20.
  49. Salisbury AL, O'Grady KE, Battle CL, Wisner KL, Anderson GM, Stroud LR, et al. The roles of maternal depression, serotonin reuptake inhibitor treatment, and concomitant benzodiazepine use on infant neurobehavioral functioning over the first postnatal month. *Am J Psychiatry*. 2016;173:147-57.