



DEPRESION DURANTE EL EMBARAZO: POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN PARA SU DETECCION

Autores: Roy Pablo R.¹, Gallastegui Ugalde P.¹, Sanchez Baglietto N.¹, Gonzalez Carranza S²

1. Psiquiatra del Centro de Salud Mental de Eibar, Red de Salud Mental de Guipúzcoa. Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
2. Médico de familia del Centro de Salud Torrekua de Eibar.

ROSAMARIA.ROYPABLO@osakidetza.net

RESUMEN

El embarazo se considera generalmente un periodo de bienestar emocional para la mujer y su familia. Sin embargo, desde el punto de vista psiquiátrico, el embarazo y la maternidad son periodos de mayor vulnerabilidad para presentar enfermedades psiquiátricas. De hecho la depresión es una de las complicaciones médicas más frecuente durante el embarazo y el postparto. Puesto que la depresión durante el embarazo es un factor de riesgo para presentar depresión postparto, la cual afecta a la madre, a la relación madre-bebé y puede tener efectos sobre el desarrollo del niño, los autores de este artículo nos planteamos qué intervenciones se podrían realizar para la detección de la depresión prenatal. Para ello, se realizó una revisión de la depresión en el embarazo, mediante una búsqueda en el grupo Cochrane de embarazo y en up to date con los términos de depresión y embarazo. Se analiza la prevalencia, factores de riesgo, manifestaciones clínicas y dificultades para su diagnóstico, así como las consecuencias en la salud de la madre y del bebé. En cuanto a las pruebas de cribado, no se ha definido la herramienta óptima, pero se recomienda además de las escalas habituales la utilización de la Edinburgh Postnatal Depression Scale a pesar de que fue creado para su uso en mujeres después del parto. El uso de la escala de evaluación de salud psicosocial antenatal (ALPHA) puede aumentar la apreciación del riesgo por parte del médico. También se sugieren la utilización de preguntas para evaluar el estado de ánimo por parte del personal sanitario Dado que el embarazo es un periodo en el que la mujer frecuenta los servicios de salud al existir un protocolo de seguimiento, consideramos que sería un escenario ideal para realizar tanto prevención primaria como secundaria de la depresión prenatal. Por lo tanto, se proponen cuáles serían las posibilidades de screening de la depresión prenatal en diferentes ámbitos sanitarios, para su derivación a servicios de salud mental.

DEPRESION DURANTE EL EMBARAZO: POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN PARA SU DETECCION

INTRODUCCION

El embarazo se considera generalmente un periodo de bienestar emocional para la mujer y su familia. Sin embargo, desde el punto de vista psiquiátrico, el embarazo y la maternidad son periodos de mayor vulnerabilidad para presentar enfermedades psiquiátricas. Son numerosos los estudios que demuestran el aumento del riesgo de morbilidad psiquiátrica durante el embarazo y tras el nacimiento de un hijo (1) y la aparición de un episodio depresivo o recaída en uno ya existente en la gestación (2), siendo una población de alto riesgo las mujeres que abandonan o reducen la dosis de antidepresivos, habitualmente por miedo a los efectos teratogénicos.

La depresión es una de las complicaciones médicas más frecuentes durante el embarazo y el postparto (3). Sin embargo, con frecuencia no se reconoce por lo que no se diagnostica, incluso cuando se identifican las mujeres en situación de riesgo para padecer una depresión o con síntomas depresivos durante el embarazo, muy pocas reciben tratamiento (4). Esta dificultad en el diagnóstico se ha explicado en parte, porque los síntomas somáticos de la depresión durante el embarazo relacionados con alteraciones en el sueño y en el apetito, se pueden atribuir a cambios fisiológicos normales durante este periodo (5).

La depresión prenatal (DP) tiene consecuencias en la madre y en el feto, además de ser un factor de riesgo para presentar depresión postparto, la cual afecta a la madre, a la relación madre-bebé y puede tener efectos sobre el desarrollo del niño. Por ello, los autores de este artículo nos planteamos qué intervenciones se podrían realizar para prevenir, detectar y así tratar la depresión prenatal. Para ello, se realizó una revisión de la depresión en el embarazo, mediante una búsqueda en el Grupo Cochrane de Embarazo y Parto y en up to date con los términos de depresión y embarazo.

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Si bien muchas mujeres experimentan síntomas depresivos durante el embarazo, el número de mujeres embarazadas que cumplen los criterios para el diagnóstico de depresión mayor es mucho menor. En la revisión realizada, la mejor estimación de la prevalencia la ofrece la Agencia de Investigación de Salud y Calidad de los Estados Unidos con los siguientes datos (6):

- La prevalencia puntual, es decir, la medida de una condición en una población en un momento dado en el tiempo de la depresión mayor varió de 3,1 a 4,9 por ciento en diferentes momentos del embarazo. Si analizamos depresión mayor y menor la prevalencia puntual variaría de 8,5 hasta 11 por ciento durante el embarazo.
- La prevalencia periodo, es decir, la medida de una condición durante un periodo de tiempo, una combinación de la prevalencia puntual y la incidencia, varió de un 14 a un 23 por ciento durante el embarazo.

DEPRESION DURANTE EL EMBARAZO: POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN PARA SU DETECCION

Estas estimaciones de la prevalencia no fueron diferentes significativamente de las de mujeres no embarazadas en edad similar. No obstante consideran que deben realizarse estudios con muestras más amplias.

Otro hecho que encontró la Agencia de Investigación de Salud y Calidad fue que la depresión mayor y menor se produjeron con mayor frecuencia durante el segundo trimestre del embarazo y después del parto, sin embargo debido a que los intervalos de confianza fueron amplios y no hubo variación significativa entre los diseños de los estudios, no es fiable(6). En otro meta- análisis se encontró que los síntomas depresivos, a diferencia de la depresión clínica, si fueron más frecuentes en el segundo y tercer trimestre que en el primer trimestre (7).

A pesar de considerar la interacción de factores hormonales, los cambios neuroendocrinos y los ajustes psicosociales como posibles factores etiológicos de la depresión prenatal, no está claro por qué el embarazo representa un momento de vulnerabilidad para el inicio de la depresión en algunas mujeres.

Se han encontrado como factores de riesgo los antecedentes de depresión antes del embarazo o de depresión postparto, la ansiedad materna, el embarazo no deseado, la ambivalencia hacia el embarazo, dificultades en la relación de pareja, menores ingresos, menor nivel educativo, antecedentes familiares de depresión especialmente en el embarazo y en el postparto, y la interrupción o disminución de medicación antidepressiva (8,9). Es interesante destacar que en una de las revisiones sistemática de 57 estudios llevada a cabo por Lancaster et al. (9) , encontraron que los factores de riesgo con mayor evidencia de asociación con el desarrollo de la depresión prenatal son: vida estresante, incluyendo los acontecimientos vitales estresantes, la falta de apoyo social y la violencia doméstica.

MANIFESTACIONES CLINICAS Y DIAGNÓSTICO

En la revisión realizada, no se considera que existan manifestaciones clínicas específicas en la depresión prenatal, por lo que consideran válidos los criterios para el diagnóstico de depresión mayor y menor habituales, teniendo en cuenta que la paciente puede presentar comorbilidad con otros diagnósticos psiquiátricos como ataques de pánico, trastorno de ansiedad generalizada o trastorno obsesivo compulsivo. Debe incluirse en el diagnóstico diferencial el trastorno bipolar. Consideran que The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) se puede utilizar como herramienta de detección antes del parto (10), así como el PRIME-MD Cuestionario de Salud, el cual ha sido validado en pacientes de obstetricia y ginecología (11). Para evaluar la severidad de la depresión en las mujeres diagnosticadas de depresión en el embarazo, recomiendan la escala de Hamilton para depresión.

En cuanto a la evaluación a realizar en el diagnóstico, aconsejan incluir un examen médico que incluya la petición de un hemograma, función tiroidea, renal y hepática. Hay varios estudios realizados en la última etapa del embarazo en los que a- parece la asociación entre disfunción tiroidea y la depresión durante el embarazo así como en el postparto. También se recomienda solicitar un

DEPRESION DURANTE EL EMBARAZO: POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN PARA SU DETECCIÓN

examen de tóxicos en orina, dada la alta comorbilidad entre los trastornos psiquiátricos y el uso de drogas y alcohol, especialmente en la depresión, incluso en mujeres embarazadas (12). Se debe interrogar sobre el uso de medicamentos a base de hierbas o de terapias alternativas que pueden precipitar o empeorar la depresión.

CONSECUENCIAS

Las consecuencias de la depresión prenatal pueden afectar a la embarazada, al feto y posterior bebé.

En cuanto a la madre las consecuencias que se relacionan con la DP son la falta de cuidados durante el embarazo, el uso de tabaco, alcohol y otras drogas, falta de apetito por lo que hay menor ganancia de peso, insomnio, ansiedad, ideación suicida y suicidio, no iniciar lactancia materna, deterioro del apego con el bebé y depresión postparto (13-17). La salud mental materna y la dependencia de drogas se encuentran entre las principales causas de muerte materna en el periodo perinatal (18)

Se han descrito efectos de la DP sobre el embarazo y el desarrollo fetal como aborto involuntario, teratogénesis, bajo peso al nacer, preeclampsia, parto prematuro, disminución del crecimiento fetal y la hiperemesis gravídica, sin embargo existen pocos estudios de calidad. En un metaanálisis Grote y colaboradores (19) encontraron un aumento de los nacimientos pretérminos (<37 semanas) y de casos de peso bajo al nacer (2.500 g.). La magnitud de los efectos variaba en función de la gravedad de la depresión, la ubicación del país y la condición socioeconómica. Los autores de este metanálisis consideran que la depresión por sí misma puede dar lugar a bajo peso al nacer y una reducción de la duración de la gestación. Sin embargo, en el estudio se detectan factores de confusión, los efectos observados eran pequeños y la heterogeneidad entre los estudios fue de moderada a grande. En otro metanálisis de estudios observacionales prospectivos (17) se halló que la probabilidad de parto prematuro era mayor en las mujeres embarazadas que estaban deprimidas que las mujeres embarazadas que no estaban deprimidas (odds ratio 1,37, IC del 95%: 1,04 a 1,81). Sin embargo, el peso al nacer y la incidencia de bajo peso al nacer fueron similares en los dos grupos.

Otro efecto de la depresión prenatal es la posibilidad de afectar a la adquisición del lenguaje, de acuerdo con los resultados que se obtuvieron en un estudio prospectivo que evaluó el desarrollo del lenguaje en los bebés de madres deprimidas durante el embarazo y sin tratamiento frente al grupo control de bebés cuyas madres no estaban deprimidas(20).

Los efectos de la ansiedad materna prenatal sobre la descendencia también han sido investigados, dada la alta prevalencia de los trastornos de ansiedad y la alta comorbilidad entre la ansiedad y los síntomas depresivos (21). En un estudio realizado por O'Connor et al. (22) se considera que el estado de ánimo materno prenatal tiene repercusiones sobre el desarrollo in útero del lactante, al hallar asociaciones significativas entre los niveles de angustia materna durante el embarazo y los resultados conductuales de los hijos, si bien no se conoce con exactitud cuales son los mecanismos

DEPRESION DURANTE EL EMBARAZO: POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN PARA SU DETECCION

que producen esta asociación . La hipótesis de la programación fetal plantea que el medio ambiente en el útero puede alterar el desarrollo del feto durante determinados periodos sensibles, con un efecto permanente en el fenotipo (23). Se cree que el mecanismo se encuentra en el eje hipotálamo pituitario suprarrenal que tiene una función regulatoria compleja (24). El estrés prenatal puede interferir con el desarrollo del eje hipotalámico-pituitario-adrenal, el sistema límbico y la corteza prefrontal. El cortisol, que cruza la placenta, puede ser el mediador principal de estos efectos (25)

Para finalizar, es interesante el que varios estudios sugieran que los hijos de padres con depresión tienen mayor riesgo de problemas psiquiátricos, en comparación con los hijos de padres no deprimidos (26-27), lo cual se podría explicar por la influencia ambiental debido al hecho de vivir con personas deprimidas y por la herencia genética. Nos ha llamado la atención, que en la revisión realizada se considera que la depresión postparto, es un factor de riesgo para la depresión postparto en la próxima generación.

POSIBILIDADES DE DETECCIÓN

Estos resultados , nos hacen plantearnos qué medidas se podrían adoptar en nuestro ámbito sanitario para prevenir y detectar la depresión prenatal.

En la revisión realizada, aparece la evaluación psicosocial prenatal, como una iniciativa de salud pública, dentro de un marco de prevención primaria que se está realizando conjuntamente con programas de prevención, intervención temprana y tratamiento, con el objetivo de reducir las tasas de morbilidad y mortalidad perinatal relacionadas con la salud mental (28). El reconocimiento de que muchos factores de riesgo y síntomas de las enfermedades mentales pueden detectarse durante el embarazo (29) produjo la introducción de programas de evaluación psicosocial prenatal en los hospitales obstétricos y consultorios ambulatorios y su realización sistemática cuando las pacientes asisten para los controles del embarazo (30) Está diseñada para detectar factores de riesgo psicosocial y síntomas actuales , sin que pueda predecir trastornos clínicos específicos ni sustituir a la evaluación que conduce a un diagnóstico clínico. Una vez identificadas estas embarazadas, se vinculan con el servicio de salud mental.

La Antenatal Psychosocial Health Assessment (ALPHA) o evaluación de salud psicosocial antenatal (31) incorpora 15 factores de riesgo que se agrupan en factores familiares, factores maternos, uso de sustancias y violencia familiar. Otros ejemplos de herramientas de evaluación psicosocial son el Antenatal Risk Questionnaire (ANQR) o cuestionario antenatal de riesgo (32) y su precursor el Pregnancy Risk Questionnaire (30) (Cuestionario antenatal de riesgo durante el embarazo) ambos autoinformados.

Estas herramientas han sido diseñadas para ser utilizadas junto con la Edimburgh Depression Scale (EDS) y una entrevista clínica. El ANRQ aporta la ventaja de definir el riesgo psicosocial en alto, medio o bajo.

DEPRESION DURANTE EL EMBARAZO: POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN PARA SU DETECCIÓN

Hay que tener en cuenta que en el contexto de salud mental, se añaden dificultades al método de detección, como la falta de especificidad de los síntomas psicológicos que pueden ser asociados con diferentes trastornos clínicos o el hecho de que los síntomas pueden desaparecer o no. Estos factores tienen la probabilidad de contribuir a los VPP bajos informados en los estudios que examinan el método de detección para la depresión en el contexto de salud mental perinatal (28).

Uno de los resultados obtenidos son mejores tasas de predicción de la depresión postparto después de la clasificación de las pacientes durante el embarazo en grupos de alto y bajo riesgo, en base a la evaluación prenatal de la presencia de factores de riesgo psicosocial de depresión (28). Sin embargo, la Guía Nice 2007 de Salud Mental Antenatal y Posparto sigue considerando a debate la elección de los factores de riesgo que deben usarse en una entrevista clínica para identificar a las pacientes en riesgo de padecer problemas de salud mental en el periodo perinatal.

En cuanto a la eficacia de la evaluación psicosocial prenatal, no es posible formular observaciones en el contexto de la salud pública en base a una revisión realizada de los estudios actuales (33). Si puede aumentar la apreciación sobre el riesgo psicosocial por parte del médico cuando se ha utilizado la ALPHA, lo que ya proporciona una indicación preliminar de su valor en el contexto clínico. Se necesitan estudios adicionales con mejor tamaño muestral y mayor poder estadístico para explorar más este importante tema de salud pública.

En las recomendaciones de up to date, aconsejan que las mujeres embarazadas sean informadas del riesgo de desarrollar una depresión, para así facilitar que al aparecer los primeros síntomas sean reconocidos y poder realizar una detección temprana. Coinciden en que no hay una herramienta óptima para el cribado de depresión en mujeres embarazadas, aunque el más utilizado en los estudios es la Edimburgh Postnatal Depression Scale.

Sugieren preguntar a la embarazada sobre su estado de ánimo y la capacidad de disfrute y si indicaran alteración del estado de ánimo, continuar explorando para evaluarlo.

CONCLUSIONES

El embarazo y la maternidad son períodos de mayor vulnerabilidad para presentar enfermedades psiquiátricas, en concreto la depresión es una de las complicaciones médicas más frecuente. Ya que la depresión en el embarazo es un factor de riesgo para presentar depresión postparto, consideramos fundamental la prevención, detección y tratamiento de la depresión prenatal.

Resulta contradictorio, el hecho de que la prevalencia de la DP no es diferente significativamente de las de mujeres no embarazadas en edad similar, aunque se recomiende realizar más estudios. Las consecuencias que tiene en la salud mental de la madre, del bebé y de la familia hacen que sea considerada un problema de salud pública.

Es preciso realizar estudios con mejor tamaño de la muestra y mayor poder estadístico para explorar el impacto de la evaluación psicosocial prenatal sobre la morbilidad perinatal relacionada con la salud mental. Hasta ahora lo que se ha concluido es que la escala ALPHA produce una sensibilización

DEPRESION DURANTE EL EMBARAZO: POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN PARA SU DETECCIÓN

en el personal sanitario no entrenado en salud mental sobre los factores de riesgo psicosocial mediante, lo cual ya supone un paso para su detección, lo que no se conoce no se diagnostica.

Dado que el embarazo es un periodo en el que la mujer frecuenta los servicios de salud al existir un protocolo de seguimiento del embarazo y precisar asistencia por enfermedades médicas asociadas o situaciones administrativas, consideramos que serían escenarios ideales para realizar tanto prevención primaria como secundaria de la depresión prenatal.

Sabemos que la sintomatología depresiva se presenta con más frecuencia en el segundo y tercer trimestre, que la disfunción tiroidea se ha asociado con la depresión prenatal y postparto y que los factores de riesgo más importantes son antecedentes personales y familiares de depresión, vida estresante, falta de apoyo social y violencia doméstica. Además de que se puedan utilizar las escalas habituales de evaluación psicosocial, los autores de este artículo consideramos que incluir estos datos en el protocolo de seguimiento del embarazo y en las consultas que se realicen en atención primaria, nos ofrecería la oportunidad de detectar a las mujeres con factores de riesgo y síntomas depresivos, para así intervenir de forma preventiva.

BIBLIOGRAFIA

1. Viguera AC, Tondo L, Koukopoulos AE, Reginal D, Lepri B, Baldessarini RJ: Episodes of mood disorders in 2.252 pregnancies and postpartum periods. *Am J Psychiatry* 2011; 168:1179-1185.
2. Cohen LS, Altshuler LL, Harlow BL, et al. Relapse of major depression during pregnancy in women who maintain or discontinue antidepressant treatment. *JAMA* 2006; 295:499.
3. Hendrick V, Altshuler L. Management of major depression during pregnancy. *Am J Psychiatry* 2002; 159:1667.
4. Marcus SM, Flynn HA, Blow FC, Barry KL. Depressive symptoms among pregnant women screened in obstetrics settings. *J Womens Health (Larchmt)* 2003;12:373.
5. Altshuler LL, Hendrick V, Cohen LS. Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 2:29.
6. Gaynes BN, Gavin N, Meltzer-Brody S, et al. Perinatal depression: prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *Evid Rep Technol Assess (Summ)* 2005: 1.
7. Bennet H.A. Einarson A, Taddio A, et al. Prevalence of depresión during preganancy: sistematic review. *Obstet Gynecol* 2004; 103:698.
8. O´Hara MW. Social support, life events, and depression during pregnancy and the puerperium. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 144:453.
9. Lancaster CA, Gold KJ, Flynn HA, et al. Risk factors for depressive symptoms during pregnancy: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol* 2010; 202:5.
10. Buist A, Condon J, Brooks J, et al. Acceptability of routine screening for perinatal depression. *J Affect Disord* 2006; 93:233

DEPRESION DURANTE EL EMBARAZO: POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN PARA SU DETECCION

11. Spitzer RL, Willians JB, Kroenke K, et al. Validity and utility of the PRIME-MD patient health questionnaire in assessment of 3000 obstretic-gynecologic patintes: the PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetrics-Gynecology Study. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:759
12. Kelly R, Zatzick D, Anders T. The detection and treatment of psychiatric disorders and substance use among pregnant women cared for in obstrectics. *Am J Psychiatry* 2001: 158:213
13. Yonkers KA, Ramin SM, Rush AJ, et al. Onset and persistence of postpartum depression in an inner-city maternal health clinic system. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1856
14. Larsson C, Sydsjö G, Josefsson A. Health, sociodemographic data, and pregnancy outcome in women with antepartum depressive symptoms. *Obstet Gynecol* 2004; 104:459.
15. Bonari L, Pinto N, Ahm E, et al. Perinatal risks of untreated depresión durin preganacy. *Can J Psychiatry* 2004; 49:726.
16. Oates M. Suicide: the leading cause of maternal death. *Br J Psychiatry* 2003; 183:279.
17. Grigoriadis S, VonderPorten EH, Mamisashvili L, et al. The impacto f maternal depresión during pregnancy on perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Psychiatry* 2013;74:e321
18. Austin M-P, Kildea s, Sullivan E. Perinatal maternal mortality and psychiatric morbidity: challenges and opportunities for prevention in the Australian setting. *Medical Journal of Australia* 2007;186 (7):364-7
19. Grote NK, Bridge JA, Gavin AR, Melville JL, Lyengar S, Katon WJ: A meta-analysis of depression during pregnancy and the risk of preterm birth, low birth weight, and intrauterine growth restriction. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67: 1012-1024.
20. Weikum WM, Oberlander TF, Hensch TK, Erker JF. Prenatal exposure to antidepressants and depressed maternal mood alter trajectory of infant speech perception. *Proc Natl Acad Sci USA* 2012; 109 Suppl 2:17221
21. Field T, Diego M, Hernandez- Reif M. et al. Pregnancy anxiety and comorbid depression and anger: effects on the fetus and neonate. *Depress Anxiety* 2003; 17:140.
22. O'Connor TG, Heron J, Golding J Beverigde M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children ´s behavioural/emotional problems at 4 years: report from the ALSPAC. *British Journal of Psychiatry* 2002:180:502-8.
23. Van den Bergh BR, Mulder EJ, Mennes M, Glover V. Antenatal maternal anxiety and stress and the neurobehavioural development of the fetus and child: links and possible mechanisms. A review. *Neurosci Biobehav Rev* 2005:29:237.
24. Glover V, O'Connor TG. Effects of antenatal stress and anxiety. *British Journal of Psychiatry* 2002; 180:389-91.
25. Sandman CA, Davis EP. Neurobehavioral risk is associated with gestational exposure to stress hormones. *Expert Rev Endocrinol Metab* 2012; 7:445.
26. Weissman MM, Wickramaratne P, Nomura Y et al. Offspring of depressed parents: 20 years later. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1001.

DEPRESION DURANTE EL EMBARAZO: POSIBILIDADES DE INTERVENCIÓN PARA SU DETECCION

27. Deave T, Heron J, Evans J, Emond A. The impact of maternal depression in pregnancy on early child development. *BJOG* 2008;115:1043.
28. Austin MP, Lumley J. Antenatal screening for postnatal depression: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2003;107(1):10-7.
29. Oates M. Perinatal psychiatric disorders: a leading cause of maternal morbidity and mortality. *British Medical Bulletin* 2003;67:219-29.
30. Austin M-P, Hazdi-Pavlovic D, Leader L, Saint K, Parker G. Antenatal screening for the prediction of postnatal depression: validation of a psychosocial pregnancy risk questionnaire. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2005;112:310-7
31. Blackmore ER, Carroll J, Reid A, Biringer A, Glazier RH, Midmer D, et al. The use of the antenatal psychosocial health assessment (ALPHA) tool in the detection of psychosocial risk factors. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 2006; 28-873-8.
32. Austin MP. Psychosocial assessment and management of depression and anxiety in pregnancy. *Australian Family Physician* 2003;32:119-26.
33. Austin Marie-Paule, Priest Susan R, Sullivan Elizabeth A. Evaluación psicosocial prenatal para la reducción de la morbilidad en salud mental perinatal (biblioteca Cochrane Plus, 2008 número 4 Oxford