

## *Aspectos psicológicos y psiquiátricos del embarazo*

*Dres. Miguel Ángel De Lima Salas <sup>1</sup>, Carlos Rojas Malpica <sup>2</sup>*

### **RESUMEN**

En la presente comunicación se realiza una aproximación a los complejos fenómenos psicológicos y psiquiátricos del embarazo. Las listas de verificación y las entrevistas estructuradas son instrumentos útiles para su diagnóstico pero no suficientes para conocer la biografía y el mundo vivencial de la mujer embarazada. Se examina el concepto mismo de embarazo, al que deberían asociarse elementos previos tan importantes como el amor y el deseo erótico, evidentemente no indispensables para que se produzca la fecundación, pero sí muy relevantes para calificar al embarazo como deseado o no, y de interés sobre su evolución sana o perturbada. Ya en la gestación, se plantea en la madre el registro

DOI: <https://doi.org/10.59542/CRANM.2025. XXXII.9>

ORCID: 0009-0003-7559-38162<sup>1</sup>

ORCID: 0000-0001-5259-32721<sup>2</sup>

<sup>1</sup>*Profesor de Psiquiatría y de Historia de la Medicina. Universidad Central de Venezuela. Individuo de Número de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina.*

<sup>2</sup>*Profesor Emérito de la Universidad de Carabobo. Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina.*

subjetivo del niño como una *representación fuerte*, que va más allá de lo estrictamente psíquico porque también es un registro corporal. El niño es parte de la madre tanto subjetiva como corporalmente, al tiempo que, es obvio, posee su propia corporalidad. Este registro subjetivo en la madre de sentir al hijo como parte de su cuerpo se extiende más allá del nacimiento. Seguidamente se aborda el problema de las enfermedades mentales durante el embarazo y la morbilidad física asociada a las mismas, tales como abortos, partos prematuros, bajo peso al nacer y malformaciones. Se plantea la importancia de la obtención del consentimiento informado por parte de la madre para autorizar la administración de psicofármacos, tratamiento nunca inocuo y con riesgos asociados. Se presenta una revisión actualizada sobre el tema y las propuestas de valoración más recientes, con los aspectos favorables y desfavorables de su uso tanto para la madre como para el feto. Se comparten algunas consideraciones sobre la psiquiatría perinatal y se recomienda desarrollar esta disciplina en Venezuela.

Palabras clave: Embarazo, gestación, psicología, psiquiatría, trastornos mentales durante el embarazo, psicofármacos y embarazo, psiquiatría perinatal.

## **SUMMARY**

This paper presents an approach to the complex psychological and psychiatric phenomena of pregnancy. The check lists and structured interviews are useful instruments for diagnosis but not sufficient to know the biography and the experiential world of the pregnant woman. The concept of pregnancy itself is examined, which should be associated with such important prior elements as love and erotic desire, obviously not indispensable for fertilization to occur, but very relevant to qualify the pregnancy as desired or not, and of interest on its healthy or disturbed evolution. Already in gestation, the mother's subjective register of the child is raised as a strong representation, which goes beyond the strictly psychic because it is also a bodily register. The child is part of the

mother both subjectively and corporeally, while obviously possessing its own corporeality. This subjective register in the mother of feeling the child as part of her body extends beyond birth. The problem of mental illness during pregnancy and the physical morbidity associated with it, such as miscarriages, premature births, low birth weight and malformations, is then addressed. The importance of obtaining informed consent from the mother to authorize the administration of psychotropic drugs, a treatment that is never innocuous and has associated risks, is discussed. An updated review on the subject and the most recent assessment proposals are presented, with the favorable and unfavorable aspects of its use for both the mother and the fetus. Some considerations on perinatal psychiatry are shared and it is recommended to develop this discipline in Venezuela.

**Keywords:** Pregnancy, gestation, psychology, psychiatry, mental disorders during pregnancy, psychopharmaceuticals and pregnancy, perinatal psychiatry.

### **Problemas terminológicos y conceptuales**

Embarazo y gestación son sinónimos perfectos, aunque se debe tener presente que embarazo también significa impedimento, dificultad, obstáculo o falta de soltura en los modales o en la acción. De tal manera que hombres y mujeres son susceptibles de pasar por una situación “embarazosa”. Sin embargo, a efectos de esta comunicación, y de acuerdo con el Diccionario de la Lengua Española (DLE) y el Diccionario de Términos Médicos (DTM), embarazo es el “estado en que se encuentra una mujer desde la concepción hasta el parto” (1,2). Se tienen por sinónimos gestación, gravidez, preñez y, en desuso según la Real Academia Española, ciosis y cioforia. Sin embargo, la definición de embarazo o gestación admite problemas y matices importantes a considerar, comenzando por una obligada reflexión sobre el amor.

La literatura universal se ha nutrido de largas y excelsas páginas sobre el amor y no es el caso desarrollar aquí esta afirmación. Por otro lado, su contenido vivencial es tan rico, que los más grandes pensadores

de la historia le han dedicado atención y estudio. En “El banquete” de Platón, los comensales dedican limpios discursos para describir a Eros con las más profundas reflexiones. Agatón dice que “Eros es quien da paz a los hombres, calma a los mares, silencio a los vientos, lecho y sueño a la inquietud”. Cuando llega el momento de hablar a Sócrates, cuenta que una mujer de Mantinea llamada Diotima, entendida en el amor y en muchas otras cosas, le ha dicho que Eros es un “demonio” (*δαίμων*), en un lugar intermedio entre los hombres y los dioses, intérprete y medianero entre ellos. Hijo de Penis, la penuria, y de Poros, la riqueza, que en su naturaleza “no es mortal ni inmortal, pero en un mismo día aparece floreciente y lleno de vida, mientras está en la abundancia, y después se extingue para volver a revivir a causa de la naturaleza paterna. Todo lo que adquiere lo disipa sin cesar, de suerte que nunca es rico ni pobre. Ocupa un término medio entre la sabiduría y la ignorancia...”. Más adelante, también le dice que el objeto del amor es “la generación y producción de la belleza... la inmortalidad es igualmente el objeto del amor... es la naturaleza mortal la que aspira a perpetuarse y hacerse inmortal, en cuanto es posible...”. Deseo de engendrar en la belleza que es “eterna, increada e imperecedera, exenta de aumento y de disminución... (3). Se le otorga mayor complejidad a la definición de gestación y embarazo cuando se les hace preceder de ciertas consideraciones filosóficas sobre el amor que, a menudo, mas no siempre, precede y prepara para el embarazo y no está exento de reacomodos fisiológicos.

Otra situación a considerar es que en los mamíferos en vida salvaje, así como en algunos humanos, el acomodo hipotalámico para la gestación se inicia antes de la fecundación. Si una hembra no está en celo, no admite ni acepta la cópula con el macho. Ello obliga a pensar en los fenómenos biológicos previos al embarazo. En la neurobiología del amor romántico se activan redes cerebrales del sistema de recompensas, como el circuito mesocorticolímbico, que está formado por el Área Tegmental Ventral y el Núcleo Accumbens. Por otra parte, la liberación de feromonas, aunque mucho más evidente en otros animales que en los seres humanos, se supone que alcanza la

mucosa olfativa de la otra persona, lo que desencadena una cascada de acontecimientos psicológicos y biológicos, como la liberación de feniletilamina en el sistema límbico, generando una necesidad de búsqueda de la fuente de las feromonas, con reducción del campo de la consciencia para lograr el máximo grado de concentración posible, liberación de neurotransmisores como dopamina y noradrenalina, además de oxitocina, fuertemente relacionada con la vivencia amorosa, así como con una cantidad de manifestaciones fisiológicas que dan lugar a la sensación de “mariposas en el estómago” (4). Es difícil creer que estos fenómenos previos no influyan en la calidad y características del óvulo, de los espermatozoides y de la preparación del endometrio para acoger el cigoto. Aun siendo procesos comunes a la especie, no se activan indistintamente ante cualquier propuesta de apareamiento. Una hembra puede ser cortejada por varios machos, pero ella suele elegir uno solo de ellos para reproducirse. En esa elección hay procesos biológicos bastante bien conocidos, pero también hay otros que se han resistido a una mejor comprensión de nuestra parte. No se sabe bien por qué “con ella y/o con él sí” y no con otro o con otros. Estas observaciones no son un simple comentario introductorio, sino que describen una serie de hechos comunes a la especie que deben ser considerados fenómenos biológicos previos a la gestación, y posiblemente, parte de ella. Claro que el embarazo se define a partir de la fecundación, pero esto no quiere decir que se deban ignorar todos los procesos previos. Sin embargo, el ser humano, a través de la historia, ha alterado la secuencia natural del proceso reproductivo, otra expresión de que buena parte de la medicina ha consistido en contrariar la naturaleza. Los métodos para evitar el embarazo han sido usados desde la más remota antigüedad, pero fue sobre todo a partir de la revolución cultural de los años 60 del siglo XX cuando se pasó al uso extendido de los anticonceptivos orales, la planificación familiar y el perfeccionamiento de los denominados “métodos de barrera”. En las últimas décadas, en muchos países, sobre todo en los más desarrollados, muchas mujeres deciden no quedar embarazadas jamás, lo que trae problemas culturales y demográficos de importancia. El embarazo ha pasado a ser decisión del individuo

y no expresión de la voluntad de reproducción de la especie, como está determinado en el resto del mundo animal. De esa voluntad de la especie, el humano puede optar por mantener solamente el deseo y su goce, al tiempo que puede prescindir del componente reproductivo. Todo esto da lugar a matizar distintas vías y conceptos de embarazo que, en buena parte, deciden o determinan la subjetividad de la mujer gestante. Para este abordaje es válido y necesario disponer de alguna metodología o recurso conceptual que permita aproximarse al tema de la mujer embarazada. Sin negar la gran importancia de los métodos cuantitativos o de los manuales diagnósticos, como el Manual Diagnóstico y Estadístico, en su quinta edición, 2013, (DSM-5 por sus siglas en inglés), de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), o la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su undécima edición, 2018, (CIE-11), de la Organización Mundial de la Salud (OMS), proponemos agregar un nivel más profundo de comprensión, diagnóstico y tratamiento (5,6).

A partir de los postulados y descubrimientos del psicoanálisis y de la filosofía de Edmund Husserl (1859-1938) y de Martin Heidegger (1889-1976), nace en Alemania la psiquiatría analítica existencial. Heidegger tuvo una influencia notable en el pensamiento psiquiátrico del siglo XX, que se extiende con fecundidad hasta el Siglo XXI. Junto al psiquiatra suizo Medard Boss (1903-1990), desarrolló los “Seminarios de Zollikon” entre 1959 y 1969 (7, 8), donde analizó junto a los participantes el *Dasein*, o sea, la constitución básica de la existencia humana como *ser-en-el-mundo*. Ludwig Binswanger (1881-1966), también psiquiatra suizo, parte del *Daseinanalyse* de Heidegger para desarrollar su “Introducción al análisis de la existencia”, donde reconoce el aporte de Karl Jaspers (1883-1969) en la comprensión fenomenológica del acontecer psíquico. Es importante señalar que la apropiación que hace Binswanger del *Daseinanalyse* de Heidegger, para su aplicación en psicopatología fenomenológica, no se limita a describir el mundo vivencial de los pacientes y su posible encadenamiento con el acontecimiento morboso, como lo hace Jaspers, sino que se propone aprehender las condiciones particulares de la existencia del enfermo

en relación con los *existenciaristas* descritos por Heidegger en el plano ontológico. Reconoce modos simultáneos de ser en tres regiones del mundo que denomina “*Umwelt, Mitwelt y Eigenwelt*”. El *Umwelt* es el mundo alrededor, circundante o ambiente, común en los animales y el hombre, cercados por necesidades biológicas como el dormir, el comer y las urgencias de los instintos; el *Mitwelt* es la característica básica del *dasein* como *ser-en-el-mundo*, propia de los seres humanos, donde queda inscrita la relación con la familia y la comunidad; y por último, el *Eigenwelt*, mundo propio o del yo, donde también queda registrado el cuerpo, que presupone una autoconsciencia y una representación de sí mismo (9). Esta matriz filosófica permite una mejor aproximación a los problemas psicológicos y psiquiátricos del embarazo porque, en lugar de una mera aliteración de síntomas como los de algún Manual Diagnóstico, o del corte “en rebanadas” hecho por alguna lista de cotejo (*check list*) o por algún instrumento clínico de cuantificación o medición, apela al registro biográfico para conocer los tres planos existenciales de la paciente embarazada, de tal manera que tanto el diagnóstico como el tratamiento, en lugar de ser un dictamen desde un lugar ajeno a la paciente, son producto de un *encuentro existencial* entre el médico y la mujer gestante en su mundo de vida y significaciones.

### **Variedades de embarazos. Aspectos subjetivos**

Es posible hablar de embarazo deseado y no deseado explorando la subjetividad de la mujer gestante. El embarazo deseado, a su vez, es el producto del amor erótico y el coito entre un hombre y una mujer, pero también puede ser planificado, cuando la concepción ocurre en un laboratorio de fertilidad. En esta última situación, no son raros los embarazos múltiples, que también tienen peculiaridades y fenómenos subjetivos propios. El embarazo no deseado es aquel que ocurre sin deseo ni planificación previa por parte de la mujer o cuando falta o falla el método anticonceptivo, o bien cuando las técnicas anticonceptivas precoitales resultan ineficaces. En el embarazo no deseado destaca el que ocurre por violación, siempre traumático y complicado para la vida subjetiva de la mujer gestante y de su familia.

El embarazo no deseado plantea serios problemas éticos y conflictos existenciales para la mujer gestante. Ciertamente, frente un embarazo no deseado y atendiendo a los principios de salud reproductiva de la OMS, la mujer puede decidir continuar con la gestación y llevar a término el embarazo, o practicar una interrupción voluntaria del mismo, o aborto inducido, ya sea mediante medicamentos o por vía quirúrgica, dependiendo del período de gestación y siempre con la asistencia adecuada para su salud, teniendo en cuenta que esta práctica es ilegal en muchos países. Sin embargo, estas decisiones nunca son fáciles de tomar, se acompañan de fuertes tensiones emocionales y representan dilemas éticos tanto para la madre como para el médico que se ocupa del caso. Nunca hay un tránsito fácil entre el conflicto y la decisión definitiva. Influyen los valores, la religión, la pareja y la familia. Además de las tensiones emocionales, hay que considerar que la interrupción de un proceso biológico que prepara el cuerpo de la mujer para un acontecimiento que está a 40 semanas de distancia no es inocuo para la salud física y mental de la gestante. La teleonomía también está inscrita en la biología del presente. En el mundo entero se calcula que el 38 % de los embarazos son no deseados y, de ellos, el 21 % se da en adolescentes (entre el 30 % y el 60 % terminan en un aborto) y ocurren unos 80 millones de embarazos no deseados cada año, de un total de 210 millones de embarazos en todo el mundo (10).

### **Aspectos psicológicos y psiquiátricos del embarazo y posparto**

Así como hay un niño que crece en el vientre, hay otro que lo hace en la subjetividad y el mundo emocional. Así como el cuerpo está representado en la áreas sensoriales y motoras de la corteza cerebral, en el denominado *homúnculo de Penfield* (11), también la representación del futuro niño comienza a ocupar un lugar del cerebro de la mujer gestante, sólo que no está tan bien circunscrito y localizado como el propio cuerpo. Se lo imagina, lo siente crecer, le habla, lo consiente, recibe con gusto sus movimientos y patadas, se pregunta por su aspecto físico, ¿será parecido al padre, a la madre, a un hermano o a un abuelo? Lo proyecta ya como niño, yendo a la escuela o jugando con sus primos.

Es así como se produce el fenómeno llamado de representación fuerte. Es y no es “otro” ser, porque lo siente parte de su cuerpo. No se trata solamente de un “registro mental”, sino de un registro que se adentra en su cuerpo y en sus entrañas. Muestra el crecimiento de su abdomen y sus pechos con orgullo, como si fuera la única capaz de lograrlo. Claro que también hay tensiones e incertidumbres que producen ansiedad y desasosiego. Todo se amalgama en su subjetividad. Los cambios hormonales también son importantes. La prolactina facilita el crecimiento de las mamas y la producción de leche, mientras que la oxitocina contrae el útero antes y después del parto, pero sobre todo predispone a la relación amorosa con el niño. Alberto Sosa (12) ha hablado de “psiquismo fetal” para referirse a una serie de registros de actividad prenatal detectados por técnicas ecográficas o imagenológicas de alta tecnología. Madre y niño se conocen en sus cuerpos mucho antes de reconocerse en la más plena consciencia. Es probable que no haya en el lenguaje palabras para expresar esas primeras sensaciones (13). Ese proceso de conocimiento recíproco continúa entre el recién nacido y su madre. El conocimiento expresado luego en el lenguaje se incuba en los cuerpos desde tiempos preverbales. Es posible que, en condiciones y relaciones saludables, la madre y el hijo queden registrados como la más fuerte de todas las representaciones, urdimbre o base primigenia de la vivencia de totalidad, sin la cual no sería tampoco posible sentir a Dios como mucho más que una “idea”. Sin embargo, la misma intensidad de la relación y los sentimientos que le corresponden, hacen a dicha representación especialmente vulnerable a los traumas y frustraciones, algunas veces inevitables y siempre complicados. Algunas manifestaciones emocionales que a menudo acompañan el embarazo no deben ser consideradas patológicas porque no son permanentes ni suficientemente intensas para alcanzar un nivel mórbido. Las mismas generalmente se resuelven en el ambiente familiar y con los propios recursos psicológicos de la mujer gestante. En otros casos bastan la palabra y orientación del médico obstetra para remontar muchas tensiones pasajeras, que nunca deben ser subestimadas.

La salud mental (SM) de las mujeres es objeto de preocupación y estudio de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Se sabe que la mujer es propensa a sufrir depresión y ansiedad con mayor frecuencia que los hombres. En lo referido a SM y Reproductiva, se ha hecho hincapié en algunos problemas, como falta de decisión por parte de las mujeres en situaciones reproductivas, embarazos sin atención, abortos inseguros, enfermedades de transmisión sexual y complicaciones perinatales, entre otras. También se ha observado que la vulnerabilidad de las mujeres a presentar ciertos trastornos mentales se puede incrementar en períodos específicos de su vida reproductiva, como la adolescencia, el embarazo, el posparto y la perimenopausia. Se ha sugerido que los cambios fisiológicos condicionantes de estos fenómenos se relacionan con los cambios hormonales y las alteraciones de los neurotransmisores, con una adaptación más difícil en mujeres vulnerables. De la misma manera, durante diferentes etapas de la vida reproductiva, deben ser considerados una serie de factores psicológicos, sociales, laborales y culturales que hacen a la mujer más vulnerable y que se constituyen en un factor de riesgo para los problemas emocionales y los trastornos mentales (TM) propiamente dichos (14,15).

### **Trastornos Mentales y Embarazo**

Los TM en el embarazo y el posparto han sido estudiados con bastante atención. Incluso, hoy se habla de *psiquiatría perinatal* para referirse a la parte de la especialidad que se dedica al tema que nos ocupa en esta comunicación. Ya no se piensa más que el embarazo proteja contra los TM. Por el contrario, se estima que 50 % de los episodios psiquiátricos durante el embarazo son de primera aparición, por lo que siempre es recomendable la búsqueda regular de los factores de vulnerabilidad en todas las gestantes. Si hay antecedentes de trastorno psiquiátrico, el riesgo de recaída está entre el 30 % y el 70 %, dependiendo de los trastornos y su evolución. Se debe ofrecer una adecuada información anticonceptiva que permita valorar los riesgos y beneficios de las diferentes opciones terapéuticas y, de este modo, favorecer la decisión que procure una mejor prevención y garantice

la seguridad del desarrollo del feto y del recién nacido. Debe ser así, porque es importante evitar el impacto de estas enfermedades y/o de su tratamiento en el desarrollo del feto y del niño, a pesar de que los mecanismos subyacentes aún no estén bien explicados. Se recomienda actuar desde la prevención primaria, con un seguimiento atento del desarrollo de estos recién nacidos vulnerables (16,17). Algunas veces el deseo de quedar embarazada, junto con la dificultad para lograrlo, puede alcanzar el nivel delirante de la pseudociosis, donde la mujer afirma estar embarazada sin estarlo y puede acompañarse de amenorrea con crecimientos uterino y abdominal semejantes al de la verdadera gestación. No es fácil llegar al diagnóstico, ni mucho menos comunicarlo a la paciente (18,19).

Un grupo de investigadores estudió la epidemiología real de los trastornos mentales durante el embarazo y su impacto en el resultado del parto en una población de bajo riesgo no seleccionada en Alemania. Analizaron datos a través de un estudio observacional retrospectivo durante un período de un año, del 01/2008 al 12/2008, que incluyó a 38 174 mujeres embarazadas. Los códigos CIE-10 de la OMS fueron agrupados en cuatro grupos de diagnóstico: depresión, trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos/disociativos y reacciones de estrés agudo. La relación entre los trastornos mentales, el modo de nacimiento y el peso del lactante se probó mediante pruebas de Ji-cuadrado y regresión logística multivariada. Las principales medidas de resultado incluyeron la prevalencia de trastornos mentales durante el embarazo, cesáreas realizadas y bebés nacidos con bajo peso. Como resultado identificaron 16 639 casos con al menos uno de los cuatro grupos de diagnóstico de trastorno mental: 9,3 % casos de depresión; 16,9 % casos de trastorno de ansiedad; 24,2 % casos de trastorno somatomorfo/disociativo y 11,7 % casos de reacciones de estrés agudo. Las mujeres diagnosticadas con un trastorno mental tenían más probabilidades de dar a luz a sus hijos por cesárea ([depresión: OR = 1,26 (IC 95 % 1,14–1,39); ansiedad: OR 1,11 (IC 95 % 1,02–1,19); trastornos somatomorfos: OR 1,12 (IC 95 % 1,05–1,20); reacciones de estrés agudo: OR 1,17 (IC 95 % 1,07–1,28)]. Además, los bebés de mujeres diagnosticadas con un código CIE-10

para depresión durante el embarazo tenían más probabilidades de tener bajo peso y/o parto prematuro [OR = 1,34 (IC 95 %: 1,06–1,69)]. Los autores concluyen señalando tasas de prevalencia sustancialmente altas de trastornos mentales durante el embarazo que justifican una urgente toma de consciencia sanitaria sobre la detección validada de casos, así como de las opciones de tratamiento adecuadas (20).

Aunque algunos síntomas depresivos están presentes en la tercera parte de las mujeres embarazadas, la depresión mayor como estructura clínica se registra solamente en 10 % de las gestantes. No es extraño que otras alteraciones médicas, especialmente metabólicas, acompañen a las manifestaciones psiquiátricas. Siempre debe ser considerado su papel comórbido. Las depresiones suelen presentar la misma sintomatología que en las no embarazadas y debe prestarse mucha atención al insomnio, a la desesperanza y a la ideación suicida. Hay evidencias de que la depresión se correlaciona positivamente con gestaciones más breves, recién nacidos de bajo peso, retrasos en el desarrollo e incluso con depresiones durante la adolescencia (21). Es oportuno recordar que la clínica de la depresión se distribuye entre cuatro dimensiones fundamentales y que no se reduce a la tristeza y a la ansiedad. Será importante tener presente que hay humor depresivo, hundimiento energético, alteración de los ritmos biológicos y discomunicación, y que cada una de estas dimensiones se relaciona con un sistema de neurotransmisión, dando lugar a una cascada de síntomas. Es decir, la depresión es una estructura y no una agrupación de síntomas aislados, por lo tanto, se debe tratar la depresión y no sus síntomas. Entre los factores predisponentes a la depresión están la violencia intrafamiliar, el embarazo precoz en la adolescencia y los antecedentes de violación sexual. Con la depresión también se asocia el consumo de tabaco, el abuso de alcohol y riesgo suicida. Se estima una incidencia cercana al 13 % entre las mujeres embarazadas, sin embargo, se sabe que hay subregistro y, por lo tanto, las cifras podrían ser más altas (22). Aunque los modelos diagnósticos más utilizados y accesibles son el DSM-5 de la APA (6) y la CIE-11 de la OMS (7), para el caso de la depresión, preferimos el Modelo Vital Tetradimensional de la Depresión

de Francisco Alonso-Fernández (23), más castizo y coincidente con nuestra aproximación desde la psiquiatría analítica existencial.

El Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) en cualquiera de sus expresiones clínicas, representa un problema de alta complejidad diagnóstica y terapéutica cuando se relaciona con el embarazo, pues no hay drogas inocuas, como se verá más adelante. Es muy importante advertir a la paciente sobre los riesgos tanto de dar tratamiento como de omitirlo completamente, por lo cual se recomienda siempre el consentimiento informado. El trastorno bipolar ya diagnosticado presenta un curso variable y de alta recurrencia durante la gestación: “Se considera que, sin tratamiento, este trastorno muestra una tasa de recurrencia del 32 % al 67 % durante el embarazo. El papel protector contra el trastorno bipolar que se atribuía al embarazo en el pasado, hoy se considera infundado” (24). Tanto en sus fases depresivas, como en las maníacas o hipomaníacas, hay diversas complicaciones a considerar. El riesgo de recaídas se incrementa con algunos factores, a saber: evolución de más de cinco años, inicio del TAB a una edad muy temprana, si es un TAB tipo II; hay antecedente de ciclado rápido, períodos cortos de estabilidad clínica desde el último episodio ocurrido antes de la gestación, hay dos o más episodios en el año anterior, si hay antecedentes de intento de suicidio, o hay comorbilidad psiquiátrica, especialmente adicciones o Trastorno de Personalidad (TP). Una paciente con manía no tratada lleva asociado riesgos altos de gestación complicada, como partos prematuros, abuso de sustancias, promiscuidad sexual y mayores posibilidades de psicosis puerperal. Sería preferible desaconsejar el embarazo, especialmente si la paciente ya tiene hijos, pero esta solamente puede ser una sugerencia y jamás una orden, porque es una decisión que corresponde a la paciente. En caso de que la paciente decida quedar embarazada es recomendable la suspensión gradual del tratamiento, que siempre debe evitarse en el primer trimestre del embarazo, aunque en los dos siguientes tampoco está exento de riesgos y efectos secundarios (24).

Una mujer esquizofrénica suele iniciar su vida sexual a la misma edad de las otras mujeres de la población general. No se sabe si la fertilidad también es similar. La mayoría de los embarazos no son planificados, el uso de métodos anticonceptivos es menor y, por lo mismo, mayor es el riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). También el embarazo en la adolescencia es más frecuente en esquizofrénicas, así como un mayor número de parejas sexuales en el transcurso de la vida. A menudo son más pobres, de menor nivel educativo, fuman más y han sufrido más episodios de violencia que sus coetáneas. “Un estudio de cohorte en el Reino Unido, que utilizó datos de las unidades de primeros cuidados neonatales, encontró un riesgo aumentado de óbitos y de muerte neonatal en mujeres con psicosis, en comparación con la población control. El aumento de riesgo de muerte perinatal podría deberse a factores relacionados con el estilo de vida (tabaquismo, consumo de sustancias, malnutrición), o a la condición deficitaria del neonato en el momento del nacimiento, reflejada por un bajo Apgar” (25). La esquizofrenia es un trastorno mental crónico (TMC) que amerita tratamiento de por vida. “Ningún tratamiento está exento de riesgos para el feto, pero dejar a una madre sin tratar tampoco se considera una opción, ya que una recaída en la enfermedad podría poner en alto riesgo tanto a la madre como al feto, pudiendo dar lugar a situaciones devastadoras. La tasa de recaída en pacientes con esquizofrenia es del 53 % tras abandonar la medicación antipsicótica, en comparación con el 16 % de los pacientes que siguen con el tratamiento” (26). Se recomienda la atención muy próxima a la mujer esquizofrénica embarazada, con el debido apoyo psicosocial multidisciplinario, de la misma manera que es problemático y polémico determinar si tiene o no capacidad para todas las conductas y compromisos que involucra la maternidad (27).

Por último, pero no menos importante, el consumo abusivo o adictivo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas durante el embarazo no es nada inocuo y es de frecuencia desconocida en nuestro medio. A menudo

está asociado con otras morbilidades psiquiátricas, especialmente con Trastornos de Personalidad. Se asocia a mayor número de abortos, embarazos no deseados, prematuridad, malformaciones congénitas, niños de bajo peso, con APGAR bajo y, en algunos casos, Síndrome de Abstinencia del recién nacido. Dada su importancia, siempre debería haber una pregunta en la historia clínica sobre el problema pues, en estos casos tan complejos, se requiere de un monitoreo más estrecho y multidisciplinario (28-30,15).

### **Tratamientos biológicos de los trastornos mentales durante el embarazo y la lactancia**

Ya hemos señalado la importancia de un acercamiento dentro de la analítica existencial para una mejor y superior relación terapéutica, pero ahora nos vamos a referir a los tratamientos biológicos durante el embarazo y la lactancia, claramente de la mayor importancia. Cuando se administra tratamiento psicofarmacológico durante el embarazo, siempre será necesario el consentimiento informado, pues la paciente debe ser adecuadamente notificada tanto de los riesgos de administrar la medicación a las dosis terapéuticas y por el tiempo necesario, como de los problemas que pueda significar no tratarse oportuna y correctamente.

Pocas casas farmacéuticas hacen pruebas de teratogenicidad con sus productos en animales de experimentación. La mayoría se conforma con advertir que el medicamento está prohibido en el embarazo o cuando se sospeche su existencia. Por razones obvias, no es posible realizar estas pruebas en humanos. La mayor parte de la evidencia disponible es anecdótica o por reporte sistemático ante sistemas constituidos de vigilancia farmacológica. En sentido estricto, no hay fármacos aprobados para su uso en el embarazo. Sin embargo, ya hay algunos criterios sobre el uso de psicofármacos en el embarazo que pueden servir de orientación para tomar decisiones. La Oficina de Drogas y Alimentos (FDA) propone el siguiente esquema:

Cuadro 1. Nivel de riesgo para el feto por el uso de fármacos en el embarazo.

Categoría	Interpretación
A	Estudios controlados revelan que no hay riesgo fetal
B	No hay evidencia de riesgo en animales. Tampoco hay evidencia de riesgo en humanos
C	No se puede excluir riesgo fetal. Se ha demostrado riesgo en animales. Se debe evaluar riesgo/beneficio
D	Existe evidencia de riesgo, aunque los beneficios potenciales pueden superar los eventuales riesgos
X	Contraindicación absoluta en el embarazo

(Según FDA). Tomado de Rosan, De la Cruz Villalobos (31, 32)

De igual manera, hay un modelo muy útil para la clínica, que clasifica el riesgo del medicamento para el lactante, distribuido con arreglo al siguiente cuadro:

Cuadro 2.

Categorías, según el riesgo potencial de daño al lactante.

Categoría 1. Seguro a dosis habituales: sin riesgo para el lactante.

Categoría 2. Probablemente seguro: información insuficiente sobre efectos adversos en el niño o sus efectos adversos son clínicamente no significativos.

Categoría 3. Potencialmente riesgoso: pueden causar efectos adversos leves o moderados en el lactante o cuya farmacocinética puede sugerir un riesgo potencial de toxicidad.

Categoría 4. Contraindicado: no debe usarse durante la lactancia, por riesgo de efectos adversos severos en el niño.

Tomado de Rosan, 2010. (31).

Tanto el uso de antipsicóticos en el embarazo, como la inhibición de tratar los trastornos psicóticos representan riesgos muy importantes. La psicosis esquizofrénica tiene alto riesgo de exacerbación durante el embarazo. Se sabe que viene acompañada de un incremento de complicaciones, como malformaciones congénitas, abortos, partos prematuros, muerte perinatal y APGAR bajo al momento de nacer en comparación con grupos de control (López Rega y col., 2016). En el Cuadro 3 se muestra la estimación de riesgos para diversos antipsicóticos de primera y de segunda generación. Debe tenerse presente que además de los efectos sobre el feto, algunos inducen incremento de la prolactina o son diabetogénicos.

Cuadro 3. Clasificación de los antipsicóticos según nivel de riesgo para el embarazo y la lactancia. Según FDA.

Antipsicóticos	Nivel de riesgo según FDA	Riesgo para el lactante
Aripiprazol	C	3
Clorpromazina	C	3
Clozapina	B	3
Flufenazina	C	3
Haloperidol	C	2
Olanzapina	C	2
Perfenazina	C	NA
Pimozida	C	4
Quetiapina	C	4
Risperidona	C	3
Tioridazina	C	4
Thiotixena	C	4
Trifluoperazina	C	NA
Ziprazidona	C	4

Tomado de De la Cruz Villalobos, 2022 (32).

Es interesante que la droga de menor riesgo sea clozapina, cuya administración requiere monitoreo hematológico permanente, por el riesgo de agranulocitosis. La otra indicación frecuente de los antipsicóticos es el TAB, especialmente en su fase maníaca. Es bueno, oportuno y necesario aclarar que no todo cambio de humor o de irritabilidad es sinónimo de bipolaridad, pues existen criterios bastante claros para su diagnóstico y de sus diversos subtipos clínicos. El objetivo más importante del tratamiento es mantener al paciente estable o en eutimia y su supresión implica alto riesgo de recaídas. Los medicamentos para lograr ese objetivo se denominan eutimizantes, neuromoduladores, estabilizantes o reguladores del estado de ánimo. Son de una gran variedad y sus problemas para la administración durante el embarazo se describen en el Cuadro 4.

Cuadro 4. Estabilizantes del estado de ánimo en el embarazo (según FDA).

Eutimizante	Nivel de riesgo según FDA	Riesgo en lactancia
Carbamazepina	D	2
Lamotrigina	C	3
Litio	D	4
Ácido valproico	D	2

Según De La Cruz, 2022 (32).

El litio es de los mejores eutimizantes, pero al mismo tiempo es el de más alto riesgo en el embarazo. Ninguno es inocuo. El uso de medicamentos antidepresivos también debe ser manejado con delicadeza y cautela, especialmente en el primer trimestre del embarazo. Algunas veces los antidepresivos se usan conjuntamente con los ansiolíticos en trastornos de ansiedad. Siempre que sea posible, si hay evolución

satisfactoria, se recomienda suprimir el tratamiento tres meses antes de un nuevo embarazo. En el Cuadro 5 se presenta un resumen del problema de usar los antidepresivos durante la gestación.

Cuadro 5. Medicamentos antidepresivos en el embarazo (según FDA).

Antidepresivos	Nivel de riesgo según FDA	Riesgo en lactancia
Tricíclicos y heterocíclicos		
Amitriptilina	C	2
Amoxapina	C	2
Clomipramina	C	2
Desipramina	C	2
Doxepina	C	5
Imipramina	C	2
Nortriptilina	C	2
Maprotilina	B	NA
Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina		
Citalopram	C	3
Escitalopram	C	3
Fluoxetina	C	2
Fluvoxamina	C	2
Paroxetina	D	2
Sertralina	C	2
Otros medicamentos antidepresivos		
Bupropion	C	2
Duloxetina	C	2
Mirtazapina	C	3
Nefazodona	C	4
Trazodona	C	2
Venlafaxina	C	3

Según De La Cruz (2022) (32).

Como ya se dijo, los trastornos de ansiedad tienen una alta incidencia en mujeres, que se incrementa durante el embarazo. Es difícil concebir un esquema terapéutico sin el uso de benzodiacepinas. El ansiolítico de menor riesgo es buspirona, pero es difícil de conseguir en Venezuela. En el Cuadro 6 se muestran los riesgos de usar ansiolíticos e hipnóticos durante el embarazo.

Cuadro 6. Riesgo de los medicamentos ansiolíticos en el embarazo y lactancia (según FDA).

Ansiofíticos e hipnóticos	Riesgo en embarazo	Riesgo en lactancia
	Benzodiacepinas	
Alprazolam	D	3
Clordiazepóxido	D	3
Clonazepam	D	3
Clorazepato	D	3
Diazepam	D	3 o 4
Estazolam	X	3
Flurazepam	X	3
Lorazepam	D	3
Oxazepam	D	3
Quazepam	X	2
Temazepam	X	3
Triazolam	X	3
	No Benzodiacepinas	
Buspirona	B	3
Hidrato de cloral	C	3
Eszopiclona	C	NA
Zaleplon	C	2
Zolpidem	B	3

Según De La Cruz (2022) (32).

Creely & Denton (33), estudiaron los hallazgos de investigaciones clínicas y preclínicas, tanto en animales como humanos durante el embarazo, relacionados con el desarrollo neurológico materno/fetal, neonatal e infantil después de la exposición prenatal a drogas psicotrópicas, examinando la evidencia sobre los riesgos asociados con la exposición prenatal, incluida la teratogenicidad, los efectos en el desarrollo neurológico, la toxicidad neonatal y las consecuencias neuroconductuales a largo plazo, también conocida como “teratogenicidad conductual”. Realizaron una revisión exhaustiva de los resultados y conclusiones recientes de investigaciones y revisiones originales, respectivamente, que han investigado el impacto a corto y largo plazo de los medicamentos comúnmente prescritos a mujeres embarazadas para trastornos psicológicos, incluidos trastornos del estado de ánimo, la ansiedad y trastornos del sueño. Consideran de especial preocupación el uso de medicamentos psicotrópicos que pueden afectar de manera diferente el desarrollo neurológico fetal en comparación con otros agentes. Encuentran que, entre las mujeres que habían estado embarazadas durante el último año en los EE.UU. (incluidas las mujeres actualmente embarazadas y en posparto), el 25,3 % cumpliría los criterios de un trastorno psiquiátrico mientras que, a nivel mundial, se estima que alrededor del 10 % de las mujeres embarazadas y el 13 % de las mujeres en el período posparto experimentan algún trastorno mental. Los autores citan un estudio reciente realizado en EE.UU. donde, en más de 340 000 mujeres que tuvieron un nacimiento vivo entre 2006 y 2011, se encontró que aproximadamente al 10 % de las mujeres se les indicó un fármaco psicotrópico durante el embarazo, y este promedio variaba del 6 % al 15 % entre los estados. También la tasa de prescripción se mantuvo estable durante ese período de seis años y los psicotrópicos recetados con más frecuencia incluyen los inhibidores selectivos de la captación de serotonina (ISRS) y las benzodiacepinas (BZD) o medicamentos similares a las benzodiacepinas, solos o en combinación, prescritos para la depresión y/o ansiedad. Dado que la edad fértil suele coincidir con la aparición de la enfermedad mental, los efectos fetales de los fármacos psicotrópicos utilizados para tratar a las mujeres con

enfermedades mentales son de particular importancia. La mayoría de los trastornos, como la depresión, los trastornos de ansiedad, el trastorno bipolar y la esquizofrenia, requieren algún tipo de tratamiento médico mediante psicofármacos terapéuticos durante el embarazo. Dado que la enfermedad mental en la madre no es un evento benigno, y en sí misma puede representar riesgos significativos tanto para la madre como para el niño, a lo mejor no es posible simplemente suspender o evitar el uso de medicamentos durante el embarazo. Por lo tanto, la exposición prenatal a drogas psicotrópicas es un importante problema de salud pública. Las decisiones con respecto a la elección, dosis y duración del medicamento deben tomarse cuidadosamente, equilibrando la gravedad, la cronicidad y la comorbilidad de la enfermedad, trastorno o afección mental con el riesgo potencial de resultados adversos debido a la exposición a los medicamentos. A nivel mundial, los problemas de salud mental materna se consideran un importante desafío de salud pública, que requiere una mayor atención a los servicios de salud mental que beneficien tanto a la madre como al niño. Es necesario hacer más investigación clínica y preclínica para tomar decisiones bien informadas y comprender los riesgos asociados con el uso de medicamentos psicotrópicos durante el embarazo (33).

Poco conocidos, de escaso uso y sometidas a muchos prejuicios infundados son la *Terapia Electroconvulsiva* (TEC) y la *Estimulación Magnética Transcreanal* (EMT). Hay una opinión sin fundamento, pero muy extendida, que afirma que la TEC es un arcaísmo terapéutico, poco menos que una “tortura”. Nada menos cierto. En los países del Primer Mundo, los más avanzados en materia política, social y de salud, se sigue usando en sus mejores instituciones asistenciales, aunque no como en sus inicios. Generalmente, en el caso de la TEC, el paciente recibe la estimulación anestesiado y relajado, con un anestesiólogo vigilando todas las constantes vitales. Los efectos secundarios se han reducido al mínimo y ya no se observa la convulsión tónico-clónica generalizada de otros tiempos. Por su parte, la EMT es una técnica mucho más reciente que consiste en colocar campos magnéticos sobre la superficie del cuero cabelludo, bien para inhibir, bien para estimular zonas del

cerebro, que ha resultado útil y de muy pocos efectos secundarios, no solo para el tratamiento de trastornos psiquiátricos, como la depresión, los relacionados con el espectro autista y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), sino también para problemas neurológicos como la enfermedad de Parkinson y el temblor no parkinsoniano (34-36).

## **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

Una aproximación integral al embarazo amerita la inclusión de los procesos previos a la concepción. Ello implica el conocimiento de los fenómenos subjetivos y biológicos propios del amor y la atracción física, hasta ahora insuficientemente evaluados en la evolución saludable o perturbada del embarazo en todos sus aspectos, no solamente los psicológicos, sino también físicos.

Un embarazo sano puede transitar con cambios de humor y de la afectividad que no necesariamente revisten significación clínica, pero que deben ser atendidos en la consulta con el especialista. La opinión generalizada de que el embarazo protege contra los TM ha sido desmentida por las más recientes investigaciones. Cuando hay antecedentes de trastornos mentales, las posibilidades de recaídas son altas, aunque también hay estructuras clínicas de primera aparición durante la gestación.

Las embarazadas con antecedentes psiquiátricos o que inician cuadros clínicos durante el embarazo, siempre deben ser evaluadas por el psiquiatra. Aunque las listas de chequeo y las entrevistas estructuradas permiten detectar y/o cuantificar la intensidad de los TM, no pueden sustituir la entrevista fundamentada en la fenomenología y la analítica existencial, mucho más penetrante y profunda en la biografía y en el mundo vivencial de la mujer embarazada.

Los trastornos de ansiedad, la depresión, el TAB, la esquizofrenia y los trastornos de personalidad incrementan el riesgo de morbilidad perinatal. Además, no existen tratamientos farmacológicos inocuos. No tratar con psicofármacos un TM también comporta un alto riesgo. La decisión debe ser tomada entre el médico y la paciente y contar con

el consentimiento informado. Hay tablas aprobadas por la FDA para estimar el riesgo de los medicamentos sobre el embarazo y el lactante que sirven para orientar y decidir la conducta terapéutica. Cada decisión debe ser particularizada. El TEC y EMT son posibilidades vigentes, útiles y de bajo riesgo para el tratamiento de algunos TM, pero hay que seguir protocolos modernos de evaluación.

Dada la alta incidencia de trastornos mentales durante el embarazo y la necesidad de desarrollar equipos multidisciplinarios, ha tomado impulso la denominada *psiquiatría perinatal*, cuyo estudio es de claro interés durante la especialización en Obstetricia y Ginecología. Es recomendable formar psiquiatras subespecializados en el tema, para generar conocimientos y normas propios para la prevención y asistencia de la salud mental en nuestras mujeres embarazadas, pues siempre hay peculiaridades sociales y antropológicas propias, que ameritan investigación, aprendizaje y estudios distintos en cada país.

## REFERENCIAS

1. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española. Madrid: Editorial Espasa Calpe, S.A.; 2001.
2. Real Academia Nacional de Medicina. Diccionario de Términos Médicos. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2012.
3. Platón. Diálogos. Bogotá: Editorial Panamericana; 1995.
4. Rodas Flores DI, Gómez Contreras ML. El amor romántico. Una aproximación desde la neurobiología y la psicología. Ensayos de Filosofía. 2021;13(1):8.
5. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Arlington, VA, American Psychiatric Association, 2013.
6. World Health Organization (WHO). ICD-11 for mortality and morbidity statistics (ICD-11 MMS) 2018.
7. Santander JR. Reseña de “Seminarios de Zollikon” de Martín Heidegger. La Lámpara de Diógenes; 2008;9:16-17.

8. Heidegger M. Seminarios de Zollikom. México, D.F.: Editorial Herder, S. de R.L.; 2013.
9. Binswanger L. Artículos y Conferencias Escogidas. Madrid: Editorial Gredos; 1973.
10. Speidel JJ, Harper CC, Shields WC. The Potential of Long-acting Reversible Contraception to Decrease Unintended Pregnancy. *Contraception*. 2008;78(5):354-357.
11. Penfield W, Rasmussen T. The cerebral cortex of man: A clinical study of localization of function. New York: Macmillan; 1950.
12. Sosa A. Trabajo inédito. Valencia. 2024.
13. Davidson R. Subjetivo, intersubjetivo, objetivo. Madrid: Ediciones Cátedra (Grupo Anaya, S.A); 2003.
14. Flores-Ramos M. La salud mental en la mujer embarazada. *Perinatología y reproducción humana*. 2013;27(3):143-144.
15. Pascale A. “Consumo de drogas durante el embarazo”. Efectos sobre el binomio materno-fetal, recién nacido y primera infancia. Modalidades terapéuticas y estrategias de prevención. 2017:7-13.
16. Sutter-Dallay AL, Scotta G, Lemoigne S, Gressier F. Psiquiatría y embarazo: la madre y el hijo. *EMC-Ginecología-Obstetricia*. 2020;56(4):1-13.
17. Pérez-Solís D, Rodríguez-Vargas M, Rodríguez-Ricardo A. Prevalencia de trastorno mental en embarazadas. *Rev Arch Méd Camagiuey*. 2020;24(4).
18. Cruzado Díaz L, Herrera López V, Perales-Salazar M. Delirios de embarazo y pseudociosis: una breve aproximación. *Rev Colomb Psiquiat*. 2012;41:208-216.
19. Aznar J, Cerdá G. Aborto y salud mental de la mujer. *Acta Bioeth*. 2014;20(2):189-195.
20. Wallwiener S, Goetz M, Lanfer A, Gillessen A, Suling M, Feisst M, et al. Epidemiology of mental disorders during pregnancy and link to birth outcome: A large-scale retrospective observational database study including 38 000 pregnancies. *Arch Gynecol Obstet*. 2019;299:755-763.

21. Jadresic E. Depresión en el embarazo y el puerperio. *Rev Chil Neuropsiquiat*. 2010;48(4):269-278.
22. Martínez-Paredes JF, Jácome-Pérez N. Depresión en el embarazo. *Rev Colomb Psiquiat*. 2019;48(1):58-65.
23. Alonso-Fernández F. *Las Cuatro Dimensiones del Enfermo Depresivo*. Instituto de España: Madrid; 2009.
24. Rodríguez H. Tratamiento farmacológico del trastorno bipolar en el embarazo: Pharmacological treatment of bipolar disorder during pregnancy. *Med Clín Soc*. 2017;1(1):42-48.
25. López Rega GV, Birriel Y, Caraballo K. Embarazo en pacientes con esquizofrenia. *Rev Psiquiatr Urug*. 2016.p.11-25.
26. Peñalver Sintés L. Anomalías congénitas derivadas del uso de terapia electroconvulsiva o agentes antipsicóticos en mujeres embarazadas con esquizofrenia. (Universitat de les Illes Balears). URI: <https://hdl.handle.net/11201/159643>. 2002.
27. Muñoz-Alba E. Revisión bibliográfica sobre la atención a mujeres con un trastorno de esquizofrenia durante la etapa perinatal. *Matronas Prof*, 2015;16:38-42.
28. Míguez HA, Magri R, Suárez M. Consumo de tabaco y bebidas alcohólicas durante el embarazo. *Acta Psiquiát Psicol Am Latina*. 2009;55(2):76-83.
29. Imaz ML, Navinés R, Gelabert E, Fonseca F, Gutiérrez Zotes A, Guillamat R, et al. Consumo de sustancias durante el embarazo y dimensiones de personalidad. *Adicciones*. 2020;20(X):1-11.
30. Camacho R Carmona, et al. Salud mental, abuso de sustancias y trastornos duales en el embarazo: Tasas de prevalencia y tratamiento en un país desarrollado. *Adicciones*. 2021;34:299-308.
31. Rosan TA, Rosan JS. Uso de fármacos en psiquiatría en el embarazo y lactancia. *Rev Arg Clín Neuropsiq*. 2010;16(2):105-111.
32. De la Cruz Villalobos N. Psicofarmacología durante el embarazo y lactancia. *Rev Cúpula*. 2022;36(2):38-53.
33. Creeley CE, Denton LK. Use of Prescribed Psychotropics during Pregnancy: A Systematic Review of Pregnancy, Neonatal, and Childhood

- Outcomes. *Brain Sci.* 2019;9:235:2-42. doi:10.3390/brainsci9090235  
www.mdpi.com/journal/brainsci.
34. Peñalver Sintés L. Anomalías congénitas derivadas del uso de terapia electroconvulsiva o agentes antipsicóticos en mujeres embarazadas con esquizofrenia. Trabajo de fin de grado. Universitat de Les Illes Balears. 2021-2022.
  35. Bernardo M, Urretavizcaya M. Dignificando una terapia electroconvulsiva basada en la evidencia. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2015:51-54.
  36. Jiménez-Cornejo M, Zamorano-Levi N, Jeria Á. ¿ Es segura la terapia electroconvulsiva durante el embarazo?. *Medwave.* 2016;16(Supl 5).