



## **INTERPSIQUIS**

Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría,  
Psicología y Salud Mental

### **LA ENFERMEDAD MENTAL DURANTE LA GESTACIÓN Y EL PUERPERIO: ATENCIÓN COORDINADA PSIQUIATRA-MATRONA. EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE PSICOSIS REACTIVA BREVE EN EMBARAZO Y DEPRESIÓN POSTPARTO**

Sheyla Sofía Sánchez Rus, Davinia Sánchez Rus

[Sheylass84@hotmail.com](mailto:Sheylass84@hotmail.com)

depresion postparto, psicosis, embarazo, lactancia, matrón, salud mental, melancolía postparto

#### **RESUMEN**

El embarazo y el parto, como procesos de cambios, conllevan un distrés en la mujer, especialmente gestantes con personalidad inestable premórbida. La vulnerabilidad a sufrir ansiedad aumenta también en presencia de estresores vitales presentes o pasados. Si tenemos en cuenta que la prevalencia del "trauma" en sujetos con personalidad borderline es alta, esto multiplica el riesgo. Así como otros cambios biológicos, es habitual que se altere el ritmo circadiano, y en lo relativo a los cambios hormonales añadidos, entre otros, el cortisol aumentará durante el insomnio en la gestante.

Situaciones que inicialmente pueden considerarse fisiológicas, prolongadas en el tiempo, o intensificadas en adición a otros cambios o la vivencia estresante de los mismos, podría generar ansiedad, y derivar en otras complicaciones. Volviendo al cortisol, como hormona del estrés por excelencia, y en relación con los factores personales y vitales de la gestante, se han registrado niveles elevados en grupos de estudio de pacientes con antecedentes traumáticos (trastorno por estrés post-traumático).

Mediante el análisis de este caso clínico, podemos observar algunos factores de riesgo que presenta nuestra paciente, si bien es cierto, que desde el punto de vista ginecológico el embarazo se determina "normal", y el parto se produce finalmente sin incidencias, encontramos durante todo el proceso algunas complicaciones, de índole psicológica, que no se contemplaron inicialmente, ya que los antecedentes de la paciente en Salud Mental, no quedaban claros (diagnóstico no estrictamente filiado).

## **LA ENFERMEDAD MENTAL DURANTE LA GESTACIÓN Y EL PUERPERIO: ATENCIÓN COORDINADA PSIQUIATRA-MATRONA. EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE PSICOSIS REACTIVA BREVE EN EMBARAZO Y DEPRESIÓN POSTPARTO**

Desde el inicio en la atención al embarazo por parte del matrócn, además de las funciones más propias de la especialidad y del proceso fisiológico, hay que considerar el aporte en cuanto a la asistencia psicológica por parte de estos profesionales en las consultas de seguimiento. Habitualmente se evalúan factores que pueden generar malestar emocional en la gestante, en general en relación con los cambios y las diferentes etapas de ambos procesos.

Además de los vómitos o la pirosis, que en algunos casos llegan a causar sensación de incapacidad, otros factores referidos por las embarazadas o que más preocupan a mujeres con deseo de embarazo, son: hipoactividad (pérdida de las rutinas), miedos (en relación con inseguridades acerca del embarazo o anticipación del momento del parto o la crianza), cambios de humor (habitualmente con carácter irritable, o labilidad emocional) o aceptación de la imagen corporal (en ocasiones, aún cuando la ganancia de peso se contempla como uno de los cambios típicos del proceso, conlleva también un proceso de adaptación, en los patrones de feminidad de la mujer y la autoestima).

La percepción de estos cambios "normales" por la gestante, se verá claramente influenciada en el ámbito psicológico si existen antecedentes personales o familiares de salud mental, pero principalmente por el propio "entorno gestacional".

En cuanto al entorno de la embarazada se refiere, se tratará de facilitar las rutinas cotidianas, recomendando ampliar nuevas actividades en beneficio de los cambios gestacionales, pero no necesariamente se trata de apartar a la mujer de sus actividades sociales, de disfrute o laborales, si la situación no lo requiere. En el objetivo de normalización del embarazo, se adaptarán estas situaciones a la necesidad y las capacidades del día a día, en una transición progresiva hacia el parto.

Puntualmente, y dadas las circunstancias de la pandemia actual, muchas embarazadas cuentan haber vivido su embarazo con mayores limitaciones por diversas causas: confinamiento, restricción de actividades físicas y clases de preparación durante el embarazo, temor al contagio, limitación de relaciones sociales y actividades evasivas o culturales, e incluso limitación del contacto familiar. Sin duda, esta situación ha generado entornos gestacionales más estresantes y una vivencia del embarazo algo diferente de la esperada.

## **LA ENFERMEDAD MENTAL DURANTE LA GESTACIÓN Y EL PUERPERIO: ATENCIÓN COORDINADA PSIQUIATRA-MATRONA. EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE PSICOSIS REACTIVA BREVE EN EMBARAZO Y DEPRESIÓN POSTPARTO**

En ocasiones éste ha llegado a ser motivo de consulta en Salud Mental para algunas gestantes, en la dificultad de encontrar el entorno gestacional imaginado, especialmente cuando el entorno habitual ya resultaba hostil, previamente al embarazo. La problemática socio-económica entre otros, así como problemas intrafamiliares exacerbados por las consecuencias de la pandemia (desempleo, enfermedad familiar o pérdida), son factores generadores de estrés situacionales a tener en cuenta.

### **CASO CLÍNICO**

Presentamos la descripción evolutiva de un caso llamativo de psicosis gestacional y depresión postparto, en embarazada derivada a nuestra consulta a petición de su matrona de zona. La paciente cuenta con 7 semanas de gestación, en seguimiento por el matrn de zona, por embarazo normal. Remitida como primigesta, con embarazo deseado, "podría presentar complicaciones psicológicas" según la impresión de la matrona que la sigue. Se realiza un seguimiento estrecho en este caso, dadas las circunstancias psico-sociales de la paciente (disfunción familiar y escaso soporte social).

En relación al motivo de consulta, encontramos un insomnio de reciente instauración, y antecedentes de ansiedad, en varias ocasiones, episodios breves y esporádicos, generalmente reactivos a problemática personal, que han sido tratados por su médico de familia, con remisión completa.

Describiremos el proceso detallado de evolución psicopatológica de la paciente, por lo peculiar del caso y la confluencia de síntomas (diagnóstico en eje 1) así como factores predisponentes de personalidad (diagnóstico en eje 2) objetivables durante el seguimiento en salud mental, así como por los antecedentes referidos por la paciente.

### **LO QUE EMPIEZA POR UN INSOMNIO**

En la primera consulta, la paciente cuenta con 7 semanas de gestación y presenta insomnio de conciliación, casi desde el inicio del embarazo, que viene atribuyendo a problemas en su entorno más cercano, que llegan a afectar a la pareja (en la convivencia con la familia política, ya que la paciente no cuenta con apoyo de familia de origen).

## **LA ENFERMEDAD MENTAL DURANTE LA GESTACIÓN Y EL PUERPERIO: ATENCIÓN COORDINADA PSIQUIATRA-MATRONA. EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE PSICOSIS REACTIVA BREVE EN EMBARAZO Y DEPRESIÓN POSTPARTO**

El motivo de la derivación, es que la dificultad de conciliación evoluciona a insomnio mixto con despertar precoz casi diario y ausencia de descanso necesario. La paciente ha manifestado que empieza a ponerse nerviosa, retoma medicación de episodio previo de ansiedad (lorazepam) por indicación de su médico de familia y es la matrona quién le recomienda consultar en salud mental, a pesar de reticencia de la gestante.

En la recogida de la historia y psicobiografía, deja entrever factores de personalidad de tipo inestabilidad emocional premórbidos, habla de una adolescencia difícil, con algunas consultas en psicólogo privado, de las que no aporta documentación, por iniciativa de sus padres. Menciona episodios de consumos de tóxicos y conductas imprudentes, que atribuye a las compañías en ciertas etapas de su vida. También alude a ideas de suicidio previas, hace algunos años, e incluso algunas autolesiones leves, desde la adolescencia. Reconoce problemas de autoestima, generalmente en relación con la imagen corporal, y cambios frecuentes de humor, sin llegar a verse depresiva, pero si "con falta de energía a veces". Describe sentimiento repetido de vacío que recuerda en los "cambios de etapa" en su vida, de sentirse "desubicada". Explica una tendencia a aburrirse de las cosas, buscar novedades, "cosas que empiezo y luego vuelvo a dejar", en la necesidad de cambio constante. Se percibe inquieta habitualmente, pero "para nada conflictiva", aunque reconoce que establece relaciones "difíciles" tanto con las parejas, como en otros entornos, laborales, de amistad e incluso con su familia de origen, con quien actualmente no mantiene contacto alguno.

En el episodio actual destacamos principalmente la abstinencia de tóxicos, desde hace algunos años, y la aparición de episodios de ansiedad autolimitados en el tiempo, cursando con períodos de hipotimia, y otros de cierta exaltación (ilusión) por la vida. Actualmente mantiene pareja estable, de un año de relación, la convivencia con su familia política se complica porque "no se siente aceptada por ellos", la relación de pareja es buena, y la decisión de embarazo es consolidada por ambos según la paciente, con planificación de futuro en torno a ampliar la familia e independizarse. Surgen algunos problemas en relación con la crisis económica en pandemia: la pareja ha perdido su trabajo y eso le hace preocuparse "dependen de sus ingresos" (ella no tenía trabajo antes del embarazo).

En exploración no se aprecia psicopatología activa relevante, especialmente en cuanto al estado de ánimo u otras alteraciones significativas.

## **LA ENFERMEDAD MENTAL DURANTE LA GESTACIÓN Y EL PUERPERIO: ATENCIÓN COORDINADA PSIQUIATRA-MATRONA. EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE PSICOSIS REACTIVA BREVE EN EMBARAZO Y DEPRESIÓN POSTPARTO**

Se anotan rasgos de personalidad que podrían resultar disfuncionales a lo largo de la vida de la paciente, según ella misma reconoce: dependencia e inestabilidad emocional. Se detallan los factores psicosociales referidos, en cuanto a que podrían suponer estresores vitales para la paciente. Y se abordará principalmente el insomnio y ansiedad, mediante refuerzo del tratamiento ansiolítico, en pauta más continuada (lorazepam 0.5-1mg cada 8 horas).

La paciente establece buen contacto con terapeuta (psiquiatra), aunque no considera necesario volver a revisión. Ahora desde el embarazo se percibe más irritable, y tendente al llanto, lo que ella cree que es normal. Se programan consultas telefónicas y presenciales cada 4 semanas en coordinación con su matrona, que apoya un tratamiento conductual, basado en hábitos de ejercicio físico e higiene del sueño. Por nuestra parte se instaura Fluoxetina que había tomado previamente por afectación anímica en semana 12. Dice mejorar el ánimo en contacto telefónico, en 2-4 semanas.

### **DESDE EL INSOMNIO A LA PSICOSIS**

A partir de entonces la paciente pierde contacto con Salud Mental, deja de responder. Sí acude al seguimiento con la matrona, esta nos informa, que se muestra a la defensiva en su consulta, y con desconfianza (semana 16-18). Se requiere el contacto con la pareja, que por primera vez acompaña a la paciente y nos comenta que ha pasado de estar nerviosa y preocupadiza, a estar "rara" en casa, especialmente con su familia, con quienes viven. Explica que no quiere salir, tampoco duerme, come a deshoras y en atracones y si intentan ayudarla o animarla, les reprocha que es porque quieren al bebé. Reconoce que en casa se vive una situación estresante, con el embarazo de ella y los cambios de humor, más la pérdida del trabajo de él, pero no entienden que les puede pasar.

En la exploración psicopatológica de la paciente se aprecia autoreferencialidad con contenidos delirantes hacia la familia de su pareja, la crítica es constante hacia ellos, expresa agresividad, en la convicción de que algo "traman para cuando nazca el bebé". No se enfrenta con ellos pero los evita, e intenta aislarse con él, confía en su pareja pero "en nadie más". Llanto frecuente. Se niega a volver a consulta, y ha dejado de tomar Fluoxetina también hace un mes.

## **LA ENFERMEDAD MENTAL DURANTE LA GESTACIÓN Y EL PUERPERIO: ATENCIÓN COORDINADA PSIQUIATRA-MATRONA. EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE PSICOSIS REACTIVA BREVE EN EMBARAZO Y DEPRESIÓN POSTPARTO**

Surge en este episodio la necesidad de iniciar tratamiento con Quetiapina 50-100 mg dadas las características del cuadro y sobretodo la evolución del mismo, a episodio psicótico. Informamos a la pareja y convivientes de la situación actual, los riesgos para la paciente, en cuanto a la perdida de la realidad de la paciente. El episodio actual, tan abrupto podría relacionarse con los múltiples factores de estrés que rodean el embarazo desde el inicio. En este momento el tratamiento es necesario beneficio de la paciente, de modo que si se negara o no fuera suficiente el soporte familiar para asegurarlo en casa, sería conveniente un ingreso hospitalario. Se asegura el contacto con la pareja para supervisar la evolución.

La respuesta es positiva con mejoría a las 2-3 semanas del inicio del tratamiento, con Quetiapina 100mg, y en la semana 24 de embarazo, la paciente viene con la pareja a consulta. Presenta remisión de síntomas, especialmente en cuanto al descanso reparador, vuelve a recuperar el sueño (unas horas más de lo normal). No entiende por qué le ha pasado esto, pero sí razona que ha estado muy estresada, y se hace conciente de los riesgos. Mantiene el deseo de maternidad, y acepta los cuidados típicos de la situación.

En posteriores contactos telefónicos, tanto la paciente como la pareja nos informan telefónicamente que no hay cambios, se ha mantenido la remisión de síntomas, y aunque ahora se siente más cansada, lo atribuyen a la progresión del embarazo (tercer trimestre). Dada la situación actual, consideramos mantener atención a la evolución de la paciente, y el contacto con la matrona de su centro, para evaluar nuevamente en postparto de no producirse nuevas incidencias antes del parto.

### **DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS REACTIVA**

Se establece como diagnóstico de la paciente "episodio psicótico breve en paciente con trastorno de personalidad borderline". Aunque desconocemos el origen de la psicosis y este tipo de procesos se consolidan en relación con algún factor estresante grave, es cierto que la confluencia de estresores son una constante en nuestra paciente, que en este caso cumple los criterios habituales para su diagnóstico: pico de edad entre los 20-40 años y sintomatología psicótica, predominantemente delirante (las alucinaciones pueden acompañar también al delirio) que aparece de forma súbita y abrupta.

## **LA ENFERMEDAD MENTAL DURANTE LA GESTACIÓN Y EL PUERPERIO: ATENCIÓN COORDINADA PSIQUIATRA-MATRONA. EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE PSICOSIS REACTIVA BREVE EN EMBARAZO Y DEPRESIÓN POSTPARTO**

La rápida respuesta al tratamiento con dosis no altas de quetiapina es otra de las características propias de este episodio psicótico, de duración habitual menos de un mes. Y por último, aunque el diagnóstico de la paciente, abarca dos de los ejes clasificatorios a distinto nivel, es importante destacar como los trastornos de la personalidad constituyen un factor de riesgo importante para esta condición.

Si bien es cierto, que este tipo de cuadros (psicóticos) en torno a los procesos de embarazo y parto en la mujer, son algo más habituales en el postparto (incluso siendo de incidencia baja o muy baja), entendemos que la complicación de aplicar tratamientos durante el embarazo, lo hace una situación más especial, si cabe. En este caso, el episodio resultó autolimitado en el tiempo, con buena respuesta al tratamiento, y sin complicaciones o secundarismos derivados del mismo. El parto se produjo sin incidencias con lactancia materna, y se programa seguimiento estrecho por matrona-salud mental, durante unos meses.

### **PSIQUIATRÍA EN EL PUERPERIO: DEPRESIÓN POSTPARTO**

Un mes después la paciente vuelve a consulta, informando de incremento de ansiedad, apatía y clinofilia (no tristeza). Atiende adecuadamente al bebé, pero no se ocupa de ella misma, se dice falta de energía, pero no quiere interrumpir la lactancia, motivo por el que dice no haber venido antes (considera que si toma tratamiento no podrá lactar). Nos transmite que se culpabilizaría más por ello. La exploración manifiesta sintomatología depresiva, de unas 3 semanas de evolución, con progresión y empeoramiento. No presencia de síntomas graves por el momento, pero urge el tratamiento

La aplicación del Cuestionario de Edimburgo (*Escala de Depresión de Post-Parto de Edinburgh – EPDS*), es una herramienta muy útil para la alerta de sintomatología depresiva. Es distribuido en los centros de Salud por matronas y pediatras, que atienden al bebé o a la madre, en el seguimiento de la lactancia, profesionales familiarizados con el fenómeno “maternity-blues” (melancolía del postparto), habitualmente de etiología hormonal (caída de estrógenos y progesterona), en la primera semana tras el alumbramiento. Sin embargo, más del 10% de las madres, mantendrán un ánimo bajo en las siguientes semanas, y algunas de ellas (madres deprimidas) quedarán sin tratamiento si esto no se informa adecuadamente.

## LA ENFERMEDAD MENTAL DURANTE LA GESTACIÓN Y EL PUERPERIO: ATENCIÓN COORDINADA PSIQUIATRA-MATRONA. EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE PSICOSIS REACTIVA BREVE EN EMBARAZO Y DEPRESIÓN POSTPARTO

Estas madres logran sobrellevar la carga de su bebé y las rutinas cotidianas, pero su placer por la vida se ve gravemente afectado (anhedonia) a largo plazo.

La encuesta se orientará a los sentimientos y sensaciones de la mujer en la semana previa al test, y es importante que la madre no se vea "influenciada" en sus respuestas por la presencia de algún familiar. Se aplicará hasta las 6-8 semanas post-parto y una puntuación mayor de 10 indicará probable episodio de depresión, aunque la puntuación no valora la gravedad.

La pregunta número 10 hace referencia a la ideación autolesiva o pensamientos de muerte, y en caso de ser diferente a "0" (nunca), es conveniente valorar por especialista en salud mental. En caso de no quedar clara una primera evaluación inicial, se puede repetir a las 2 semanas de nuevo. Como prueba complementaria no sustituirá a la valoración clínica, que en nuestra paciente es indicativa de episodio depresivo.

ESCALA DE EDINBURGH DE DEPRESIÓN POS-NATAL	
Como você recentemente teve um bebê, gostaria de saber como você está se sentindo nos últimos dias. Por favor, marque com um X a resposta mais próxima ao que você tem sentido.	
1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas: <input type="checkbox"/> 0- Como eu sempre fiz <input type="checkbox"/> 1- Não tanto quanto antes <input type="checkbox"/> 2- Sem dúvida, menos que antes <input type="checkbox"/> 3- De jeito nenhum	6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia * <input type="checkbox"/> 3- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles <input type="checkbox"/> 2- Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes <input type="checkbox"/> 1- Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles <input type="checkbox"/> 0- Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes
2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia <input type="checkbox"/> 0- Como sempre senti <input type="checkbox"/> 1- Talvez, menos que antes <input type="checkbox"/> 2- Com certeza menos <input type="checkbox"/> 3- De jeito nenhum	7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir * <input type="checkbox"/> 3- Sim, na maioria das vezes <input type="checkbox"/> 2- Sim, algumas vezes <input type="checkbox"/> 1- Não muitas vezes <input type="checkbox"/> 0- Não, nenhuma vez
3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas * <input type="checkbox"/> 3- Sim, na maioria das vezes <input type="checkbox"/> 2- Sim, algumas vezes <input type="checkbox"/> 1- Não muitas vezes <input type="checkbox"/> 0- Não, nenhuma vez	8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada * <input type="checkbox"/> 3- Sim, na maioria das vezes <input type="checkbox"/> 2- Sim, muitas vezes <input type="checkbox"/> 1- Não muitas vezes <input type="checkbox"/> 0- Não, de jeito nenhum
4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão <input type="checkbox"/> 0- Não, de maneira alguma <input type="checkbox"/> 1- Pouquíssimas vezes <input type="checkbox"/> 2- Sim, algumas vezes <input type="checkbox"/> 3- Sim, muitas vezes	9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado * <input type="checkbox"/> 3- Sim, quase todo o tempo <input type="checkbox"/> 2- Sim, muitas vezes <input type="checkbox"/> 1- De vez em quando <input type="checkbox"/> 0- Não, nenhuma vez
5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo* <input type="checkbox"/> 3- Sim, muitas vezes <input type="checkbox"/> 2- Sim, algumas vezes <input type="checkbox"/> 1- Não muitas vezes <input type="checkbox"/> 0- Não, nenhuma vez	10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça * <input type="checkbox"/> 3- Sim, muitas vezes, ultimamente <input type="checkbox"/> 2- Algumas vezes nos últimos dias <input type="checkbox"/> 1- Pouquíssimas vezes, ultimamente <input type="checkbox"/> 0- Nenhuma vez

Fuente: MATTAR, R. et al. A violência doméstica como indicador de risco no rastreamento da depressão pós-parto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrical*. Rio de Janeiro, v.29, n.9, p.470-477, 29 set. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/rgo/pdf/rbgo/v29n9/06.pdf>>. Adaptado de: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. *O cuidado em enfermagem materna*. 5ª. ed., Porto Alegre: Artmed, 2002, 768 p.

Tras la confirmación diagnóstica en exploración psicopatológica en nuestra consulta, alentada por la matrona (\*Escala de Edimburgo: 12 puntos), se inicia tratamiento antidepresivo con desvenlafaxina 50 mg cada 24 horas, informando de situación y riesgos, y tranquilizando a la madre sobre la lactancia. Este es un aspecto esencial a la hora de establecer adherencia terapéutica al fármaco, ya que casi cualquier madre preferirá tolerar efectos leves en sí misma, pero en ningún caso para el bebé.



# **LA ENFERMEDAD MENTAL DURANTE LA GESTACIÓN Y EL PUERPERIO: ATENCIÓN COORDINADA PSIQUIATRA-MATRONA. EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE PSICOSIS REACTIVA BREVE EN EMBARAZO Y DEPRESIÓN POSTPARTO**

## **CONCLUSIONES**

La depresión posparto es una de las posibles complicaciones tras el parto (la más frecuente), con prevalencia de hasta 30%. Se fundamenta en una serie de cambios negativos en los patrones emocionales que repercuten en el resto de patrones funcionales, y persistirán en el tiempo si no se tratan. Por ello, requiere de abordaje con brevedad, y una atención integral (como ejemplo el caso expuesto), así como ayuda social y familiar. Puede resultar infradiagnosticada, considerada enfermedad "tabú" especialmente cuando la asistencia sanitaria que reciben las puérperas está más centrada en los aspectos biomédicos, y habitualmente menos en los psicosociales.

Este proceso disminuye la calidad de vida materna e infantil: para algunas mujeres puede ser su primer episodio de depresión, aunque en muchos casos las mujeres presentan síntomas durante el embarazo y pasan desapercibidos, siendo más frecuente en mujeres con antecedentes, o como en el caso actual, en la evolución del propio episodio psicótico. El riesgo de sufrir esta afección, es mayor en pacientes con antecedentes de trastorno ansioso o afectivo, principalmente. También aumenta la prevalencia entre las madres primerizas.

Tras la remisión del episodio es recomendable el seguimiento de la madre en consulta de Salud Mental, durante unos meses después. Se facilitará por tratarse de situaciones "especiales" el contacto telefónico, en ausencia de sintomatología, cuando a la madre le suponga mayor estrés acudir a consulta en persona. El papel del matrn en el seguimiento de la lactancia es fundamental, y el contacto entre éste y Salud Mental es muy importante, para alertar de posibles síntomas emocionales, en madres sin apoyo social, o familia ausente.

Se reconocen factores conductuales y psicosociales favorecedores de la depresión, algunos de ellos presentes en nuestra paciente. Entre los conductuales: las actitudes frente a la vida, la tendencia al estrés, la inseguridad percibida de las primerizas y la falta de sueño y tiempo tan común tras el nacimiento de un recién nacido. En relación a los factores psicosociales, se consideró importante investigar el papel que juegan las relaciones de la madre con personas significativas para ella ("entorno gestacional") y el personal sanitario implicado en la transición a la maternidad.

## **LA ENFERMEDAD MENTAL DURANTE LA GESTACIÓN Y EL PUERPERIO: ATENCIÓN COORDINADA PSIQUIATRA-MATRONA. EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE PSICOSIS REACTIVA BREVE EN EMBARAZO Y DEPRESIÓN POSTPARTO**

En este sentido, el apoyo social se ha visto que tiene un papel clave sobre la autoeficacia percibida en la mujer durante el embarazo y el parto.

En cuanto al tratamiento de la depresión, la exposición a ciertos antidepresivos a través de la leche materna no parece afectar al niño. Sin embargo, se ha observado que los lactantes expuestos a la depresión materna durante 2 o más meses, experimentan menor aumento de peso entre otras complicaciones. En este caso, en la elección de desvenlafaxina 50mg (familia ISRN), se recomienda administración oral una sola vez al día, pauta compatible durante la lactancia (\*Hale 2019, Rowe 2013), ya que se excreta en cantidad mínima en la leche materna, y apenas se detecta en el plasma de lactantes (2-6% de la concentración plasmática materna) - (\*Ilett 2010, Rampono 2004).

Si observamos todo el proceso en su conjunto, vemos como la sintomatología psicótica que debuta de forma brusca en la gestación, remite completamente con el tratamiento. Esto permite retirarlo antes del parto y aunque durante el último mes de embarazo la paciente se mantiene estable, sí que aparece cierta introversión y tendencia al sueño, que se relaciona más con el cansancio físico del tercer trimestre del embarazo y el mantenimiento de relajantes musculares (diazepam, para dormir). El estado de ánimo ha estado conservado, negando tristeza todo el tiempo y sin síntomas de hipotimia clara.

Tras el parto, en la epicrisis del episodio psicótico, encontramos que la "nueva" madre, mantiene un buen funcionamiento y conducta adecuada hacia el bebé y la familia de apoyo. Afronta el nacimiento con cierta emoción, aunque algo irritable (lo que se puede atribuir al parto). La paciente tiene un parto normal (anestesia epidural), el RN presenta leve bajo peso, sin otras complicaciones (Apgar normal). La madre inicia lactancia sin incidencias.

Sin embargo, en relación a los signos de alerta que se informan a la familia, tras el episodio acontecido durante la gestación, es la pareja quién a buen criterio, considera que algo "puede estar fallando" de nuevo. Una intervención precoz en depresión postparto, nos asegura una mejor evolución, en este caso apreciable al primer mes de tratamiento, con remisión parcial en 4 meses. Se recomendó a la paciente mantener el tratamiento 6 meses, hasta la fecha actual.

# **LA ENFERMEDAD MENTAL DURANTE LA GESTACIÓN Y EL PUERPERIO: ATENCIÓN COORDINADA PSIQUIATRA-MATRONA. EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE PSICOSIS REACTIVA BREVE EN EMBARAZO Y DEPRESIÓN POSTPARTO**

## **DISCUSIÓN**

Como resumen del caso clínico presentado, más que la propia evolución sintomática o los tratamientos, queremos destacar la importancia de la coordinación multidisciplinar en la atención a las gestantes "susceptibles". Valoraremos especialmente, los antecedentes personales o familiares de salud mental, así como embarazos que se desarrollen en entornos con alta problemática de índole psico-social. El trabajo del matrn a nivel ambulatorio (iniciando el tratamiento conductual), es esencial como primer escaln en el abordaje de los problemas de sueo o ansiedad fisiolgicos del embarazo.

Tanto durante el embarazo como durante el parto, la atencin al binomio madre-beb, queda definida por el conjunto en los especialistas que atiendan a la paciente durante estos procesos. La mejoría centrada en la madre, evaluará siempre el riesgo para el beb, en casos de depresin contemplando la posibilidad de lactancia, cuando la madre así lo desea.

Y finalmente nuestra discusin, en torno a este caso, va orientada hacia la conveniencia de incluir un cribado de "gestantes de riesgo emocional" para la prevencin y deteccin precoz de patologa mental. Consideramos que sería acertado establecer un control durante el embarazo y tras el parto del estado psicolgico de estas madres vulnerables con la posibilidad de efectuar un protocolo para este tipo de casos.

# **LA ENFERMEDAD MENTAL DURANTE LA GESTACIÓN Y EL PUERPERIO: ATENCIÓN COORDINADA PSIQUIATRA–MATRONA. EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE PSICOSIS REACTIVA BREVE EN EMBARAZO Y DEPRESIÓN POSTPARTO**

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. -Psicosis puerperal. Gomez Alcalde, M. Patología psiquiátrica en el puerperio. Revista de Neuro-psiquiatría; 65: 32-46. Madrid, España.
2. -Postpartum Depression. Julie S. Moldenhauer, MD, Children´s Hospital of Philadelphia. MSD Manuals, professional version. Last update, May 2020.
3. -Maternity blues as predictor of postpartum depression: a prospective cohort study among Japanese women. Mayumi Watanabe, Koji Wada, Yumi Sakata. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2016;37(2):73.
4. -Edinburg Postpartum Depression Scale. J.L. Cox, J.M. Holden, R. Sagovsky. British Journal of Psychiatry [Revista Británica de Psiquiatría] Junio de 1987, Volumen 150.
5. -Validating the Edinburgh Postnatal Depression Scale´s internal consistency and factor structure amongst pregnant women in Cartagena, Colombia. Adalberto Campo-Arias, M.D., Cristian Ayola-Castillo. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología Vol. 58 No. 4. 2007. (277-283)
6. -Test de Denver (anexo 2). Supervisión del desarrollo psicomotor y afectivo. Trastornos asociados. Programa de Salud Infantil. AEPap 2009.
7. -Manual de Psiquiatría Médica. Moore, D; Jefferson J. Elsevier. España, 2005.