

## **LA PSICOSIS PUERPERAL**

Jessica Roxanna Russo De León, Alba García Pérez, Víctor Perez Plaza, Nadia López Inbernón, Modesto Jesús Sánchez López, Joaquín Gil Sánchez, María Teresa Izquierdo Ros, María Dolores Ruiz Velasco, Elena Moral Zafra, Marta Roca Carles

[Jessruss5@gmail.com](mailto:Jessruss5@gmail.com)

### **RESUMEN**

**INTRODUCCION.** Contrariamente a la imagen idealizada de la paternidad, los meses posteriores al parto son muy propensos a patología mental. La mujer se encuentra en una etapa de importantes cambios biopsíquicos, lo que significa que no es demasiado raro que se produzca una crisis de identidad. La psicosis puerperal se incluye dentro de los trastornos psicóticos no especificados. Aparece en 1-2 casos de cada mil partos y es importante observar los pródromos porque una vez instaurada la psicosis la paciente puede ser un peligro tanto para ella como para su hijo.

**MATERIAL Y METODOS.** Presentaremos un caso clínico de una primípara de 29 años donde se evidencia la evolución y tratamiento de la psicosis puerperal.

**RESULTADOS.** En nuestro caso fue necesario un internamiento y la instauración de tratamiento que mejora significativamente el estado mental de la paciente llevándola inclusive a hacer crítica adecuada del contenido delirante. Se previno las horribles consecuencias de una psicosis puerperal no detectada a tiempo que hemos visto más de una vez en las noticias.

**CONCLUSION.** Como el 50-60% de los casos nuestra paciente era primípara y presentó el antecedente personal de un Trastorno Afectivo que suele destacar en una buena parte. Se trata de un cuadro "polimórfico" haciendo alusión a la multitud de diferentes combinaciones. Es muy importante a la hora de evaluar una paciente tomar en cuenta esta información para hacer un buen diagnóstico diferencial.

## LA PSICOSIS PUERPERAL

### INTRODUCCIÓN

La psicosis postparto o psicosis puerperal no existe actualmente como entidad propia en las clasificaciones internacionales, se incluye en el DSM IV y la CIE 10 dentro de la categoría de trastornos psicóticos no especificados F.29. Este no debe cumplir los criterios para un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico debido a enfermedad médica o trastorno psicótico inducido por sustancias.

La PP se caracteriza por depresión, ideas delirantes que aparecen después del parto y un inicio abrupto. El cuadro posee unas características: Rápido cambio de la sintomatología, labilidad del humor y síntomas contusionales. Los síntomas iniciales pueden ser confusión, agitación, ansiedad, actitudes catatoniformes, cambios en la orientación y atención, depresión, Delirium, ideas de autolesionarse o lesionar al bebe. Puede iniciarse en los días siguientes al parto aunque la mayoría tiene lugar en las ocho semanas posteriores a dar a luz.

La psicosis posparto difiere de los episodios psicóticos de mujeres no posparto. El comportamiento agitado, la falta de autocrítica, los delirios de persecución, la celotipia, la grandiosidad, la suspicacia, el deterioro sensorial y de la orientación y la negligencia en el cuidado personal fueron significativamente más comunes en mujeres en estadio posparto.

La incidencia de PP se sitúa en torno a 1 o 2 por cada 1000 partos. Existen múltiples factores tanto psicosociales como biológicos asociados al desarrollo de una psicosis en el puerperio. Entre los factores más relevantes destaca en primer lugar el antecedente personal de un Trastorno del estado del ánimo, por lo general Trastorno Bipolar pero también puede corresponder a un trastorno depresivo, esquizofrenia o un Trastorno Esquizoafectivo. Alrededor del 50% es primípara, cerca del 60% ha presentado complicaciones no psiquiátricas perinatales. Los familiares de pacientes que sufren psicosis posparto tienen una incidencia de trastornos afectivos con la misma frecuencia que los familiares de los que presentan trastornos afectivos. Otros factores son: primípara, hijo varón, ser soltera, toxicomanías, estación del año y relaciones sociofamiliares conflictivas (con mayor peso la relación con la pareja y la relación con la madre), cesaría.

Aparte de los psicosociales existen factores biológicos Hormonales asociados actualmente en estudio: CRH, Estrógenos, Progestágenos, Prolactina, Glicina. En muchas de las afectadas se han visto niveles bajos de estradiol. Existe bibliografía sobre el efecto de los estrógenos y esteroides sobre el SNC. Los estrógenos en particular tienen la capacidad de modular la función serotoninérgica y durante el parto se produce una bajada de estos con la expulsión de la placenta.

Desde la perspectiva psicodinámica se habla del rechazo al niño sea consciente (embarazo no deseado) o más a frecuentemente inconsciente, que emana de la ambivalencia profunda que

## LA PSICOSIS PUERPERAL

marca la relación madre e hijo, producto de la reactivación del conflicto oral. La desaprobación de sus propias madres como modelo de identificación e imitación deja a estas mujeres carentes de plan de acción lo que produce emociones desagradables. Se sienten comprometidas con la maternidad, pero dado que su propia madre fue considerada modelo materno insuficiente y sus hijos no son capaces de decirles cómo hacerlo correctamente se sienten rechazada. Esta identificación da lugar a su vez, al rechazo del propio bebé por la madre. Se señalan entre los antecedentes de estas pacientes graves alteraciones genealógicas (padre desconocido, desaparecido, relaciones incestuosas).

### Tratamiento

El cuadro suele remitir mediante tratamiento neuroléptico o terapia electroconvulsiva. El Litio es una opción ampliamente utilizada con buenos resultados sobre todo a nivel anglosajón. Los antipsicóticos atípicos Olanzapina y Quetiapina son de elección ya que en las revisiones no han mostrado efectos adversos en los infantes.

La Clorpromazina, el Haloperidol y la Risperidona se pueden administrar en madre lactantes bajo estrecha supervisión. La hospitalización es indispensable debido al elevado riesgo de conductas infanticidas y suicidas. En cuanto a la duración de la hospitalización, suele ser similar a la de otros cuadros psicóticos fuera del postparto.

En algunos casos, se ha visto resistencia a los tratamientos psiquiátricos convencionales, que algunos autores explican con la bajada estrogénica fisiológica durante este periodo, de la que ya se hemos comentados. Por lo que ven beneficioso en estos casos el tratamiento con derivados estrogénicos.

El contacto con el bebé es beneficioso. Al separarle largo tiempo promueve el que identifique a la madre como un extraño y presentará reacciones de rechazo que complicarán el reintauración de las relaciones y confirmará a la madre en la creencia de que no es capaz de cuidarlo. Las visitas deben ser supervisadas estrechamente.

Se suele contraindicar la lactancia, más por el riesgo de que la madre pueda dañar al infante que por la teratogenicidad de los fármacos utilizados. Estos últimos suelen ser seguros exceptuando fármacos como el Litio que se excreta por la leche materna.

### Evolución y pronóstico

Una vez pasado el episodio agudo de psicosis está indicada la psicoterapia que suele ayudar a que la paciente se sienta a gusto con su maternidad. Se debe informar a la paciente de la probabilidad de recaída sobre todo en los trastornos bipolares. El tratamiento farmacológico preventivo es controvertido, se suele preferir la Carbamazepina en lugar al Litio. No se han visto beneficios con los tratamientos hormonales preventivos. Presenta un buen pronósticos, solo

## LA PSICOSIS PUERPERAL

entre un 10-15% evoluciona a esquizofrenia y una vez pasado el episodio agudo la relación con el niño suele restablecerse satisfactoriamente.

### OBJETIVO

Reconocer el cuadro clínico de la psicosis puerperal y de esta manera contribuir al aumento del nivel de conocimiento general del mismo.

### CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 29 años que acude a Servicio de Urgencias acompañada por su pareja solicitando valoración psiquiátrica

#### Antecedentes

No presenta antecedente somático de interés, únicamente destacaban: parto por cesárea hace seis semanas.

Como antecedentes psiquiátricos quien le acompaña refiere dos ingresos en hospitales distintos al que consulta separados por dos años por depresión con sintomatología psicótica, el último hace 6 años. En su expediente en el hospital de consulta constaba una consulta por malestar anímico con clínica autorreferencial de hace 4 años. Había estado en seguimiento y tratamiento con psiquiatra privado hasta unos 8 meses antes. El tratamiento previo: Aripiprazol 10mg 1-0-0 y Loracepam 1-1-1. Admite antecedente de consumo habitual de Cannabis que abandona hace unos dos años. Como antecedentes familiares refiere Alzheimer en familiar de primer grado.

En la psicobiografía de la paciente destacaba que era natural La Rioja (España) y la menor de dos hermanos (1 varón y 1 mujer). Escolarización hasta los 18 años. El ajuste socio-laboral era correcto. Diversos empleos temporales como dependiente. Se trasladó a vivir a la provincia de Murcia hace 12 años, soltera convive con su pareja (8 años de relación) y la suegra. Su primer hijo (un varón) nació hace seis semanas por cesarí. Madre fallecida hace dos meses, refieren poca reacción ante la pérdida y relación paterna escasa actualmente. Buena relación de pareja.

#### Enfermedad actual

La paciente acude por malestar anímico refiere "un bajon" como en otras ocasiones que asocia a la sensación de que su pareja tiene a otra persona. Explica que esta noche no ha aguantado más el llorar y ha llamado a su marido mientras este trabajaba porque se encontraba segura de que encontraba con otra mujer a la que ella no conoce.

La pareja refiere que desde hace unos 4 días no le ve comer, duerme muy poco, se viste mal y le acusa de serle infiel con varias mujeres llegando a pegarle en agitadas discusiones. Anoche le ha levantado con el bebe en brazos mientras este lloraba refiriendo que no sabía de dónde había

## LA PSICOSIS PUERPERAL

salido y lo que le sucedía a este. Esta tarde ha estado dando vueltas sin parar por la casa y se no se ha hecho cargo del niño dejándole abandonado en la cuna sin alimentarle.

### Exploración psicopatológica

Consciente, orientada en persona y espacio, no en tiempo. Contacto psicótico. Suspica. Abordable, pseudocolaboradora. Cierta perplejidad y confusión. Ligera inquietud psicomotriz, ojos rojos, se toca el pelo constantemente y se muerde los dedos llevando dos de ellos con sangre. Querulante en presencia su marido. Discurso no espontáneo centrado en malestar anímico y delirio celotípico. Refiere ánimo bajo sin ritmo endógeno de una semana de evolución e hiporexia. Insomnio de mantenimiento. Niega alteración sensorio-perceptivas. Presenta ideas de muerte reactivas al engaño del que refiere ser víctima "mi marido me engaña". No auto/heteroagresividad en el momento actual.

### Evolución

Durante su estancia en la unidad se instauró tratamiento farmacológico con Olanzapina hasta 20 mg/d, Aripiprazol 10mg y Clonacepam. Lentamente fue mejorando el contacto, el afecto y los síntomas psicóticos; de forma progresiva fue tomando distancia del contenido delirante hasta lograr criticarlo sin embargo padecía amnesia de los hechos ocurridos en los días previos y durante el ingreso. Al adaptarse satisfactoriamente a la dinámica de la unidad. Se le otorgaron permisos al hogar que transcurrieron sin incidencias. Al alta la paciente se encontraba libre de sintomatología afectiva, psicótica libre ideas de muerte o lisis y era capaz de hacerse cargo de su hijo. Se mantuvieron dosis bajas de medicación y se recomendó el seguimiento ambulatorio.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

De entre los factores asociados nuestra paciente presentaba el antecedente de cesaría, patología psiquiátrica previa con componente afectivo, primer hijo de sexo varón. El cuadro clínico es bastante inespecífico, tanto síntomas afectivos fluctuantes, como estados de consciencia. El contenido delirante es muy variado, en este caso no incluye al recién nacido como suele esperarse pero la pero su negligencia en los cuidados así como su falta de interés de interés por este hace pensar en una negación del mismo.

En las pacientes suele ser frecuente el no querer hablar, contrariamente a nuestro caso no suelen buscar atención médica. En los casos de madres sin contacto con la especialidad cabe suponer que la búsqueda de atención podría retrasarse por lo parece razonable aumentar el nivel de conocimiento tanto del personal sanitario como de la población en general sobre esta patología.

Actualmente la PP no goza de autonomía nosológica sin embargo Hipócrates, en la antigüedad ya había descrito las enfermedades mentales graves que aparecían después del parto, a las que denominó "locura de las parturientas". El término "psicosis puerperal" acuñado por Furstner

## LA PSICOSIS PUERPERAL

existe desde 1875 y comprendía el 14% de los ingresos femeninos actualmente la cifra oscila entre el 2 y el 3%.

El internamiento suele ser necesario para asegurar el bienestar del recién nacido sin embargo el contacto con la madre es vital para la buena evolución del episodio. La amnesia suele ser una sintomatología frecuente descrita desde la antigüedad en estos casos.

### BIBLIOGRAFÍA

- Gómez Alcande M. Patología psiquiátrica en el puerperio: psicosis puerperal. *Neuro psiquiatría*. 2002; 65: 32-46.
- García López M, Otín Llo R. Sobre la psicosis puerperal. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. Madrid*. 2007; 27(2),
- K Ruiloba, Julio Vallejo. "Introducción a la psicopatología y la psiquiatría." (2000). *aplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia, PA: lippincott Williams & wilkins, 2000.
- Gaviria S, Alarcón R. Psicopatología y género: visión longitudinal histórica a través del DSM. *Rev. Colomb. Psiquiat*. 2010, 39(2). 389-404.
- Rai S, Pathak A, Sharma I. Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry*. 2015;57(Suppl 2):S216-S221. doi:10.4103/0019-5545.161481.
- Klompenhouwer JL, van Hulst AM. Classification of postpartum psychosis: A study of 250 mother and baby admissions in The Netherlands. *Acta Psychiatr Scand*. 1991;84:255-61.
- Berrisford G, Lambert A, Heron J. Understanding postpartum psychosis. *Community Pract*. 2015 May;88(5):22-3.
- Kaplan, Harold, Benjamín J. Sadock, and Jack A. Grebb. *Sinopsis de psiquiatría*. Medica, 1999