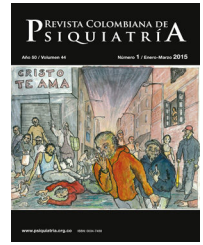




REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Reporte de caso

En torno a los delirios psicogénicos: delirios de embarazo en una adulta mayor

Liany Correa-Cedeño^{a,b}, Mariella Strobbe-Barbat^{a,b}, Luis Macedo-Orrego^b
y Lizardo Cruzado^{a,b,*}

^a Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú

^b Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi, Lima, Perú

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de marzo de 2021

Aceptado el 21 de noviembre de 2021

On-line el 27 de diciembre de 2021

Palabras clave:

Delirio

Embarazo

Trastornos psicóticos

R E S U M E N

Introducción: Los delirios de embarazo de pacientes geriátricos se reportan poco y es factible una explicación psicogénica.

Métodos: Reporte de caso y revisión no sistemática de la literatura relevante.

Presentación del caso: Una mujer de 78 años, con diagnóstico de esquizofrenia paranoide, en una recaída de su enfermedad sufrió el delirio de estar embarazada; ante esta recaída, su esposo retornó afectivamente con ella, como sucedió al inicio de la relación, y se consolidó la unión familiar. La interpretación de este delirio fue psicoterapéuticamente fructífera.

Revisión de la literatura: La psicogénesis probablemente sea uno de los fenómenos centrales de la psicopatología, y los delirios de embarazo, rodeados de factores sociales y culturales de primer orden, son un ejemplo de dicho mecanismo patológico.

Conclusiones: Los delirios de embarazo a menudo son un tipo de delirio psicogénico. Este fenómeno causal debe considerarse en el abordaje integral del paciente psicótico.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

On Psychogenic Delusions: Pregnancy Delusions in an Elderly Woman

A B S T R A C T

Introduction: Delusions of pregnancy are not often reported in geriatric patients and it is possible that they are psychogenetically explainable.

Methods: Case report and non-systematic review of the relevant literature.

Case presentation: A 78-year-old woman, diagnosed with paranoid schizophrenia, developed the delusion of being pregnant in a relapse of her disease. After this relapse, she and her husband got back together and the family was reunited again. The interpretation of this delusion was psychotherapeutically fruitful.

Keywords:

Delusion

Pregnancy

Psychotic disorders

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lizardo.cruzado.d@upch.pe (L. Cruzado).

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.11.007>

0034-7450/© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Literature review: Psychogenesis is probably one of the central phenomena of psychopathology and delusions of pregnancy, surrounded by social and cultural factors of first order, are an example of such a pathogenetic mechanism.

Conclusions: Delusions of pregnancy are frequently a type of psychogenic delusion. This causal phenomenon must be considered in the comprehensive approach to the psychotic patient.

© 2021 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El delirio de embarazo, creencia falsa e irrefutable de estar gestando, es un síntoma que se presenta en personas de ambos sexos, aunque probablemente con más frecuencia en mujeres, y forma parte del cortejo sintomático de trastornos mentales graves como esquizofrenia, trastorno bipolar y depresión psicótica, pero también de trastornos neuropsiquiátricos como demencias, epilepsia o infartos cerebrales, entre otros¹⁻³.

Se ha considerado que un gran porcentaje de los delirios de embarazo corresponden a los llamados delirios psicogénicos, por originarse a partir de mecanismos psicológicos comprensibles en forma de motivación³. Según Berríos⁴, el concepto de psicogénesis y las explicaciones psicogénicas de los trastornos mentales no están de moda dentro de la investigación psiquiátrica, pero la psicogénesis bien podría ser el problema central de la psiquiatría. Las ideas delirantes se explican en la investigación psiquiátrica como fenómenos de base inherentemente neurobiológica y que finalmente, casi al azar, adoptarían una u otra temática como «actos de habla vacíos»⁵. Es claro que los delirios de embarazo no emergen de un mismo mecanismo etiológico; por ejemplo, una revisión reciente de casos de delirios de embarazo encontró que solo el 16,4% de ellos eran explicables a partir de problemas médicos de fondo⁶, mientras que los factores psicosociales y socioculturales implicados en su génesis eran claramente mayoritarios⁷.

La mayoría de los delirios de embarazo en mujeres se han descrito en personas en edad fértil (20-40 años), mientras que los delirios de embarazo del grupo geriátrico son comparativamente escasos³. A propósito del caso de una paciente con esquizofrenia que presentó delirio de embarazo en un momento avanzado de su vida, se hace una breve revisión de la literatura relacionada, con énfasis en su hipotética naturaleza psicogénica.

Reporte de caso

Mujer de 78 años, ama de casa, con instrucción secundaria completa, casada y natural y procedente de Lima, Perú. Tiene 4 hijos con su actual pareja y una hija de un anterior compromiso, todos ellos adultos y casados. Es propietaria de un «menú», pequeño local en su vivienda, donde prepara y vende almuerzos económicos a los viandantes. Se le diagnosticó esquizofrenia paranoide a los 38 años, caracterizada por delirios paranoides, alucinaciones auditivas denigratorias, irritabilidad, insomnio, falta de conciencia de enfermedad y

constante rechazo de la medicación. Ha sido hospitalizada hasta en 5 oportunidades (a los 42, 50, 55, 65 y 75 años) por exacerbación de sus síntomas psicóticos, que conllevaban conducta violenta con las personas de su entorno a través de agresividad verbal, y también por rechazo de los alimentos que se le brindaban por temor a «ser envenenada». Asimismo rechazaba tajantemente los medicamentos prescritos. Todas sus hospitalizaciones duraron alrededor de 1 mes y tuvieron lugar en un hospital psiquiátrico público en su ciudad natal (no cuenta con ningún seguro de salud). No presentaba otras comorbilidades o antecedentes de importancia, personales ni familiares.

El primer episodio de su enfermedad aconteció a los 38 años cuando estaba embarazada de su tercer hijo. En el transcurso de pocas semanas presentó delirio de daño respecto a una prima que antes había sido pareja de su esposo y alucinaciones auditivas insultantes (la voz de esa prima comentaba con otras personas que la paciente era una orate y su esposo estaba con ella «por lástima»). No hubo un desencadenante obvio y se la estabilizó ambulatoriamente con haloperidol 15 mg y biperideno 6 mg, aunque por queja de aparente acatisia, la paciente tendía a reducir la dosis. Cuando nació la criatura, dejó los psicofármacos sin aparente recaída.

A lo largo de los años, en los intervalos entre brotes, la paciente mantenía su funcionalidad con escasa mengua: criaba a sus hijos, atendía su negocio y se desenvolvía en familia. Nunca hubo agresión contra la citada prima, de hecho, en las reuniones familiares interactuaban aparentemente sin mayor problema. No se verificaron episodios depresivos o de manía, tampoco crisis suicidas. La paciente siempre fue la responsable de supervisar su medicación. Aunque lograba consolidar cierta conciencia de enfermedad, esta era fluctuante: en muchas épocas decía que eran solo el estrés por los asuntos familiares y los problemas con su esposo las causas de sus «problemas nerviosos». Siempre mantuvo una relación cálida con sus hijos y también con sus nietos.

En los últimos 3 años, producto del tratamiento irregular con antipsicóticos orales (por 20 años haloperidol y luego risperidona 4 mg) y de depósito (decanoato de flufenazina 25 mg i.m. mensual), la paciente venía teniendo frecuentes reactivaciones de los síntomas positivos, sobre todo alucinaciones denigratorias: la voz de la prima burlándose de ella con sus amigas. El tema recurrente de sus delirios eran perjuicio e infidelidad de su esposo con esa pariente. Sin embargo, en la última recaída, coincidiendo con el aparente distanciamiento de su esposo, empezó a referir alucinaciones cenestopáticas: decía sentir en su vagina «grapas» que le habría colocado aquella prima con la finalidad de impedir el acceso carnal con

su esposo. Luego de unas semanas, sin embargo, la paciente reveló que llevaba en su vientre a un hijo varón, concebido con su esposo, cuyos movimientos fetales aseguraba percibir y que le hablaba a través del pensamiento. Además, la paciente refería aumento de volumen abdominal, náuseas, salivación excesiva y deseos de alimentos específicos («antojos»). Afirmaba que su embarazo era el motivo de que rechazara la medicación y que, pese a las «grapas» colocadas en su vagina por su rival, ella había sido fecundada; con lo que dichas «grapas» se habían desplazado a su espalda y ahora le causaban dolor lumbar.

Luego de 2 meses regresó a consulta y manifestó que su edad gestacional era de 3 meses, que tenía «antojos» constantes e hipersomnia y disfrutaba sintiendo los movimientos del bebé en sus entrañas. Se irritaba si se refutaba su gravidez y rechazaba el tratamiento antipsicótico alegando su deseo de no dañar a la criatura. Justificaba su embarazo afirmando que ella era una mujer joven pero que una vecina malévola le había introducido en su cuerpo el alma de una mujer vieja.

Dadas las dificultades para el tratamiento hospitalario convencional, la paciente fue referida para un tratamiento intensivo a cargo del equipo multidisciplinario del centro comunitario de salud mental de su zona domiciliaria. En la formulación del caso, se halló que la paciente vivía en un hogar extendido, con 3 de sus hijos y sus respectivas familias (8 nietos menores de edad). Pese a su enfermedad mental crónica, ella había ejercido un rol matriarcal a lo largo del tiempo, criando a todos sus vástagos y luego a varios de los nietos. Se determinó que, efectivamente, el esposo había sido, más de 40 años antes, pareja de aquella prima de la paciente, ahora de 70 años, soltera y sin hijos, quien moraba en una vivienda cercana. De hecho, la convivencia con la paciente se inició debido a que ella quedó embarazada, mientras el futuro esposo mantenía amoríos simultáneos con la paciente y dicha prima. En fechas recientes había sucedido un alejamiento del esposo de la paciente: en el desarrollo de la terapia familiar se ventilaron las razones de ello, que no involucraban infidelidad pero sí enfriamiento afectivo.

Estos datos se emplearon como insumo en la terapia individual de la paciente, de tipo expresivo, con componentes gestálticos y transaccionales, a cargo del psicólogo de su centro de salud mental comunitario, pues nunca antes había tenido oportunidad de airear abiertamente sus prolongadas vivencias de lucha maternal por sacar adelante a sus hijos pese a sus recaídas psiquiátricas: la relación con su esposo era tradicional, en cuanto este era el proveedor económico pero distante afectivamente del resto de miembros de la familia. Se planteó a la paciente que la estabilidad de su enfermedad era beneficiosa para ella y su familia y su relación conyugal, pero a la vez se permitió que los demás miembros del hogar replantearan sistémicamente la expresión de su vínculo con ella. Quedó claro en ese sentido, y a lo largo del abordaje psicoterapéutico, que el delirio de embarazo de ella había sido como una fantasía de atraer y retener al esposo, evocadora de la unión que se suscitó entre ambos gracias a su fertilización en los años juveniles. Esta interpretación fue acogida por la paciente y valiosa en el trabajo psicoterapéutico individual.

Actualmente la paciente ha aceptado recibir medicación como inyectable de depósito (decanoato de haloperidol 50 mg i.m. cada 3 semanas), que le resulta más tolerable que la

medicación oral. Ha regulado su ciclo de sueño-vigilia, no presenta síntomas positivos de psicosis y ha retomado su vida plenamente funcional en el hogar al lado de su esposo y el resto de su familia extendida, además de su trabajo a cargo de su «menú». La comunicación y la interacción entre los miembros de la familia han mejorado positivamente. Su caso se sigue de cerca en el centro de salud mental comunitario de su jurisdicción.

Discusión

Bera et al.⁷ realizaron una revisión de 84 casos de delirios de embarazo (incluyendo solo casos publicados en inglés): el 17,9% de los pacientes presentaron el delirio luego de los 60 años; el 76,2% eran mujeres; los diagnósticos psiquiátricos más comunes fueron esquizofrenia (35,7%), trastorno bipolar (16,7%) y depresión psicótica (9,5%). El «embarazo» era único en el 79,8% de los casos. Entre otras características, el 45,2% de los pacientes dijeron percibir movimientos fetales y el 8,3%, haber oído que el feto les hablaba.

Si se analizan los 15 casos geriátricos incluidos por Bera^{3,8-11} más los casos posteriores^{1,12,13}, incluido el nuestro, suman 23 los pacientes mayores de 60 años que sufrieron delirios de embarazo. El 91,7% eran mujeres; la media de edad, 75,8 (intervalo, 60-93) años. En las mujeres, el diagnóstico psiquiátrico más frecuente fue depresión mayor recurrente (45,8%), seguido por las enfermedades neurológicas (37,5%), entre ellas demencia vascular, enfermedad de Alzheimer, enfermedad de Parkinson e infarto cerebral reciente; el 16,7% restante padecía esquizofrenia o trastorno bipolar.

Un porcentaje mayoritario de los delirios de embarazo admiten en su génesis un conjunto de factores socioculturales y psicosociales. La revisión de Bera⁷ estipula que los socioculturales fueron los factores predominantes detrás de estos delirios en 42,9% de los casos y los factores psicosociales, en el 64,3%. El embarazo, en sociedades tradicionales y países en vías de desarrollo, es un estado altamente valorado por el rol de los hijos en economías de subsistencia³. Desde la época bíblica, la fertilidad ha sido una característica idealizada en la mujer (Génesis 30:1: «Viendo Raquel que no daba hijos a Jacob, tuvo envidia de su hermana, y decía a Jacob: “Dame hijos, o si no, me muero”»), lo que muchas veces se traduce en una potente presión social para que la mujer se case y se reproduzca. En sociedades patriarcales, el único poder y reivindicación de la mujer viene a ser su capacidad de traer hijos al mundo, pues no suele tener acceso a educación ni a posibilidades laborales ni profesionales³. A nivel individual, el embarazo representa una temporada deseable en que la mujer puede recibir protección y cuidados y se halla en la plenitud de sus años juveniles. El delirio de embarazo, a nivel psicológico, constituiría la recuperación de esa época añorada tan distinta de la senectud, con su pérdida de lozanía y belleza y desmedro del poder reproductor y de la estabilidad familiar². Una observación psicopatológica sagaz apunta a la mayoritaria frecuencia de delirios de embarazo reportados respecto a los delirios de maternidad: si bien cualquier mujer puede amar y criar a una criatura, aunque no la haya concebido, el acto de engendrar a un nuevo ser dentro del propio cuerpo constituye un hecho cualitativamente diferente, investido de magia y simbolismo poderosos².

En nuestro caso, es evidente que el delirio de embarazo constituyó para nuestra paciente una especie de mecanismo de defensa ante la supuesta infidelidad del esposo. Este delirio, remembranza de eventos juveniles en que la paciente reivindicó su importancia como mujer y persona al quedar encinta de su hombre y darle un hijo, resultando preferida al fin por encima de la rival, se activó en este momento de la senectud. Así cumplió fines no solo de resarcimiento psíquico, sino además de reequilibrio del grupo familiar. En medio de la situación de crisis que atravesaba el clan, el rol de matriarca fue consolidado por la recaída de la psicosis en la que ella «volvió a ser fértil» y fue «preñada», con lo que el esposo debió volver al redil hogareño.

Berrios⁴ postula que las psicosis constituyen la piedra de toque de la psicogénesis. «Esto se debe al hecho de que es en relación con las psicosis (herederas de la locura) que se predica el concepto de enfermedad orgánico-cerebral.» En ese sentido, «psicogénesis nombra mecanismos causales por medio de los cuales factores semánticos y psicológicos pueden inducir o modular síntomas y trastornos mentales». Como se ha señalado, en términos de etiología es plausible que una combinación de factores neurobiológicos y psicosociales (entre ellos, motivacionales) contribuyan a la génesis de los fenómenos delirantes^{1,2}.

No puede ignorarse, desde el ámbito de la psicología cognitiva, que la mente humana puede formar y mantener diversas creencias no racionales pero que brindan impacto positivo a nuestro ser y resultan comunes y adaptativas¹⁴. Se postula la continuidad entre tales creencias y los delirios motivados cuyo surgimiento puede proporcionar alivio, temporal al menos, ante sentimientos de ansiedad y desánimo, mediante el ejercicio de un rol defensivo de primer orden¹⁴. Dentro de los diferentes modelos teóricos propuestos para explicar la génesis de los delirios, se ha estipulado que, cuando no hay experiencia anómala subyacente ni déficit neurobiológico, la motivación puede ser el principal factor patogénico del delirio¹¹.

Se han señalado diversos casos explícitos en la literatura en que el delirio claramente ofrecía beneficios psíquicos de resarcimiento de la autoestima y evitación de realidades agobiantes y depresógenas, brindando un «sentido de coherencia» a la vida de estas personas¹⁵. No es motivo de este reporte discutir las diferentes teorías etiopatogénicas del delirio. Tampoco abordar el tratamiento psicoterapéutico de los delirios: revisiones sistemáticas recientes no encuentran diferencia consistente a favor del abordaje psicoterapéutico cognitivo conductual, aunque es lamentable la escasa y pobre calidad de las publicaciones en el tema^{16,17}. En conclusión, es pertinente considerar en una valoración amplia e integral la posibilidad de que un delirio sea fundamentalmente psicogénico y de este modo diseñar un abordaje transdisciplinario de la salud mental, como en el caso de nuestra paciente.

Consentimiento del paciente

Los autores declaran que han obtenido el consentimiento informado de los pacientes referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

El presente trabajo fue financiado por los autores.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tenerlos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guilfoyle P, O'Brien H, O'Keefe S. Delusions of pregnancy in older women: a case series. *Age Ageing*. 2015;44:1058-61.
2. Cruzado-Díaz L, Herrera-López V, Perales-Salazar M. Delirios de embarazo y pseudocirosis: una breve aproximación. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2012;41:208-16.
3. Seeman M. Pseudocyesis. delusional pregnancy, and psychosis: The birth of a delusion. *World J Clin Cases*. 2014;2:338-44.
4. Berrios GE. Psicogénesis: ¿concepto central de las disciplinas de la mente? *VERTEX*. 2018;29:195-202.
5. Berrios GE, Fuentenebro de Diego F. Delirio: Historia, clínica, metateoría. Madrid: Trotta; 1996.
6. Gogia S, Grieb A, Jang A, Gordon MR, Coverdale J. Medical consideration in delusion of pregnancy: a systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2020;29:1-7.
7. Bera S, Sarkar S. Delusion of pregnancy: A systematic review of 84 cases in the literature. *Indian J Psychol Med*. 2015;37:131-8.
8. Harland RF, Warner NJ. Delusions of pregnancy in the elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997;12:115-7.
9. Curran GSM, Pugh RE. Delusions of pregnancy and delivery in elderly women. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1995;12:1075-6.
10. Camus V, Schmitt L, Foulon C, Lima CA, Wertheimer J. Pregnancy delusions in elderly depressed women: a clinical feature of Cotard's syndrome? *Int J Geriatr Psychiatry*. 1995;10:1071-3.
11. Ali J, Desai K, Ali L. Delusions of pregnancy associated with increased prolactin concentrations produced by antipsychotic treatment. *Int J Neuropsychopharmacol*. 2003;6:111-5.
12. Gaikwad BH, Dharmadhikari AR, Subramanyam AA, Kedare JS, Kamath RM. Delusion of pregnancy in a 70-year-old male. *Indian J Psychiatry*. 2017;59:130.
13. Uvais NA. Delusion of pregnancy in a case of dementia. *Eur J Geriatr Gerontol*. 2020;2:24-5.
14. Bortolotti L. Delusions in context. Cham: Springer; 2018. p. 106-7.
15. Bortolotti L. The epistemic innocence of motivated delusions. *Conscious Cogn*. 2015;33:490-9.
16. Jones C, Hacker D, Xia J, et al. Cognitive behavioural therapy plus standard care versus standard care for people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;12:CD007964.
17. Jones C, Hacker D, Meaden A, et al. Cognitive behavioural therapy plus standard care versus standard care plus other psychosocial treatments for people with schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;11:CD008712.