



Más allá de la “depresión maternal”.

Identificación
de la psicosis
posparto



Elana Rosinger, BSN, RN, CMSRN,
y Donald D. Kautz, PhD, RN, CRRN-CNE

DESPUÉS DE DAR A LUZ, algunas mujeres experimentan una depresión posparto, y en la mayoría de los casos ésta remite sin necesidad de tratamiento. Pero en casos excepcionales algunas púerperas pueden presentar, de manera súbita, síntomas psicóticos característicos de un trastorno definido por el diagnóstico médico de psicosis posparto (PPP). Este artículo revisa la forma de identificar el riesgo de PPP, las manifestaciones que deben detectarse y las intervenciones de apoyo necesarias para estas mujeres y sus familias durante el tratamiento.

Más allá de la “depre”

Se estima que la depresión posparto afecta al 15% de primíparas, pero la PPP es un trastorno excepcional que se produce en sólo 1 o 2 de cada 1.000 nuevas madres. Más del 50% de mujeres afectadas por esta alteración presentan la ideación de que van a dañar o a matar a su bebé y aproximadamente el 4% de ellas cometen infanticidio¹.

Una mujer con depresión posparto puede sentirse inútil y referir sentimientos de incapacidad o nulidad. Por el contrario, la PPP pierde el contacto con la realidad y experimenta síntomas psicóticos, como alucinaciones e ideación delirante (véase el cuadro anexo *Reconocer la PPP*). Por ejemplo, puede llegar a convencerse de que su hijo tiene algo terrible o de que alguien está intentado hacerle daño. Esas ideaciones son la causa de que pueda intentar autolesionarse o lesionar a su bebé, o de que piense en hacerlo.

Las mujeres con PPP pueden tener antecedentes de otros trastornos mentales o no, pero el riesgo es mayor en mujeres con antecedentes personales o familiares de enfermedad mental.

Las mujeres con antecedentes de trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo o PPP en embarazos previos tienen más probabilidades de presentar este trastorno.

Los signos y síntomas de PPP suelen aparecer de forma temprana en las dos semanas posteriores al parto, pero algunas mujeres no muestran síntomas hasta varios meses después². Aunque se desconoce la causa de la PPP, las manifestaciones parecen desencadenarse en mujeres de alto riesgo por la rapidez de los cambios hormonales que se producen después del parto³.

Cribado de la PPP

Durante las visitas prenatales, plantee preguntas que le permitan valorar si la paciente tiene riesgo de PPP, tales como:

- ¿Usted o alguien de su familia tiene algún problema de salud mental o está en tratamiento psiquiátrico?
- ¿Se ha sentido deprimida o ha tenido problemas de humor alguna vez después del parto?
- ¿Tiene algún antecedente de PPP después de dar a luz?²

Si la respuesta a alguna de estas preguntas es afirmativa, debe derivar a la paciente para una evaluación médica completa³.

Después del parto, la mujer en riesgo de PPP debe ser controlada de forma intensiva para descartar que no presente sufrimiento posparto. Vigile atentamente a las mujeres que no tienen apoyo familiar, las que han tenido un embarazo o parto complicados, las que tienen múltiples fuentes de estrés o dificultades de adaptación emocional, así como las que tienen una gran necesidad de ser madres, porque son los grupos de mayor riesgo de desarrollar una PPP secundaria a los cambios hormonales que se producen en el puerperio³.

Una emergencia médica

La mujer que presenta una PPP debe ser hospitalizada y no se la debe dejar sola con su bebé. En la mayoría de los casos, la puérpera será ingresada en la unidad de psiquiatría y tratada con medicación para controlar la sintomatología. Puesto que después del tratamiento la mujer podrá continuar con la lactancia materna, suelen prescribirse fármacos antipsicóticos poco comunes como la olanzapina, la quetiapina o la risperidona, como tratamiento de elección por su

Reconocer la PPP³

Los signos y síntomas de PPP incluyen:

- Alucinaciones (falsas percepciones visuales, auditivas u olfatorias).
- Ideación (creencias falsas y fijas).
- Pensamiento desorganizado.
- Conducta destructiva.
- Humor maníaco o depresivo (o ambos).
- Insomnio intenso.
- Cambios de humor frecuentes.
- Ansiedad.
- Irritabilidad.
- Agitación psicomotriz.
- Paranoia.

seguridad en relación con la lactancia materna. Las benzodicepinas como el lorazepam o el clonazepam pueden emplearse como inductores del sueño o para controlar la agitación. También pueden prescribirse estabilizantes tímicos y antidepresivos, según el estado psíquico de cada paciente⁴.

La terapia electroconvulsiva (TEC) se ha demostrado efectiva en mujeres que no responden o no toleran la medicación. El número de sesiones depende de la gravedad de los síntomas⁵.

Proporcione apoyo

Algunos centros procuran que la madre pueda ingresar con el bebé para fomentar una vinculación saludable. Durante el tiempo que pasan juntos, estarán bajo supervisión.

Cuando una mujer con PPP es hospitalizada, asegúrese de que tanto ella como su familia reciben información sobre el tratamiento; realice educación sanitaria sobre la medicación y la TEC y procure que se sienta parte del equipo. Enseñe a la familia técnicas de comunicación, incluyendo la escucha activa y la empatía, para que puedan prestar apoyo a la paciente. Refiera a la madre y a la familia a un grupo de soporte a la PPP, si hay alguno accesible. Todos necesitan reafirmarse en la idea de que la PPP es un trastorno biológico y que la recuperación es posible y esperable⁶. Con todo, la tasa de recurrencia en embarazos posteriores es de hasta un 50%.

La educación es clave

Eduque a los nuevos padres y a sus familias sobre la posibilidad de que se produzca una depresión posparto o

una PPP. Puesto que el alta hospitalaria después del parto es tan precoz, es probable que sea la familia la primera en advertir las ideaciones, las desconexiones (no querer coger al bebé), la conducta agresiva, los cambios de personalidad e incluso una conducta de calma o tranquilidad exagerada⁶.

Antes del alta, informe a la paciente y a la familia sobre qué hacer en caso de detectar manifestaciones de PPP. Proporcionar esta información puede proteger al bebé de padecer cualquier lesión y también minimizar el estigma y la vergüenza que pueden conducir a la mujer o a la familia a no solicitar ayuda profesional.

Rara pero peligrosa

La psicosis posparto es un trastorno psiquiátrico poco frecuente que sólo presentan algunas mujeres. Pero para aquellas que lo sufren, se requiere intervención médica inmediata. Sin tratamiento, este trastorno puede tener consecuencias trágicas. De todos modos, con una intervención temprana la posibilidad de recuperación total para estas mujeres es mayor. **N**

BIBLIOGRAFÍA

1. Doucet S, Jones I, Letourneau N, Dennis CL, Blackmore ER. Interventions for the prevention and treatment of postpartum psychosis: a systematic review. *Arch Womens Ment Health*. 2011;14(2):89-98.
2. Lusskin SI, Misri S. Postpartum psychosis: epidemiology, clinical manifestations, and assessment. UpToDate. <http://www.uptodate.com/contents/postpartum-psychosis-epidemiology-clinical-manifestations-and-assessment>.
3. Doucet S, Dennis CL, Letourneau N, Blackmore ER. Differentiation and clinical implications of postpartum depression and postpartum psychosis. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2009;38(3):269-279.
4. Lusskin SI, Misri S. Postpartum psychosis: treatment. UpToDate. <http://www.uptodate.com/contents/postpartum-psychosis-treatment>.
5. Focht A, Kellner CH. Electroconvulsive therapy (ECT) in the treatment of postpartum psychosis. *J ECT*. 2012;28(1):31-33.
6. Doucet S, Letourneau N, Blackmore ER. Support needs of mothers who experience postpartum psychosis and their partners. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2012;41:236-245.

Elana Rosinger es enfermera asistencial en el Forsyth Medical center en Wiston-Salem (Carolina del Norte). Donald D. Kautz es profesor asociado de enfermería en la University of North Carolina en Greensboro.

Los autores agradecen sinceramente el asesoramiento editorial de Elizabeth Tornquist y la colaboración de los Dres. Lynne Lewallen y Dawn Wyrick para la redacción de este artículo.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses económicos relacionados con la publicación de este artículo.