

# SALUD MENTAL

## PSICOPATOLOGÍA PERINATAL

### **Perinatal Psychopathology.**

Artidoro Cáceres Le Breton<sup>1</sup>.

#### RESUMEN

*Se pretende hacer una breve revisión de la disciplina a fin de ayudar a los profesionales de la salud a lograr una adecuada identificación de los alcances y posibles aplicaciones de este conocimiento en su práctica diaria.*

#### ABSTRACT

*We expect to make a brief review of the discipline with the purpose of helping health professionals to reach a suitable identification of the scope and the possible daily practical applications of this knowledge.*

#### INTRODUCCIÓN.

En la permanente búsqueda de explicaciones para las causas de los trastornos mentales, muchas teorías fueron planteadas, algunas coherentes y otras erradas, pero como en todo nuevo conocimiento, los mismos hallazgos fueron encaminando por la vía correcta a la psiquiatría, remitiéndola a otras fases evolutivas, más alejadas a la del adulto, obligándola a interesarse en la pubertad, la adolescencia, la infancia, la pequeña infancia, hasta llevarla a considerar los aspectos genéticos, congénitos y post-natales. Es en este punto que enfoca su atención en el período perinatal, estrecho período en el que se encuentra con otras disciplinas como la pediatría y la gineco-obstetricia, obligándose al uso de las herramientas de la psiquiatría de enlace a fin de no traspasar límites de especialidad y lograr las sinergias necesarias para la identificación e intervención temprana, no solo en las patologías, sino también en los riesgos, tanto en el niño como en los padres.

Revisando la historia de la medicina notamos que el interés fue inicialmente en los trastornos mentales de las madres, remontándose a 400 años A.C., cuando Hipócrates describió varios casos de madres quienes luego del parto presentaban un cuadro de delirio y luego fallecían, probablemente

por causas infecciosas. Posteriormente, luego de cientos de años, en 1838 el médico francés Emile Esquirol del Hospital de la Salpêtrière de Paris, en base a la observación de un centenar de casos de psicosis puerperal, retomó el estudio del tema haciendo una descripción del cuadro en su tratado "Sobre las enfermedades mentales", donde señaló que la incidencia de enfermedades psiquiátricas tras el parto era mucho mayor de lo que se reflejaba en las estadísticas de los hospitales psiquiátricos, porque la mayoría de las embarazadas y parturientas se atendían en aquella época en casa<sup>1</sup>. Veinte años después, en 1858, Louis-Victor Marcé (1828-1864), alumno de Esquirol, publicó la primera monografía dedicada a la maternidad y sus trastornos mentales, titulada "Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et de nourrices" (Tratado sobre la locura de las mujeres embarazadas, recién paridas y de las nodrizas). Luego de estas importantes publicaciones se tuvo que esperar hasta mediados del siglo XX para ver nuevamente reaparecer el interés en el tema. Fue en 1958 que el psiquiatra inglés Thomas Main admite por primera vez a un bebé con su madre enferma en un hospital psiquiátrico<sup>2</sup>. Ya para ese momento, debido a las masivas evacuaciones a las que había sido sometida la población inglesa por los riesgos de bombardeos alemanes durante la segunda guerra mundial, se había podido constatar el efecto negativo de la separación sobre los niños más pequeños, renovándose nuevamente el interés de la psiquiatría sobre la etapa perinatal, y lográndose nuevos e invaluable hallazgos. Es a partir de ese momento que la psicopatología perinatal toma una

<sup>1</sup> Médico Psiquiatra Coordinador de Salud Mental de la Clínica Delgado y encargado del Programa de Apoyo para la Salud Mental Perinatal en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de la misma institución. Lima, Perú. Correo electrónico: acaceres@scs-globalgroup.com Conflictos de interés: El Dr. Cáceres Le Breton declara prestar servicios profesionales para eventos académicos (Educación Médica Continua) y asesorías a la compañía Johnson & Johnson del Perú S.A.

estructura formal, siendo considerada como una sub-especialidad.

Es así como esta nueva disciplina se sitúa en la interfase entre la psiquiatría del niño y la del adulto, mostrando especiales características. La primera es la de interesarse simultánea y constantemente en dos sujetos (madre-hijo), centrándose en sus interacciones dentro una diada profundamente asimétrica. La segunda es la de tener en cuenta la extrema plasticidad y volatilidad de la sintomatología en ese período, las que no pueden ser comparadas en ese ámbito más que a las modificaciones psíquicas de la adolescencia. La tercera es la de considerar en simultáneo las intensas modificaciones corporales que afectan todos los sistemas biológicos, tanto en el lactante como en la madre. La cuarta, mencionada desde hace mucho tiempo, pero recientemente establecida, es la de implicar masiva, extrema y precozmente a los procesos de socialización. Finalmente, la quinta característica es la de ser indisociable del estudio de los procesos del desarrollo del niño<sup>3</sup>.

Para la psiquiatría, el período perinatal es más amplio que para la pediatría o la gineco-obstetricia, determinando su interés desde el inicio del embarazo hasta el fin del primer año de vida. Pero, visto que esta especialidad se encuentra vinculada a las siguientes fases del desarrollo del niño, se obliga a hacer un seguimiento evolutivo hasta los 3 años, ayudándose en esta fase, ante la ausencia de otros manuales diagnósticos, con el DC: 0-3R<sup>4</sup>.

Para los alcances del presente texto solo enunciaremos las patologías más significativas motivo de la atención en el ámbito perinatólogico, pero debemos mencionar la existencia de un gran capítulo, que no trataremos, asociado a las alteraciones en la paternidad (parenthood). Sobre esto solo referiremos que el concepto fue desarrollado por el psiquiatra francés Paul-Claude Racamier en 1961, quien lo definió "como el proceso psicológico, principalmente inconsciente, que conduce a hacer posible en un sujeto la experiencia, el ejercicio y la práctica del estatus de padre". Es aquí donde aparece la psicopatología de la paternidad la cual es inseparable de la psicopatología perinatal.

En psicopatología perinatal reconocemos prioritariamente como focos de atención en las madres las siguientes condiciones, cada una de las cuales es un capítulo de la especialidad:

- La depresión perinatal.
- La ansiedad y el estrés.
- La negación del embarazo.
- El Post-partum blues.
- Los trastornos en la paternidad.
- Las psicosis puerperales.
- La madre esquizofrénica y su relación con los hijos.
- Los trastornos bipolares.
- El abuso de sustancias lícitas e ilícitas.
- Los trastornos de conducta alimentaria.
- La interrupción del embarazo.
- El duelo perinatal.

Las formas de intervención propuestas para estas condiciones son limitadas, entre ellas la más importante es la prevención durante el embarazo, para lo cual tenemos que enfocarnos en el despistaje, siendo primordial darnos el tiempo suficiente para escuchar a la paciente, obteniendo así valiosa información que nos permitirá identificar el estado psíquico de la embarazada. El uso de la psicoterapia, en sus diversas modalidades de acuerdo con las escuelas vigentes, es la primera opción, pero en casos extremos se debe recurrir a psicofármacos aprobados para su uso en el embarazo, con estrictas medidas de monitoreo y con claras señales de alerta a identificar. Estos medicamentos son seleccionados por el psiquiatra de acuerdo con la patología presentada por la madre y la fase en la que se encuentra el embarazo, para luego de un riguroso análisis del costo/beneficio para la paciente y el producto (embrión/feto) tomar la decisión. Entre el inicio del embarazo y la lactancia se han aprobado el uso de diversos fármacos, pero estos están sujetos a las agencias gubernamentales regulatorias y autorizaciones de cada país, por lo que no pretendemos en este artículo detallar su uso. Solo mencionaremos que en diversos países se utiliza, de acuerdo con la fase del embarazo, psicofármacos como la Fluoxetina, la Amitriptilina, la Clomipramina, la Clorpromazina, el Haloperidol, la Olanzapina, la Lamotrigina, la Sertralina, el Carbonato de Litio. Durante la lactancia se menciona la posibilidad del uso de Nortriptilina, Paroxetina, Sertralina, Carbonato de Litio, Acido Valproico, Carbamazepina, señalándose la interrupción de la lactancia en caso de verse la necesidad de usar otros productos<sup>6, 7, 8</sup>.

Con relación al niño, la observación es nuestra principal herramienta, seguida por la información de fuente secundaria. En ellos buscamos identificar en el Eje I (trastornos clínicos), durante el primer

año de vida, las siguientes alteraciones las cuales acompañamos del código del DC: 0-3R<sup>4</sup>.

- 100. Estado de estrés post-traumático.
- 150. Trastornos reactivos a situaciones de carencia o maltrato.
- 200. Trastornos del afecto.
- 210. Duelo prolongado/Reacción de pérdida.
- 220. Trastornos de la primera y de la pequeña infancia.
- 221. Ansiedad de separación.
- 222. Fobia específica.
- 223. Ansiedad social (fobia social).
- 224. Trastorno ansioso no especificado.
- 230. Depresión de la primera y de la pequeña infancia.
- 231. Tipo 1: Depresión mayor.
- 232. Tipo 2: Depresión no especificada.
- 240. Trastorno mixto de la expresión emocional.
- 300. Trastorno de ajuste o adaptación.
- 400. Trastorno de regulación del manejo sensorial.
- 410. Hipersensibilidad.
- 411. Tipo A: Miedoso/Prudente
- 412. Tipo B: Oposicionista/Conflictivo
- 420. Hiposensibilidad/Sub-reactivo.
- 430. En busca de estimulación sensorial/impulsivo.
- 500. Trastornos del comportamiento del sueño.
- 510. Trastornos del proceso de inicio del sueño.
- 520. Trastornos de la duración del sueño.
- 600. Trastornos de la conducta alimentaria.
- 601. Trastornos alimentarios ligados a la regulación de los estados del despertar.
- 602. Trastornos alimentarios ligados a la reciprocidad padres-bebé.
- 603. Anorexia del bebé y del niño pequeño.
- 604. Aversión sensorial a los alimentos.
- 605. Trastornos alimentarios asociados a un trastorno somático.
- 606. Trastornos alimentarios asociados a una afección del aparato gastro-intestinal.
- 700. Trastornos de la relación y de la comunicación.
- 710. Trastornos del desarrollo multisistémico.
- 800. Otros diagnósticos (CIE 10 o DSM V).

En la fase diagnóstica podemos ayudarnos de herramientas como el Cuestionario de Ginebra DAD-P, la Escala de Depresión Post-Natal de Edimburgo, la lista de factores de riesgo biológico (neurológico, sensorial visual, sensorial auditivo), la lista de factores de riesgo social, psicológico (circunstancias de la concepción y del embarazo, circunstancias perinatales, características temperamentales difíciles del niño,

cambios ambientales o hechos concretos de riesgo, características de los padres), los signos de alerta (por edades, por área evaluada [motor, comunicación y lenguaje, social y afectiva]), la lista de señales de alarma psicopatológica, la lista de señales de alarma de los trastornos del espectro autista y el protocolo de observación materno infantil<sup>5</sup>.

La psicopatología del niño de cero a tres años también es una disciplina joven, el primer año de vida se comparte con la psiquiatría perinatal y luego es el mismo especialista quién sigue al paciente a lo largo de todo su desarrollo hasta la adolescencia. La primera muestra de interés en la mente del niño, la cual fue trágica, fue en el siglo XIII, cuando Federico II, rey de Sicilia, pretendió saber cuál era la lengua espontánea que aparecía en ausencia de cualquier estímulo para el lenguaje. Para ello ordenó a las personas que alimentaban a un grupo de recién nacidos no hablarles, terminando esto con la muerte de todos los niños<sup>9</sup>.

En relación con las herramientas que disponemos para la intervención terapéutica, es inevitable considerar el trabajo en la relación padres-bebé, para lo cual debemos evitar pensar que la familia sea la que deba adaptarse a nuestro modelo teórico, siendo más bien lo correcto considerar que sea el terapeuta quién deba descubrir la forma de funcionar de esa familia y encontrar la mejor forma de ayudarlos<sup>10</sup>. En esta fase no existe psicofarmacología formalmente aprobada para su uso en el niño, solo considerándose en forma excepcional ante situaciones de severa conducta hetero o auto-agresiva el uso de neurolépticos a bajas dosis y durante un plazo limitado.

En el Perú, varios intentos de conectar la psiquiatría con la pediatría y la gineco-obstetricia se han hecho, cada uno acorde a las relaciones personales y profesionales de los participantes. En lo que a mí respecta, solo me atrevo a relatar mi experiencia a lo largo de estos 25 años como médico. En 1994, siendo residente de psiquiatría, tomé contacto con los residentes de pediatría de mi universidad, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), al matricularme en los cursos de Neuropsicología Pediátrica I, II y III, los cuales eran obligatorios para ellos y que se llevaban en el Instituto Nacional de Salud del Niño, siendo estos dictados por mi padre, el Dr. Artidoro Cáceres Velásquez, neurólogo y neuropsicólogo. De esos tres años de relación surgió el vínculo con la pediatría que me permitió iniciar la experiencia asistencial de la psiquiatría perinatal bajo la supervisión de mi

tutora, la Dra. Elsa Felipa Rejas, quién además era la encargada del curso de Psiquiatría del niño y del adolescente de la UNMSM y jefa de la Unidad de Psiquiatría Infanto-Juvenil del Centro Médico Naval (CEMENA). Posteriormente repliqué la experiencia del CEMENA en el 2004 en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales (UCIN) de la Clínica Maison de Santé del Este, con la estrecha colaboración del Dr. Jorge Gómez Lamllen (pediatra) y el Lic. David Portuguese Yactayo (enfermero y psicopedagogo).

En la actualidad la psiquiatría (o salud mental) perinatólogica la seguimos desarrollando en la UCIN de la Clínica Delgado, en coordinación con el Dr. Diego Briceño Clemens (pediatra y jefe de UCIN), la Lic. Julissa Limaymanta Linares (Jefa de enfermería de UCIN), el Lic. Portuguese, integrándose a nuestro equipo los psicólogos Mg. Vanessa Egües Nicoletti, Lic. Patricia Pazzaglia Olivares y Lic. Marcelo Barcelli Rázuri.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Trede K, Baldessarini RJ, Viguera AC, Bottero A. Treatise on insanity in pregnant, postpartum, and lactating women (1858) by Louis-Victor Marcé: a commentary. *Harv Rev Psychiatry* 2009; 17(2):157-65. doi: 10.1080/10673220902891802.
- 2 Main TF. Mothers with children in a psychiatric hospital. *Lancet* 1958 Oct 18; 2(7051):845-7. doi: 10.1016/S0140-6736(58)90393-3
- 3 Dayan, J. (2015). Introduction. J. Dayan. *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité* (pp. XXI-XXIV). Paris : Elsevier Masson.
- 4 Zero to Three. (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition*. Washington: DC: ZERO TO THREE Press.
- 5 Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2015) *Anexos, Psiquiatría perinatal y del niño de 0 - 3 años* (pp 113-139). Madrid. Asociación Española de Neuropsiquiatría, AEN Digital.
- 6 Briggs, G., Freeman, R., & Yaffe, S. (2002). *Drugs in Pregnancy and Lactation*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- 7 Dayan, J. (2015). *Thérapeutique. J. Dayan. Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité* (pp. 389-408). Paris: Elsevier Masson.
- 8 Millet, B, Vanelle, J M., Benyaya, J. (2014). *Psychotropes et grossesse. Prescrire les psychotropes* (pp. 394-408). Paris: Elsevier Masson.
- 9 Guedeney, A. (2014). *L'avenement de la psychiatrie du bébé : d'Itard a Bowlby. Petite enfance et psychopathologie* (pp. 5-16). Paris: Elsevier Masson.
- 10 Guedeney, A. (2014). *L'intervention thérapeutique en petite enfance. Petite enfance et psychopathologie* (pp. 243-264). Paris: Elsevier Masson.