

Negación psicótica del embarazo. Reporte de caso

 Eduardo Reyna-Villasmil¹.

RESUMEN

La negación psicótica del embarazo es un trastorno poco frecuente y potencialmente peligroso que puede dividirse en dos variantes: psicótica y no psicótica. La negación psicótica del embarazo suele ir acompañada de antecedentes de enfermedad mental. Entre sus efectos negativos se encuentran la angustia psicológica, los partos no asistidos fuera de los hospitales y un aumento potencial de la morbilidad y mortalidad materna y neonatal. Es crucial incluir antecedentes personales y/o familiares de psicopatologías como parte de la anamnesis, ya que esta condición debe ser tratada por un psiquiatra. En cuanto al manejo de este trastorno durante el embarazo o puerperio, no existen recomendaciones específicas. Para proporcionar una atención integral, suele ser necesario un enfoque multidisciplinario. Se presenta un caso de negación psicótica del embarazo.

Palabras clave: Negación psicótica del embarazo, Negación del embarazo, Enfermedad mental, Psiquiatría, Salud mental.

Psychotic denial of pregnancy. Case report

SUMMARY

Denial of pregnancy is a rare, potentially dangerous disorder that can be divided into two variants: psychotic and non-psychotic. Psychotic denial of pregnancy is typically accompanied by a history of mental illness. Negative effects include psychological distress, unsupported births outside of hospital, and a potential rise in mother and newborn morbi-mortality. It is crucial to include a personal and/or family history of psychopathology as part of the anamnesis because this condition should be treated by a psychiatrist. Regarding the management of this disorder during pregnancy or puerperium, there are no specific recommendations. To provide comprehensive care, a multidisciplinary approach is typically required. A case of psychotic denial of pregnancy is presented.

Keywords: Psychotic denial of pregnancy, Pregnancy denial, Mental illness, Psychiatry, Mental health.

INTRODUCCIÓN

La negación del embarazo es un fenómeno complejo, poco frecuente pero potencialmente peligroso, asociado con aumento del riesgo de complicaciones maternas, partos extrahospitalarios sin asistencia y muerte neonatal (1). Está caracterizado por falta de reconocimiento consciente del embarazo, a pesar de signos como aumento de peso, amenorrea y movimientos fetales, por varios meses o incluso durante todo el embarazo (2).

La negación del embarazo puede ser clasificada en dos subtipos: no psicóticos y psicóticos (1). Las pacientes con negación no psicótica generalmente carecen de antecedentes de enfermedad psicótica y, a menudo, muestran comprensión intacta de la realidad fuera de la negación del embarazo (2). Las mujeres con negación psicótica tienen antecedentes de enfermedad psiquiátrica. Aunque es menos frecuente, el riesgo de morbilidad materna es mayor asociado a aumento del riesgo de mortalidad perinatal, recién nacidos prematuros o pequeños para la edad gestacional y menores puntajes de Apgar (3, 4). Además, tienen más probabilidades de participar en neonaticidio activo (homicidio que ocurre en las 24 horas siguientes al parto), por estrangulamiento o asfixia (5). En la actualidad, no existe consenso sobre el tratamiento de las pacientes con negación del embarazo. Se presenta un caso de negación psicótica del embarazo.

¹Doctor en Ciencias Médicas. Especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital Central "Dr. Urquinaona", Maracaibo, VENEZUELA. Correo de correspondencia: sippenbauch@gmail.com

Forma de citar este artículo: Reyna-Villasmil E. Negación psicótica del embarazo. Reporte de caso. Rev Obstet Ginecol Venez. 84(1):91-95. DOI 10.51288/00840114

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente primigesta de 25 años, con diagnóstico de esquizofrenia, quien fue referida de la consulta de psiquiatría a la consulta prenatal inicial con embarazo a término, expresando negación del embarazo, acompañado de alucinaciones auditivas intermitentes de voces comentadoras e imperativas. La paciente desconocía su fecha de última menstruación. El embarazo fue no deseado, producto de un contacto sexual ocasional, breve y espontáneo. Ni la paciente ni los familiares conocían la identidad del progenitor. Refería hábito tabáquico de alrededor 5 cigarrillos al día antes y durante el embarazo. Negaba consumo de sustancias ilícitas, abusos físicos o sexuales.

Había abandonado el seguimiento regular por el servicio de psiquiatría desde hacía 3 años, debido a que refería que el personal quería envenenarla. Los familiares referían que la paciente estaba siendo tratada en forma irregular con olanzapina y no estaba dispuesta a continuar el tratamiento.

Al examen mental la paciente presentaba pensamiento perturbado y desorganizado, con fases intermitentes de agitación-ansiedad. Durante la evaluación fue poco colaboradora y minimizó sus síntomas, afirmando que no necesitaba tratamiento psiquiátrico. Parecía reservada y paranoica y respondía a diferentes preguntas expresando que eran información personal. Tenía inteligencia superior al promedio, pero su comunicación verbal estaba caracterizada por discurso generalmente tangencial. Expresó temor de estar poseída por algo. Negó tener ideas suicidas u homicidas. Los resultados de la evaluación de causas orgánicas del estado mental fueron negativos.

La paciente permitió que se realizara la ecografía que confirmó embarazo intrauterino con feto femenino

de 36 semanas, sin anomalías macroscópicas. Ella negaba que la ecografía mostrara el feto, negándose a someterse a evaluaciones posteriores. Aunque, en general, era colaboradora y agradable con el personal, tenía delirios paranoicos y sospechaba del personal, afirmando que existía una conspiración para robar sus órganos reproductivos. Su desconfianza hacía que fuera posible que no asistiera al hospital al momento del parto, causando daños al recién nacido.

Debido a que la paciente había demostrado incumplimiento crónico en todos los aspectos del tratamiento ambulatorio y seguía negando estar embarazada, el equipo de tratamiento evaluó los riesgos y beneficios de tratar la esquizofrenia de la paciente y debido a su incapacidad para proporcionar y ejecutar un plan de autocuidado, y para evaluación del riesgo materno-fetal, se decidió su ingreso en el servicio de obstetricia del Hospital Central “Dr. Urquinaona”, con seguimiento por el Servicio de Psiquiatría del hospital.

Durante la hospitalización, la paciente presentó rotura prematura de membranas, por lo que se decidió inducir el parto. Se obtuvo recién nacido vivo, femenino, de 2650 gramos. Después del nacimiento, la paciente negó haber sentido un vínculo con su hijo, refiriendo que no era suyo, a pesar de que pudo observar su nacimiento. Insistió en desconocer cualquier conocimiento del embarazo. Durante su estancia hospitalaria no se pudo observar comportamiento de apego.

La paciente fue referida al servicio de salud mental para su seguimiento posparto. Luego fue referida al Servicio de Psiquiatría del Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe”. Posteriormente, fue dada de alta con evaluaciones continuas por parte del servicio de psiquiatría, siendo tratada con 10 mg de olanzapina dos veces al día.

DISCUSIÓN

La negación del embarazo solamente ha sido estudiada de forma sistemática en las dos últimas décadas. Inicialmente, fue considerada como falta de conciencia de la mujer de estar embarazada (6). Luego fue descrita como la aparición de parto repentino con atención prenatal (casi) totalmente ausente o el inicio tardío de la atención prenatal (luego de las 20 semanas) (7). La asignación al subtipo, con o sin psicosis, es esencial para la estratificación del riesgo. En esta clasificación, la negación psicótica del embarazo es considerada en aquellas pacientes con antecedentes de enfermedades mentales crónicas (por ejemplo, esquizofrenia, trastorno bipolar). Las personas con negación no psicótica carecen del antecedente de enfermedad psicótica primaria, con pruebas de realidad intactas y suelen reconstituirse luego del parto (6-8). También es necesario prestar atención a pacientes que presentan anomalías psicopatológicas (desrealización, disociación) y trastornos cognitivos (alteraciones de la abstracción) o de la concepción debidas a experiencias traumáticas durante la infancia (experiencias de abusos y otros traumas) (3, 9).

La tasa general de negación del parto es de aproximadamente 1 caso por 2455 partos. Un estudio demostró que la frecuencia podría llegar a ser de 1 caso por cada 475 partos, por lo que no se trataría, en absoluto, de un fenómeno raro. En esa misma cohorte, demostró que estas pacientes tenían mayor riesgo de parto prematuro, bajo peso y talla al nacer y mayor mortalidad neonatal. No obstante, la frecuencia exacta de negación psicótica del embarazo es desconocida (6).

La negación no psicótica del embarazo parece ser más frecuente en mujeres jóvenes, emocionalmente inmaduras, solteras y, por lo general, no padecen enfermedades psiquiátricas subyacentes (4). A menudo, las parejas y familia tampoco son conscientes

del embarazo, lo que refuerza la negación (10). Sin embargo, estas características no permiten identificar la mayoría de los casos potenciales. Por el contrario, la negación psicótica del embarazo tiene como característica principal el antecedente de trastorno psicótico crónico, bipolar o cognitivo, preexistente, que continúa durante el embarazo (9). Pueden producirse oscilaciones entre reconocimiento abierto y negación del embarazo. En estos casos, las alteraciones persisten después del parto, mientras que en la negación no psicótica del embarazo existe remisión completa. Además, las familias de las pacientes psicóticas suelen ser conscientes del embarazo, ya que las pacientes no intentan ocultarlo (11).

Tanto los casos de negación psicótica como no psicótica, difícilmente cumplen los cuidados prenatales. Las pacientes describen mínimo o nulo aumento de peso, escaso aumento de la circunferencia abdominal y ausencia de síntomas asociados al embarazo como náuseas, vómitos y cansancio. Los movimientos fetales suelen considerarse como indigestión. El sangrado vaginal en estas pacientes es común (9). Por lo general, acuden al hospital en fases avanzadas del parto o posterior a partos extrahospitalarios (2, 12).

Las mujeres con negación del embarazo requieren trabajo interdisciplinario para generar un plan de tratamiento tanto para la madre como para el recién nacido. Los sentimientos de culpa y vergüenza con riesgo para el feto / neonato no son infrecuentes. El pronóstico a largo plazo puede ser favorable con la inclusión de apoyos psicosociales (4). Por otra parte, aunque la negación psicótica del embarazo es menos frecuente, es probable que este asociado con mayor riesgo de suicidio y/o neonaticidio debido a la gravedad de la enfermedad psicótica. El cuidado posnatal está limitado en las pacientes psicóticas, por lo que es necesario aumentar las medidas de apoyo. Es imperativo que todos los casos sean evaluados con respecto a las habilidades parentales, además de someterse a una consulta psiquiátrica (3, 5).

Debido a su rareza, no existen recomendaciones formales sobre el momento del parto en pacientes con negación psicótica del embarazo. Existen indicaciones psiquiátricas para la inducción del parto, una de las cuales incluye psicosis no controlada (13). Algunos autores sugieren que esperar hasta una edad de gestación posterior a las 39 semanas aumenta el riesgo de autolesiones, parto extrahospitalario y neonaticidio (14).

El tratamiento de los casos de negación psicótica del embarazo debe incluir farmacoterapia y psicoterapia de apoyo (15). La enfermedad psiquiátrica subyacente también debe ser tratada de forma específica. La farmacoterapia debe continuarse, ya que los riesgos de la enfermedad no tratada son mayores que los riesgos del uso de medicación psicotrópica (1, 11). Si el tratamiento médico está indicado en pacientes psicóticos debido a la gravedad de la enfermedad, debe considerarse el riesgo fetal del trastorno de conducta materno y los posibles daños causados por los psicofármacos (3). Los datos disponibles sugieren que los antipsicóticos de primera generación son el tratamiento de elección en pacientes sin tratamiento farmacológico, mientras que las pacientes que reciben tratamiento médico eficaz deben continuar con ese fármaco (16, 17).

En conclusión, la negación del embarazo es un trastorno relativamente frecuente que tiene consecuencias adversas maternas y perinatales. La negación psicótica del embarazo es un trastorno menos frecuente con implicaciones psiquiátricas y obstétricas. Es necesario un alto nivel de sospecha para diagnosticar estas pacientes y solicitar la evaluación psiquiátrica con la finalidad que puedan recibir la ayuda adecuada. El manejo adecuado incluye el enfoque multidisciplinario con atención psiquiátrica y obstétrica integrada.

Sin conflictos de interés.

REFERENCIAS

1. Chase T, Shah A, Maines J, Fusick A. Psychotic pregnancy denial: a review of the literature and its clinical considerations. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2021; 42(3): 253-57. DOI: 10.1080/0167482X.2020.178958
2. Jenkins A, Millar S, Robins J. Denial of pregnancy: a literature review and discussion of ethical and legal issues. *J R Soc Med.* 2011; 104(7): 286-91. DOI: 10.1258/jrsm.2011.100376.
3. Chechko N, Losse E, Stickel S. A case report involving the experience of pervasive pregnancy denial: detailed observation of the first 12 postpartum weeks. *BMC Psychiatry.* 2022; 22(1): 774. DOI: 10.1186/s12888-022-04377-1.
4. Wessel J, Gauruder-Burmester A, Gerlinger C. Denial of pregnancy--characteristics of women at risk. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2007; 86(5): 542-46. DOI: 10.1080/00016340601159199.
5. Giacco S, Tarter I, Lucchini G, Cicolini A. Filicide by mentally ill maternal perpetrators: a longitudinal, retrospective study over 30 years in a single Northern Italy psychiatric-forensic facility. *Arch Womens Ment Health.* 2023; 26(2): 153-165. DOI: 10.1007/s00737-023-01303-6.
6. Wessel J, Buscher U. Denial of pregnancy: population-based study. *BMJ.* 2002; 324(7335): 458. DOI: 10.1136/bmj.324.7335.458.
7. Barnes DL. Towards a new understanding of pregnancy denial: the misunderstood dissociative disorder. *Arch Womens Ment Health.* 2022; 25(1): 51-59. DOI: 10.1007/s00737-021-01176-7.
8. Wessel J, Endrikat J, Buscher U. Frequency of denial of pregnancy: results and epidemiological significance of a 1-year prospective study in Berlin. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2002; 81(11): 1021-27. DOI: 10.1034/j.1600-0412.2002.811105.x.
9. Nto-Ezimah UA, Nto NJ, Esom EA, Okwor CJ, Adiri C. Unexpected delivery: a case report of cryptic pregnancy in Nigeria. *Pan Afr Med J.* 2020; 36: 205. DOI: 10.11604/pamj.2020.36.205.23790.
10. Struye A, Zdanowicz N, Ibrahim C, Reynaert C. Can denial of pregnancy be a denial of fertility? A case discussion. *Psychiatr Danub [Internet].* 2013 [consultado abril de 2023]; 25 Suppl 2:S113-7. Disponible en: https://www.psychiatria-danubina.com/UserDocsImages/pdf/dnb_vol25%20Suppl%202_no/dnb_vol25_noSuppl%202_113.pdf
11. Rott P. Denial of pregnancy. *Dtsch Med Wochenschr.* 2016; 141(25): 1854-57. DOI: 10.1055/s-0042-120519.
12. Delong H, Eutrope J, Thierry A, Sutter-Dallay AL, Vulliez L, Gubler V, *et al.* Pregnancy denial: a complex symptom with life context as a trigger? A prospective case-control study. *BJOG.* 2022; 129(3): 485-92. DOI: 10.1111/1471-0528.16853.

13. Ross NE, Webster TG, Tastenhoye CA, Hauspurg AK, Foust JE, Gopalan PR *et al.* Reproductive decision-making capacity in women with psychiatric illness: A systematic review. *J Acad Consult Liaison Psychiatry.* 2022; 63(1): 61-70. DOI: 10.1016/j.jaclp.2021.08.007.
14. Edinoff AN, Sathivadivel N, McNeil SE, Ly AI, Kweon J, Kelkar N *et al.* Antipsychotic use in pregnancy: Patient mental health challenges, teratogenicity, pregnancy complications, and postnatal risks. *Neurol Int.* 2022; 14(1): 62-74. DOI: 10.3390/neurolint14010005.
15. Borges J. Valoración de la neuropsiquiatría. *Gac Med Caracas* [Internet]. 2012 [consultado abril 2023]; 120(3): 183-187. Disponible en: http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_gmc/article/view/17921
16. Tosato S, Albert U, Tomassi S, Iasevoli F, Carmassi C, Ferrari S, *et al.* A systematized review of atypical antipsychotics in pregnant women: Balancing between risks of untreated illness and risks of drug-related adverse effects. *J Clin Psychiatry.* 2017; 78(5): e477-e489. DOI: 10.4088/JCP.15r10483.
17. Adrianzén C, Sánchez M, Córdova J, Castillo I. Olanzapina versus haloperidol: efectividad en la funcionalidad y estado de salud en una muestra de pacientes venezolanos con esquizofrenia. *Vertex* [Internet]. 2008 [consultado abril 2023]; 19(81): 254-60. Disponible en: <http://www.editorialpolemos.com.ar/vertex81.php>

Recibido 1 de mayo de 2023
Aprobado 10 de septiembre de 2023