

PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA EN EL PUERPERIO

Psicosis Puerperal

Por MARÍA SOLEDAD GÓMEZ ALCALDE *

RESUMEN

El embarazo es un momento vital en el que la patología psiquiátrica tiene incidencia muy baja. No ocurre lo mismo con el puerperio, en donde aparece sintomatología nueva y se agravan procesos previos, sobre todo los trastornos bipolares. Las patologías psiquiátricas más frecuentes en el puerperio son: trastorno de estrés postraumático, «blues», depresión postparto y psicosis puerperal. La incidencia de psicosis puerperal es de 1-2 por 1000 nacimientos. Se caracteriza por depresión e ideas delirantes que aparecen hasta tres meses después del parto. Entre los factores etiológicos destacan: estrógenos, reacción exógena de Bonhoeffer, infecciones, mutación de los receptores de glicina, factores genéticos, neurotransmisores, serotonina, progesterona, bromocriptina y sobre todo antecedente de trastornos afectivos. El pronóstico en general es bueno; en un 50% se repetirá en otro embarazo. Desde el punto de vista médico legal es importante la posible aparición de malos tratos e incluso infanticidio. El suicidio es poco frecuente. Lo mejor es la prevención y detección precoz.

SUMMARY

Psychiatric problems during pregnancy are not frequent. But during post partum, worsening of baseline pathology or the onset of psychiatric conditions like bipolar disorder, may be seen. The most frequent psychiatry pathologies during postpartum are: post-traumatic stress disorder, "blues", depression and psychosis. The incidence of psychosis post-partum is 1-2 per 1000 deliveries. This is characterized by depressive symptoms and delusions, even after three months following delivery. This condition appears to be related to estrogens, the Bonhoeffer reaction, infections, glycine receptors mutations, genetic factors, serotonin levels, progesterone, bromocriptine, and the previous history of an affective disorder. The prognosis is good. The chance of recurrence during subsequent pregnancies is 50%. From a medico-legal point of view, would be important to know previous history of abuse or neglect. Suicide is rare in these women. Prevention and early detection would be the best approach.

PALABRAS-CLAVE : Puerperio, psicosis, depresión.

KEY WORDS : Postpartum, psychosis, depression.

* Doctor en Medicina y Cirugía; Profesor Asociado de Medicina Legal y Forense; Médico Forense de los Juzgados de Alcalá de Henares (Madrid-España). Correspondencia: María Soledad Gómez Alcalde. Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico Sociales, Facultad de Medicina, Carretera de Meco S/N, 28805.- Alcalá de Henares (Madrid) España. Correo electrónico: MARISOLGO@JAZZFREE.COM

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Si revisamos someramente la historia de la psiquiatría, nos encontramos con que las alteraciones psiquiátricas ligadas al puerperio han sido puestas de manifiesto desde los comienzos de la historia médica. Hipócrates ya refiere la existencia de patología psicótica en mujeres en el puerperio y Sorano de Efeso (100 d.C) la define como una situación de “*frenitis aguda*” entendida como “*enfermedad mental aguda, acompañada por fiebre aguda, movimientos sin sentido de las manos y pulso pequeño y pleno*”.

Sin embargo, no es hasta el siglo XIX cuando aparece la sintomatología definida con criterios científicos. Clásicamente se describe de la siguiente forma¹:

- 1.- Rápidos cambios en el nivel de conciencia, perplejidad, desorientación con ocasionales intervalos lúcidos.
- 2.- Un trastorno psicomotor que varía desde la agitación a una severa lentitud y estupor, con la correspondiente variación de la comunicación verbal, desde rápidas y ruidosas asociaciones hasta mutismo.
- 3.- Disturbios afectivos con panansiedad, algunas veces alternando con felicidad extásica o disturbios de la afectividad más estables, tales como la depresión y la manía.
- 4.- Alucinaciones y pseudoalucinaciones, además de falsas identificaciones e ilusiones.
- 5.- Delusiones con un típico contenido en relación con la maternidad.
- 6.- Fluctuación de todo el cuadro en el tiempo; el así llamado cuadro caleidoscópico.

A partir del momento en el que el cuadro clínico queda más o menos definido como entidad médica se presentan dos líneas etiopatogénicas muy diferentes. Para unos es un cuadro con unas características psíquicas especiales que lo convierten por lo tanto en una entidad diagnóstica y para otros se debe estudiar dentro de los grandes cuadros psiquiátricos, ya que no se puede considerar independiente de los mismos.

Esta discrepancia teórica persiste en la actualidad, pues mientras unos autores mantienen la existencia del cuadro con independencia del resto de nosología psiquiátrica, para otros muchos, la mayoría hoy en día, no se puede diferenciar de una psicosis maníaco-depresiva, si bien es cierto que por el peculiar momento en que se presenta, su sintomatología es característica; este último punto es el que permite su estudio de forma independiente.

INTRODUCCIÓN

El embarazo y el puerperio son períodos decisivos para el desarrollo de un nuevo ser y para establecer la estructuración de una vinculación futura entre la madre y el hijo, y entre éste y sus progenitores. Durante el embarazo y de forma fisiológica, aparecen en la mujer modificaciones afectivas que tienen que ver con los cambios hormonales que se producen en su organismo y con las expectativas vitales y fantasías ante el nacimiento de su hijo.

Contrariamente a las imágenes idealizadas de la paternidad, los meses inmediatamente siguientes al nacimiento de un hijo se caracterizan por importantes episodios de patología mental y filicidios. En muchas ocasiones, las alteraciones en la relación materno-filial perturban también la relación con el padre² e incluso con el resto de familiares.

En el puerperio se ha producido ya un gran cambio en la situación personal de la mujer y es precisa una readaptación psicológica ante esta nueva etapa, de forma que no es demasiado raro que se produzca una crisis de identidad asociada a esta nueva maternidad. Estos cambios son más aparentes en un primer embarazo, si bien no son exclusivos del mismo y pueden reproducirse en cierta medida ante cada nueva maternidad³.

Por otro lado, no cabe duda de que el nacimiento de un hijo trae consigo una carga afectiva muy importante que se une a la situación física y biológica en que se encuentra la mujer ante su nuevo estado. En ocasiones esta carga afectiva no es perfectamente canalizada y en otras asienta sobre una situación psicológica previamente alterada, lo que da lugar a reacciones psicopatológicas de mayor o menor gravedad que inciden no sólo en la salud de la madre sino que pueden afectar seriamente al desarrollo del nuevo ser.

Así, no debe olvidarse que el postparto es un período en el que existe un riesgo excepcionalmente elevado de recurrencia de depresión, manía u otras psicosis en mujeres con trastornos bipolares⁴ sobre todo, pero también con cualquier otra alteración psicológica o psiquiátrica. Muchas de estas alteraciones presentan elevado riesgo a largo plazo. La profilaxis puerperal con estabilizadores del humor descende este riesgo⁵ y es algo a tener en cuenta ante el embarazo de una mujer con un elevado potencial psicopatológico o con enfermedad ya diagnosticada.

En los últimos años se ha avanzado muchísimo en el conocimiento de los riesgos del embarazo unido a trastornos del ánimo y

ansiedad, y en los tratamientos efectivos tanto somáticos como de otro tipo para estos trastornos, así como en los riesgos y beneficios de la medicación psicotrópica durante el embarazo y el postparto en determinados grupos de mujeres⁶.

Las alteraciones psiquiátricas que se producen durante el embarazo o el puerperio pueden darse como la primera manifestación o como una reagudización de una enfermedad psiquiátrica previamente diagnosticada. El conocimiento de esta patología debe llevar consigo un estudio profundo no solo de las implicaciones de la enfermedad mental en la madre, sino también de las relaciones con su hijo o con otros miembros de la familia, así como del comportamiento del niño. Esto explica la importancia de detectar en el período prenatal a las mujeres susceptibles a estos padecimientos con el fin de ejercer profilaxis desde el punto de vista médico⁷.

Otro de los hechos que se debe considerar es la influencia que ejerce el embarazo sobre una patología psiquiátrica sintomática y terapéuticamente tratada. La rápida emergencia de nueva medicación antipsicótica y el aumento de la fertilidad en mujeres con trastornos psicóticos ha contribuido al crecimiento de la importancia clínica del tratamiento de la mujer embarazada con dichos trastornos. El tratamiento de estas mujeres debe siempre tener en cuenta los posibles efectos sobre el feto. Teniendo en cuenta el elevado riesgo de descompensación durante el embarazo y postparto, es necesario utilizar medicación antipsicótica de forma continua a la mínima dosis efectiva. Parece preferible el uso de agentes de elevada potencia como primera línea y asimismo puede ser útil el empleo de agentes atípicos como la clozapina⁸.

Además, no debe olvidarse que en mujeres esquizofrénicas el puerperio es un momento de especial vulnerabilidad a la reagudización de sintomatología previamente controlada⁹.

Para aproximarnos a la importancia del problema que vamos a tratar basta con decir que se calcula que el 85% de las mujeres han tenido algún tipo de alteración mental en el período postparto¹⁰.

TRASTORNOS PSICOLÓGICOS ASOCIADOS AL PUERPERIO

Mientras que la incidencia de trastornos psiquiátricos desciende de forma significativa durante el embarazo, el riesgo durante el período postparto aumenta notablemente y a menudo obliga a tratamiento farmacológico durante el puerperio y, como consecuencia, durante la lactancia¹¹.

El tercer trimestre de la gestación humana se caracteriza por una hiperactividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal debido probablemente al progresivo aumento de niveles circulantes de CRH placentaria y el gradual descenso de proteína ligada a CRH. El postparto, por otro lado, se caracteriza por un aumento de la vulnerabilidad a las manifestaciones psiquiátricas, un fenómeno compatible con la supresión hipotalámica de la secreción de CRH, que podría explicar por sí solo el aumento de vulnerabilidad a trastornos del afecto observados en este período¹².

La patología puerperal con síntomas psiquiátricos y graves secuelas tiene una elevada prevalencia en la edad fértil de las mujeres. A menudo estas patologías permanecen sin identificar o sin tratar¹³, siendo este hecho parte de las importantes implicaciones sociales y familiares que provoca.

Se calcula que aunque aproximadamente el 80% de las mujeres experimentan alguna fluctuación en el humor entre el período anteparto y el postparto, sólo 10-20% tienen criterios DSM-IV de depresión mayor y tan sólo el 0.1-0.2% muestran signos de psicosis¹⁴.

Se han descrito cuatro tipos distintos de reacciones psicopatológicas en el puerperio:

1. *Síndrome de estrés posttraumático (PTSD)*, con una prevalencia del 1%. Se presenta normalmente entre las 24 y 48 horas después de un parto difícil. Predomina la ansiedad asociada con pesadillas e imágenes recurrentes de la experiencia vivida¹⁵. El cuadro es pasajero y la sintomatología suele desaparecer en poco tiempo, siendo escasas las ocasiones en las que se cronifica y precisa tratamiento psiquiátrico específico.
2. *Los denominados «blues» del puerperio* (según la bibliografía anglosajona), que significa estado de ánimo melancólico y que puede ser poco manifiesto, larvado y por lo tanto pasar incluso desapercibido. Su frecuencia según algunos estudios es tan elevada que puede alcanzar el 50-70% o incluso el 80% de los nacimientos¹⁶. De comienzo generalmente alrededor del tercer día postparto, su duración no suele superar la semana. Por ello y por la levedad sintomática no suele ser necesaria la hospitalización. Incluso se podría considerar como una variante de comportamiento normal de la mujer en el postparto¹⁷. El síntoma más constante es la presencia de llanto inmotivado. No obstante, la intensidad de la sintomatología es un factor

predictivo de su transformación en depresión postnatal¹⁵. Si dura más de un mes se debe valorar el riesgo de cronificación. En su génesis parecen intervenir sobre todo factores ambientales, sociales o culturales¹⁷.

3. *Depresión postparto*. Múltiples estudios epidemiológicos demuestran que la depresión mayor es aproximadamente dos veces más frecuente en mujeres que en hombres y que su primer pico aparece durante los años de fertilidad. Se ha progresado mucho en el conocimiento de la epidemiología de la depresión y en el desarrollo de tratamientos efectivos. Sin embargo, es preciso avanzar más en el estudio de los cambios que se producen en el psiquismo de la mujer, sobre todo durante los años reproductivos¹⁸.

La depresión que aparece en el postparto se instaaura con una base de sentimiento de incapacidad para cuidar al nuevo hijo y enfrentarse a la situación socio-familiar.

La sintomatología es la típica de una depresión: sentimiento de culpa, trastornos del sueño, cambios de humor con gran tendencia a la tristeza y ausencia de síntomas psicóticos. El pronóstico es en general mejor que el de las depresiones de otra etiología pero en los casos más graves puede ser necesaria la hospitalización.

Según Lempérière¹⁹, los factores de riesgo de esta denominada depresión atípica del embarazo son:

- Edad de la madre (más frecuente antes de los 20 años y después de los 30 años).

- Problemas familiares graves en la infancia de la madre.
- Antecedentes de separaciones precoces de sus padres (en la madre).
- Problemas psiquiátricos previos al embarazo.
- Problemas psiquiátricos o psicológicos durante el embarazo.
- Actitud negativa frente al embarazo (embarazo no deseado, dudas sobre la eventual interrupción voluntaria del embarazo en el inicio de la gestación).
- Tensiones en la pareja durante el embarazo.
- Severidad de los "blues" postparto.
- Acontecimientos desfavorables que generen ansiedad vividos durante el período del puerperio.

La depresión postparto es una patología muy frecuente si tenemos en cuenta que entre 10 y 15% de las mujeres desencadenan un síndrome depresivo dentro de los primeros 2-3 meses postparto, siendo la complicación médica más frecuente de este período. Historia previa de trastorno depresivo, condicionamientos sociales y sucesos vitales estresantes pueden incrementar el riesgo de depresión postparto⁶. Sin embargo, el 10% de las mujeres que tienen una depresión postparto carece de antecedentes, el 25% tiene antecedentes depresivos y un 50% tiene antecedente de depresión puerperal.

El reconocimiento precoz resulta fundamental para evitar problemas posteriores en la relación materno-filial y en el desarrollo físico y sobre todo emocional del bebé²⁰.

Por la elevada incidencia del proceso, la profilaxis con litio en mujeres maniaco-depresivas después del parto es aceptada¹¹.

Se ha escrito bastante sobre la posible influencia socio-cultural en la génesis de la depresión postparto, a pesar de lo cual no se han apreciado variaciones en la frecuencia de presentación en relación con estudios efectuados en distintas culturas. Así, en los últimos 150 años parece que no ha cambiado la incidencia de depresión puerperal, lo que habla a favor de la no relación con factores culturales y sociales, ya que estos han cambiado mucho en los últimos años y sería un punto más a favor de la etiología endógena¹⁷. Sin embargo, según otros autores, su aparición sobre todo en sociedades occidentales, sí hablaría a favor de un cierto componente de tipo socio-cultural²¹.

Por otro lado, se piensa que esta depresión probablemente sea la misma patología que la depresión que aparece en otro momento. No se sabe si únicamente son factores biológicos o psicológicos los que alteran la expresión de la enfermedad²².

4. *Psicosis postparto*. Si bien en algunos casos se puede confundir con una depresión, el rasgo diferencial es la presencia de síntomas típicamente psicóticos como delirios o alucinaciones. La duración es variable y en algunos casos es imprescindible la hospitalización.

La frecuencia de los trastornos psicóticos agudos postparto está alrededor de 1-2/1000 nacimientos^{6,23}; otros autores elevan estas cifras a 3 por 1000 nacimientos²⁴. La mayor parte de estas psicosis incluyen trastornos de la afectividad²⁵.

La psicosis puerperal se define como un episodio de manía o de psicosis precipitado por el nacimiento de un bebé. Las eviden-

cias clínicas y el soporte de estudios genéticos, apoyan la hipótesis de que la mayoría de los episodios de psicosis puerperal son manifestaciones de un trastorno afectivo previo desencadenadas por el puerperio²⁶.

Las psicosis puerperales se caracterizan por depresión e ideas delirantes que aparecen después del parto. El cuadro clínico tiene unas características específicas:

- Rápido cambio de sintomatología.
- Labilidad de humor.
- Signos confusionales (con frecuencia)²⁵.

Los síntomas iniciales más frecuentes son ansiedad, cansancio, humor depresivo, disturbios del sueño, alteraciones del comportamiento, agitación catatónica, ilusiones y alucinaciones^{27,28}.

Para muchos autores se trata de un subtipo de trastorno bipolar con características típicas y especiales dependiendo sobre todo del especial momento y circunstancias en que aparecen²⁹. Son múltiples los estudios clínicos, sobre evolución y niveles genéticos que no aportan datos para considerarlo como una nosología autónoma²⁵.

Comparando la sintomatología de la psicosis puerperal con la de los trastornos bipolares del estado de ánimo se observa que en el primer grupo es más frecuente la desilusión, alucinaciones auditivas, embotamiento afectivo y desorden emocional. Por ello queda sin comprobar lo dicho de que estas dos patologías sean el mismo proceso, pero cabe la posibilidad de relación entre ambas³⁰.

Entre los factores de riesgo destacan: primer hijo, episodios previos de psicosis

puerperal, alteraciones psiquiátricas inherentes en la mujer y parto por cesárea³¹.

Si bien lo más frecuente es que la psicosis puerperal se presente postparto (de ahí precisamente su nombre), hay algunas ocasiones en las que puede presentarse en el período anteparto. En estos casos suele aparecer con síntomas catatónicos y de eclampsia. Aunque la incidencia de esta psicosis es escasa, la presencia de alteraciones mentales en la mujer embarazada, tras descartar la existencia de patología orgánica, debe hacer pensar en este proceso como uno de los que se deben incluir en el diagnóstico diferencial³².

Los trastornos esquizoafectivos puerperales comienzan más frecuentemente con un episodio esquizo-maníaco que esquizo-depresivo³³.

ETIOPATOGENIA

La evidencia clínica y estudios genéticos apoyan la hipótesis de que la mayoría de los casos de psicosis puerperal son manifestaciones de un trastorno afectivo previo en el que el puerperio actúa como desencadenante y los genes actúan como importante factor de aumento de susceptibilidad. La naturaleza del desencadenante puerperal es desconocida pero en vista de la brusca aparición en un momento en el que los cambios psicológicos son debidos fundamentalmente a cambios biológicos, hormonales sobre todo, es importante tener en cuenta el papel de los estrógenos, al ser éstos las hormonas que sufren mayor alteración en este momento³⁴.

Desde hace mucho tiempo se viene postulando la relación de las alteraciones hormonales y del equilibrio metabólico con trastornos de tipo emocional³⁵.

Los *estrógenos* y las hormonas tiroideas tienen efecto en el crecimiento, desarrollo y diferenciación del sistema nervioso central. La administración de hormonas provoca cambios en el comportamiento, lo que sugiere que las variaciones genéticas en los receptores alfa de estrógenos y hormonas tiroideas pueden predisponer a alteraciones de tipo psiquiátrico como esquizofrenia, trastornos bipolares o psicosis puerperal³⁶. Lo cierto es que en muchas de las mujeres afectadas se detectan bajos niveles de estradiol¹³.

Es muy abundante la bibliografía que existe respecto a los efectos de estrógenos y otros esteroides gonadales sobre el sistema nervioso central. La capacidad de los estrógenos para modular la función serotoninérgica, en particular, eleva la posibilidad de que los esteroides sexuales puedan jugar un importante papel en los mecanismos asociados con la depresión y su tratamiento³⁷. Este puede ser uno de los motivos por los que hay muchos casos en los que la psicosis puerperal puede presentar resistencia a los métodos de tratamiento psiquiátrico convencionales, y sin embargo ser beneficioso el tratamiento con derivados estrogénicos³⁸. Así, en el tratamiento, el aumento de los niveles séricos de estradiol, suele coincidir con un descenso de la sintomatología psicótica. El tratamiento discontinuo con estas hormonas trae consigo un rebrote y recrudescimiento de la sintomatología psicótica en la mayoría de estos casos³⁹.

Si seguimos el concepto actual de *reacción exógena de Bonhoeffer*, las denominadas psicosis puerperales tendrían cabida dentro del mismo porque se trata de profundas modificaciones biológicas, algunas patológicas (neuroendocrinas, metabólicas, traumáticas, infecciosas, etc) que actúan so-

bre un terreno predispuesto y condicionan por lo tanto el surgimiento de la psicosis.

En cuanto a las *infecciones*, si bien desde los primeros momentos históricos se han relacionado con este proceso, lo cierto es que la mayor parte de las veces en las que se presentan no guardan relación ni cuantitativa ni cualitativa con las manifestaciones psicóticas.

En el plasma de mujeres con psicosis puerperal se han encontrado fracciones de *opioides* distintas de las normales, lo cual hace pensar en la posibilidad de disfunción de estos sistemas de opioides endógenos como factor etiológico del proceso⁴⁰.

Los receptores de la *glicina*, miembro importante de los ligandos en los canales iónicos, actúan de intermediarios sinápticos en la médula espinal y en regiones cerebrales. Esta gran familia de ligandos se ha visto implicada en la patogénesis de esquizofrenia y otras patologías de índole psiquiátrico entre las que se incluyen el trastorno bipolar, las alteraciones por alcoholismo, la psicosis puerperal, el autismo y el déficit de atención con hiperactividad. Las alteraciones generalmente observadas consisten sobre todo en cambios en las regiones codificantes que no alteran la expresión proteínica, dando por lo tanto lugar a mutaciones silentes, que pueden tener un importante papel en la génesis del proceso estudiado⁴¹.

No cabe duda que los *factores genéticos* influyen en la susceptibilidad al padecimiento de trastornos afectivos bipolares, pero no está tan claro cuáles son estos factores y si su influencia es tan elevada como para afirmar la existencia de un origen o relación genética en la aparición de las psicosis puerperales²⁹.

Estudios realizados en grupos familiares demuestran la relación familiar con este proceso y la existencia de factores predisponentes tanto a trastornos bipolares en general como a la psicosis puerperal en particular. Esto es muy importante por la posibilidad de ejercer medidas de tipo profiláctico en familias en las que se ha dado uno de estos casos.²⁶

Los *neurotransmisores* juegan en el proceso un importante papel como queda claro viendo la efectividad de los tratamientos farmacológicos cuando actúan a dicho nivel. En estudios genéticos destacan por su importancia los genes que codifican el transporte de la serotonina, la monoaminoxidasa A y la catecol-orto-metil-transferasa (COMT)²⁹.

En casi la mitad de mujeres con trastorno bipolar se desencadena un episodio de severas alteraciones psiquiátricas, normalmente denominado psicosis puerperal, dentro de los pocos días postparto. Existe evidencia de que la susceptibilidad a estos episodios guarda relación con variaciones en el gen del transportador de *serotonina*⁴².

La teoría macrofágica de la depresión propone que una secreción excesiva de citoquinas monocito/macrófago provoca los síntomas de la depresión. Se ha sugerido, igualmente que *cambios en la función inmunitaria* que acompañan al embarazo y parto podrían contribuir a los síntomas afectivos que se producen en muchas mujeres en la fase puerperal. El factor de necrosis tumoral alfa es una citoquina proinflamatoria que se ha implicado en las infecciones y en las enfermedades de tipo inmunitario. La producción de este factor está regulada por estrógenos, lo que sugiere que sea un potencial candidato a la susceptibilidad de los trastornos postparto⁴³.

Otra teoría a favor de la aparición de los trastornos de la afectividad en el postparto se refiere a fallo en el control de los *niveles de progesterona*. De esta forma, en algunos casos se obtienen muy buenos resultados con tratamiento farmacológico con suplementos de progesterona⁴⁴.

La *bromocriptina* es un derivado ergónico agonista de la dopamina que se utiliza en el postparto para la supresión de la lactancia. Son pocas las ocasiones, pero no inexistentes, en las que el uso de la medicación se ha asociado con sintomatología psicótica en algunas pacientes. Tradicionalmente se había descrito la aparición de cuadros de tipo psicótico en pacientes de Parkinson tratados con bromocriptina a dosis elevadas, pero en los últimos tiempos se admite este efecto secundario incluso cuando las dosis son pequeñas⁴⁵. Por ello, y según los antecedentes personales, el empleo de bromocriptina, solo o asociado a otras drogas de tipo simpaticomimético se debería utilizar con mucha precaución^{46,47}. Dado que se ha descrito la producción de efectos psiquiátricos como confusión, alucinaciones y desilusión se ha pensado en la posibilidad de que influya en la aparición de algunos cuadros de psicosis^{48,49}.

Para algunos autores podría existir relación entre la aparición de algunos trastornos de la afectividad en el postparto y las *concentraciones de hemoglobina* lo que llevaría a un cuidadoso control y tratamiento de la anemia postparto para reducir el riesgo de estas alteraciones de la afectividad⁵⁰.

Independientemente de la influencia de todos los factores que se han reseñado con anterioridad, que pueden hacer que la psicosis puerperal sea la primera manifestación aparente patológica, lo cierto es que las mu-

jerer con *antecedente de trastornos afectivos* tienen una probabilidad mucho mayor de padecer psicosis puerperal que las que tienen historia de esquizofrenia o neurosis depresiva⁵¹. Cuando la patología previa es un trastorno bipolar, la probabilidad de aparición de alteraciones psicóticas en el puerperio se eleva al 25%⁶.

Otros factores de riesgo encontrados en relación con la aparición de psicosis puerperal son: dependencia a sustancias, patología orgánica, la estación del año, hijo varón y estrés psicosocial⁵².

En un estudio realizado en Turquía en 1999 se vio que la mayoría de las mujeres en las que se presentaba esta psicosis eran jóvenes, casadas, primíparas, tenían un bajo nivel educacional y vivían en zonas rurales. El pico principal se daba a las 3.62 semanas después del parto. En más del 75% de los casos se observaron episodios psicóticos en los 11 años siguientes⁵³.

A pesar de lo defendido por muchos autores, análisis multivariados sugieren la posibilidad de que diferentes *factores psicosociales* contribuyan a la recurrencia de trastornos afectivos y psicosis esquizoafectivas después del parto en contraposición con alteraciones afectivas no psicóticas postparto⁵⁴.

Realizando una comparación para el mismo período de tiempo entre mujeres que ingresan por episodios de psicosis puerperal en Arabia y en Edimburgo se encuentran diferencias significativas entre ambos grupos como duración de la enfermedad antes del ingreso y presencia de alteraciones de la movilidad. Estas diferencias, al no ser otros los factores que intervienen, se relacionan con factores de tipo sociocultural⁵⁵.

CURSO DE LA ENFERMEDAD

El pronóstico a corto plazo es generalmente bueno, pero el riesgo de recurrencia de trastornos mentales, en o fuera del contexto puerperal, es elevado²⁵. Para algunos autores, a menos que se produzca un nuevo embarazo, la posibilidad de que la mujer permanezca asintomática se incrementa a un 75%, mientras que la sintomatología se repetirá con características similares en otro embarazo en el 50% de las ocasiones⁵⁶, pudiendo aumentar hasta el 75%⁶.

Lo anterior no justifica en modo alguno, desde el punto de vista médico, el evitar un embarazo posterior o incluso proponer un aborto en el caso de que aquel se produzca, ya que con un control preventivo el porcentaje y la gravedad de la sintomatología de reduce de forma muy notable²⁷.

No obstante, en algunas ocasiones en las que la sintomatología es especialmente grave puede ser preciso, por seguridad de la madre e incluso la del hijo, proceder a la hospitalización en una unidad psiquiátrica⁶.

Cuando no se ha instaurado tratamiento o este es ineficaz una de las graves consecuencias que se pueden derivar tanto de las situaciones de depresión como de las de psicosis es el maltrato infantil¹⁵.

En un porcentaje bastante elevado de casos en los que se produce una psicosis puerperal se seguirá de alteraciones psiquiátricas similares en momentos posteriores y ya no relacionados con el puerperio⁵⁷. En algunos casos la sintomatología que aparece posteriormente es de tipo obsesivo-compulsivo y se describe en ocasiones trastorno de pánico⁶.

Debe igualmente tenerse en cuenta el hecho de que la patología afectiva puerperal pone a la madre en riesgo de presentar depresión recurrente y se ha asociado también con significativos efectos a largo plazo en el desarrollo y comportamiento del bebé. Para evitar estas alteraciones tanto en la madre como en el hijo es preciso el reconocimiento y tratamiento precoz de la sintomatología⁵⁸.

Se conoce poco sobre la farmacocinética de drogas neurolépticas en madres lactantes y sus hijos o los posibles efectos adversos en los niños. En estudios realizados en Londres (1998) se observa que la concentración total de neurolépticos y sus principales metabolitos en plasma materno se relacionan con las concentraciones en la leche. Los niños ingieren aproximadamente el 3% de la dosis diaria materna por kilo de peso y se detectan pocas cantidades de estas drogas en plasma u orina del niño⁵⁹.

OTROS TRATAMIENTOS

Un tema que con frecuencia se suele olvidar cuando se habla de la psicosis puerperal y del tratamiento es el de los hijos de estas mujeres. El cuidado se puede realizar incluso en familias donde las madres sufren trastornos psicóticos. Sin embargo, muchas de estas madres no reciben la ayuda que necesitan⁶⁰.

Son numerosos los estudios que indican que la depresión severa responde bien a la *terapia electroconvulsiva*. En los casos de graves depresiones postparto o en los de psicosis postparto en los que los tratamientos con fármacos habituales no llevan a una rápida restauración del estado, podría ser un buen tratamiento, sobre todo cuando la sintomatología es más grave^{61, 6}.

En 1999 se realizó un estudio en Manchester sobre la eficacia de la terapia electroconvulsiva en psicosis puerperal y en otros tipos de psicosis. Se observó que la mejoría clínica en casos de psicosis puerperal era notablemente mayor que la obtenida en otros tipos de psicosis. Estos resultados no eran achacables sólo al predominio de patología depresiva en psicosis puerperal ya que los resultados eran similares cuando el diagnóstico clínico era depresión. Ello demuestra la mayor sensibilidad a la electroterapia de la psicosis puerperal. Entre las explicaciones se puede incluir la buena respuesta a todos los tratamientos en general⁶².

En la mayor parte de los casos suele ser suficiente un manejo terapéutico basado en psicoterapia intensiva (junto a la medicación) centrada sobre todo en la maternidad. Ello con el fin de evitar la aparición de desilusión y sin tener que llegar a romper la relación materno filial⁶³.

Basándose en el mantenimiento del contacto materno-filial, incluso en los casos más graves, en Jerusalén desde 1990 se admiten madres con psicosis puerperal junto a sus hijos en las unidades psiquiátricas, con el fin de mantener la unión entre ambos mientras se instaura el tratamiento materno. La presencia del niño facilita la evaluación sobre las capacidades de manejo por parte de la madre⁶⁴.

Tradicionalmente se ha procedido al ingreso de las mujeres que padecen alteraciones psiquiátricas aislándolas de sus hijos. Sin embargo, en los últimos 40-50 años, los psiquiatras ingleses tienden a no realizar esta separación entre los recién nacidos y sus madres enfermas, excepto durante la fase de ataque agudo⁶⁵.

Por eso, sea cual sea la terapia elegida, se debe tener en cuenta la madre, el hijo y

determinadas circunstancias familiares. Ello implica la necesidad de una estrecha colaboración entre especialistas de distintas áreas médicas (psiquiatras y obstetras). Particular atención se debe prestar al tipo de alteración en la relación materno-filial que puede ocurrir entre la madre y el recién nacido³¹.

Quizá parte de la clave del tratamiento sea ofrecer a las madres una imagen menos idealizada de la maternidad y facilitar un mayor apoyo con el fin de evitar estos sentimientos de dependencia que son en parte la base de la depresión⁶⁶.

IMPORTANCIA MÉDICO LEGAL

El conocimiento de la existencia tanto de la depresión postparto como de la psicosis puede hacernos entender muchos de los comportamientos de una madre hacia su hijo que de otra forma podrían parecernos completamente anormales.

Sin embargo, hay ocasiones en las que esta actuación pasa a ser algo más que un comportamiento extraño para convertirse en un hecho penado por la Ley. Así, hemos mencionado la posibilidad de situaciones de maltrato, e incluso se puede llegar a producir la muerte del bebé.

En estos casos el perito que realiza el informe debe tener en cuenta todas las variables que se han expuesto anteriormente para conocer la situación mental en que se encontraba la mujer antes de realizar el hecho del que se le acusa.

En Inglaterra y Gales esta consideración se ha tenido en cuenta en algún caso de infanticidio siendo reducida la valoración penal del hecho desde asesinato a homicidio sin premeditación u homicidio involuntario³⁵.

Por otro lado, a pesar de que la morbilidad psiquiátrica en el postparto y durante el embarazo es elevada, el riesgo de suicidio en este momento es muy bajo. La maternidad parece proteger contra el suicidio ⁶⁷.

Las cifras de suicidio postnatal son aproximadamente la sexta parte de las que se produ-

cen en otros momentos de la vida de la mujer. En madres adolescentes y solteras la variación con el grupo control es menos acusada, pero sigue siendo manifiesta. Las mujeres que se suicidan después del parto a menudo lo hacen en el primer mes, y hay tendencia a usar métodos violentos. El riesgo de suicidio durante el embarazo también es pequeño ⁴⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Marks M, Lovestone S. The role of the father in parental postnatal mental health. *Br J Med Psychol* 1995; 68 (Pt 2):157-68.
3. Ciurana Misol R. Atención a la mujer y el niño durante el embarazo y el puerperio. <http://www.medynet.com/usuarios/PrevInfund/Embpuer.htm>
4. Ahokas A, Aito M. Role of estradiol in puerperal psychosis. *Psychopharmacology (Berl)* 1999; 147:108-10.
5. Chaudron LH, Jefferson JW. Mood stabilizers during breastfeeding: a review. *J Clin Psychiatry* 2000; 61:79-90.
6. Pedersen CA. Postpartum mood and anxiety disorders: a guide for the nonpsychiatric clinician with an aside on thyroid associations with postpartum mood. *Thyroid* 1999; 9:691-7.
7. Stocky A, Lynch J. Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14:73-87.
8. Trixler M, Tenyi T. Antipsychotic use in pregnancy. What are the best treatment options? *Drug Saf* 1997; 16:403-10.
9. Miller LJ. Sexuality, reproduction, and family planning in women with schizophrenia. *Schizophr Bull* 1997; 23:623-35.
10. Bright DA. Postpartum mental disorders. *Am Fam Physician* 1994; 50:595-8.
11. Lanczik M, Knoche M, Fritze J. Psychopharmacotherapy in pregnancy and lactation. 2: Lactation. *Nervenarzt* 1998; 69:10-4.
12. Magiakou MA, Mastorakos G, Rabin D, Dubbert B, Gold PW, Chrousos GP. Hypothalamic corticotropin-releasing hormone suppression during the postpartum period: implications for the increase in psychiatric manifestations at this time. *J Clin Endocrinol Metab* 1996; 81:1912-7.
13. Ahokas A, Aito M, Rimón R. Positive treatment effect of estradiol in postpartum psychosis: a pilot study. *J Clin Psychiatry* 2000; 61:166-9.
14. Steiner M. Perinatal mood disorders: position paper. *Psychopharmacol Bull* 1998; 34:301-6.
15. Godfroid IO, Charlot A. Postpartum psychiatry. *Rev Med Brux* 1996; 17:22-3.
16. Canadian Mental Health Association. Depression. An overview of the literature. Toronto. Canadian Mental Health Association. 1995.

17. Kumar R. Postnatal mental illness: a transcultural perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1994; 29:250-64.
18. Weissman MM, Olfson M. Depression in women: implications for health care research. *Science* 1995; 269:799-801.
19. Lemperiere T. Troubles psychiques liés à la puerperalité. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale Psychiatrie* 1984; 4 (10):1-12.
20. Seidman D. Postpartum psychiatric illness: the role of the pediatrician. *Pediatr Rev* 1998; 19:128-31.
21. Ugarriza DN. Postpartum affective disorders: incidence and treatment. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1992; 30:29-32.
22. Dobie SA, Walker EA. Depression after childbirth. *J Am Board Fam Pract* 1992; 5:303-11.
23. Strouse TB, Szuba MP, Baxter LR Jr. Response to sleep deprivation in three women with postpartum psychosis. *J Clin Psychiatry* 1992; 53:204-6.
24. Adewunmi AB, Gureje O. Puerperal psychiatric disorders in Nigerian women. *East Afr Med J* 1991; 68:775-81.
25. Tabbane K, Charfi F, Dellagi L, Guizani L, Boukadida L. Acute postpartum psychoses. *Encephale* 1999; 25:12-7.
26. Jones I, Craddock N. Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry* 2001; 158:913-7.
27. Rohde A, Marneros A. Psychoses in puerperium: symptoms, course and long-term prognosis. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1993; 53:800-10.
28. Rhode A, Marneros A. Postpartum psychoses: onset and long-term course. *Psychopathology* 1993; 26:203-9.
29. Jones I, Craddock N. Candidate gene studies of bipolar disorder. *Ann Med* 2001; 33:248-56.
30. Oosthuizen P, Russouw H, Roberts M. Is puerperal psychosis bipolar mood disorder?: a phenomenological comparison. *Compr Psychiatry* 1995; 36:77-81.
31. Musella V, Passannanti G, Pellicano M, Cirillo D, Tanzillo M, Busiello G, Vitelli R. Postpartum psychoses. A case report. *Minerva Ginecol* 1996; 48:377-82.
32. Ranzini AC, Vinekar AS, Houlihan C, Scully J, Cho SC, Vintzileos A. Puerperal psychosis mimicking eclampsia. *J Matern Fetal Med* 1996; 5:36-8.
33. Rohde A, Marneros A. Schizoaffective disorders with and without onset in the puerperium. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992; 242:27-33.
34. Jones I, Middle F, McCandless F, Coyle N, Robertson E, Brockington I, Lendon C, Craddock N. Molecular genetic studies of bipolar disorder and puerperal psychosis at two polymorphisms in the estrogen receptor alpha gene (ESR 1). *Am J Med Genet* 2000; 96:850-3.
35. Iffy L, Jakobovits A. Infanticide: new medical considerations. *Med Law* 1992; 11:269-74.
36. Feng J, Yan J, Michaud S, Craddock N, Jones IR, Cook EH Jr, Goldman D, Heston LL, Peltonen L, Delisi LE, Sommer SS. Scanning of estrogen receptor alpha (ERalpha) and thyroid hormone receptor alpha (TRalpha) genes in patients with psychiatric diseases: Four missense mutations identified in ERalpha gene. *Am J Med Genet* 2001; 105:369-74.
37. Joffe H, Cohen LS. Estrogen, serotonin, and mood disturbance: where is the therapeutic bridge? *Biol Psychiatry* 1998; 44:798-811.
38. Ahokas A, Aito M, Turainen S. Association between oestradiol and puerperal psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 101:167-9.
39. Ahokas A, Aito M. Role of estradiol in puerperal psychosis. *Psychopharmacology (Berl)* 1999; 147:108-10.

40. Lindstrom, Leif; Nyberg Fred et al. "CFS and plasma beta-casomorphin-Like Opioid Peptides in Postpartum Psychosis" *Am. J. Psychiatry* 1984; 141:9.
41. Feng J, Craddock N, Jones IR, Cook EH Jr, Goldman D, Heston LL, Peltonen L, DeLisi LE, Sommer SS. Systematic screening for mutations in the glycine receptor alpha2 subunit gene (GLRA2) in patients with schizophrēnia and other psychiatric diseases. *Psychiatr Genet* 2001; 11:45-8.
42. Coyle N, Jones I, Robertson E, Lendon C, Craddock N. Variation at the serotonin transporter gene influences susceptibility to bipolar affective puerperal psychosis. *Lancet* 2000; 356:1490-1.
43. Middle F, Jones I, Robertson E, Lendon C, Craddock N. Tumour necrosis factor alpha and bipolar affective puerperal psychosis. *Psychiatr Genet* 2000; 10:195-8.
44. Granger AC, Underwood MR. Review of the role of progesterone in the management of postnatal mood disorders. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2001; 22:49-55.
45. Canterbury RJ, Haskins B, Kahn N, Saathoff G, Yazel JJ. Postpartum psychosis induced by bromocriptine. *South Med J* 1987; 80:1463-4.
46. Reeves RR, Pinkofsky HB. Postpartum psychosis induced by bromocriptine and pseudoephedrine. *J Fam Pract* 1997; 45:164-6.
47. Iffy L, Lindenthal JJ, McArdle JJ, McNamara RE, Szodi Z, Ganesh V. Ergotism: a possible etiology for puerperal psychosis. *Obstet Gynecol* 1989;73:475-7.
48. Boyd A. Bromocriptine and psychosis: a literature review. *Psychiatr Q* 1995;66:87-95.
49. Iffy L, Lindenthal J, Szodi Z, Griffin W. Puerperal psychosis following ablation with bromocriptine. *Med Law* 1989; 8:171-4.
50. Meyer JW, Eichhorn KH, Vetter K, Christen S, Schleusner E, Klos A, Huch A, Huch R. Does recombinant human erythropoietin not only treat anemia but reduce postpartum (emotional) distress as well? *J Perinat Med* 1995; 23:99-109.
51. Singh T, Kaur V. Puerperal psychosis-analysis of 35 cases. *J Indian Med Assoc* 2000; 98:217-8.
52. Allwood CW, Berk M, Bodemer W. An investigation into puerperal psychoses in black women admitted to Baragwanath Hospital. *S Afr Med J* 2000; 90:518-20.
53. Kirpinar I, Coskun I, Caykoğlu A, Anac S, Ozer H. First-case postpartum psychoses in Eastern Turkey: a clinical case and follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100:199-204.
54. Marks MN, Wieck A, Checkley SA, Kumar R. Contribution of psychological and social factors to psychotic and non-psychotic relapse after childbirth in women with previous histories of affective disorder. *J Affect Disord* 1992; 24:253-63.
55. Rahim FM, al-Sabiae A. Puerperal psychosis in a teaching hospital in Saudi Arabia: clinical profile and cross-cultural comparison. *Acta Psychiatr Scand* 1991; 84:508-11.
56. Pfuhlmann B, Franzek E, Beckmann H, Stober G. Long-term course and outcome of severe postpartum psychiatric disorders. *Psychopathology* 1999; 32:192-202.
57. Robling SA, Paykel ES, Dunn VJ, Abbott R, Katona C. Long-term outcome of severe puerperal psychiatric illness: a 23 year follow-up study. *Psychol Med* 2000; 30:1263-71.
58. Nonacs R, Cohen LS. Postpartum mood disorders: diagnosis and treatment guidelines. *J Clin Psychiatry* 1998;59 (Suppl 2):34-40.
59. Yoshida K, Smith B, Craggs M, Kumar R. Neuroleptic drugs in breast-milk: a study of pharmacokinetics and of possible adverse effects in breast-fed infants. *Psychol Med* 1998; 28:81-91.

60. Bauer M, Luders C. Psychotic women and their children. *Psychiatr Prax* 1998; 25:191-5.
61. Berle JO. Severe postpartum depression and psychosis--when is electroconvulsive therapy the treatment of choice? *Tidsskr Nor Laegeforen* 1999; 119:3000-3.
62. Reed P, Sermin N, Appleby L, Faragher B. A comparison of clinical response to electroconvulsive therapy in puerperal and non-puerperal psychoses. *J Affect Disord* 1999; 54:255-60.
63. Thessier N, Dayan J, Baranger E. Importance of early management of puerperal psychosis. Report of a case. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1998; 27:725-7.
64. Maizel S, Fainstein V, Katzenelson SK. Treating mother and baby in conjoint hospitalization in a psychiatric hospital. *Harefuah* 1998; 135:188-91.
65. Stewart DE. Psychiatric admission of mentally ill mothers with their infants. *Can J Psychiatry* 1989; 34:34-8.
66. Adcock JS. Expectations they cannot meet: Understanding postnatal depression. *Prof Nurse* 1993; 8:703-10.
67. Appleby L. Suicide during pregnancy and in the first postnatal year. *BMJ* 1991; 302: 137-140.