

---

# ORIGINALES Y REVISIONES

## Psicosis puerperal: aspectos clínicos y asistenciales

D. SIMÓN LORDA, I. GÓMEZ-REINO RODRÍGUEZ

Psiquiatras

Servicio de Psiquiatría. Complejo Hospitalario de Ourense.

### Resumen

Con el objetivo general de introducir una reflexión sobre los Programas de Interconsulta y Enlace con los Servicios de Obstetricia-Ginecología, se presenta una revisión acerca de las psicosis puerperales y algunos aspectos acerca de su concepto, clasificación y abordaje terapéutico-asistencial (introducción del hijo en el campo terapéutico, atención al padre, tutela de los hijos, problemas farmacológicos y somáticos, unidades madre-hijo, programas comunitarios...).

**Palabras clave:** Psicosis puerperal. Unidades de hospitalización madre-hijo. Psiquiatría perinatal. Psiquiatría de Interconsulta y Enlace.

### Summary

**Puerperal psychosis: Clinical and therapeutic aspects.** In order to reflect about Consult-Liaison Programs with Obstetric-Gynecology Services, a review about puerperal psychosis and some aspects as concept, nosology and clinical and therapeutic approach (relationship with the newborn, psychopharmacology and somatic dilemmas, Mother and Baby Units, Community services...) is made.

**Key words:** Puerperal psychosis. Mother and Baby Units. Perinatal psychiatry. Consult-Liaison psychiatry.

### Résumé

**Psychose puerpérale: Éléments cliniques et relatifs aux soins.** Avec l'objectif général d'introduire une réflexion sur les Programmes d'Interconsultation et de

*Liaison avec les Services d'Obstétrique-Gynécologie, une étude est présentée sur les psychoses puerpérales et quelques éléments sur leur concept, classification et approche thérapeutique et relative aux soins (introduction de l'enfant dans le champ thérapeutique, traitement du père, tutelle des enfants, problèmes pharmacologiques, somatiques, Unités mère-enfant, Programmes communautaires...).*

**Mots clés:** Psychose puerpérale. Unités hospitalisation mère-enfant. Psychiatrie périnatale. Psychiatrie Interconsultation et Liaison.

### Riassunto

**Psicosi puerperale: Aspetti clinici ed assistenziali.** Con lo scopo generale di introdurre una riflessione sui Programmi di Interconsultazione e Connessione con i Servizi di Ostetricia-Ginecologia, si presenta una revisione sulla psicosi puerperale ed alcuni aspetti sul suo concetto, classifica ed abordaggio terapeutico-assistenziale (introduzione del figlio nel campo terapeutico, attenzione verso il padre, tutela dei figli, problemi farmacologici, sematici, Unità madre-giglio. Programmi comunitari...).

**Parole chiave:** Psicosi puerperale. Unità di ricovero ospedaliero madre-figlio. Psichiatria prenatale. Psichiatria Interconsultazione e Connessione.

### Introducción

Aunque el embarazo se ha considerado tradicionalmente como un período de relativo “bienestar” psíquico, sí parece demostrado que el puerperio es un período de especial incidencia de aparición de la patología psíquica. Las cifras de riesgo para desarrollar un trastorno psiquiátrico durante el embarazo, de 7,1 por 100.000

anualmente, frente a los 40,3 por 100.000 en el período postparto, son claramente más elevadas, incluso, que las de la población general (35,1 por 100.000)<sup>1</sup>.

El abordaje y manejo de los problemas psiquiátricos durante el embarazo y el puerperio, debe pivotar sobre programas de interconsulta y enlace especializados entre los servicios de salud mental y los servicios de obstetricia. Dichos programas son un área de asistencia e investigación en constante desarrollo y crecimiento, sobre todo en los países anglosajones<sup>1-12</sup>.

En algunos hospitales ingleses y americanos comienzan a aparecer secciones y departamentos de psiquiatría perinatal, y existe una asociación profesional e investigadora, llamada Marcé Society, que agrupa a investigadores y clínicos interesados en estos temas. Marcé fue uno de los primeros que dedicaron, en el siglo pasado, grandes esfuerzos investigadores en torno a la psicosis puerperal y a los problemas psiquiátricos en el embarazo<sup>3,13</sup>. En España, ya hace años que autores como Cabaleiro Goás, se acercaron al tema<sup>14</sup>, y en los últimos años han ido apareciendo trabajos y publicaciones<sup>15-23</sup> –aunque son trabajos de revisión o investigación– pero, que sepamos, no existe ninguna sección o programa especializado en psiquiatría perinatal en nuestro país.

En los diferentes estudios llevados a cabo en los servicios de psiquiatría de diversos hospitales españoles<sup>24-31</sup>, se aprecia que la demanda de interconsulta psiquiátrica proveniente de obstetricia y ginecología representa un porcentaje del total mayoritariamente bajo (aunque con excepciones, como las de Vaz, con un 12%)<sup>19</sup>. Es evidente que en ello influyen las características e idiosincrasia de los diferentes servicios que se involucran, pero muy posiblemente está relacionado con la existencia o no de programas de enlace con los servicios de obstetricia y ginecología, y con la dotación de dichos programas. Podemos tomar como cifra “patrón” la que nos da Stewart<sup>10</sup>, que dispone de un completo equipo de psiquiatría de interconsulta y enlace, compuesto por cuatro psiquiatras, dos residentes a tiempo completo, dos enfermeras, una terapeuta ocupacional y una asistente social. Este equipo, que atiende 700 camas de un hospital general en Toronto, comunica una cifra del 10% de peticiones del servicio de obstetricia y ginecología sobre el total de las peticiones de interconsulta del hospital; atienden las siguientes subáreas en su programa de enlace: adolescencia (anticoncepción, sexualidad...); infertilidad y aborto; problemas generales ginecológicos (contracepción, abusos sexuales, disfunción sexual, etc...); somatización ginecológica; problemas de la menopausia, cáncer, y embarazo y puerperio. Es esta última una de las que les supone un mayor volumen de trabajo clínico.

El objetivo del presente trabajo es presentar una revisión en torno a las psicosis puerperales, enmarcada dentro de un objetivo más genérico que es el de contribuir a introducir una reflexión y actualización de conocimientos en torno a los programas de interconsulta-enlace con los servicios de obstetricia-ginecología.

## Metodología

Se reseñan una serie de aspectos que nos han parecido relevantes al consultar la literatura reciente acerca de las psicosis puerperales. Se han utilizado para la realización del presente trabajo: 1) revisión bibliográfica utilizando el sistema Medline, incluyendo los años 1989-1997, de la que se han escogido aquellos trabajos que parecieron de mayor interés a los autores, y en donde se seleccionaron trabajos tanto relativos a las psicosis puerperales y postparto, como trabajos relacionados con la psiquiatría de interconsulta y enlace con los servicios de obstetricia y ginecología; 2) revisión bibliográfica de revistas, textos, comunicaciones y pósters a congresos en lengua castellana y que no figuran en los sistemas habituales de búsqueda bibliográfica informatizada; 3) textos específicos relacionados con el tema en cuestión, como los de los autores ya clásicos e indiscutibles como Ian Brockington, Donna E. Stewart o Nada L. Stotland.

## Psicosis postparto-puerperal

### Concepto y aspectos nosológicos

Aunque las psicosis postparto se han estudiado desde los tiempos de Hipócrates, hoy por hoy no existe consenso acerca de su nosología y de su clasificación. En muchos países europeos se reconoció durante años un síndrome puerperal por excelencia, y era la llamada amencia. Se pensaba que era de origen psicógeno o reactivo, y que ocurría en mujeres con personalidad inmadura. El término “amencia” hace referencia a confusión y/o perplejidad, y viene de la literatura germana. Históricamente, ha sido reconocido como uno de los tipos de reacción exógena aguda de Bonhoeffer. Para muchos autores, la amencia ha sido considerada como el síntoma nuclear de las psicosis puerperales, entendidas en el sentido clásico.

Cabaleiro Goás<sup>32</sup> incluye la amencia como uno de los síndromes de reacción aguda de Bonhoeffer, dentro de los estados confusionales de la conciencia y, respecto de ellos, afirma lo siguiente: “La característica principal de estos casos es la incoherencia de ideas, que suele iniciarse con una ligera disgregación del pensamiento, muy próximo en su aspecto a la fuga de ideas, para

desembocar en una intensa incoherencia; el estado de ánimo se encuentra en una constante variación, de la ansiedad y perplejidad se pasa a la euforia o la irritabilidad. Por esta razón, algunos autores, basándose en la inconstancia y fácil mutabilidad que el enfermo muestra en este aspecto, califican su afectividad como de caleidoscópica. Con expresión de la alteración de la conciencia, el enfermo amencial se encuentra desorientado, sobre todo alopsíquicamente, no reconociendo a las personas que lo rodean, ni lo que sucede ante él. Su conducta es incoherente y confusa, al igual que su pensamiento, hallándose dominado por alucinaciones en todas las esferas sensoriales (especialmente auditivas y visuales), así como del sentido muscular, lo que coadyuva a deformar su mundo externo, llenándolo de componentes nuevos que lo sumen en la perplejidad y que se refleja casi siempre en el rostro del paciente produciéndole terror, ansiedad y, a veces, exaltación, a lo que suelen contribuir también ciertas representaciones delirantes de tipo persecutorio, hipocondríaco, místico...". De acuerdo con este concepto clásico de psicosis puerperales (y haciendo referencia a que existen cuadros de esquizofrenia, manía y depresión de presentación en el postparto), un autor holandés actual, Klompenhouwer<sup>7</sup>, las define como: cuadro de psicosis confusional que se desarrolla en mujeres sanas en un período de dos semanas después del parto. Dicho cuadro clínico se caracteriza por:

- 1) Rápidos cambios del nivel de conciencia, oscilando entre la perplejidad, la confusión y la desorientación, con intervalos lúcidos ocasionales.
- 2) Trastornos de la psicomotricidad (desde la agitación hasta el estupor), acompañados de alteraciones de la comunicación verbal (de asociaciones sonoras rápidas se puede pasar hasta el mutismo).
- 3) Oscilaciones de la afectividad (panansiedad alternando con felicidad extática), o trastornos afectivos más estables (depresión-manía).
- 4) Alucinaciones y pseudoalucinaciones, tanto auditivas como visuales, con percepciones anómalas que llevan a malidentificaciones e ilusiones.
- 5) Delirios y elaboraciones deliroides con un contenido típico, referido principalmente a la maternidad, el parto, el niño, la muerte, la destrucción...
- 6) Gran variabilidad y cambio del cuadro clínico a lo largo del tiempo: se ha denominado "caleidoscópico".

Para Klompenhouwer, que usa los criterios RDC en su trabajo (recoge 250 casos), la psicosis postparto tiene tres grupos fundamentales de manifestaciones fenomenológicas: afectivo, esquizoafectivo y psicosis funcional inespecífica. Cada uno de estos grupos se reparte

un 30% de la muestra, y la esquizofrenia no llega al 5% de los mismos. Con respecto a este último dato, Cabaleiro<sup>33</sup> consideraba cuadros esquizofrénicos desencadenados por el embarazo a un tercio de los casos de psicosis puerperal, la gran mayoría de tipo catatónico, y de estos casos, casi un 50% tenían antecedentes de brotes psicóticos o de enfermedad mental grave en la familia.

El concepto de Klompenhouwer es un concepto muy cercano al de las psicosis cicloides, que en las categorías de la RDC comparte elementos de la psicosis funcional inespecífica y del trastorno esquizoafectivo. Esta definición se corresponde casi exactamente con lo que autores franceses<sup>34</sup> describen en su trabajo dentro de los trastornos psíquicos puerperales en la categoría de psicosis delirantes agudas. Al igual que los holandeses, también describen la aparición de trastornos afectivos francos y estados esquizofrénicos.

Parece que éste es un concepto funcional que viene a rellenar la falla nosológica que existe entre la esquizofrenia y los trastornos afectivos, y que se hace particularmente evidente en los trastornos psicóticos asociados al parto.

McGorry y Connell<sup>35</sup>, dos autores australianos, han revisado la literatura científica analizando estos modelos nosológicos para la psicosis puerperal. Para ellos, el elevado número de pacientes diagnosticados de trastorno esquizoafectivo es un argumento de peso en contra del modelo dicotómico y, al tiempo, el modelo de la tercera psicosis tiene un cierto apoyo de peso en la presencia de numerosos casos de psicosis cicloides en las pacientes puerperales, así como la presencia de numerosos síntomas atípicos (confusión y labilidad del humor) en las psicosis puerperales. Los estudios claramente muestran vulnerabilidad diferencial para los episodios puerperales, siendo los de mayor riesgo los casos de psicosis afectivas y cicloides.

Otro de los investigadores que ha dedicado años al estudio y a la asistencia a las pacientes con psicosis puerperal es Ian Brockington, un psiquiatra inglés que ha publicado varios volúmenes dedicados a la salud/enfermedad mental en la maternidad. En uno de sus últimos trabajos<sup>3</sup>, apunta una definición personal de la psicosis puerperal:

"Es una enfermedad severa cuyas características clínicas incluyen todas las variantes de la manía, psicosis cicloides o esquizofreniformes. Cumple criterios RDC, CIE o DSM para la manía, trastorno esquizoafectivo maníaco, esquizofrenia o psicosis funcional no especificada; o cumple los criterios de Perris para la psicosis cicloide. El comienzo ocurre en un período muy poco tiempo después del parto. Hace una serie de precisiones:

- a) Deben ser excluidas las psicosis asociadas con eclampsia, infección, privación de alcohol o con problemas del puerperio.
- b) Los pacientes con trastornos delirantes monosintomáticos y con psicosis psicógena deben ser excluidos.
- c) Si se decide incluir como tal a las psicosis depresivas, debieran restringirse a aquellas que presentan delirios, alucinosis verbal, confusión, estupor, catatonia o síntomas maniformes transitorios.
- d) El intervalo entre el parto y la aparición de la psicosis puede ser de 14 días, un mes o tres meses, dependiendo de los propósitos de las investigaciones. El intervalo de selección de tiempo es arbitrario, porque los límites temporales no son conocidos. Para el autor, debieran ser considerados los casos que aparecen en las dos primeras semanas, a fin de no contaminar las investigaciones de series de casos con otros diagnósticos.
- e) No es necesario que la madre esté libre de patología psiquiátrica durante el embarazo. Así, por ej., las personas con depresión preparto o síntomas neuróticos pueden ser incluidas, probando que en aquel momento no hubiera síntomas psicóticos.

Esta definición no quiere ser competitiva con ninguna otra de las existentes”.

La CIE-10 considera como período puerperal hasta seis semanas del postparto; sin embargo, la DSM-IV sólo hasta cuatro semanas postparto.

## Datos epidemiológicos

El riesgo general es de uno-dos casos por cada 1.000 nuevos nacimientos. Se suelen describir algunos factores de riesgo. Así, se ha comprobado que el 50-60% de los casos ocurren en primíparas, y que en el 50% de los casos se asocian a complicaciones psiquiátricas perinatales. Además, suelen aparecer en la historia antecedentes de trastornos del humor (unipolar o bipolar) y/o antecedentes de psicosis puerperal. En cuanto a los antecedentes familiares, un 50-60% de las mujeres afectadas tienen antecedentes familiares con trastornos afectivos.

## Etiología

El trastorno se supone como resultado de una combinación de factores fisiológicos y psicosociales. Resaltaremos los datos más importantes, ya reflejados en otros trabajos de revisión sobre el tema<sup>16,21</sup>.

- **Factores psicosociales.** Se barajan muchos datos e

hipótesis: madres solteras y primíparas (mayor riesgo), reducción del apoyo sociofamiliar en el período perinatal (sociedades occidentales), la relación con la pareja y con la propia madre.

- **Factores biológicos.** Vienen apoyados por los estudios genéticos y, actualmente, se relacionan con un mecanismo hormonal específico del puerperio: la disminución brusca de hormonas sexuales circulantes tras el parto provocaría un incremento en la sensibilidad de los receptores dopaminérgicos cerebrales, lo que se ha intentado demostrar comprobando la respuesta de la GH incrementada a la inyección de apomorfina en pacientes con alto riesgo que desarrollan el trastorno. Los trastornos endocrinos que aparecen antes, durante e inmediatamente después del parto, son de una amplitud y de una rapidez únicas en la existencia. En efecto, en los días siguientes al parto, las concentraciones plasmáticas de estrógenos y progesterona caen de manera considerable para alcanzar tasas 100 veces más bajas que aquellas que existen en el preparto. Por este hecho, muchas hipótesis hormonales han sido propuestas como el origen de las psicosis puerperales: unas se centran en las modificaciones de las tasas de progesterona y/o de estrógenos, otras valoran los cambios en el eje tiroideo, los cambios de las tasas de gonadotropinas, de prolactina, de corticoides circulantes. Ninguna hipótesis ha sido confirmada hasta ahora. Otras condiciones médicas relacionadas con el puerperio: infecciones, fármacos (escopolamina, meperidina), toxemia, pérdidas de sangre, etc., pueden desarrollar su papel.

Se han implicado las alteraciones del metabolismo de las indolaminas en la génesis de algunas enfermedades depresivas. En algunas enfermedades depresivas puede ser baja la síntesis de 5-OH triptamina cerebral y el precursor de la 5-HT central es el triptófano cerebral que, probablemente, deriva del triptófano libre en plasma. Se han comunicado niveles más bajos de triptófano libre en plasma en la depresión. En un trabajo Handley confirma, en las mujeres que han tenido un *blues* postparto severo, y en aquellas que están deprimidas seis meses después del parto, la ausencia del pico de elevación normal del triptófano total en los dos primeros días siguientes al alumbramiento.

La investigación en la biología del sueño de mujeres embarazadas y en el postparto tiene interés por la prevalencia del sueño alterado en la fase prodrómica y clínica de los trastornos mentales del postparto. Los investigadores del sueño han informado de acusadas diferencias del sueño durante el embarazo y el período postparto, sobre todo una fase IV del sueño menor, que tardaba hasta un mes en volver a la normalidad.

Han planteado la cuestión de si estas alteraciones podrían precipitar la enfermedad en los individuos susceptibles, porque se ha informado de disfunciones cognitivas en sujetos con privación del sueño y las mujeres embarazadas con privación de sueño revelan una alteración cognitiva. Los investigadores también señalan que el reducido nivel de la fase IV del sueño se da también en los pacientes hipotiroideos y en las poblaciones de pacientes psicóticos.

- **Factores psicodinámicos.** La mayoría de los autores hacen intervenir el rechazo del niño como uno de los factores esenciales de las melancolías puerperales: rechazo consciente (niño no deseado) o, más a menudo, inconsciente que emana de la ambivalencia profunda que marca la relación madre e hijo, “rechazo combatido tanto por la culpabilidad como por el amor maternal”. Se puede pensar, como Racamier, que estas depresiones están unidas a la reactivación masiva del conflicto oral, revivido por la madre en doble identificación simbiótica con su propia madre y con su hijo; está a favor de la identificación simbiótica de la madre con su hijo el que la rabia melancólica pueda conducir al dramático hecho de un suicidio e infanticidio. Aunque estas mujeres se sienten comprometidas con la experiencia de la maternidad, sus propias experiencias infantiles les han hecho rechazar a sus propias madres como modelo de identificación e imitación. La desaprobación de sus propias madres deja a estas mujeres carentes de un plan de acción en una situación que exige actuación, lo que les produce una emoción desagradable y confusión. Se fragmentan entonces sus sentidos de identidad y de competencia, son madres que no saben cómo actuar. Se sienten comprometidas con la maternidad, pero sus hijos no son capaces de especificar directrices para su cuidado, ofreciendo escaso reforzamiento positivo. En esta situación, la nueva madre se vuelve más dependiente de imágenes y planes de acción suministrados por sus propias figuras maternas significativas. Si su propia madre fue considerada modelo materno insuficiente, esta progresiva identificación suscita conflicto, porque la nueva madre, a su vez, se ha sentido rechazada. Esta identificación a menudo da lugar al rechazo del bebé por la madre.

Para Guyotat<sup>36</sup>, los trastornos psíquicos que aparecen durante el embarazo o en el nacimiento son originados por un conflicto que opone, en la madre, “el objeto imaginario de embarazo” y el niño deseado al niño nacido. La clínica de la psicosis postparto (negación delirante del niño o del matrimonio), la evolución favorable de estas psicosis gracias a la introducción o presentación del niño, conducen a concebirla como una

psicosis de filiación que subyace al fantasma de la filiación imaginaria narcisista (el niño no es más que el redoblamiento de la madre), negando la filiación real. Se señalan entre los antecedentes de estas pacientes graves alteraciones genealógicas (padre desconocido, desaparecido, relaciones incestuosas...) o acontecimientos traumáticos que tocan a la filiación (coincidencia muerte-nacimiento, niño muerto o malformado).

## Aspectos y áreas de interés clínico-asistencial

### Modelos de enfermedad y de conducta de enfermedad en la psicosis postparto/puerperal

Los tres modelos de enfermedad y de conducta de enfermedad más habituales (modelo médico, modelo de desarrollo y modelo de los sistemas sociales), deben ser considerados e introducidos en el manejo y acercamiento terapéutico en la atención a las psicosis postparto<sup>6</sup>:

*Modelo médico.* Es el más conocido y en el que se desarrolla el trabajo de los servicios clínicos. Va a ser de máxima utilidad en las fases agudas de la psicosis postparto, y sus concepciones son de elevada eficacia. Sin embargo, estas concepciones pueden llegar a ser problemáticas en fases más tardías del tratamiento. Por ejemplo, aunque la exención del papel maternal es muchas veces necesario mientras la madre está agudamente psicótica, si esta exención se mantiene en fases de resolución del cuadro psicótico puede conducir a una regresión. A veces, el balance entre una vigilancia discreta de la madre y una sobreprotección va a ser difícil de calibrar para todos los protagonistas que intervienen en el manejo del caso.

*Modelo de desarrollo.* Da la visión de la maternidad/paternidad como un paso en el desarrollo de la persona con tareas específicas. En cuanto una mujer adopta el papel de madre, y su pareja el de padre, van a encararse con una serie de demandas que les pueden causar estrés a ambos, tanto a nivel de pareja como individual.

La visión de ella misma, el *self* de la mujer, es cambiado a medida que ella intenta integrar su nuevo papel e identidad con sus relaciones e identidades previas. Cada madre se ve confrontada con la tarea de desarrollar su propia definición de la maternidad. Añadido a esto, ella y su cónyuge también se ven frente a cambios en su relación y con sus respectivas familias. Todas estas demandas, ciertamente, para nada son específicas de una mujer que sufre una psicosis postparto, pero la mujer enferma va a tener menor habilidad para afrontarlas, precisamente a causa de su enfermedad.

*Modelo de los sistemas sociales.* Cuando una nueva madre presenta un cuadro psicótico, un gran número de situaciones de tensión van a caer sobre sus relaciones habituales. Su enfermedad coloca un problema en su matrimonio, las relaciones con su familia de origen, con la gente que depende legalmente de ella y con otras fuentes del soporte social de una persona. Durante el postparto, la homeostasis de todos estos sistemas va a cambiar. El contexto social va a incluir también creencias culturales acerca de la maternidad y el parto, y que son de especial importancia cuando los sentimientos de la madre contradicen las normas culturales habituales en torno al parto. Cabaleiro<sup>37</sup> ya señaló en su tesis doctoral sobre “La medicina popular gallega”, la importancia que se daba al puerperio como causa de la enfermedad psíquica, sobre todo si la primera menstruación postparto tarda en presentarse o los loquios han sido copiosos, pues, en el primer caso, se teme que “la sangre mala suba al cerebro y provoque la enfermedad” y, en el segundo, la “debilidad” posthemorrágica sea la culpable de la eclosión de la psicosis.

### **Introducción del hijo en el campo terapéutico**<sup>3-6,20,36,38,39</sup>

La introducción del niño en el campo terapéutico es fundamental para la resolución del cuadro.

Racamier indica que mantener la separación madre-hijo hasta la curación de la madre es crear un *impasse*, o el riesgo de estancarse. El niño no es un compañero indiferente, y si es separado largo tiempo de la madre presentará las mismas reacciones de rechazo que complicarían el reinicio de las relaciones; al mismo tiempo, esta medida confirmará a la madre que no es capaz de amarlo. Las relaciones madre-hijo deben ser restablecidas con cuidado. El reinicio de los contactos y la participación en los cuidados del niño se harán progresivamente, para evitar los gestos agresivos y para respetar la justa medida en el acercamiento a su hijo que la madre sea capaz de soportar sin agustia. El equipo asistencial debe contar con una madre sustituta que cuidará de la madre y del niño, asegurando a la madre la posibilidad de una identificación afortunada.

La maniobra de introducción o presentación del hijo permite, según Guyotat<sup>36</sup>, distinguir dos formas clínicas:

a) Una psicosis de filiación de carácter confusional, que incluye falsos reconocimientos, desconocimiento del nacimiento real del niño e ideas delirantes de sustitución de robo de éste, a las que se añaden ideas suicidas o infanticidas. Existe alteración del estado general, que remite en pocos días o semanas con neurolépticos y/o con la presentación repetida y seriada del niño recién nacido “desconocido” a su madre.

b) Cuadros de esquizofrenia o psicosis con pérdida de los límites del yo, que suele cursar con mejoría del estado clínico durante el embarazo, a pesar de que éste no es vivido a nivel de la realidad. Son mujeres que no alcanzan a imaginar el hijo que está por venir, que no le preparan nada con anticipación, ni siquiera la ropa o un nombre. Se desentienden del niño cuando nace, pudiendo en ese momento sufrir una descompensación en un cuadro que, como estructura, estaba ahí presente con anterioridad. Aquí, la maniobra de presentación del hijo a su madre no va a ser útil.

### **Atención a otros familiares**

Para Arieti (citado en Docasar et al<sup>16</sup>), la paciente se identifica con su propia madre, que era una mala madre, y con su hijo, que es la víctima de una mala madre. Cualquier contacto humano incrementa sus sentimientos de incapacidad y su ansiedad. La familia es incapaz de ayudarlo. La familia consiste, generalmente, en tres personas y la paciente, y estas tres personas son percibidas como extraños. El primer extraño es el niño, quien es visto no como una fuente de amor, sino de ansiedad, al revelar su fracaso como madre. El segundo extraño es la madre de la paciente que, como en el pasado, es incapaz de ayudarlo; como una madre de hecho parece regañar a la paciente por su fracaso para ser madre y, paradójicamente, la paciente la ve a ella como un prototipo de mala madre. En muchos, pero no en todos los casos, hay un tercer extraño: el marido, quien también se encuentra atrapado en una situación en la que no sabe qué hacer; no puede expresar simpatía hacia una mujer que no se comporta como tal, una madre para su hijo. Intenta simpatizar con ella, pero se lamenta de su destino por casarse con semejante mujer. La mayor parte de las veces, la madre y el marido tratan de conciliar estos sentimientos, los reales y los convenientes hacia la paciente.

Eurico Figueiredo<sup>39</sup>, en una experiencia de tratamientos de psicosis puerperales en un hospital-centro de día en Suiza, orientaba el trabajo focalizándose en tres puntos:

1. Necesidad de preservar en la enferma una parte de su autonomía.
2. Necesidad de supervisión y desarrollo del trabajo institucional de enfermería en lo relativo al cuidado del dúo madre-hijo.
3. Necesidad de integrar al marido en el tratamiento.

### **Tutela de los hijos**

Intervención de los servicios sociales: los servicios sociales deben contactar con los familiares y valorar, junto con el psiquiatra encargado del caso, si la pacien-

te y su núcleo familiar podrán proporcionar cuidados y atención adecuados a su hijo. Es muy importante que haya buen flujo de información entre los servicios sociales y los psiquiatras, pues en la literatura consultada se aprecia que la custodia de los hijos la suelen decidir los servicios sociales o de protección de menores en las primeras semanas postparto, cuando las pacientes aún no están estabilizadas, y sin existir una observación o valoración clínica detallada de la interacción madre-hijo durante el tiempo en que ambos aún están en el hospital. Esto es importante tenerlo en cuenta ante pacientes con un cuadro de tipo esquizofrénico. Tal vez la falta de unidades madre-hijo dificulte esta valoración, aunque Kumar<sup>8</sup>, que trabaja en una unidad de estas características que ya tiene una cierta experiencia, se lamenta en uno de sus últimos trabajos de que en la actualidad no existen métodos mínimamente sistematizados que valoren o predigan un riesgo para el niño, o si este riesgo será por la impulsividad o por negligencia de la madre.

### Lactancia y uso de psicofármacos

La literatura consultada insiste en que cada caso debe considerarse de forma individual, valorando riesgos y beneficios. En general, se recomienda evitar la lactancia en pacientes que tomen psicotropos hasta que los riesgos sobre el recién nacido se estudien más a fondo. Los psicofármacos (neurolepticos, benzodiazepinas, litio, antidepresivos, antiepilépticos, opiáceos) se secretan en la leche materna. Las concentraciones de psicotropos varían enormemente y dependen de cada fármaco y del metabolismo materno. Wisner<sup>40</sup> concluye que los antidepresivos amitriptilina, nortriptilina, desipramina, clormipramina, dothiepinga y sertralina, no se encontraron en la leche materna en cantidades significativas y que no se han comunicado efectos adversos, por lo que podrían ser fármacos de elección en mujeres que quieran realizar la lactancia materna. También comunica que se han descubierto efectos secundarios en hijos de pacientes que tomaron fluoxetina y doxepina mientras le daban el pecho a sus hijos. Las benzodiazepinas no son fácilmente metabolizadas por los infantes pequeños, y su uso en mujeres que amamantan puede provocar letargo, el deterioro de la regulación térmica e ictericia en el infante. Idealmente, se debería estimular a las madres a dejar de dar de mamar si necesitan medicación; sin embargo, si una madre insiste en seguir la lactancia –excepto en el uso de benzodiazepinas en los infantes muy pequeños–, no hay una contraindicación absoluta a darle medicación. Si el médico tiene acceso a servicios que puedan supervisar la litemia en los bebés, es incluso posible que las mujeres que ingieran litio sigan amamantando<sup>41</sup>.

### Unidades de hospitalización madre-hijo

Aunque suele existir acuerdo en que la madre y el niño no debieran ser separados cuando el niño enferma, esta postura es mucho menos clara cuando la madre es la que está enferma, particularmente si está afectada de una enfermedad mental grave como una psicosis. Es por ello que se han desarrollado las unidades madre-hijo, para tratar de dar una respuesta asistencial a este problema. Uno de los pioneros en Europa fue Baker, en 1959, en Sutton (Inglaterra), con una unidad de ocho camas para madres con esquizofrenia<sup>38</sup>.

Son servicios hospitalarios que aspiran a dar respuesta a los problemas y necesidades de las madres mentalmente enfermas, así como a sus hijos recién nacidos. Suelen ofrecer o tener varias funciones que se superponen, al menos, parcialmente: a) el tratamiento y rehabilitación de madres que desarrollan una psicosis aguda en el postparto, con una buena expectativa de recuperación; b) el tratamiento y rehabilitación de mujeres que acaban de dar a luz pero que ya tenían una enfermedad grave de tipo crónico, y en cuyos casos el pronóstico ya no es tan favorable; c) la valoración de riesgos (actuales o potenciales) para el niño dentro del contexto de una enfermedad mental materna, con todos sus problemas asociados<sup>8,38</sup>. Existe una importante experiencia y tradición de hacer ingresos conjuntos madre-hijo en todos los países en la órbita de Inglaterra y la Commonwealth, aunque también hay experiencias en EE.UU. y Europa<sup>4,7,42</sup>. Son unidades que dan servicio a un importante grupo de pacientes, lugares seguros para el niño y con una buena calidad de atención, en opinión de los usuarios.

Según algunos estudios<sup>3,8</sup>, aproximadamente un 20% de las pacientes que ingresan en estas unidades madre-hijo tienen diagnóstico de esquizofrenia, en comparación con las psicosis afectivas (54%) y trastornos no psicóticos (24%). Comparando estos tres grupos, se ve que no hay diferencias en aspectos como la duración del ingreso (en torno a casi nueve semanas), pero que hay datos destacables como los siguientes: a nivel sociodemográfico, el desproporcionado número de madres solteras existente entre las pacientes con esquizofrenia. En el 70% de las pacientes con esquizofrenia, la enfermedad había comenzado ya antes del embarazo. El 50% de las pacientes con esquizofrenia pierden la custodia o tutela de los hijos en el momento de ser dadas de alta del hospital (en el grupo de las psicosis afectivas esto ocurre en el 8%, y en otro grupo en un 4% de los casos).

### Servicios de psiquiatría comunitaria ante las psicosis en el embarazo y el puerperio

Como antes apuntamos, una adecuada atención a estos casos se completa con una buena red de servicios

comunitarios que nos permita evitar el ingreso hospitalario en lo posible y el seguimiento de la madre y de los hijos una vez dados de alta. Las madres que son hospitalizadas por motivos psiquiátricos en el puerperio suelen ser dadas de alta en el plazo de uno o dos meses; sin embargo, estudios de seguimiento de estas madres a lo largo de un año comunican que la mayoría de estas mujeres no se encuentran totalmente recuperadas hasta unos tres a seis meses después de ser dadas de alta<sup>8</sup>. Es un grupo al que se deben ofrecer cuidados especiales, a menudo en el propio domicilio, y no un seguimiento rutinario post-alta en la consulta. En este seguimiento, debieran incluirse los hijos de las madres que han sufrido una enfermedad psiquiátrica grave en el embarazo y/o puerperio, pues es un área en la que apenas hay datos o estudios controlados sobre las consecuencias directas o indirectas de la enfermedad materna sobre ellos.

Desde hace años se van comunicando experiencias de tratamientos en centros de día de cuadros psicóticos en el embarazo y de psicosis puerperales, tratando conjuntamente a la madre y al bebé. Figueiredo<sup>39</sup> desarrolló ya hace más de 20 años una experiencia de este tipo en un centro de día suizo (pero con una nutrida elevada dotación de profesionales, algo poco frecuente en los hospitales de día españoles que conocemos).

En EE.UU.<sup>9</sup>, o en Inglaterra<sup>3</sup>, se han desarrollado unos servicios comunitarios especializados en tratar inicialmente psicosis puerperales en el propio domicilio, y que con el tiempo se han ampliado a otro tipo de patologías relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. Así, por ejemplo, en el Servicio de Brockington<sup>3</sup> atendieron 400 casos en 1994, y se ingresaron en su Unidad Madre-Hijo a 75 pacientes.

## Evolución y curso posterior

En lo que se refiere al curso posterior de la psicosis puerperal, solamente es posible arriesgar un pronóstico sobre la base de los antecedentes. El riesgo de padecerla, si la paciente tiene antecedentes de psicosis maníaco-depresiva o cicloide, es de un 47%. Si se trata de esquizofrenia, 24%; y si el único antecedente es una psicosis puerperal, el riesgo de recaída alcanza el 17%. Las pacientes psiquiátricas corren el alto riesgo de presentar recaídas puerperales, pero también de sufrir reagudizaciones no puerperales. A veces, el episodio puerperal es único dentro del curso típico de una enfermedad mental conocida. En otras ocasiones, los episodios puerperales se entremezclan con los no puerperales, que presentan las características típicas de la enfermedad de base. Pero existen dos grupos de pacientes que sustentan la existencia autónoma de la psicosis puerperal y que hay autores<sup>35</sup> que opinan que

debieran ser estudiados en profundidad. Son los formados por aquellas mujeres que presentan exclusivamente episodios de psicosis puerperales: los casos de único episodio y los casos recurrentes, pero siempre con ocasión de los puerperios. Este grupo “puerperal puro” está integrado por mujeres de mayor edad y mejor nivel socioeconómico que los de las demás enfermas psiquiátricas que presentan alguna psicosis puerperal; la duración de los internamientos es más breve y el cuadro más leve. El curso posterior muestra una pronunciada tendencia a que las recaídas se vuelvan infrecuentes o desaparezcan. Las primíparas son afectadas con más frecuencia que las múltíparas. Se trata aquí, subrayan, de características opuestas a las de las enfermas psiquiátricas con episodios puerperales. De todas formas, es imposible saber en un primer episodio, y careciendo de antecedentes, a qué grupo pertenece una determinada puérpera, ni tampoco si el evento es propio de una psicosis puerperal “verdadera” (ya sea única o recurrente), o va a constituir la primera manifestación de una psicosis.

## Conclusiones. Comentario final

El embarazo y el parto son acontecimientos vitales de gran importancia en el desarrollo de los núcleos familiares, pero pueden ser una etapa de enorme estrés y desequilibrio emocional en algunos casos. Aunque el período de postparto es el de mayor riesgo para desarrollar trastornos emocionales, estos problemas a menudo no se detectan. Ateniéndonos a un enfoque maximalista, debiera tratar de advertirse a las mujeres embarazadas que el *blues* del postparto y la depresión postnatal son las complicaciones psiquiátricas más comunes del alumbramiento. Sin embargo, pensamos que pese a que todas las mujeres corren algún riesgo de desarrollar un trastorno psiquiátrico postparto, conseguiríamos adelantar mucho en la prevención del desarrollo de la patología psíquica tan sólo con prestar un mínimo seguimiento y atención a aquellas mujeres embarazadas que tengan antecedentes personales o familiares de problemas psiquiátricos emocionales, que carezcan de apoyo en su ambiente o que sobrelleven acontecimientos estresantes.

Dentro de la patología psiquiátrica del puerperio, la psicosis puerperal es una de las más graves y que mayor carga asistencial y de cuidados va a conllevar, tanto para el núcleo familiar en el que aparece dicho cuadro psicótico, como para el equipo psiquiátrico que asuma el caso. La atención a la paciente con psicosis puerperal engloba una serie de aspectos clínico-asistenciales que debemos conocer y tener en cuenta: diagnóstico, curso posterior, modelos de enfermedad, introducción del hijo en el

campo terapéutico, atención a la familia en conjunto, uso de psicofármacos, hospitalización madre-hijo, tutela de los hijos, cuidados y servicios comunitarios.

Esperemos que este artículo pueda servir de punto de partida para una actualización en los conocimientos acerca de la patología psiquiátrica perinatal (y, más específicamente, la psicosis puerperal), y que al tiempo sirva para revisar qué tipo de asistencia se le está dando actualmente a esta patología en la red de servicios de salud mental públicos (en centros de salud mental comunitarios, unidades de hospitalización de agudos, hospitalización parcial, programas de interconsulta-enlace) de nuestro país.

## Bibliografía

- Nurnberg HG. An overview of somatic treatment of Psychosis during pregnancy and postpartum. *Gen Hosp Psychiatry* 1989;11:328-338.
- Appleby L et al. The psychiatrist in the obstetric unit: establishing a liaison service. *Br J Psychiatry* 1989;154:510-515.
- Brockington I. *Motherhood and mental health*. London: Oxford University Press; 1996.
- Durand B et al. Analyse rétrospective de 130 dossiers cliniques d'une unité d'hospitalisation conjointe mère-enfant. *L'Information Psychiatrique* 1994;70(1):9-15.
- Forcier KJ. Management and care of pregnant psychiatric patients. *Journal of Psychosocial Nursing* 1990;28(2):11-16.
- Guscott R, Steiner M. A multidisciplinary treatment approach to postpartum psychoses. *Can J Psychiatry* 1991;6(8):551-556.
- Klompouwer JL, Van Hulst AM. The classification of postpartum psychosis: a study of 50 mother and baby admissions in the Netherlands. *Acta Psychiatr Scand* 1991;84:224-261.
- Kumar R et al. Clinical survey of a psychiatric mother and baby unit: characteristics of 100 consecutive admissions. *J Affective Disorders* 1995;33:11-22.
- Miller L. Chicago Women's Program: Comprehensive prenatal and postpartum psychiatric care for women with severe mental illness. Gold Award 1996 APA. *Psychiatric Services* 1996;47(10):1108-1111.
- Stewart DE, Lippert GP. Psychiatric Consultation - Liaison services to an obstetrics and gynecology department. *Can J Psychiatry* 1988;33(4):285-9.
- Cohen LS, Heller VL, Rosebaum JF. Treatment guidelines for psychotropic use in pregnancy. *Psychosomatics* 1989;30(1):25-33.
- Stewart DE, Stotland N, eds. *Psychological aspects of women's health care (The interface between psychiatry and obstetrics and gynecology)*. Washington: American Psychiatric Press; 1993.
- Marcé LV. *Traité de la Folie des Femmes Encintes, des Nouvelles Accouchées et des Nourrices*. París: Bailliére; 1858. (La referencia está extraída de Brockington [1996]).
- Cabaleiro Goás M. Las psicosis puerperales. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica* 1955;2(1):43-52.
- Tomás Pérez A et al. Depresión postnatal. *Anales de Psiquiatría* 1991;7(7):299-304.
- Docasar L, García MC, Simón D. Psicosis en el embarazo. *Revista Siso/Saúde* 1992;19:24-66.
- Quintanilla MA, Gómez R, Olza I. Evolution of the puerperal psychosis: with regard to a case. X Congreso Mundial Psiquiatría, Madrid; 1996. Mimeografiado Poster.
- Gutiérrez M et al. Tratamiento somático de los trastornos del humor en el embarazo. En: Gutiérrez M, Ezcurra J, Pichot P. *Avances en trastornos afectivos*. Barcelona: Ediciones en Neurociencias; 1996. pp. 487-499.
- Simón Lorda D. La paciente esquizofrénica durante el embarazo. En: Lamas S, Simón D, eds. *La esquizofrenia hoy*. Tomo I. Santiago de Compostela: Asociación Gallega de Saúde Mental; 1997. pp. 169-184.
- Masson O. Las crisis familiares perinatales. *Medifam* 1997;7:314-320.
- Moure Moure R. Las psicosis puerperales. *Revista Gallega de Psiquiatría y Neurociencias* 1997;1(1):55-65.
- Poch J. Evaluación y diagnóstico de la depresión pre y postparto: diferentes perspectivas. *IMP. Psiquiatría* 1992;IV(1):48-9.
- Blanes T, Roca M. Trastornos depresivos en Obstetricia y Ginecología. En: Roca M, Bernardo M, eds. *Trastornos depresivos en patologías médicas*. Barcelona: Masson; 1996.
- Blanco Lobeiras JM et al. La interconsulta psiquiátrica: un estudio de 100 pacientes. *Revista Siso/Saúde* 1995;26:19-23.
- Docasar L, García MC, Simón D et al. Interconsulta psiquiátrica hospitalaria en obstetricia-ginecología. Comunicación Oral. VI Congreso Europeo. Association of European Psychiatrists. 1992; Barcelona.
- Docasar L et al. Estudio descriptivo de la Unidad de Interconsulta en el Hospital General. VI Anuario de la Asociación Gallega de Psiquiatría. Publicaciones Científicas 1995. Lugo: Diputación de Lugo; 1996. pp. 21-31.
- Rodríguez López A. Epidemiología psiquiátrica en hospitales generales gallegos. En: *Actas XV Congreso Sociedad Española de Psiquiatría* 1983, Tomo II: 20-4.
- Rodríguez López A et al. Valoración objetiva del comportamiento de los servicios hospitalarios ante la problemática psiquiátrica. En: Congreso Internacional "Psiquiatría de Hospital General" 1983, Madrid. Comunicación oral. Mecanografiado.
- Vaz Leal F et al. Psiquiatría de enlace en el Hospital General: Aplicación a la práctica de un modelo teórico. *Rev A.E.N.* 1989;IX(30):363-379.
- Vázquez-Barquero JL. La unidad de interconsulta y enlace en el Hospital General. Una perspectiva asistencial, docente e investigadora. *Rev A.E.N.* 1985;5(14):299-312.
- Seva A et al. Los problemas psíquicos en el hospital general. Su epidemiología. *Comunicación Psiquiátrica* 1978;3(79):38-71.
- Cabaleiro Goás M. *Temas psiquiátricos*. Madrid: Paz Montalvo; 1966.
- Cabaleiro Goás M. *Concepto y delimitación de las psicosis esquizofrénicas*. Madrid: Paz Montalvo; 1961. pp. 226-228.
- Lemperière T et al. *Troubles psychiques liés à la puerperalité*. *Enciclopédie Médico-Chirurgicale Psychiatrie* 1984;4, Sig.37.660 A(10):1-12.
- McGorry P, Connell S. The nosology and prognosis of puerperal psychosis: A review. *Comprehensive Psychiatry* 1990;31(6):519-534.
- Guyotat J. *Mort, naissance et filiation*. Masson: Barcelona. En: Lamas S. *Reseña de libros*. *Revista Siso/Saúde* 1992;18.
- Cabaleiro Goás M. *La psiquiatría en la medicina popular gallega*. Madrid: Universidad de Madrid; 1953. Tesis Doctoral, mecanografiado.
- Bakker AA et al. Admitting schizophrenic mothers with their babies. *Lancet* 1961;29(7):237-239.
- Figueiredo E. Contribuição a patogenia e tratamento dos episódios esquizofrénicos puerperais. En: Figueiredo E, ed. *O chapeu reclame de cigarros (Contribuição pra una psicoterapia institucional)*. Porto: Afrontamento; 1977. pp.97-105.
- Wisner KL et al. Antidepressant treatment during breast-feeding. *Am J Psychiatry* 1996;153(9):1132-1137.
- Robinson GE. El tratamiento de los trastornos psiquiátricos postparto. *International Psychiatry Today En Español* 1995;4(4):6-8.
- Nezalof S, Bizouard P. Articulation des hospitalisations conjointes mère-enfant avec le réseau médicosocial. *L'Information Psychiatrique* 1994;70(1):49-55.