

Psicosis no orgánicas y otros trastornos mentales graves en la etapa perinatal

JM MALDONADO-DURÁN,^a JM SAUCEDA-GARCÍA,^b TERESA LARTIGUE^c

RESUMEN

Se describen varios trastornos mentales graves y la psicosis durante la etapa perinatal. Se hace énfasis en las psicosis puerperales y su relación con los trastornos graves del estado de ánimo (afectivos). Se revisa la epidemiología, fenomenología y diagnóstico diferencial de los diferentes trastornos psicóticos no orgánicos durante el embarazo y el puerperio. El tratamiento con frecuencia incluye observación estrecha, hospitalización y tratamiento con medicamentos psicotrópicos, sobre todo neurolépticos y estabilizadores del estado de ánimo. Se hace hincapié en el riesgo de infanticidio, incluyendo los signos de alto riesgo y la necesidad de intervención temprana. Se describe el tratamiento de la mujer con alteración grave o psicótica en la unidad hospitalaria madre-bebé. En ésta, se puede observar la situación de cerca, evaluar la capacidad de cuidados y ayudarla en la difícil transición a la maternidad. Este procedimiento preserva la relación entre la madre y el lactante.

PALABRAS GUÍA: *Psicosis posparto, psicosis puerperal, unidad madre-bebé, desórdenes afectivos posparto.*

INTRODUCCIÓN

El término psicosis se refiere al estado mental en que la paciente no puede apreciar la realidad externa de modo normal, tiene creencias falsas y/o percibe estímulos que externamente no existen. La psicosis puede existir desde antes del embarazo en un pequeño número de mujeres que tienen una enfermedad preexistente, por ejemplo, la esquizofrenia.

Este capítulo enfatiza el trastorno más frecuente con la etapa perinatal, que es la psicosis posparto de naturaleza no orgánica.

EPIDEMIOLOGÍA

La psicosis posparto tiene una incidencia de uno a dos casos por cada mil partos.¹⁻³ La cifra puede parecer baja, pero se trata de un trastorno grave con consecuencias negativas para la madre, el bebé y la familia. Suele presentarse entre la primera y la cuarta semanas de puerperio, y conlleva un riesgo de infanticidio en 3 a 4% de los casos.

Cuando ya se ha tenido un episodio, hay un riesgo de aproximadamente 33% de presentar otro después del siguiente parto.⁴ Se estima que aproximadamente entre 70 y 80% de las pacientes que tienen una psicosis posparto van a tener un episodio de manía alguna vez en su vida. También puede haber recaídas espontáneas, aunque no se tenga otro parto.

^a School of Medicine, University Missouri, Kansas City.
^b Academia Nacional de Medicina, Depto. Salud Mental. UNAM.
^c Doctora en psicología clínica, Co-Chair para Latinoamérica del Comité de Mujeres y Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Internacional. Psicoanalista Didáctica Asociación Psicoanalítica Mexicana.

Correspondencia:
 Dra. Teresa Lartigue
 Correo electrónico: Dra. Teresa Lartigue;
 lartigue@prodigy.net.mx

Recibido: 18 de septiembre de 2007.
 Aceptado: 2 de octubre de 2007.

Una revisión de 12 años de admisiones a hospitales psiquiátricos en los EUA,⁵ encontró que entre 54,087 mujeres púerperas, hubo 120 ingresos por episodios de psicosis. El inicio de la psicosis en los primeros 30 días es más frecuente en las primíparas. De hecho, el riesgo de psicosis posparto es 22 veces más alto en el primer parto que en los subsecuentes.⁶ Otros factores de riesgo son el ser soltera, haber tenido operación cesárea, así como la muerte del bebé. El riesgo de ingreso psiquiátrico fue mucho mayor si había antecedentes de enfermedad bipolar o depresión mayor. Esto sugiere que la psicosis posparto es un trastorno más bien afectivo (un trastorno del estado de ánimo), más que estar relacionado con la esquizofrenia.^{5,7} Un factor contribuyente puede ser la privación del sueño, antes y durante el parto.⁸ Es claro que en algunas personas con tendencia a tener trastornos del estado de ánimo, la privación del sueño puede causar una recaída.

La asociación entre psicosis posparto y trastornos del humor (estado de ánimo) también se encontró en un estudio efectuado en Suecia,⁹ en el cual las mujeres que tuvieron episodios recurrentes de psicosis posparto, presentaron con mayor frecuencia alteraciones del estado de ánimo, como el trastorno bipolar. Por otra parte, las mujeres con un trastorno bipolar establecido, tuvieron un riesgo alto de sufrir un episodio de descompensación posparto.

En Birmingham, Reino Unido,¹⁰ al revisar los antecedentes familiares de enfermedad afectiva entre familiares de primer grado de mujeres con psicosis posparto, se encontró una frecuencia mayor de trastornos afectivos; lo que sugiere un factor genético.

En conclusión, la evidencia indica una fuerte relación entre psicosis posparto y enfermedad bipolar.¹⁰ Aunque se han estudiado algunos genes que podrían estar asociados con los estados bipolares, no se ha encontrado un gen específico.¹¹

MECANISMOS DE LA ENFERMEDAD

Un factor contribuyente a la aparición de psicosis puerperal es la disminución súbita

de estrógenos después del parto.^{12,13} De hecho, existe cierta relación entre las alteraciones del estado de ánimo y conductuales de la etapa premenstrual (como la psicosis premenstrual) y la sensibilidad a alteraciones psiquiátricas en el periodo posparto. Uno de los enfoques de tratamiento para la psicosis posparto, es la administración de estrógenos, que se ha informado, es benéfica.¹⁴ Asimismo, hay reportes de casos de psicosis o episodios maníacos después de un aborto o terminación de una mola hidatiforme.¹⁵

Hay un mayor riesgo de psicosis posparto en ciertas situaciones obstétricas, por ejemplo: en mujeres primíparas,¹⁶ en pacientes que presentaron alguna complicación durante el embarazo o parto, cuando el recién nacido es de sexo femenino,¹⁷ cuando el nacimiento es por cesárea y cuando el embarazo es de duración más corta.⁵ Sin embargo, un estudio reciente,¹⁸ que incluyó 129 mujeres con psicosis bipolar posparto, sólo identificó un mayor riesgo en las pacientes primíparas, o que tuvieron alguna complicación obstétrica durante el parto.¹⁸

En contraste con lo que sucede con las causas de depresión posparto, en que la falta de apoyo psicosocial y los factores de estrés tienen una relación causal, en la psicosis posparto no se ha encontrado tal asociación.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La psicosis suele iniciarse entre el tercero y cuarto días posparto,³ pero unas dos terceras partes de los casos se inician abruptamente dentro de las dos primeras semanas después del parto. Primero hay inestabilidad del estado de ánimo, después pueden ocurrir estados con ideas paranoides, delirios religiosos y fantasías acerca del bebé. El estado de ánimo puede oscilar entre una gran tristeza o depresión, hasta la euforia exagerada (hipomanía), hostilidad o franca psicosis (ruptura de contacto con la realidad). Muchos clínicos notan un cuadro de "perplejidad" en la mujer cuyo estado mejora durante el día y empeora durante la noche, como en los casos de *delirium*, lo que puede hacer difícil el diagnóstico diferencial. La nueva madre está claramente alterada, su conducta es



desorganizada, no se baña o viste, no se da cuenta del paso del tiempo, dice cosas incoherentes, y no podría ocuparse del bebé por sí sola en este estado agudo.

El estado de manía se caracteriza por un ánimo irritable o exuberante, habla constantemente y en forma irrelevante, canta y ríe sin ninguna razón, hay hiperactividad motriz, falta de sueño y tiene la capacidad de no dormir toda la noche; así como suele salirse de la casa sin ningún propósito definido; el ánimo fluctúa sin desencadenante alguno.

La pérdida de contacto con la realidad puede ser de corta o larga duración. Consiste en la presencia de ideas delirantes o alucinaciones. Los delirios son convicciones falsas sobre lo que está sucediendo a su alrededor, que no se pueden eliminar por medio del convencimiento, razonamiento o aún presentando pruebas contrarias a la creencia de la paciente. Las alucinaciones son experiencias internas que son percibidas como externas, tales como oír voces, tener visiones, sentir que es tocada o lastimada, etc. Algunas mujeres con psicosis posparto tienen alucinaciones auditivas que les dan órdenes. Estas órdenes pueden ser de dañar al bebé o maltratarlo.

La Srita. A. tiene 19 años y vive con sus padres; hace tres semanas tuvo a su primer hijo, una niña. Los abuelos y la Srita A. cuidan de la bebé. La paciente tenía antecedentes de cuadros de depresión mayor y de episodios de excesiva irritabilidad y conducta errática desde los 15 años. Ahora oye que la niña llora inconsolablemente. La va a ver a su cunita y ésta en realidad está dormida. Se tranquiliza y vuelve a sus actividades, pero vuelve a oír que la niña llora. A veces cuando la va a ver, tiene imágenes en que la bebé está descuartizada y la observa cubierta en sangre. Se asusta y la vuelve a observar, corroborando que ha ocurrido. Tiene miedo que estas imágenes sean la realidad y está aterrada de dañar a la niña. A la vez oye una voz que le ordena que la lastime. Respondió adecuadamente al tratamiento de apoyo psicosocial, a la intervención de los abuelos más directamente en el cuidado de la bebé y al tratamiento con medicamento antipsicótico (neuroléptico).

Los delirios pueden ser de naturaleza extraña o imposible, por ejemplo, creer que se es la virgen María o que tiene poderes sobrenaturales; o bien ser creencias plausibles, como los fenómenos de naturaleza persecutoria (convicción de ser vigilada, acosada, espiada o seguida con malas intenciones).

Brockington^{1,19} describió delirios específicos de la etapa posparto, como la convicción de que el bebé fue cambiado por otro extraño. También se presenta el complejo de Medea, que consiste en el deseo de matar a los hijos por venganza contra el padre de éstos; así como delirios religiosos-altruistas, como creer que es mejor matar al niño para que no sufra.

En un estudio efectuado en la India,^{20,21} en 108 mujeres, se encontró que en la mayoría en que había delirio, éste tenía relación con el bebé (78%), algunas creían que el bebé aún no había nacido, o que podría intoxicarse con gases que salían del seno materno al intentar amamantarlo. Otros delirios eran que el bebé ya había muerto, o bien que un pariente muerto habría reencarnado en el neonato. Algunas tenían la creencia de que el producto estaba en el vientre de una hermana y el bebé de la hermana en el útero de la paciente. Puede haber la convicción de que la enfermera intentará envenenar al bebé, o que se tuvo un varón cuando en realidad nació una niña (o viceversa), o que se tuvieron gemelos cuando en realidad sólo era uno el bebé, mientras el gemelo fue "robado".

Cuando la madre creía que el bebé era el demonio, era un impostor o estaba destinado al mal, la mujer tenía mayor riesgo de gritarle, pegarle o tratarlo de asfixiar. En general, cuando el delirio se refirió al bebé, hubo mayor probabilidad de discapacidad en el rol materno.²¹

Respecto a la duración de los episodios psicóticos, hay considerable variación entre casos que responden bien al tratamiento (con apoyo psicosocial y medicamentos) y aquellos que no reciben tratamiento adecuado. La duración puede ser desde varias semanas hasta varios meses o, en algunos casos, más de un año.²²

La mayoría de investigadores usan los tres meses posparto como el límite para definir

que un trastorno es puerperal, aunque algunos clínicos usan el periodo de un año.^{20,21}

Es necesario tener en cuenta otros estados psicóticos, conducta errática y presencia de alucinaciones o delirios, que pueden ocurrir en el periodo perinatal. Un trastorno importante es la psicosis causada por medicamentos; entre ellos está la bromocriptina (agonista de la dopamina usado para inhibir la producción de leche materna) y la pseudoefedrina.²³ La bromocriptina (Parlodel), aun a dosis terapéuticas, puede causar alucinaciones, *delirium*, agitación maniaca e insomnio. Lo mismo ocurre con el uso de drogas de adicción: anfetaminas y alucinógenos; a veces la adicta a estas sustancias reanuda su uso después del parto.

Las mujeres con esquizofrenia en edad reproductiva, pueden embarazarse y tener hijos. En muchos países del mundo han ocurrido cambios radicales en los cuidados de los pacientes con enfermedades psiquiátricas, lo que han dado como resultado el cierre de muchos hospitales psiquiátricos, con el cambio a una atención predominantemente ambulatoria. Con anterioridad muchas enfermas con problemas psiquiátricos crónicos se mantenían internadas en el hospital; actualmente las mujeres con este tipo de trastornos y que se encuentran en edad reproductiva, se ubican en las calles, desamparadas y sin la protección del medio hospitalario; muchas de ellas tienen actividad sexual sin protección anticonceptiva y resultan embarazadas.

En esta situación, una de las preguntas es cómo se debe tratar la esquizofrenia durante el embarazo. Otra pregunta, es si la paciente con esquizofrenia tendrá la capacidad para cuidar a su bebé.²⁴ Una cuestión adicional más es, si esta paciente tendrá el apoyo por parte de sus familiares u otras personas, para el cuidado de los hijos y si intervendrán en caso necesario.

El tratamiento de la esquizofrenia durante el embarazo requiere valorar los posibles riesgos contra los beneficios. Ningún medicamento neuroléptico puede considerarse como "seguro" durante el embarazo, sobre todo en el primer trimestre. Sin embargo,

como algunas pacientes tienen sintomatología muy grave, será necesario usar los medicamentos antipsicóticos durante la gestación. Es claro que la mujer embarazada tendrá una mayor necesidad de contención y apoyo social.

Cuando la embarazada tiene esquizofrenia, la afectación de su capacidad de cuidados puede ser grave, lo que hará difícil que atienda a su bebé de manera adecuada. Sin embargo, en muchos casos sí puede hacerlo, sobre todo si tiene apoyo de sus familiares. En una revisión de 100 ingresos madre-bebé a una unidad psiquiátrica, Kumar y cols.²⁵ encontraron que sólo alrededor de 50% de las mujeres con el diagnóstico de esquizofrenia eran dadas de alta con la expectativa de que podrían cuidar al neonato.

Otra alteración psicótica a considerar es el trastorno delirante. El síntoma principal en los pacientes afectados por esta enfermedad es un delirio, generalmente no extraño, sino de persecución de celos o la erotomanía, que es la sensación de que los demás se enamoran de la persona afectada.²⁶ Durante el embarazo, los dilemas terapéuticos son los mismos en términos de decidir si se deben utilizar medicamentos neurolépticos, desde qué momento del embarazo y qué tanto los delirios afectan a la madre, al feto, al neonato y a la familia.

Hassam y Brockington,²⁷ han descrito otros trastornos mentales graves durante el embarazo. Por ejemplo, casos en que la mujer maltrata físicamente al bebé *in utero*. Éste es un caso visto por nosotros:

La Sra. F. vive con su marido y tiene siete meses de su primer embarazo. Dice estar contenta y sabe que tendrá una niña. Durante unas sesiones de apoyo psicossocial para parejas que esperan un hijo, se queja de que la niña (in utero) es "mala" con ella. Al preguntársele a qué se refiere, dice que la niña la golpea y la pateo intencionalmente. En respuesta, ella le da golpes a través de su abdomen para así enseñarla que no debe golpear a su madre. Dice que es muy importante ponerle límites desde ahora para que no se vuelva una niña



malcriada. La Sra.F. fue abandonada por su madre cuando era adolescente y por un tiempo vivió en hogares sustitutos o en la calle y ha sufrido mucho toda su vida.

Hassam y Brockington²⁷ también han descrito casos de mujeres gestantes que oían voces animándolas a que abusaran sexualmente del bebé, aún *in útero*. Algunas de estas mujeres sentían que los movimientos del feto eran “movimientos sexuales” y se sentían culpables y avergonzadas de éstos. Se trata de casos difíciles de clasificar, en que es un reto distinguir entre una psicosis y una patología obsesivo-compulsiva. Sin embargo, las alucinaciones auditivas, las órdenes y la sensación de que estas órdenes estaban siendo transmitidas por la radio indican patología psicótica.

INFANTICIDIO

En una proporción de casos de psicosis hay riesgo para la supervivencia del bebé. Hay pocos estudios empíricos de los factores que lleva al infanticidio y de la psicopatología de quienes lo llevan a cabo. También las normas legales de los diversos países hacen difícil comparar los casos. Por ejemplo, en Inglaterra suele ponerse a la mujer en libertad bajo palabra, aunque el infanticidio se considera como homicidio.²⁸ En los EUA es más común castigar a la mujer enviándola a prisión.

En una proporción de casos de infanticidio hay un trastorno psiquiátrico en la madre, pero en otros no es así. El trastorno más frecuente es la depresión posparto asociada con ideas suicidas. Otro es la esquizofrenia, en que el bebé es parte del sistema delirante. También, una mujer con un estado maniaco puede pensar que el bebé tiene poderes supernaturales o demoniacos y ponerlo en riesgo. Típicamente la paciente con trastorno obsesivo compulsivo puede tener ideas de dañar a su bebé, pero éstas no se llevarán a la práctica y más bien la horrorizan.

Los signos de alarma de que peligra el bebé consisten en que la madre tenga antecedentes de conducta violenta hacia otras personas, que haya delirios nihilistas o creer que el niño está poseído o tiene poderes sobrenaturales. Es

necesario individualizar la evaluación en cada caso en cuanto a los factores de riesgo y de protección.

Una revisión de 17 casos de infanticidio o intento del mismo²⁹ mostró que muchas de las madres tenían trastorno de personalidad grave además de un episodio depresivo severo. Las madres pensaban que la muerte del niño era un acto altruista o el intento era una extensión de deseos suicidas. El método del filicidio fue por ahorcamiento o ahogamiento. En otra casuística,³⁰ se encontró que la tercera parte de las infanticidas tenían un trastorno psicótico, y que otras, más o menos la mitad, mostraban depresión, irritabilidad, apatía, se sentían exhaustas y enfrentaban estrés masivo. Algunas pueden sentir rechazo hacia el bebé, muchas no querían tenerlo o querían vengarse del padre del niño (síndrome de Medea). El periodo de mayor riesgo para el neonato es el primer día de vida extrauterina. De todos los infanticidios, alrededor de 20% ocurren en este periodo.

En una pequeña serie de casos en Hong Kong,³¹ se observó que el intento de neonaticidio o su consecución estaban relacionados fuertemente con negar el embarazo y tratar de evitar hacerse cargo del bebé por ser inconveniente o inaceptable para la mujer o pareja (algunos neonatos se encontraron en el basurero). Las madres eran generalmente muy jóvenes.

Hay una importante dimensión sociocultural en el neonaticidio. En algunos grupos culturales las niñas pueden ser eliminadas por no ser tan deseadas como los varones. Esto puede deberse a que la familia tendría que acumular dinero para más tarde pagar la dote de la hija y así lograr casarla, o porque no son tan útiles en términos de ayudar en el trabajo agrícola. En China, debido a la política estatal mantenida hasta recientemente de permitir sólo un nacimiento por familia, muchos progenitores sentían que debían “sacrificar” a la niña para poder tener un varón subsecuentemente.³¹ Otros factores son que el niño venga al mundo sin padre, sin que la madre se haya casado o que tenga tales condiciones de pobreza que la madre piensa que no podría atender al bebé adecuadamente.

Algunos países han establecido leyes que permiten que una madre transfiera a su neonato a otras personas en condiciones menos dramáticas e insalubres; por ejemplo, poniendo una incubadora vacía en un corredor de hospital y mantenida en ese lugar y disponible para ese propósito (como en algunos hospitales en Hungría), o bien, el neonato es dejado en sitios conocidos por su capacidad de encontrar un hogar sustituto para un bebé no deseado. Todo esto es una mejor alternativa a la muerte del neonato.

Padrón y Vives,³¹ han escrito sobre su trabajo con grupos psicoterapéuticos para ayudar a mujeres que mataron a su bebé, advierten sobre las dificultades de contra-transferencia, es decir, las reacciones del terapeuta en el trabajo clínico con padres que tienen impulsos infanticidas.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la psicosis posparto debe ser agresivo. Si la paciente tiene pensamientos de dañar o matar a su bebé, debe hospitalizarse. Si por el contrario, se queda en su casa, debe avisarse a los familiares que no la dejen sola con el neonato.

Cuando la paciente ha ingresado al hospital, debe excluirse la posibilidad de una enfermedad física subyacente, como tiroiditis, deficiencia de vitamina B12 y trastornos neurológicos como enfermedad convulsiva y algún tumor cerebral.⁷ En todos los casos es necesario iniciar el tratamiento con medicamentos antipsicóticos y/o estabilizadores del estado de ánimo lo más pronto posible.

Los neurolépticos convencionales suelen ser eficaces. Sin embargo, los tradicionales como el haloperidol o la tioridazina, suelen tener mayores efectos colaterales. No hay estudios adecuados sobre la eficacia y seguridad de los neurolépticos más modernos tales como la olanzapina, risperidona, ziprasidona y otros. A pesar de esto, los clínicos los prefieren, por sus menores efectos adversos.

Cuando el trastorno aparece en el postparto, desde el principio puede combinarse el antipsicótico con un medicamento estabili-

zador del estado de ánimo, tal como el topiramax, la oxcarbazepina o la lamotrigina, entre otros. A largo plazo se busca la posibilidad de discontinuar el neuroléptico para aminorar los riesgos asociados con el uso a largo plazo de los neurolépticos, como la disquinesia tardía. Es necesario señalar que cuando el tratamiento fue exitoso con estabilizador del estado de ánimo, éste no debe discontinuarse abruptamente, sino de modo lento y gradual. Esto reduce la posibilidad de una recaída.

Si el trastorno ocurre durante el embarazo, medicamentos como el ácido valproico y la carbamacepina están contraindicados por sus efectos teratógenos.

En casos graves o que no responden al tratamiento, se puede usar la terapia electroconvulsiva. Esta intervención suele causar ansiedad y temor en las familias, pero es relativamente segura y en su forma moderna, hay muy pocos fenómenos propiamente convulsivos. Debe practicarse en un quirófano y administrándose a la paciente un relajante muscular. Tiene un efecto rápido, sobre todo en los casos más graves y de mayor agitación, y en aquellos que tienen un alto riesgo de conducta agresiva o suicida. A veces este tratamiento es preferible porque en una o dos semanas se resuelve completamente la psicosis. Al principio habrá un poco de pérdida de la memoria.

Un estudio reciente,³³ utilizó 17-beta-estradiol sublingual desde el inicio de la psicosis, con resultados benéficos de alivio de los síntomas después de dos semanas de tratamiento.

Todos los medicamentos psicotrónicos se encontrarán en la leche materna.³⁴ Surge la pregunta de si la mujer puede amamantar. Si la concentración del medicamento en la leche es de alrededor del 10% o menor de la concentración en la sangre materna, en general el riesgo es mínimo. Al final del periodo psicótico agudo, la mujer suele quedar con una sensación de culpa y con temor de que el problema se repita; por lo que puede ser útil un proceso de psicoterapia de apoyo.



LA UNIDAD HOSPITALARIA MADRE-BEBÉ

La hospitalización conjunta de la madre y el bebé es una opción terapéutica importante, pero que desafortunadamente sólo se practica en unos cuantos países. Se fundaron las primeras salas de este tipo en el Reino Unido desde los años de 1940's.³⁵ Existen actualmente unidades de este tipo en Inglaterra, Francia, Alemania, Bélgica, Luxemburgo y otros países europeos, así como en Australia, Nueva Zelanda, Israel y la India. Muchas de estas unidades ingresan madres y bebés de hasta 12 meses de edad o aún mayores. Un objetivo es no separar a la madre de su bebé por razones de las dificultades de aquélla, pues la separación le puede ocasionar sensación de culpa, y empeorar la condición de la paciente. Otro objetivo es mantener la continuidad de la relación madre-neonato y observar de primera mano las interacciones y evaluar el posible éxito de la díada.

En algunos centros se admite primero a la madre y cuando está en una situación menos aguda, se ingresa a su bebé. Previo a ingresar al hijo se puede valorar si la madre está en condición de cuidarlo, el grado de contacto con la realidad que mantiene la madre y el potencial peligro para el neonato. En otros hospitales, si es posible, se ingresa también al padre.

Algunas unidades sólo son hospital de día, en los cuales la mujer y su pequeño llegan en la mañana y la observación y el tratamiento ocurren allí durante su estancia, regresando a su casa al anochecer. El personal de enfermería y de salud mental en general, habrá de diseñar un plan de tratamiento para ella, su familia y para optimizar la relación madre-bebé. En Francia es común que estas unidades sean dirigidas por psiquiatras infantiles, mientras que en Inglaterra, por psiquiatras generales.³⁶ La hospitalización puede realizarse antes del parto cuando se sabe que la mujer ya tiene dificultades y éstas se agravarán al nacer el bebé.³⁶ Una dificultad es que estas unidades de día tienen un alto costo y requieren del doble de personal que una unidad psiquiátrica común.³⁷

El tratamiento debe ser multimodal con medicamentos, reposo, intervenciones psicológicas y ayuda a la mujer con los cuidados del bebé. Se debe crear un medio terapéutico donde la paciente pueda hablar de su situación y tener psicoterapia. Un grupo en Melbourne,³⁸ ha hecho énfasis en la importancia de examinar el patrón de sueño de la mujer. Ocurre que en muchos casos hay una marcada privación del sueño y la mujer se encuentra exhausta, pareciendo deprimida, cuando en realidad está agotada por los rigores del embarazo y las necesidades del neonato. Al revisar 109 ingresos consecutivos, las pacientes se sentían abrumadas o rebasadas con los cuidados del bebé, muy ansiosas y físicamente agotadas. Muchas pacientes tenían esposos o compañeros que trabajaban largas horas y ellas mismas habían tenido más complicaciones del parto. También, había una proporción alta de lactantes que eran más irritables y más difíciles de cuidar en general, lo que añadía mayor estrés para la madre.

A estas madres se les ha ofrecido terapia de masaje y baños terapéuticos, favoreciendo una cierta regresión de ella, en términos de que ella confíe en quienes la cuidan y favorezca la aparición de sentimientos maternales hacia el bebé. En algunas unidades hay sesiones de terapia de grupo en que las madres expresan algunos de los problemas que enfrentan en común. Otro componente terapéutico son los cuidados directos al bebé, los cuales no se hacen "sustituyendo a la madre", sino invitándola a participar.

En casos graves, la conclusión será que la madre no puede cuidar al neonato y se recomienda una separación de la díada. La separación madre-bebé es más probable cuando la madre sufre de esquizofrenia grave.

En cuanto a la eficacia, un análisis reciente³⁹ de una muestra de 1081 mujeres, mostró que en el 74% de casos hubo éxito, éste se midió por el mejor estado emocional de la madre y la capacidad de mostrar ternura y cuidar del bebé. El peor resultado se obtuvo cuando la paciente tenía varios diagnósticos psiquiátricos, poco apoyo del marido, provenía de una estrato socioeconómico bajo y cuando el

compañero también tenía un trastorno psiquiátrico.^{40,41}

Las mujeres con verdadera psicosis puerperal tienen mejor pronóstico que aquéllas que tienen un trastorno de personalidad crónico previo.

CURSO A LARGO PLAZO

En un estudio efectuado en Alemania,² se siguieron por varios años (promedio 12.6 años, con un intervalo de seis a 26 años) a 34 mujeres con una primera psicosis posparto. Los resultados mostraron que 32% tuvo episodios subsecuentes de depresión y 28% otros episodios de psicosis polimorfa. Usando otro sistema de clasificación, 62% habían tenido episodios de psicosis "cicloide". Esto último refuerza la idea de una conexión con los trastornos bipolares. De las pacientes que tuvieron más partos, 47% existieron también otra vez episodios de psicosis.

En países donde no hay unidad madre-bebé, es frecuente que las madres piensen que no han recibido suficiente información sobre su trastorno, ni los suficientes servicios y apoyo para ellas y sus familiares inmediatos.⁴²

PROFILAXIS

En las mujeres con trastorno bipolar ya diagnosticado y en aquellas que han tenido episodios previos de psicosis posparto, surge la pregunta de si se pueden prevenir futuras descompensaciones cuando la mujer está aún embarazada y se acerca su parto. Hay pocos estudios al respecto, pero el medicamento más utilizado para lograr tal prevención ha sido el litio.

Para prevenir la psicosis posparto, a pesar de la falta de evidencia científica, actualmente la mayoría de los expertos recomienda, utilizar algún medicamento estabilizador del estado de ánimo inmediatamente después del parto, no durante el embarazo. Algunos clínicos inician estos medicamentos hacia el final del embarazo por considerarse que se ha completado la morfogénesis y el riesgo para el feto es menor. Si se ha de usar un estabilizador del estado de ánimo durante el embarazo, es preferible usar el litio, pues la carbamacepina y el ácido valproico son conocidos agentes teratogénos que pueden inducir defectos de la formación del tubo neural y producir un síndrome semejante al autismo.

ABSTRACT

The article describes various severe mental disorders not covered in other articles of this series. An abnormal mother-fetus interaction is one of the principal predictive factors of an eventual alteration in the parent-infant relationship. When the attitude of the mother to the pregnancy is one of rejection, is necessary to offer psychotherapeutic support. The addiction to substances is negative for the pregnancy and the fetus; for example, the offspring of alcoholic mothers frequently has low birth weight and other complications. Women addicted to narcotic have many emotional problems and their behavioral disturbances and to implement intervention strategies can improve these conditions and help the mothers carry out their maternal functions.

KEY WORDS: *Postpartum psychosis, puerperal psychosis, mother-baby unit, postpartum mood disorder*



REFERENCIAS

1. Brockington IF. Disorders specific to the puerperium. *Int J Ment Health* 1992; 21: 41-52.
2. Pfuhlmann B, Stoeber G, Franzek E, Beckmann H. Differenzierte diagnostic Verlauf und Ausgang postpartaler Psychosen. Eine katamnestische Untersuchung (Curso y progreso diferencial de la psicosis post-parto. Una investigación anamnésica). *Nerverartz* 2000; 71: 386-92.
3. Sit D, Rothschild AJ, Wisner KL. A review of postpartum psychosis. *J Women Health* 2006; 15: 352-68.
4. Robertson E, Jones I, Haque S, Holder R, Craddock N. Risk of puerperal and non-puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal (post-partum) psychosis. *Br J Psychiatry* 2005; 186: 258-9.
5. Kendell RE, Chalmers D, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 662-73.
6. Heron J, Craddock N, Jones I. Postnatal euphoria: are 'the highs' an indicator of bipolarity? *Bipolar Dis.* 2005; 7: 103-10.
7. Chaudron LH, Pies RW. The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder. A review. *J Clin Psychiatry* 2003; 64: 1284-92.
8. Sharma V, Smith A, Khan M. The relationship between duration of labour, time of delivery and puerperal psychosis. *J Affect Dis* 2004; 83: 215-20.
9. McNeil TF. Women with Non Organic psychosis: psychiatric and demographic characteristics of cases with versus without postpartum psychotic episodes. *Acta Psychiatr Scand* 1988; 78: 603-9.
10. Jones I, Craddock N. Familiarity of the puerperal trigger in bipolar disorder: Results of a family study. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 913-7.
11. Robertson E, Jones I, Middle F, Moray J, Craddock N. No association between two polymorphisms at the 5HT2A gene and bipolar affective puerperal psychosis. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 387-91.
12. Deuchar N, Brockington I. Puerperal and menstrual psychoses: the proposal of a unitary etiological hypothesis. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1998; 19: 104-10.
13. Mahé V, Dumaine A. Oestrogen withdrawal associated psychoses. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 323-31.
14. Ahokas A, Aito M. Role of estradiol in puerperal psychosis. *Psychopharmacology* 1999; 147: 108-10.
15. Hopker SW, Brockington IF. Psychosis following hydatidiform mole in a patient with recurrent puerperal psychosis. *Br J Psychiatry* 1991; 158: 122-3.
16. Kirpinar I, Coskun I, Cayköylü S. First-Case postpartum psychosis in Eastern Turkey: a clinical case and follow up study. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 199-204.
17. Okano T, Nomura J, Kumar R. An epidemiological and clinical investigation of postpartum psychiatric illness in Japanese mothers. *J Affect Disord* 1999; 48: 233-40.
18. Blackmore ER, Jones I, Doshi M, Haque S, Holder R, Brockington I, Craddock N. Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis. *Br J Psychiatry* 2006; 138: 32-6.
19. Brockington IF. *Motherhood and mental health.* Oxford. Oxford University Press; 1996, p. 200-468.
20. Chandra PS, Bhargavaraman RP, Raghunandan VNGP, Shaligram D. Delusions related to infant and their association with mother-infant interactions in postpartum psychotic disorders. *Arch Women Mental Health* 2006; 9: 285-8.
21. Chandra PS, Venkatasubramanian G, Thomas T. Infanticidal ideas and infanticidal behavior in Indian women with severe postpartum psychiatric disorders. *J Nerv Ment Dis* 2005;190:457-61.
22. Robertson L, Lyons A. Living with puerperal psychosis: a qualitative analysis. *Psychol Psychother* 2003; 76: 411-31.
23. Reeves RR, Pinkofsky HB. Postpartum psychosis induced by bromocriptine and pseudoephedrine. *J Fam Pract* 1997; 45: 64-7.

24. Abel KM, Webb RT, Salmon MP, Wan MW, Appleby L. Prevalence and predictors of parenting outcomes in a cohort of mothers with schizophrenia admitted for joint mother and baby psychiatric care in England. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 781-9.
25. Kumar R, Marks M, Platz C, Yoshida K. Clinical survey of a psychiatric mother-baby unit. Characteristics of 100 consecutive admissions. *J Affect Dis* 1995; 33: 11-22.
26. Friedman SH, Rosenthan MB. Treatment of perinatal delusional disorder: a case report. *Int J Psychiatr Med* 2003; 33: 391-4.
27. Hassam F, Brockington I. Obsessions of foetal sexual abuse. *Arch Womens Mental Health* 1990; 193: 295.
28. Kumar R, Marks M. Infanticide and the law in England and Wales. En Hamilton JA y Nell Harberger P (eds). *Postpartum Psychiatric Illness*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press; 1992, p. 257-74.
29. Marleau JD, Roy R, Laporte L, Webanck T, Poulin B. Homicide d' enfant commis par la mere (Homicidio del niño cometido por la madre). *Can J Psychiatry* 1995; 40: 142-9.
30. D'Orban PT. Women who kill their children. *Br J Psychiatry* 1979; 134: 560-71.
31. Lee ACW, Li CH, Kwong NS, So KT. Neonaticide, newborn abandonment, and denial of pregnancy-newborn victimisation associated with unwanted motherhood. *Hong Kong Med J* 2006; 12: 61-4.
32. Padrón AL, Vives J. La Contratransferencia en la psicoterapia de embarazadas infanticidas. En: Vives J, Lartigue T (eds.). *Apego y vínculo materno infantil*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara; 1994, p. 227-41.
33. Ahokas A, Aito M, Rimón R. Positive treatment effect of estradiol in postpartum psychosis. A pilot study. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 166-9.
34. Goldberg HL. Psychotropic drugs in pregnancy and lactation. *Int J Psychiatry Med* 1994; 24: 129-49.
35. Cazas O, Glangeaud-Freudenthal NM-C. The history of mother-baby units (MBU's) in France and Belgium and of the French version of the Marcé checklist. *Arch Women Ment Health* 2004; 7: 53-8.
36. Nezelof S, Cazas O, Sutter/ Dallay AL, Glangeaud N. Hospitalisation conjointe mere-bébé en psychiatrie [Hospitalización conjunta madre-bebé en psiquiatría]. *Ann Med Psychol* 2005; 163: 529-34.
37. Glangeaud-Friedenthal NMC, MBU-SMF Working group. Mother-baby psychiatric units (MBUs): National data collection in France and in Belgium. *Arch Womens Ment Health* 2004; 7: 59-64.
38. Fisher JRW, Feekery CJ, Rowe-Murray HJ. Nature, severity and correlates of psychological distress in women admitted to a private mother-baby unit. *J Paed Child Health* 2002; 28: 140-5.
39. Salmon M, Abel K, Cordingley L, Friedman T, Appleby L. Clinical and parenting skills. Outcomes following joint mother-baby psychiatric admission. *Aust N Z J Psychiatry* 2003; 37: S56-62.
40. Buist A, Glangeaud-Freudenthal NM-C, Barnett BEW. Mother-baby inpatient psychiatric care in different countries. Data collection and issues. *Arch Womens Ment Health* 2004; 7: 49-51.
41. Glangeaud-Freudenthal N M-C, Cazas O, MBU Working-Group. Proposal for international comparative data collection about Mother-Baby, using the "Marcé clinical Checklist". *Arch Womens Ment Health* 1999; 2: 128.
42. Robertson E, Jones I, Benjamin J, Murdoch C, Pelios G, Brockington I, Craddock N. Approaches to the ascertainment, recruitment and clinical assessment of women with puerperal psychosis. *Arch Womens Ment Health* 2000; 3: 59-64.

