

Sobre la psicosis puerperal

RESUMEN: La psicosis puerperal como patología psiquiátrica frecuente en el posparto.

PALABRAS CLAVE: Psicosis puerperal, factores psicosociales y biológicos, infanticidio.

SUMMARY: The puerperal psychosis as a frequent pathology in the post childbirth.

KEYWORDS: Puerperal psychosis, psychosocial and biological factors, infanticide.

Caso clínico

T. I. es una mujer de 38 años que llegó a nuestra unidad, derivada desde la unidad de quemados de otro centro hospitalario de Barcelona, por un cuadro psicótico. La paciente sufrió quemaduras tras un incendio en su domicilio que precisaron un mes de ingreso en dicha unidad.

La paciente no refería antecedentes personales ni familiares de enfermedad mental. Asimismo negó consumo de tóxicos. Como antecedentes somáticos únicamente destacaban: parto por cesárea hace cinco meses, infección de la herida quirúrgica; y quemaduras de segundo y tercer grado por el mencionado incendio.

En la psicobiografía de la paciente destacaba que era natural de Casablanca (Marruecos) y la sexta de nueve hermanos (5 varones y 4 mujeres). Estuvo escolarizada hasta los veinte años con buen rendimiento (colegio y liceo, más 2 años de formación complementaria). El ajuste socio-laboral en su país era correcto (diversos empleos temporales como azafata, dependienta, monitora de deporte, etc.). Se casó en su país hace un año y medio por acuerdo familiar (antes nunca había tenido pareja ni amigos de sexo masculino) y un mes después se trasladó a vivir a la provincia de Girona (España), donde residía con su marido, su cuñado y la mujer de éste. Desde su matrimonio la paciente se dedicaba a las tareas del hogar. Su primer hijo (un varón) nació hace cinco meses en un parto complicado.

Hace dos meses se produjo un incendio en su domicilio en circunstancias no aclaradas que provocó su entrada en la unidad de quemados de un centro hospitalario. Al ingreso en nuestra Unidad la paciente se encontraba vigil, consciente y desorientada témporo-espacialmente. El contacto con la paciente era psicótico; su discurso era parco, en voz baja y con tono de voz monótono. Refería un delirio de perjuicio y paranoide que no nos especificó. Se mostraba desconfiada. Refería hipotimia, distimia de miedo, así como alucinaciones auditivas en forma de «ruidos». En la exploración se evidenció una deficiente memoria de fijación.

En las sucesivas entrevistas con la paciente (varias de ellas con ayuda de una traductora) ésta refirió que hacia los dos meses posteriores al parto inició un trastorno del estado de ánimo que oscilaba entre tristeza o llanto y ánimo elevado. Progresivamente apareció un delirio de perjuicio hacia ella y su hijo, así como alucinaciones auditivas en forma de voces que la criticaban y daban órdenes. En rela-

ción a dicha clínica psicótica la paciente explicaba angustia y miedo intenso a sufrir daño (ella o su hijo) así como su aislamiento voluntario como medida de protección. Al explorar las horas previas al incendio, durante el mismo y en su estancia en la unidad de quemados, la paciente explicó fluctuación del nivel de conciencia y pérdida de memoria, por lo que no se pudo descartar la sospecha de un suicidio ampliado en el contexto del cuadro alucinatorio-delirante.

Durante su estancia en la unidad de agudos se instauró tratamiento farmacológico con Haloperidol hasta 11.5 mg/d (con reducción progresiva de la dosis), Amisulpride (hasta 800 mg/d) y Clonacepam. A las pocas horas del ingreso ya se mostraba vigil, consciente y orientada. Los primeros días la paciente aún permanecía temerosa y suspicaz, sin salir apenas de su habitación. Lentamente fue mejorando el contacto, el afecto y los síntomas psicóticos; de forma progresiva desaparecieron las alucinaciones y fue tomando distancia del contenido delirante hasta lograr criticarlo. Fue adaptándose poco a poco a la dinámica de la unidad. Se consideró clave para el tratamiento y recuperación de la paciente facilitar el contacto temprano y continuado con su hijo y los permisos al hogar familiar; de hecho, el contacto materno-filial precoz fue un importante factor que aceleró la recuperación de la paciente. Los permisos transcurrieron sin incidencias y la familia colaboró adecuadamente en todo momento.

Al alta la paciente se mostraba eutímica, tranquila, libre de psicopatología psicótica positiva y era capaz de hacerse cargo de su hijo (aunque persistía el cuadro amnésico secundario al cuadro confusional). La paciente y su familia plantearon la posibilidad de realizar su convalecencia en Marruecos, lo que consideramos beneficioso ya que sería atendida por profesionales con su mismo idioma y cultura y contaría con el apoyo de su familia de origen; pero se destacó la importancia de desplazarse con su hijo para que el traslado fuese realmente terapéutico.

Discusión

La psicosis puerperal es una psicopatología descrita ya por Hipócrates. Antiguamente se englobaba dentro de las reacciones exógenas agudas de Bonhoeffer¹. Y, de hecho, en Europa durante años solo existió un síndrome puerperal como tal, que englobaba la psicopatología del puerperio, denominado amencia» (palabra derivada de las lenguas germanas y que significa confusión o perplejidad). No existe un consenso sobre su definición como entidad, pero desde el siglo XIX existe una sintomatología definida por criterios operativos; y como veremos la «amencia» es uno de sus síntomas.

¹ SIMÓN LORDA, D.; GÓMEZ-REINO RODRÍGUEZ, I., «Psicosis puerperal: Aspectos clínicos y asistenciales», *Psiquiatría pública*, 1999, 11, III, pp. 70-78.

Las diferentes escuelas y autores actuales aún no se han puesto de acuerdo sobre si la psicosis puerperal es una psicopatología afectiva, esquizoafectiva, psicótica inespecífica o si se incluye dentro de las psicosis cicloides (concepto al que se acercan por ejemplo Klompenhouwer o los autores franceses). El DSM-IV y el CIE-10 la incluyen dentro de los trastornos psicóticos, como veremos.

La psicosis puerperal aparece en 1-2 casos de cada mil partos. Existen múltiples factores tanto psicosociales como biológicos asociados al desarrollo de una psicosis en el puerperio; y seguramente la combinación de varios de ellos en la misma paciente sea el desencadenante del episodio psicótico. Entre los factores más relevantes destaca en primer lugar el antecedente personal de un Trastorno Afectivo (sobre todo en el caso del Trastorno Bipolar en el que el riesgo de padecer una psicosis puerperal es del 25%), Esquizofrenia o un Trastorno Esquizoafectivo. Otros factores son: episodios previos de psicosis puerperal, antecedentes familiares de Trastorno Afectivo (en el 50-60% casos de psicosis puerperal), parto por cesárea, complicaciones en el posparto, primípara (en el 50-60% casos de psicosis puerperal), primer hijo varón, ser soltera, toxicomanías, estación del año y relaciones sociofamiliares conflictivas (destacando la relación con la pareja y la relación con la madre). Como se ve la mayoría de factores asociados son psicosociales; pero además de la cesárea y las complicaciones posparto existen otros factores biológicos asociados, algunos actualmente en estudio: Hormonales (CRH, Serotonina, Estrógenos, Progestágenos, Prolactina, Glicina), Neurotransmisores (Receptores Opioides Endógenos), Anemia (por ejemplo hemorragias posparto), Infecciones, Fármacos y Tóxicos.

De entre todos estos factores y dado que nuestra paciente carecía de antecedentes personales o familiares de patología psiquiátrica conviene destacar los aspectos psicológicos de la maternidad y cómo entran en conflicto en la psicosis puerperal. Existen dos modelos que explican cómo afecta la maternidad a la mujer. Uno (modelo de Desarrollo) que postula que la maternidad produce un nuevo *self* en la mujer que ésta debe adaptar a su *self* anterior y a sus relaciones previas; igualmente la mujer y su pareja deben asumir nuevas responsabilidades que implican un tiempo de adaptación. Cuando una mujer sufre una psicosis puerperal sus dificultades para adaptarse son mayores dada su psicopatología. Otro (modelo de los Sistemas Sociales), centrado en cómo el hecho de tener un hijo altera el círculo social y familiar de la mujer y las creencias de ésta sobre la maternidad o el parto, lo que puede dar lugar a un conflicto interno y acabar originando una psicosis puerperal. Psicodinámicamente la psicosis puerperal es vista como la contradicción entre cómo cree la mujer que debe actuar una madre y su compromiso con la maternidad, con el rechazo a su madre como modelo de maternidad. Esto da lugar a que cuando la mujer debe actuar como madre no tiene un modelo en el que fijarse lo que vive de modo desagradable y la confunde, escindiéndose su identidad como madre y su com-

petencia como tal. En definitiva, quieren ser buenas madres, no saben cómo hacerlo y debido a que sus hijos tampoco pueden indicarlas cómo deben actuar no se ven reforzadas por ellos y acaban rechazándolos².

Desde un punto de vista clínico, la psicosis puerperal es un cuadro «polimórfico» y podemos sospechar de su presencia ante la existencia de rápidas fluctuaciones de nivel conciencia, con perplejidad, desorientación e intervalos lúcidos dispersos. En el aspecto psicomotriz y de discurso presenta también importantes fluctuaciones, desde la agitación al estupor y desde la verborrea al mutismo. A nivel afectivo también existe rápida variabilidad desde gran euforia y ansiedad hasta ánimo depresivo. Los trastornos de pensamiento se presentan como delirios o ideas deliroides asociadas a la maternidad. Así, el adjetivo «polimorfo» hace referencia a las multitud de diferentes combinaciones que pueden darse entre las diferentes alteraciones cognitivas, psicomotoras, del discurso, sensorio-perceptivas, del pensamiento y afectivas.

Como ya se indicó al principio, en la actualidad la psicosis puerperal no existe como entidad nosológica independiente. En la clasificación de la APA (DSM-IV) el trastorno más similar es el Trastorno Psicótico Breve sin desencadenante grave de inicio en el post-parto. En la clasificación de la OMS (CIE-10) se incluye dentro de los Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios debidos a situación no estresante aguda. (Veánse tablas).

Tabla 1. DSM-IV: *Trastorno Psicótico tipo no especificado.*
Pautas para el diagnóstico de F/23.8 Trastorno Psicótico Breve (298.8)

1. Uno o más de los siguientes síntomas:

- 1.1. Ideas delirantes
- 1.2. Alucinaciones
- 1.3. Lenguaje desorganizado (p.ej. disperso o incoherente)
- 1.4. Comportamiento catatónico o gravemente desorganizado

(Nota: No incluir un síntoma si es un patrón de respuesta culturalmente admitido).

2. Duración del episodio de alteración de mínimo un día, pero inferior a un mes, con vuelta completa al nivel pre-mórbido de actividad.
3. La alteración no es atribuible a un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos, un trastorno esquizoafectivo o a esquizofrenia y no está motivada por los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej. droga o medicamento) o por una enfermedad médica.

Codificación:

80 Sin desencadenante(s) grave(s): los síntomas psicóticos no se presentan poco después o no parecen una respuesta a sucesos que serían claramente estresantes para cualquier persona en circunstancias similares y en el mismo contexto cultural. Especificar si: De inicio en el posparto: si el inicio se produce dentro de las 4 primeras semanas después del parto.

² GÓMEZ ALCALDE, M. S., «Patología psiquiátrica en el puerperio (Psicosis puerperal)», *Revista de Neuropsiquiatría*, 2002, 65, pp. 32-46.

Tabla 2. CIE-10: F/23 Trastornos Psicóticos Agudos y Transitorios.

El método usado para diagnosticar se basa en la construcción de una secuencia diagnóstica que refleja el orden de prioridad dado a características claves del trastorno.

- 1.º Comienzo agudo (menos de dos semanas), como característica definitoria del grupo.
- 2.º Presencia de síndromes típicos.
- 3.º Presencia de estrés agudo: El comienzo agudo se define como el cambio desde un estado sin características psicóticas a otro claramente anormal y psicótico en 2 semanas o menos. Existe evidencia que el comienzo agudo es signo de buen pronóstico y es posible que cuanto más brusco sea el inicio, mejor será el desenlace.

Síndromes típicos seleccionados: El estado rápidamente cambiante y variable («polimorfo») junto a síntomas esquizofrénicos típicos. La presencia del estrés agudo puede también especificarse con un quinto carácter (por su relación tradicional con la psicosis aguda). El estrés agudo asociado implica que los primeros síntomas psicóticos se presentaron dentro de las 2 primeras semanas después de uno o más sucesos que serían vividos como estresantes para la mayoría de personas en circunstancias similares y dentro del mismo ambiente cultural (p.ej. el duelo, pérdidas inesperadas de compañeros o de trabajo, el matrimonio, el terrorismo, la tortura, el trauma del combate, etc.). Las situaciones crónicas no deben considerarse en este contexto como fuente de estrés. La recuperación completa se produce en 2-3 meses (en ocasiones en días o pocas semanas); y solo un pequeño tanto por ciento desarrollan estados persistentes e invalidantes.

Pautas: Ninguno de los trastornos cumple pautas de episodio maníaco o depresivo, aunque los cambios emocionales y los síntomas afectivos individuales puedan destacar de vez en cuando. Ausencia de organicidad (p.ej. conmoción, delirium o demencia). Con frecuencia se observa perplejidad, preocupación o falta de atención en la conversación inmediata, pero si estos síntomas son tan marcados o persistentes como para sugerir delirium o demencia de causa orgánica el diagnóstico debe posponerse hasta realizar las pruebas necesarias para descartarlos. Las pautas temporales (tanto la de 2 semanas como la de 48 horas) no se refieren al tiempo de máxima gravedad y perturbación, sino a términos en que los síntomas psicóticos han llegado a ser obvios y desorganizadores de, al menos, algunos aspectos de la vida diaria o del trabajo. El apogeo del trastorno en ambos casos puede producirse más tarde. Los síntomas y alteraciones deben ser obvios sólo en los términos citados, en el sentido que habrán llevado al paciente a buscar algún tipo de ayuda o intervención médica. Puede indicarse un quinto término para señalar si el trastorno psicótico agudo se debe a una situación estresante, aguda o no.

En la fase aguda de la psicosis puerperal es necesario un tratamiento farmacológico enérgico. Suelen pautarse Antipsicóticos incisivos a elevadas dosis (aunque en los últimos años existe una tendencia creciente a utilizar Antipsicóticos Atípicos debido a su mejor tolerancia) asociados a Benzodiacepinas, Lítio y en casos graves que no responden a tratamiento farmacológico o éste está contraindicado TEC (Terapia Electroconvulsiva). Una vez que la sintomatología psicótica ha empezado a remitir es necesario introducir lo más precozmente posible medidas terapéuticas de tipo psicosocial. De ellas el restablecimiento temprano de la relación materno-filial es clave. Distintos autores coinciden en que acelera la mejoría psicopatológica y permite que la paciente reasuma su rol materno.

La evolución de la psicosis puerperal suele ser favorable y solo en un porcentaje muy pequeño de casos la mejora no es completa y persiste algún deterioro. Por otro lado, la respuesta incompleta al tratamiento se asocia a un alto porcentaje de riesgo de maltrato infantil, y de hecho en un 4% de estos casos se produce infanticidio.

En cuanto al pronóstico, por regla general, a corto plazo es bueno (muy relacionado con la correcta evolución del episodio psicótico puerperal) pero cabe señalar que el riesgo de repetición de otro episodio psicótico está muy asociado a la presencia de embarazos posteriores. Si no se producen más embarazos el 75% de las pacientes no repetirán episodios psicóticos pero los embarazos posteriores aumentan el riesgo de recaídas de un 50 a un 75%.

El pronóstico a largo plazo, sin embargo, no es tan optimista ya que se ha visto que un alto porcentaje de pacientes desarrollan patología psiquiátrica (esta vez sin relación con el puerperio). Por este motivo se considera importante el seguimiento regular de las pacientes que han padecido uno o más episodios de psicosis puerperal, ya que la detección y tratamiento precoz de una patología psiquiátrica mejoran su pronóstico³.

* M.^a Teresa García López, médico Residente Psiquiatría, Unidad de Agudos de Psiquiatría. XSM-CSMA Alt Empordà; Raúl Otín Llop, médico Psiquiatra Adjunto. Unidad de Agudos de Psiquiatría. XSM-Parc Hospitalari Martí i Julià.
Correspondencia: mariat.garcia@ias.scs.es

** Fecha de recepción: 13-II-2007.

³ SPINELL, M. G., «Maternal Infanticide Associated with Mental Illness: Prevention and the Promises of Safer Lives», *American Journal of Psychiatry*, 2004, 161, pp. 1.548-1.557; y JONES, I; PSYCH, M. R. C.; CRADDOCK, N. P., «Familiarity on the Puerperal Trigger in Bipolar Disorder», *American Journal of Psychiatry*, 158, pp. 913-917.