

**UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO
PROGRAMA DE POSGRADO EN ESPECIALIDADES MÉDICAS**

**POSGRADO EN PSIQUIATRÍA
TRABAJO FINAL DE GRADUACIÓN PARA OPTAR POR EL GRADO DE
ESPECIALISTA**

**EVOLUCIÓN DIAGNÓSTICA Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LA DEPRESIÓN
Y PSICOSIS POSPARTO DE LAS PACIENTES EGRESADAS DEL HOSPITAL
NACIONAL PSIQUIÁTRICO, DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE
EL 2000-2007**

**INVESTIGADORA: DRA. SUSANA MARADIEGUE MONTERO
RESIDENTE DE PSIQUIATRÍA**

TUTORA: DRA. FLORY BARRANTES BOGANTES

SAN JOSÉ, OCTUBRE 2009

TABLA DE CONTENIDOS

Dedicatoria

Carta del Jurado

Carta de Aprobación

Índice General..... i

Índice de Gráficos..... iv

Índice de Cuadros..... vi

Índice de Anexos..... vi

Índice de Abreviaturas..... vii

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1	3
MARCO CONTEXTUAL.....	3
1.1 ANTECEDENTES	4
1.1.1 GENERALIDADES	4
1.1.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES.....	6
1.1.4 ANTECEDENTES LOCALES	10
1.2 JUSTIFICACIÓN	12
1.3 DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	14
1.3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.3.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	16
1.4 OBJETIVOS	16
1.4.1 OBJETIVO GENERAL	16
1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
CAPÍTULO 2	18
MARCO TEÓRICO.....	18
2.1 CLASIFICACIÓN.....	21
2.1.1 TRISTEZA POSPARTO, DISFORIA POSPARTO U “POSTPARTUM BLUES”	22
2.1.2 DEPRESIÓN POSPARTO SIN PSICOSIS	24
2.1.3 PSICOSIS POSPARTO	26
2.2 EPIDEMIOLOGÍA.....	28
2.3 ETIOLOGÍA.....	29
2.4 DIAGNÓSTICO	38
2.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	42
2.6 TRATAMIENTO.....	43
2.6.1 PROFILAXIS:.....	49
CAPÍTULO 3	53
MARCO METODOLÓGICO	53
3. MARCO METODOLÓGICO	54
3. 1 Tipo de Estudio	54

3. 2 Área de Estudio	54
3. 3 Unidades de Análisis o Sujetos	55
3.3.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA LA MUESTRA.....	55
3. 4 Fuentes de Información	55
3.5 Identificación, descripción y relación de las variables y/o categorías de análisis.....	56
3.6 DEFINICIÓN CONCEPTUAL, OPERACIONAL E INSTRUMENTAL DE LAS VARIABLES.....	59
3.7 SELECCIÓN DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	65
3.7.1 Cuestionario administrado a los pacientes.....	65
3.7.2 Hoja de cotejo	66
3.7.3 Entrevistas Estructuradas a expertos.....	66
3.8 TABULACIÓN Y ANÁLISIS	67
3.9 RESULTADOS ESPERADOS	67
3.10 LIMITACIONES	68
3.11 CRONOGRAMA	69
CAPÍTULO 4	70
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	70
4. RESULTADOS.....	71
4.1 ANÁLISIS.....	71
4.1.1 Prevalencia de casos de Depresión y Psicosis Posparto en Hospital Nacional Psiquiátrico.	71
4.1.2 Perfil socio-demográfico.....	72
4.1.3 Factores obstétricos.....	78
4.1.4 Relación entre la escolaridad y los factores obstétricos	81
4.1.5 Relación entre la edad y los factores obstétricos.....	83
4.1.6 Evolución diagnóstica	86
4.1.6.1 Antecedentes familiares	86
4.1.6.2 Antecedentes personales	88
4.1.7 Ingreso.....	90
4.1.7.1 Diagnóstico de ingreso.....	91
4.1.7.2 Diagnóstico de egreso.....	92
4.1.7.3 Síntomas de ingreso	95
4.1.8 Manejo terapéutico	97
4.1.8.1 Tratamiento recibido.....	97

4.1.8.2 Medicación de egreso.....	107
4.1.9 Seguimiento.....	114
4.1.10 Diagnósticos posteriores.....	117
4.1.10.1 Intervalo entre episodios.....	120
4.1.10.2 Relación de antecedentes heredofamiliares con el diagnóstico posterior.....	122
4.2 Encuesta estructurada a expertos.....	123
CAPÍTULO 5.....	128
CONCLUSIONES.....	128
5. CONCLUSIONES.....	129
CAPÍTULO 6.....	134
RECOMENDACIONES.....	134
6. RECOMENDACIONES.....	135
CAPÍTULO 7.....	137
BIBLIOGRAFÍA.....	137
7. BIBLIOGRAFÍA.....	138
CAPÍTULO 8.....	144
ANEXOS.....	144
8. ANEXOS.....	145

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Casos registrados y tasas por 1000 egresadas en Hospital Nacional Psiquiátrico 2000-2007.....	74
Gráfico 2: Distribución relativa de los grupos de edad de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000 – 2007. 76	
Gráfico 3: Distribución absoluta y relativa del estado civil de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000 – 2007.	77
Gráfico 4: Distribución absoluta y relativa del nivel de escolaridad de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000 – 2007.	78
Gráfico 5: Distribución relativa de la Provincia de Residencia de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000 – 2007.	79
Gráfico 6: Distribución absoluta y relativa del inicio del control prenatal de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000 – 2007.....	81
Gráfico 7: Distribución absoluta y relativa del número de embarazos que han tenido las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000 – 2007.....	82
Gráfico 8: Relación entre el nivel de escolaridad de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto y el inicio de su control prenatal. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007.....	83
Gráfico 9: Relación entre el nivel de escolaridad de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto y el número de embarazos que ha tenido. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007.....	84
Gráfico 10: Relación entre la edad (años) de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto y el inicio de su control prenatal. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007.....	86
Gráfico 11: Relación entre la edad (años) de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto y el número de embarazos que ha tenido. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007.....	87
Gráfico 12: Distribución relativa de los antecedentes familiares de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007.....	89
Gráfico 13: Distribución relativa de los antecedentes personales de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007.....	90
Gráfico 14: Estadísticas descriptivas de los días de estancia y posparto de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007.....	92
Gráfico 15: Diagnósticos de ingreso y egreso de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto, según la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007.....	95

Gráfico 16: Distribución relativa de los síntomas de ingreso de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007	97
Gráfico 17: Distribución relativa del tratamiento recibido por las pacientes con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007	99
Gráfico 18: Distribución relativa de los medicamentos dados como tratamiento, según grupo. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007	101
Gráfico 19: Distribución absoluta y relativa de los medicamentos de tipo Hipnóticos dados como tratamiento. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007	102
Gráfico 20: Distribución absoluta y relativa de los medicamentos de tipo Antipsicóticos dados como tratamiento. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007	103
Gráfico 21: Distribución absoluta y relativa de los medicamentos de tipo Antidepresivos dados como tratamiento. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007	105
Gráfico 22: Distribución absoluta y relativa de los medicamentos de tipo Reguladores del Estado de Ánimo dados como tratamiento. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007	106
Gráfico 23: Distribución relativa de los medicamentos de egreso, según grupo. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007	108
Gráfico 24: Distribución absoluta y relativa de los medicamentos de tipo Hipnóticos dados en el egreso. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007	109
Gráfico 25: Distribución absoluta y relativa de los medicamentos de tipo Antipsicóticos dados en el egreso. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007	111
Gráfico 26: Distribución absoluta y relativa de los medicamentos de tipo Antidepresivos dados en el egreso. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007	112
Gráfico 27: Distribución absoluta y relativa de los medicamentos de tipo Reguladores del Estado de Ánimo dados en el egreso. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007	113
Gráfico 28: Distribución relativa de la consulta externa en otros servicios de psiquiatría de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000 – 2007	114
Gráfico 29: Estadísticas descriptivas del número de consultas a emergencias y del número de internamientos posteriores de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007	116
Gráfico 30: Diagnósticos posteriores de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto, según la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007	117
Gráfico 30A : Diagnóstico posterior: Trastorno Afectivo Bipolar, su composición. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007	118

Gráfico 30B: Diagnóstico posterior: Trastornos del Espectro Depresivo, su composición. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007.....	119
Gráfico 30C: Diagnósticos posterior: Trastorno Esquizoafectivo, su composición. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007	120

INDICE DE CUADROS

Cuadro 1: Tipos y características de trastornos afectivos del puerperio.....	22
Cuadro 2: Relación y riesgo entre trastornos afectivos varios y el desarrollo de trastorno afectivo puerperal de cualquier clase	36
Cuadro 3: Diagnóstico diferencial de Psicosis posparto	43
Cuadro 4: Opciones de manejo profiláctico en diferentes grados de riesgo para el desarrollo de trastornos afectivos del puerperio.....	51

INDICE DE ANEXOS

ANEXO N° 1: Cuestionario para recolección de datos proyecto de investigación “Evolución Diagnóstica y Manejo Terapéutico de la Depresión y Psicosis Posparto de las pacientes Egresadas del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período comprendido entre 2000-2007”	1145
ANEXO N° 2: Fórmula de Consentimiento Informado para pacientes que fueron diagnosticadas con Depresión y/o Psicosis Postparto.	1147
ANEXO N° 3: Hoja de Cotejo	1150
ANEXO N°4: Entrevista Estructurada A Expertos	11521
ANEXO N°5: Diagnóstico y tratamiento de ingreso.....	152
ANEXO N°6: Diagnóstico y medicación de egreso	1156
ANEXO N°7: Relación de Antecedentes Heredofamiliares con el Diagnóstico Posterior.....	160

INDICE DE ABREVIATURAS

CCSS: CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

CIE: CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES SEGÚN LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

DSM: MANUAL DIAGNOSTICOS Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES DE LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA

HNP: HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO

IAE: INTENTO DE AUTOELIMINACIÓN

INEC: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS

ISRS: INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA

OMS: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OPS: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

TAB: TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR

TEA: TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

INTRODUCCIÓN

Las diferencias de género en salud y enfermedad, según el estudio realizado por Montero I y colaboradores (2004), han sido relativamente ignoradas o marginadas por clínicos e investigadores, pasando posteriormente al análisis de las simples diferencias cuantitativas. De hecho, la mayor vulnerabilidad de las mujeres a determinadas formas de enfermar, los cursos y la duración de los trastornos mentales en hombres y mujeres o las variaciones en la respuesta terapéutica, no se conoce o no se ha podido confirmar en muchos casos. Tampoco se ha estudiado la interacción entre el fenómeno psicopatológico y los aspectos biológicos, ambientales y los psicológicos y sociales.

En la actualidad, la investigación clínica se está focalizando no solo en el estudio de un dato estadístico, sino también, en el de procesos y mecanismos, considerando para los mismos, diversas variables tales como las biológicas, ambientales, sociales y las relacionadas con el género.

Por lo anterior, una especial atención merece el impacto que ocasiona la aparición de trastornos mentales en el posparto. Su explicación se encuentra en que tradicionalmente se ha considerado al embarazo como un período de relativo “bienestar psíquico”; sin embargo este constructo ha cambiado en la actualidad, se sabe que la concepción del niño provoca en la mujer una conmoción psíquica en la que los aspectos fisiológicos subyacentes, especialmente hormonales, y los componentes psicológicos, hacen del embarazo un período de crisis de identidad y de maduración psicológica (Benolt, B; 2008). El puerperio es un período de especial riesgo de aparición de episodios depresivos, y trastornos afectivos en la mujer. Así como también, mayor incidencia de recaídas en los mismos. (Stahl, S. 2008).

Es por esto que el presente trabajo es una investigación sobre algunos de los aspectos relacionados con la psicosis postparto, la evolución diagnóstica que presenta esta patología, la presentación clínica y el manejo terapéutico que reciben las pacientes femeninas hospitalizadas del 2001 al 2007 en el Hospital Nacional Psiquiátrico, con dicho diagnóstico.

Para lograr dicho objetivo se analizará todos los casos que fueron diagnosticados con Psicosis Postparto, el número de internamientos posteriores y los diagnósticos que les fueron asignados en dichas hospitalizaciones, así como su evolución posterior. Tomando como base la población con dicha patología, en el período de tiempo previamente señalado, se observará la evolución tenida y el estado actual.

Es evidente la necesidad de investigar más sobre la psicosis postparto, no sólo por la evidencia de su prevalencia, aunque a nivel nacional todavía se encuentra muy subdiagnosticada, también su magnitud, importancia y las repercusiones que puede tener en la diada madre-hijo, que indudablemente afecta en la morbi-mortalidad de la población.

CAPÍTULO 1

MARCO CONTEXTUAL

1.1 ANTECEDENTES

1.1.1 GENERALIDADES

Desde los tiempos de Hipócrates, los clínicos notaron una asociación entre los trastornos del humor y el período posterior al parto. Para Hipócrates, la depresión se debe a desequilibrios en la secreción de bilis o bien a una mala combustión de esta sustancia dentro del organismo la cual daría lugar a restos tóxicos. Esta concepción humoral de los trastornos mentales se conservó hasta siglo XIX, momento en el cual se comienza a utilizar la palabra “depresión” como término diagnóstico. Celso y Galeno también dejaron constancia en sus escritos de observaciones propias de alteraciones mentales postparto.

El cambio conceptual lo proporciona el psiquiatra alemán Kraepelin a finales del siglo XIX; cuando habló entre el vínculo existente entre algunos trastornos mentales y la maternidad.

El término de psicosis puerperal apareció por primera vez en Fürstner en 1875. Comprendía el 14 % de los ingresos femeninos en clínicas psiquiátricas, en aquella época. (Kaplan H y Sadock, B; 1992).

Este vínculo entró oficialmente en la nomenclatura psiquiátrica cuando el DSM IV¹ definió a la depresión mayor con comienzo en el postparto como episodios de depresión que comienzan hasta 4 semanas luego del mismo.

Este período se corresponde con rápidos cambios hormonales, postulando la idea de que estos contribuyen a la vulnerabilidad a la depresión. Sin embargo, debido a que los factores psicosociales tienen una relevancia mayor como desencadenantes de la depresión puerperal, muchos investigadores usan una

¹ DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Cuarta edición.

definición operativa del período en cuestión de hasta 6 meses luego del parto. (Beck, C y cols; 1999).

Pero lo anterior ha generado una gran controversia sobre si la psicosis postparto es un trastorno separado de otros estados psicóticos o forma parte de un continuum junto a ello, especialmente del trastorno afectivo bipolar. Parte del problema es que los criterios diagnósticos han sido ambiguos.

Según Miller, LJ (2002) los primeros estudios denominaban psicosis postparto a varios estados postparto diferentes: a la depresión mayor con características psicóticas, trastorno afectivo bipolar con episodio maníaco, la esquizofrenia, el trastorno esquizofreniforme, la psicosis reactiva breve.

Aunado a lo anterior la diversidad de definiciones del período postparto provoca más confusión, empezando en algún momento de las 0 a las 3 semanas y extendiéndose hasta los 12 meses postparto (Miller, LJ; 2002).

Por el momento el DSM IVTR no incluye la psicosis postparto entre sus diagnósticos. En su lugar, emplea los criterios estándar para psicosis (ej: depresión con psicosis, esquizofrenia, episodio maníaco con psicosis), con la especificación de "inicio en el postparto" si los síntomas aparecen en las 4 semanas siguientes al parto. En el caso de aquellos estados psicóticos que aparecen pocos meses después del parto el DSM IVTR no aplica la especificación de postparto.

En el CIE 10 (Clasificación Internacional de las Enfermedades y problemas relacionados con la Salud. Décima. Clasificación autorizada en la Caja Costarricense del Seguro Social y usada por la Organización Mundial de la Salud), aparece el apartado de trastornos mentales y del comportamiento en el puerperio (F53.-) donde lo consideran "una categoría rara y aparentemente paradójica ya que incluye la recomendación de que se utilice sólo cuando sea

inevitable. Su inclusión expresa el reconocimiento de la existencia de problemas reales en muchos países en desarrollo para reunir datos sobre casos de enfermedad puerperal. Sin embargo, incluso en ausencia de información suficiente que permita el diagnóstico de alguna variedad de trastorno del humor (afectivo), o más raramente esquizofrenia, por lo general suele haber datos que permitan diagnosticar un trastorno leve (F53.0) o grave (F53.1)". Esta subdivisión es útil para estimular la carga asistencial y para la planificación de servicios.

Esta categoría no lleva implícito que, dada la suficiente información, una proporción significativa de casos de enfermedad mental post-parto no puedan ser clasificados en otros apartados. La mayoría de los expertos en este campo son de la opinión de que un cuadro clínico de psicosis puerperal muy difícilmente se puede diferenciar de forma fiable de un trastorno del humor (afectivo) o de una esquizofrenia, lo cual justifica una categoría especial. Cualquier psiquiatra que pertenezca a la minoría que opina que existen psicosis post-parto específicas, puede usar esta categoría, pero debe ser consciente de su verdadero propósito.

En la actualidad se han realizado estudios acerca de este fenómeno que tantas repercusiones presenta no solo a la mujer sino a la familia, y a la población en general en el ámbito biopsicosocial.

1.1.2 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

En varios países del mundo se interesan cada vez más por la psicosis postparto, no solo dentro del ámbito de la salud mental; sino dentro de otras áreas como son genéticas, reproductivas, pediátricas, socioculturales y de salud pública.

Simón Lorda et al (1999), publican una revisión bibliográfica denominada Psicosis puerperal: aspectos clínicos y asistenciales, donde hacen un recorrido a través de esta patología y como en España cada vez son mayores las interconsultas por parte de la unidad materno-fetal al servicio de psiquiatría por

esta causa. Al mismo tiempo plantean la necesidad de un seguimiento principalmente en aquellas mujeres que presentan antecedentes personales y/o familiares de algún trastorno psiquiátrico y fuertes reacciones depresivas a estresores cotidianos.

La Dra. Viguera et al (2002), realizaron un estudio relacionado con las decisiones reproductivas en las mujeres portadoras de un trastorno afectivo bipolar, para ello realizaron una recopilación de historia longitudinal, donde se observó que un alto porcentaje de pacientes tenían antecedentes de alteraciones afectivas durante el embarazo y el posparto, específicamente depresiones, en su mayoría no tratadas.

Los Drs. Gregorio Evans M., Mc John Vicuña M. (2003), realizaron un estudio prospectivo a nivel de atención primaria en Chile para evidenciar la real incidencia de depresión y psicosis postparto, y de algunos factores de riesgo para esta condición. Encontraron que el reconocimiento de la depresión postparto en la atención médica habitual, y sobre todo primaria es pobre. Por ello, recomendaron dos enfoques para el manejo de estas pacientes. El primero, enfatizó la importancia de preparar a las mujeres en los cambios de vida asociados con el embarazo, el parto y el hecho de ser madre, y la implementación de un grupo de intervención (incluyendo parientes). Esto mostró tener un efecto positivo en la disminución de la incidencia de depresión medido a las 8 semanas postparto. El segundo, identificó y clasificó a las pacientes como vulnerables, las cuales eran incorporadas a un grupo de intervención, con sesiones que se realizaban desde el cuarto mes del embarazo a los 6 meses postparto, emulando un estudio realizado por Shields N, Reid; Cheyne H et al (1997). El cual mostró también un efecto positivo disminuyendo la incidencia de depresión y psicosis postparto.

Sin embargo, todos estos enfoques excluyen los eventos estresores postnatales, los cuales juegan un rol significativo. En el caso de las pacientes estudiadas, el evento postnatal más estresante era la hospitalización del recién

nacido por diversas complicaciones, o complicaciones médicas durante su embarazo.

Finalmente catalogan a los trastornos mentales producidos durante el puerperio como un verdadero problema de salud pública, y recomiendan un manejo multidisciplinario con médicos generales, enfermeras, psicólogos, obstetras, ginecólogos y en casos más severos psiquiatras, que deben estar disponibles en todos los niveles de atención.

Joy, CB; Saylan, M (2006), efectúan un estudio en el Reino Unido con el fin de evaluar a las unidades materno-infantiles, ya que se recomiendan como el lugar óptimo para el tratamiento de la psicosis postparto. Encontraron que un número mayor de mujeres pudieron cuidar de sus recién nacidos y experimentaron menos recurrencias tempranas cuando regresaron a sus hogares en comparación con la atención estándar. Sin embargo no parece haber pruebas basadas en ensayos de la efectividad de estas unidades. “Esta falta de datos es motivo de preocupación ya que estudios descriptivos encontraron resultados deficientes como apego ansioso y desarrollo deficiente para los niños de madres con psicosis postparto y un mayor riesgo de ser derivados a custodia adoptiva o tutelar”. Concluyen que una atención efectiva de las madres y sus recién nacidos durante este período crítico puede ser primordial para prevenir resultados clínicos y del desarrollo de los niños con patologías tales como depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, que los lleva a disfunción laboral, social y en su vida personal.

Sit, D; Rothschild, AJ; Wisner, KL (2006), hacen una revisión de psicosis postparto y concluyen que la aparición de la sintomatología ocurre entre las primeras cuatro semanas posterior al parto, además que este cuadro es un pródromo para el desarrollo ulterior de un trastorno del espectro afectivo, de ahí la importancia de un rápido y preciso diagnóstico es esencial para la instauración de un tratamiento, lo cual mejoraría el pronóstico y disminuiría el riesgo tanto a la madre como al niño.

Bernard L. Harlow, PhD; Allison F. Vitonis, BA; et al; (2007), efectúan un estudio poblacional utilizando datos de registro, para determinar el inicio de episodios psicóticos y bipolares post-parto durante el plazo de 90 días después del primer nacimiento, por mujeres con y sin hospitalización psiquiátrica pre-embarazo o prenatal. Concluyen que casi el 10% de las mujeres hospitalizadas por morbilidad psiquiátrica antes de dar a luz, desarrollan psicosis post-parto después de su primer nacimiento. Esto subraya la necesidad de que los obstétricos valoren el historial de síntomas psiquiátricos y, con colegas pediatras y psiquiatras, perfeccionen el tratamiento de madres con diagnóstico psiquiátrico durante el período de embarazo.

1.1.3 ANTECEDENTES NACIONALES

En Costa Rica existen escasas investigaciones relacionadas con el tema, en otras especialidades que hayan sido publicadas.

La Dra. Chacón Echeverría, L (2003), con doctorado en psicopatología, publicó el libro *Maternidad y Psicosis*. Es de las primeras obras realizadas en Costa Rica; en ella se entrelazan los conceptos de psicoanálisis, psicosis e infanticidio, desde dos vertientes: el acto mortífero y la psicosis posparto. En esta obra la autora plantea porqué en algunos casos la maternidad enriquece a las mujeres y en otros las enferma.

Queda en evidencia que en nuestro país existe un gran subregistro, en cuanto a los trastornos relacionados con el posparto, lo que ha ocasionado un déficit de estudios y trabajos investigativos que demuestren la prevalencia de esta patología en nuestros centros de trabajo. Esto hace que de acuerdo con todos los

datos antes expuestos el tema de investigación sea novedoso y necesario de abordar en nuestro territorio.

1.1.4 ANTECEDENTES LOCALES

El Hospital Nacional Psiquiátrico “Manuel Antonio Chapuí”, que representa un centro médico subespecializado de referencia a nivel nacional, para la atención de los pacientes que sufren de un trastorno mental, incluidos los trastornos mentales que ocurren en el puerperio, presenta una estadística anual actual de 6-7 casos por año, específicamente para la psicosis posparto; pero esta cifra ha ido en aumento según los registros existentes. Existiendo un total de 62 casos en un período comprendido entre el 2001 y 2007.

Pantoja Murillo, Ileana (1995), estudió los factores de riesgo en la psicosis posparto, encontró que la psicosis posparto era más frecuente en mujeres jóvenes entre los 15 a los 30 años, que eran solteras, con baja escolaridad, amas de casa en su mayoría, primigestas, y con antecedentes heredofamiliares de trastornos afectivos.

La Dra. Navarro Carvajal, Jennifer (2003), concluye en su tesis de grado titulada “Estudio de las evaluaciones médicas utilizadas para identificar a las mujeres con diagnóstico de depresión posparto en las publicaciones presentadas desde 1998 a 2003”, que las mujeres que presentan depresión posparto cuentan con antecedentes personales de trastornos afectivos. Añade que esta condición afecta al 10-15% de las madres primigestas y suelen durar meses en remitir, por lo cual cuentan con un mayor riesgo de episodios depresivos recurrentes o eventualmente de una psicosis.

Campos Villegas, Enid (2005), realizó un estudio denominado “Características clínicas y manejo terapéutico de la depresión y psicosis posparto en el Hospital Nacional Psiquiátrico entre 1997-2004, y su relación con el

desarrollo de trastorno afectivos mayores”. Concluye que para ese período la incidencia era del 0.15% y que esta baja cifra podría sugerir la posibilidad de un subregistro. Además que no se consigna en los expedientes información obstétrica de estas usuarias. En cuanto al tratamiento existía un uso limitado de estabilizadores del ánimo en estas pacientes.

1.2 JUSTIFICACIÓN

Este proyecto de investigación de “Evolución diagnóstica y manejo terapéutico de la psicosis postparto en Hospital Nacional Psiquiátrico”, es importante debido al incremento del número de casos detectados de psicosis postparto en los últimos años, la gravedad que implica la aparición de esta patología en la organización de la relación madre-hijo y los riesgos que representa para la vida de ambos. (Valdimarsdóttir U, Hultman CM, et al 2009).

Lejos de agotarse y ser repetitivo el tema cada vez alcanza mayor proyección y atención por parte de los investigadores debido a que, aún hoy en día, no se precisa de una delimitación nosológica, debido en gran medida a su atípica sintomatología, y la falta de protocolos para su diagnóstico.

Este trabajo pretende crear un estándar para los servicios de salud de Costa Rica y explícitamente en la atención brindada en el Hospital Nacional Psiquiátrico, que permita realizar un diagnóstico precoz y preciso de la psicosis postparto, así como detectar cual es la población femenina que cuenta con más riesgo de desarrollarla y la necesidad de un abordaje multidisciplinario como medida de prevención oportuna.

Se espera que el trabajo contribuya con la población femenina costarricense sin antecedentes psiquiátricos previos, además con aquellas mujeres que presentan antecedentes personales de reacciones adaptativas, fobias, episodios depresivos previos o que cuentan con una considerable carga genética, así como a poner en evidencia la necesidad de un trabajo conjunto por parte del personal de salud, pacientes y familiares.

También llenará el vacío existente en cuanto a la necesidad de establecer un abordaje y seguimiento estándar a esta población, logrando de esta manera poder cumplir a cabalidad la misión de la organización.

El proyecto es políticamente viable, ya que se cuenta con toda una normativa a nivel de la Caja Costarricense del Seguro Social, a favor de fomentar y mejorar la calidad de la atención que se brinda a la población costarricense, más aún cuando se habla de una díada madre-hijo; además de que a nivel internacional se ha reconocido como un problema de salud pública. Se cuenta con el recurso humano que va a recolectar la información con la cual se analizarán los datos y se sacarán conclusiones y recomendaciones prácticas para la población objeto de estudio, lo que permita a su vez inferir hacia otras poblaciones. Dado que esta investigación forma parte del requisito para optar por grado de Especialista en Psiquiatría, los recursos materiales y financieros serán aportados por la investigadora.

La investigación se llevará a cabo en un plazo de doce meses; al ser un trabajo de campo se recolectará la información con la cual se trabajará posteriormente para el análisis y resultados del problema.

Se cuenta con las herramientas técnicas y metodológicas necesarias para realizar la investigación, así como con el conocimiento de las variables por analizarse.

Dada la proyección del tema y su prevalencia se decidió hacer la investigación dándole un enfoque técnico profesional para el abordaje de éste. Además de que existen escasos estudios que hayan abordado la depresión y/o psicosis posparto en la Institución (Caja Costarricense del Seguro Social).

El trabajo estudiará la evolución diagnóstica que han tenido las pacientes a las cuales se les asignó a su egreso el diagnóstico de Psicosis posparto. Con dicho estudio no se dan problemas de tipo ético moral en su desarrollo.

Los resultados de esta investigación pueden ser un aporte valioso que permita a las autoridades médicas y administrativas tomar medidas tendientes a la

creación de protocolos que faciliten la rápida atención y captación de aquellas pacientes con más riesgo de desarrollar una psicosis posparto, con el fin de establecer las medidas terapéuticas necesarias de forma oportuna que disminuyan el riesgo de lesiones tanto en el niño como en la madre (específicamente suicidios e infanticidios), además de que podría mejorar el pronóstico de la paciente.

1.3 DELIMITACIÓN Y FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con base en los conceptos expuestos anteriormente, se puede formular el problema, cuya razón de ser es analizar e identificar este fenómeno que la mayor parte del tiempo es subdiagnosticado, sin tomar en cuenta su magnitud, sus causas y el impacto que el mismo representa para la institución y para la atención de los usuarios (madre-hijo).

El embarazo y nacimiento son grandes transiciones del ciclo vital que afectan a la mujer, al bebé y al resto de la familia. Es un periodo de adaptaciones, de cambios emocionales y psicológicos que afortunadamente en la mayoría de los casos se dan en medio de mucha ilusión y alegría.

Así como el embarazo y el parto son acontecimientos vitales de gran importancia en el desarrollo de los núcleos familiares, pueden ser una etapa de enorme estrés y desequilibrio en algunos casos. Aunque el período de posparto es el de mayor riesgo para desarrollar trastornos emocionales, estos problemas a menudo no se detectan.

De ahí la importancia de un adecuado control prenatal y perinatal, con el fin de prevenir y captar de forma oportuna aquellas patologías que afectan directamente tanto a la madre como al niño, lo cual podría generar un riesgo aumentado de morbi-mortalidad en ambos.

Por otra parte, en los últimos años se ha correlacionado la aparición de un trastorno mental en el postparto (depresión, psicosis) como el precursor o inicio del desarrollo de un trastorno mental mayor, y no como un hecho aislado, transitorio y benigno.

Dentro de la patología psiquiátrica del puerperio, la psicosis puerperal es una de las más graves y la que mayor carga asistencial y de cuidados conlleva, tanto para el núcleo familiar en el que aparece dicho cuadro psicótico, como para el equipo psiquiátrico que asuma el caso.

A esto se suma el hecho de que existe un gran vacío con respecto a protocolos de intervención temprana en aquellos casos que presentan factores de riesgo para la aparición de una eventual complicación psiquiátrica; y aún para los que carecen de estos factores de riesgo.

Con todos estos aspectos se pretende crear un estudio de la evolución de la psicosis postparto así como su manejo terapéutico como probable precursor del desarrollo de una patología psiquiátrica del espectro afectivo, en la población internada en el Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período 2000 al 2007.

1.3.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuál es la evolución diagnóstica y manejo terapéutico que tienen las pacientes que sufrieron depresión y psicosis postparto, en la población femenina egresada del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período comprendido entre 2000-2007?

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

- Analizar la evolución diagnóstica y el manejo terapéutico que tienen la depresión y la psicosis postparto en la población femenina egresada del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período comprendido entre 2000-2007.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar la evolución diagnóstica que presentan la depresión y la psicosis postparto en la población femenina egresada del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período comprendido entre 2000-2007.
2. Identificar el manejo terapéutico brindado a las pacientes diagnosticadas con depresión y psicosis postparto, en el Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período comprendido entre 2000-2007.

3. Caracterizar el perfil sociodemográfico y los factores obstétricos que presentan las pacientes diagnosticadas con depresión y psicosis postparto en el Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período comprendido entre 2000-2007.

4. Conocer la presentación clínica que muestran las mujeres con diagnóstico de depresión y psicosis postparto, en el Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período comprendido entre 2000-2007.

5. Señalar algunos aspectos generales que conduzcan al mejoramiento en la atención y prevención de la salud mental de la población con esta patología, en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

CAPÍTULO 2

MARCO TEÓRICO

Los estudios epidemiológicos evidencian que los trastornos psiquiátricos especialmente, los del espectro afectivo, son más frecuentes en las mujeres. Esta mayor vulnerabilidad, se encuentra acrecentada durante el período reproductivo, y si se toma en cuenta que la gestación y el posparto representan dos etapas de importantes cambios en la mujer tanto a nivel biológico como psicosocial, se podría decir que el riesgo es aún mayor.

Tradicionalmente se sostenía que el embarazo y el puerperio se asociaban habitualmente a un estado de bienestar emocional de la mujer, pero en las últimas décadas se ha demostrado que frecuentemente se presentan modificaciones caracterológicas, síntomas depresivos y/o ansiosos inespecíficos, en un 30 a 40% de las gestantes. (Correa y cols, 2005).

El desarrollo de un vínculo afectivo con el recién nacido es la tarea neurobiológica más importante durante el embarazo y el puerperio. En diversos estudios realizados en mamíferos (que se han trasladado a los humanos) se ha identificado la participación del sistema neuro-hormonal, específicamente vasopresina y oxitocina. Ambas se encargan de desactivar regiones cerebrales que están correlacionadas con las emociones negativas como los juicios de valor, y la activación de zonas específicas, como la región que traslapa la sustancia gris periacueductal. Esta región recibe conexiones directas de las áreas límbicas, que tienen gran cantidad de receptores de oxitocina y vasopresina. También se conoce que es la encargada de la supresión del dolor endógeno durante experiencias de intensa carga emocional como el nacimiento de un niño. (Swain JE, y cols, 2007).

Lo anterior da como resultado que en la formación de un vínculo se emplee un mecanismo de retroalimentación en el cerebro. Estructuras del sistema nervioso como: núcleo accumbens, sublenticular y la amígdala, así como el striatum (asociado con las funciones motoras) juegan un rol fundamental en el proceso de retroalimentación en el humano. (Norluchi y cols, 2008).

Las alteraciones en este proceso han sido identificadas desde hace mucho tiempo y se han descrito como actitudes de rechazo, maltrato infantil e inclusive infanticidio. El síntoma esencial de esta condición es una alteración emocional de la madre que la lleva al desarrollo de manifestaciones de ira patológica. (Jureidini y cols, 2004).

Desde el punto de vista nosológico la controversia sobre los trastornos afectivos posparto se ha basado en el debate aún no resuelto sobre si éstos representan entidades clínicas bien definidas por sí solas, o por el contrario, corresponden a cuadros clínicos indistinguibles de los que ocurren en mujeres no puerperas, reconociendo el período de posparto como un período de alto riesgo para desarrollarlos. (Whittington y cols, 2004).

Este último abordaje ha sido el adoptado por el DSM-IV. De acuerdo con éste, los trastornos afectivos puerperales no se incluyen como entidades separadas, sino se le agrega a cualquier trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, o trastorno psicótico breve el especificador “con inicio en el posparto”. Si los síntomas inician dentro de las primeras 4 semanas del puerperio. La escogencia de un período máximo de 4 semanas para establecer el diagnóstico ha sido altamente criticada por diversos grupos interesados, pues como veremos, excluye un porcentaje importante de casos que si bien no son clínicamente distintivos, si muestran una relación innegable con el parto. La CIE-10 considera como período puerperal hasta seis semanas del postparto.

Mientras que la Sociedad Marce, una sociedad internacional científica dedicada al estudio de los trastornos psiquiátricos puerperales, define por el contrario como enfermedad psiquiátrica puerperal toda aquella que inicia durante el primer año después del parto.

A nivel internacional desde el punto de vista gineco-obstétrico, el posparto o puerperio, es definido, como el periodo de tiempo que se extiende desde el final

del alumbramiento o tercera etapa del trabajo de parto. Durante el mismo las modificaciones gravídicas de los órganos y sistemas maternos retornan al estado previo del embarazo. Se acepta que tiene un periodo de duración de 45 días o seis semanas posteriores al alumbramiento. Se clasifica en: (Donoso, E; 2007).

- Puerperio Inmediato: que corresponde a las primeras 24 horas del periodo post parto.
- Puerperio Mediato: se extiende hasta el final de la primera semana del período post parto. De 24 horas a 7 días posteriores al parto.
- Puerperio Tardío: se extiende hasta la sexta semana del período post parto.

2.1 CLASIFICACIÓN

En términos generales se distinguen tres formas bien definidas de trastornos afectivos en el posparto. La más leve de ellas, y la más frecuente, es la tristeza posparto (disforia posparto), también ampliamente referida por su designación en inglés “postpartum blues” o “maternity blues”. La depresión posparto no psicótica es como veremos menos frecuente, y es clínicamente indistinguible de un episodio de depresión mayor en una mujer no puérpera. El cuadro más aparatoso, aunque dichosamente bastante raro, es la psicosis posparto, una psicosis afectiva con características particulares, de inicio relativamente súbito (ver cuadro 1). Aún no está claro que estos tres trastornos sean síndromes distintos o que formen parte de un continuo.

CUADRO 1: Tipos y características de trastornos afectivos del puerperio

Trastorno	Prevalencia	Inicio	Síntomas característicos
Tristeza (Disforia) posparto	50-85%	Primera semana	Labilidad afectiva, llanto fácil, insomnio, ansiedad
Depresión posparto	10-20%	Insidioso, durante primeros 2-3 meses	Depresión mayor, ansiedad excesiva, insomnio, miedo a hacer daño al bebé, síntomas obsesivos
Psicosis posparto	0.1-0.2%	Se inicia durante el primer mes posparto (Primeras 2-4 Semanas)	Agitación, irritabilidad, euforia o depresión, ideas delirantes, comportamiento desorganizado

FUENTE: Kisa C; Aydemir C; Kurt A; Gülen S; Göka E. Long term follow-up of patients with postpartum psychosis. Turk Psikiyatri Derg. 2007; 18(3):223-30

2.1.1 TRISTEZA POSPARTO, DISFORIA POSPARTO U “POSTPARTUM BLUES”

Este cuadro consiste en un estado transitorio de reactividad emocional y ocurre en aproximadamente un 50%-85% de las mujeres que han tenido un parto recientemente. Las mujeres con tristeza posparto lloran con más facilidad que lo usual, están más irritables, y tienen una labilidad emocional mayor que lo habitual para cada una. El pico de “tristeza” se observa usualmente cerca de los 3 a 5 días

luego del parto, en general coincidiendo con el inicio de la lactancia, y dura de varios días a semanas (en promedio remiten la sintomatología en 10 días). Este cuadro es por definición, autolimitado.

Como factores de riesgo se menciona que los antecedentes de depresión, sobre todo durante la gestación, incrementan el riesgo de disforia posparto. Los antecedentes de trastorno disfórico premenstrual también parecen constituir un factor de riesgo.

Aunque la ocurrencia de tristeza posparto no necesariamente refleja psicopatologías en la madre, algunos de estos cuadros, avanzan a desarrollar depresión posparto. En mujeres con historia de trastornos afectivos previos al embarazo, el cuadro denominado “postpartum blues”, pueden predecir el desarrollo de un trastorno afectivo mayor posteriormente.

Existen dos hipótesis que lideran la explicación de la aparición de la tristeza posparto. La primera es que los cambios en el ánimo están ligados a descensos bruscos de los niveles hormonales. Hay evidencia que muestra que los niveles absolutos de estrógenos y progesterona no desencadenan episodios de tristeza posparto, pero los cambios bruscos entre los niveles durante el embarazo y los que se registran luego del parto, parecen estar asociados a una mayor probabilidad de desarrollar dicha patología. Del mismo modo, un metabolito de la progesterona, la alopregmolona, con efecto ansiolítico agonista GABA, es significativamente menor en mujeres con tristeza posparto o “postpartum blues”. (Miller, LJ; 2002).

Una segunda hipótesis sostiene que se inicia por la activación de un sistema relacionado con las conductas madre-hijo de los mamíferos, y que estaría regulado en forma primaria por la oxitocina. Hay evidencia directa de este fenómeno en mamíferos no primates: madres roedoras a las que se les extrajeron las células productoras de oxitocina exhibieron conductas con menos rasgos

maternos que aquellos roedores que no tuvieron cirugía. Evidencias indirectas sugieren que mecanismos similares, pero más versátiles, pueden existir en humanos y primates. Bajo condiciones de adecuada contención y bajo estrés, esos cambios neurofisiológicos promueven las conductas de acercamiento entre madre e hijo. Sin embargo, bajo condiciones de alto estrés y soporte inadecuado, esta reactividad emocional puede incrementar la vulnerabilidad a la depresión, al tornarse la mujer más susceptible al efecto de estos factores. (Miller, LJ; 2002).

2.1.2 DEPRESIÓN POSPARTO SIN PSICOSIS

Todo síntoma de tristeza puerperal que persiste más allá de la segunda semana deber ser evaluado más profundamente.

La prevalencia en EE.UU. es de 10-20% de las mujeres, con depresión posparto sin psicosis, en el lapso de 6 meses después del parto. Los factores de riesgo incluyen la historia personal de depresión mayor (riesgo superior al 35%), historia de de depresión posparto previa tiene un riesgo de 50% de recurrencia, historia de desórdenes disfóricos premenstruales (pero no necesariamente el síndrome premenstrual leve o moderado), estrés psicosocial, historia de trastornos de la alimentación y el inadecuado soporte psicosocial.

Clínicamente se caracteriza por un cuadro depresivo severo, indistinguible del trastorno depresivo mayor no psicótico que ocurre en mujeres en otros períodos de su vida; cuyo inicio es característicamente insidioso, asociando ansiedad excesiva y síntomas neurovegetativos. Los síntomas pueden incluir sentimientos de infelicidad, de no ser apta como madre, trastornos del sueño y el apetito y dificultad en la concentración. Los trastornos del sueño son habitualmente caracterizados por dificultad para dormir incluso cuando alguien este cuidando al bebé. Usualmente agregan sentimientos ambivalentes o negativos hacia el niño, y es frecuente que expresen dudas sobre su capacidad para cuidar niños. En su forma más severa, la ideación suicida es bastante

frecuente, aunque los índices de suicidio son relativamente bajos. Algunos estudios reportan además una mayor frecuencia de ansiedad generalizada, trastornos de pánico, y trastornos obsesivo compulsivo en mujeres con depresión posparto comparadas con la población general.

No hay evidencia directa de que el desbalance hormonal cause depresión posparto. Los cambios biológicos subyacentes en la tristeza posparto pueden llevar a la depresión posparto en presencia de un contexto de vulnerabilidad genética, estrés en el entorno o insuficiente soporte social. Hay evidencia indirecta que soporta esta idea; simulando el estado postparto mediante la administración de hormonas que luego son retiradas repentinamente es significativamente más probable producir depresión en mujeres con historia de depresión posparto que en mujeres sin antecedentes al respecto.

Hay diferencias aparentemente significativas entre diferentes culturas en cuanto a la prevalencia de depresión posparto. Existen trabajos de campo que muestran que las culturas donde aparentemente hay una baja prevalencia de depresión posparto están caracterizadas por un fuerte soporte a nivel social para las nuevas madres, como por ejemplo, sistemas de ayuda en el cuidado del niño, alimentación especial, baños rituales, o el mismo retorno a su hogar de origen.

La depresión posparto que no es tratada puede tener consecuencias a corto, mediano y largo plazo. Para la madre, el episodio puede ser el precursor de una depresión recurrente, de un suicidio e incluso de un infanticidio. Para los hijos, una madre deprimida puede contribuir a problemas a nivel emocional, cognitivo o conductual en el futuro.

Incluso se ha descrito que la privación de una adecuada figura de apego se puede manifestar como alteraciones en la regulación de la temperatura, la función del sistema inmune, la regulación del peso corporal y los patrones de alimentación, exhibición de conductas autodestructivas, estereotipias motoras,

hiper o hipomotilidad, agresividad, incapacidad para usar la expresión facial como un estímulo que permita discriminar tareas de aprendizaje e inhibir respuestas aprendidas e incapacidad para detectar extraños. (Vargas, A; Chaskel, R; 2007).

2.1.3 PSICOSIS POSPARTO

La psicosis posparto es la forma más severa de los trastornos psiquiátricos puerperales. La psicosis posparto se da en menos de un 1% de las mujeres en posparto y su inicio es en las primeras cuatro semanas de ese período. El cuadro clínico es mucho más fácil de reconocer, caracterizado por agitación, irritabilidad, euforia, ideas delirantes y comportamiento altamente desorganizado. (Miller, LJ; 2002).

Suele iniciar 48 a 72 horas luego del parto, y rara vez inicia mas allá de las cuatro semanas, el cuadro clínico se asemeja a una psicosis afectica de rápida evolución, con rasgos maniacos, depresivos o mixtos.

Comparando estos episodios con los trastornos psicóticos no asociados al postparto, se observa más desorientación y labilidad en forma característica, además que pueden tener mejorías temporarias en apariencia.

Los signos más tempranos son usualmente ansiedad, irritabilidad e insomnio, los cuales avanzan rápidamente a desorientación, despersonalización, y conducta desorganizada. Las ideas delirantes suelen centrarse en el niño, e incluyen ideas de que el niño está defectuoso o se está muriendo, de que el niño tiene poderes especiales, o atribuciones divinas o diabólicas. Frecuentemente se presentan alucinaciones auditivas que indican a la madre que lesione o mate al niño o a sí misma. A diferencia de otras psicosis afecticas, la psicosis posparto frecuentemente se asocia con confusión y delirio.

Comparando con episodios de depresión sin psicosis, las mujeres con psicosis puerperal tienen más probabilidades de terminar haciendo daño a sus hijos, al pasar al acto con mayor facilidad. Si bien en los casos en donde se ha implementado un tratamiento exitoso no se ha visto aumentado el riesgo de daño para los hijos, la psicosis posparto tiene una alta probabilidad de recurrencia, tanto durante el período del postparto, como fuera de él, si no se realiza tratamiento de mantenimiento.

Un autor holandés actual, Klompenhouwer, define la psicosis posparto como: "un 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: (Robinson, GE; 1995).

- 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 (ansiedad alternando con felicidad estática), o trastornos afectivos más estables (depresión-manía).
- 4) Alucinaciones y pseudoalucinaciones, tanto auditivas como visuales, con percepciones anómalas que llevan a malas identificaciones e ilusiones.
- 5) Delirios y elaboraciones delirantes 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, la psicosis posparto tiene tres grupos fundamentales de manifestaciones fenomenológicas: afectivo, esquizoafectivo y psicosis funcional inespecífica.

2.2 EPIDEMIOLOGÍA

El riesgo general es de uno-dos casos por cada 1.000 nuevos nacimientos. 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. (Simón Lorda, 1999). 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. En estos pacientes el riesgo pasa de 2 por cada 1000 al 20-25%.

Algunas observaciones clínicas han postulado que el embarazo podría reducir el riesgo de recurrencia de enfermedades psiquiátricas mayores, apareciendo por consiguiente como un factor protector, y que son cinco veces más frecuentes en el posparto, lo cual no ha sido avalado y resulta polémico. (Kumar, R; 1984). La observación clínica así como los estudios recientes apuntan en sentido opuesto. Parte del estudio sobre iniciativa genética realizado por el *Nacional Institute of Mental Health (NIMH)* ha evaluado a 139 bipolares embarazadas, de las cuales un tercio reporta un episodio anímico durante el embarazo y el 45% haber presentado problemas emocionales severos durante el curso de éste o durante el primer mes del puerperio (Robertson, E; 2005).

El período postparto es altamente considerado como un estadio de alto riesgo para exacerbación de los síntomas, existe un riesgo siete veces mayor de admisión por un primer episodio y dos veces mayor para un episodio recurrente en las mujeres puérperas, comparadas con las mujeres no postparto y no embarazadas. Entre las mujeres con TAB quienes eligen discontinuar la terapia con litio en el puerperio, el riesgo estimado de recaída es tres veces mayor que en las no embarazadas y las no puérperas. (Gaviria, S; 2008)

La psicosis posparto debuta en la primera semana que sigue al parto en un 40% de los casos, y en el primer mes en un 80%.

El riesgo de recurrencia de una psicosis en un embarazo posterior es muy alto, con una posibilidad de recurrencia del 20 al 30%.

La clínica de las enfermedades psiquiátricas en el posparto está marcada por la gran frecuencia de enfermedades tímicas. Entre un 51-65% de las mujeres diagnosticadas con psicosis puerperal presentarán uno o más episodios tímicos fuera del contexto del posparto. Esto es importante dado que los antecedentes de descompensación psiquiátrica en el posparto, representan un elemento amnésico a favor de un diagnóstico de un trastorno del espectro afectivo, más frecuentemente trastorno afectivo bipolar.

2.3 ETIOLOGÍA

El trastorno se supone como resultado de una combinación de factores fisiológicos y psicosociales. Este período en el cual concluyen una serie de cambios radicales tanto desde el punto de vista fisiológico como psicosocial, que ocurren en un lapso relativamente corto de tiempo.

De ahí que se hable de una gran complejidad y entrelazamiento de dichos factores involucrados; lo que a su vez ha dificultado la identificación de los factores de riesgo que son más predictivos en el desarrollo de trastornos psicoafectivos. Por lo que se prefiere hablar de una etiología multifactorial. (Nager, A y cols; 2005).

- **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. (Sit D y cols; 2006).

- **Factores biológicos.** Entre los aspectos hormonales, se debe resaltar que el período posparto se caracteriza por un rápido cambio en los niveles circulantes de diferentes hormonas. Durante el embarazo, los niveles de estrógenos (estradiol, estriol, y estrona) y de progesterona presentan un aumento constante que, en parte, es el resultado de la producción placentaria de estas hormonas. Con la pérdida de la placenta durante el parto, los niveles de progesterona y estrógenos caen de manera abrupta y alcanzan los niveles previos al embarazo hasta el quinto día del posparto. (Miller LJ, 2002).

Esteroides gonadales. El estradiol y el estriol son las formas biológicamente activas de los estrógenos que son producidos en la placenta y aumentan durante el embarazo entre 100 y 1.000 veces, respectivamente.

La síntesis del estriol resulta de la actividad metabólica del hígado fetal; éste se produce en altas concentraciones durante el embarazo. Los estudios en animales han demostrado que el estradiol incrementa la acción neurotransmisora de la serotonina, al aumentar su síntesis y disminuir su recaptación. La brusca disminución en los niveles de estradiol posterior al posparto, podría explicar teóricamente la depresión posparto. Sin embargo, si se comparan las mujeres con depresión con aquéllas sin depresión, algunos estudios no han mostrado una asociación significativa entre los niveles de estradiol total y estriol libre entre el final del embarazo y el puerperio. (Pearson Murphy BE, 2001).

Los niveles de B endorfina, hormona gonadotropina coriónica humana y cortisol también aumentan durante el embarazo y alcanzan su pico máximo cerca al término del embarazo y declinan en el posparto. Los niveles elevados de estrógenos durante el embarazo estimulan la producción de la globulina fijadora

de hormona tiroidea, lo que conduce a un aumento en la fijación de T3 (triyodotironina) y T4 (tiroxina), así como a una caída simultánea de T3 y T4 libre. En consecuencia, la hormona estimulante de la tiroides (TSH) aumenta para compensar la baja cantidad de hormonas tiroideas libres. (Henshaw C, 2000).

Los niveles de prolactina aumentan durante el embarazo y presentan un pico máximo en el momento del parto; en las mujeres que no lactan, éstos regresan a los niveles previos al embarazo a las tres semanas posparto. (Henshaw C, 2000).

Hormonas tiroideas. La incidencia de la función tiroidea anormal aumenta levemente después del parto. (Pop VJ, 1993).

En los seis meses posteriores al parto, las mujeres experimentan algún tipo de disfunción tiroidea, entre un 7 y 23% comparado con un 3 a 4% en la población general. Aunque la disfunción tiroidea no ha sido identificada como un factor determinante en la mayoría de mujeres que desarrollan depresión posparto sin psicosis, puede jugar un papel importante en un subgrupo de mujeres. Un estudio prospectivo de 303 mujeres embarazadas, eutiroideas, muestra que 21 mujeres (7%) desarrollaron trastornos tiroideos posparto. La depresión posparto sin psicosis se identificó en 38% de esas mujeres y se resolvió con posterioridad al tratamiento (Pearson Murphy BE, 2001).

Durante el puerperio, algunas mujeres sin una clara disfunción tiroidea pueden tener algún grado de patología tiroidea. Se han encontrado anticuerpos tiroideos en 11,6% de las mujeres en el posparto. El efecto inmunosupresor de los niveles altos de cortisol durante el embarazo puede ser seguido de un fenómeno inmune de rebote después del parto, lo cual produce una alta incidencia de anticuerpos antitiroideos (Pop VJ, 1993).

En un estudio doble ciego, de 145 mujeres positivas y 229 mujeres negativas para anticuerpos, se encontró una relación entre la depresión y el estado de anticuerpos posparto (Oviedo G, 2006).

La disminución de la función tiroidea puede afectar el estado de ánimo en el posparto debido a su asociación con la disminución de los niveles de la actividad de la serotonina central. Los niveles de serotonina se han correlacionado positivamente con los niveles de hormonas tiroideas (Lucas A, 2001).

Hormonas hipofisarias. Los niveles de prolactina alcanzan valores hasta de 140 ng/ml al final del embarazo y declinan a las tres semanas posteriores al parto. Se ha sugerido que la prolactina juega un papel en esta entidad, por cuanto, como resultado de observaciones a mujeres no embarazadas que presentan síntomas de ansiedad y depresión, se ha encontrado una relación con estados de hiperprolactinemia patológica. Sin embargo, diversos estudios muestran resultados contradictorios. La oxitocina y la vasopresina no se han relacionado con la depresión posparto (Lucas A, 2001).

Cortisol. Los niveles de cortisol registran su pico máximo al final del embarazo debido a la producción placentaria de corticoliberina (CRH), niveles que caen bruscamente en el momento del parto. Diversos estudios no han podido demostrar la asociación entre el cortisol plasmático o urinario y la depresión posparto, por cuanto estas mediciones carecen de valor diagnóstico dado que dichos niveles se encuentran fisiológicamente elevados en el embarazo y en el posparto. Algunos autores sugieren que los altos niveles de cortisol que se registran durante el embarazo, como resultado de la producción de CRH, después del parto producen supresión en la glándula suprarrenal y, si ésta es demasiado sostenida y grave, puede contribuir a los cambios en el estado de ánimo. (Harris B, 1994).

Además, no hay una correlación en los resultados de la prueba de supresión de la dexametaxona en el posparto, ya que esta prueba está alterada

hasta en 80% de estas mujeres, posiblemente por la hipercortisolemia ya mencionada (Chung T, 2001).

Finalmente, también se encuentran estudios que señalan que, durante el quinto y el sexto día posparto, se registra una reducción de los niveles plasmáticos de triptófano, principalmente en las madres con “*postpartum blues*”, y que dicha reducción persiste hasta por seis meses en las madres deprimidas. Sin embargo, el administrar triptófano en el embarazo no previene la aparición de “*baby blues*” ni de depresión posparto sin psicosis. (Oviedo G, 2006).

Para Sit D existen además de las alteraciones hormonales, otras condiciones médicas relacionadas con el puerperio: infecciones, fármacos (escopolamina, meperidina), toxemia, pérdidas de sangre, etc., que pueden tener un papel en el desarrollo tanto de la depresión como la psicosis posparto. (Sit D y cols; 2006).

Por otro lado la investigación del ciclo del sueño de mujeres embarazadas y en el posparto, ha demostrado una mayor alteración en la fase prodrómica de los trastornos mentales del posparto. 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. Stocky A y Lynch J (2000) 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 deprivación del sueño y en las mujeres embarazadas con deprivación de sueño revelan una alteración cognitiva. Estos investigadores, 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, 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. (Sit D y cols; 2006).

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 un 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. (Hipwell, AE y cols; 2000).

Para Guyotat, 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).

Es importante señalar, que algunos estudios (A review of postpartum psychosis, 2006) sugieren que la incidencia de estos trastornos es relativamente más alta en la población adolescente y tal vez en primíparas. Otros estudios (Obstetric factors associated with bipolar affective puerperal psychosis, 2006) han evidenciado cierta relación entre el desarrollo de estos trastornos e historias de complicaciones obstétricas, tales como cesáreas, o muerte fetal. Los estudios (A follow-up study of postpartum psychosis: prognosis and risk factors for readmission, 1999) para identificar trastornos de personalidad asociados con estas entidades tampoco han arrojado resultados consistentes. Sin embargo, la insatisfacción material, y la carencia de soporte social adecuado, han sido consistentemente identificadas como factores de riesgo.

La historia de patología psiquiátrica, sí ha demostrado tener un impacto importante en la probabilidad de desarrollar trastornos afectivos puerperales. (Terp IM; Engholm G; Moller H; Mortensen PB. 1999)

El riesgo más alto lo otorga el haber sufrido un episodio previo de psicosis posparto. Estas pacientes tienen hasta un 70% de probabilidades de sufrir un nuevo trastorno severo en un embarazo subsiguiente. De manera similar, aquellas mujeres que desarrollan depresión posparto muestran un índice de recurrencia de hasta 50%. Mujeres con trastornos bipolares muestran también un riesgo comparativamente elevado de desarrollar cualquier trastorno severo en el puerperio, y en el embarazo más si se suspenden los estabilizadores del estado

de ánimo. (Miller, L y cols; 2000) La situación con una historia de un trastorno depresivo mayor no puerperal es menos clara, siendo posiblemente el riesgo más elevado en trastornos severos, menos claro en trastornos leves. Para cualquier mujer, ya sea con o sin historia de trastornos afectivos previos, el inicio de síntomas depresivos durante el embarazo eleva marcadamente el riesgo de desarrollar depresión posparto. (Gaviria, S y cols; 2008).

Cuadro 2: Relación y riesgo entre trastornos afectivos varios y el desarrollo de trastorno afectivo puerperal de cualquier clase.

HISTORIA DE:	RIESGO DE DESARROLLAR TRASTORNO PUERPERAL
Psicosis posparto	70%
Depresión posparto	50%
Trastorno bipolar I	20-50%
Depresión mayor no puerperal	30%

FUENTE: Salín-Pascual, R. El impacto de los sistemas hormonales sobre la neurobiología de las alteraciones afectivas de la mujer. Psiquis, México, vol. 7 núm 3. 1998.

El período posparto se caracteriza por un rápido cambio en el ambiente hormonal.

En las primeras 48 horas se genera una caída dramática de las concentraciones de estrógeno, progesterona y cortisol. Dado que estas hormonas han sido involucradas frecuentemente en la patogénesis de trastornos psiquiátricos no puerperales, no es sorprendente que con mucha más razón se mencionen como factores etiológicos de los trastornos puerperales. (Hipwell, AE y cols; 2000).

La hormona que más consistentemente ha sido involucrada son los estrógenos. Los niveles de estradiol al final del embarazo rondan los 100,000

picomoles por litro, cifra no vista en ningún otro período fisiológico de la vida de la mujer. La mayor parte de este estradiol es sintetizado a nivel de la placenta.

En cuestión de 48 horas posparto, estos niveles caen a rangos comparables con fallo gonadal. La producción del estradiol por el ovario se recupera en forma muy lenta, y por lo tanto, puede existir una diferencia de estradiol posparto profunda y prolongada. La influencia de variaciones hormonales en la patogénesis de los trastornos afectivos puerperales es evidenciada además por la mayor incidencia de estos en mujeres con historia de disforia premenstrual o asociada al uso de anticonceptivos orales. (Hipwell, AE y cols; 2000).

La relación entre niveles séricos de estrógenos y la homeostasis psiconeurológica ha sido ampliamente estudiada en diversos modelos animales. En animales ooforectomizados, una infusión exógena de estrógenos que genere un pico sérico prolongado se asocia con el aumento en la densidad de receptores de serotonina 2^a a nivel de la corteza frontal, el cíngulo, la corteza olfatoria primaria, y el núcleo *accumbens*, centros cerebrales fuertemente asociados con el control del afecto, la cognición, la emoción y el comportamiento, sugiriendo que este pueda ser el mecanismo clave en los efectos psicotrópicos del estrógeno.

Asimismo, diversos estudios han demostrado una modulación de los receptores dopaminérgicos 2 por parte de los estrógenos, afectando directamente el transporte de dopamina a nivel del *estriatum* y el núcleo *accumbens*, receptores y áreas cerebrales tradicionalmente relacionadas con la manifestación de síntomas psicóticos.

En un estudio de Ahokas y colaboradores, se estudiaron 10 pacientes con diagnóstico de psicosis posparto, midiéndoles los niveles séricos de estradiol. Las diez de ellas mostraban niveles inferiores a los vistos en fallo ovárico (por debajo de 110 picomoles/litro). Todas ellas presentaban síntomas psicológicos severos, cuantificados en este caso por una escala predefinida. En todas las pacientes se

inicio tratamiento con 17 beta-estradiol sublingual, y los niveles de estradiol fueron monitorizados, observándose en todos los casos un descenso marcado en la severidad de los síntomas psicóticos, asociado a la elevación de los niveles séricos de estradiol. Más aún, la única paciente que interrumpió el tratamiento sustitutivo mostró una reagudización de su cuadro psicótico asociada a una disminución marcada del estradiol sérico a niveles preterapéuticos.

Los estudios similares que han evaluado los niveles de otras hormonas, tales como progesterona, cortisol, y hormona tiroidea, no han arrojado datos consistentes.

2.4 DIAGNÓSTICO

Dada la prevalencia de trastornos afectivos en el puerperio, es preocupante la alta frecuencia con que los mismos son ignorados tanto por pacientes y familiares como por el personal médico.

De hecho, algunos estudios reportan que menos de un tercio de las mujeres afectadas buscan ayuda profesional. Las consecuencias deletéreas de este subdiagnóstico no pueden ser más alarmantes. La depresión posparto no tratada incide en el desarrollo de trastornos afectivos crónicos y refractarios al tratamiento.

Existen datos que demuestran que el pronóstico es mucho mejor en aquellas pacientes que reciben tratamiento en forma temprana durante el curso de su enfermedad. Los índices de suicidio, aunque bajos no son despreciables.

Además, existe un número creciente de publicaciones que demuestran el efecto nocivo de la depresión materna en el desarrollo cognitivo, emocional y social del niño. El apego materno es mucho menos intenso en mujeres con trastornos afectivos puerperales. Por supuesto que el riesgo más temido es el

infringir daño al recién nacido a través de abuso o negligencia. Los índices de infanticidio rondan el 4% de las mujeres psicóticas en el período puerperal.

En la depresión posparto los síntomas que presentan son: (Buist, 2006)

Alteraciones emocionales: son las más significativas, tristeza, anhedonía, astenia, adinamia, llanto fácil.

Alteraciones cognoscitivas: el pensamiento está enlentecido y los contenidos suelen ser monotemáticos. La culpabilidad y el autorreproche es la norma, sentimientos de infelicidad, de no ser apta como madre.

Alteraciones conductuales: la inhibición psicomotora con expresión triste, movimientos y lenguaje lentificado que le llevan a una disminución progresiva del rendimiento y al abandono de las actividades habituales, sobre todo aquellas que requieren una iniciativa personal.

Alteraciones somáticas: son múltiples, siendo las más habituales las alteraciones del sueño (más superficial, con dificultades para su conciliación incluso aunque alguien esté cuidando al bebé, y con despertares frecuentes) y alteraciones del apetito.

Paradójicamente, la principal causa del subdiagnóstico de trastornos afectivos puerperales es la no indagación por parte del médico tratante sobre síntomas afectivos. Aún síntomas severos depresivos pueden ser ignorados tanto por el paciente, sus familiares, como por el personal médico, y ser considerados normales o consecuencias naturales del parto. Dada la alta prevalencia de estos trastornos, es altamente recomendable tamizar en el posparto a todas las mujeres por síntomas depresivos. La visita al médico, de rutina a las 6 semanas posparto, así como las visitas al pediatra, son temporalmente ideales para el tamizaje de trastornos afectivos.

El tamizaje es complejo, ya que ni el CIE ni el DSM-IV contienen criterios diagnósticos específicos para este trastorno. El diagnóstico puede hacerse cuando la psicosis ocurre en estrecha relación temporal con el nacimiento del niño. Los síntomas característicos son ideas delirantes, déficits cognoscitivos, alteraciones motoras, alteraciones del estado de ánimo y, de forma ocasional, alucinaciones. El contenido del material psicótico hace referencia al embarazo y la maternidad. (Hales, R y cols, 2000).

El DSM-IV también permite realizar el diagnóstico de trastorno psicótico breve y trastorno del estado de ánimo de inicio en el postparto.

Las especiales dificultades diagnósticas suscitadas por las psicosis puerperales se derivan de particularidades etiológicas y sintomatológicas.

En la sintomatología suele haber elementos cruzados: en las psicosis endógenas abundan la obnubilación de la consciencia, son frecuentes los elementos catatónicos.

Desde un punto de vista clínico, la psicosis puerperal es un cuadro "polimórfico" y se puede sospechar su presencia ante la existencia de rápidas fluctuaciones de nivel conciencia, con perplejidad, desorientación e intervalos lúcidos dispersos. En la actividad psicomotriz y en el discurso se presentan 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 delirantes y obsesivas 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, sensoperceptivas, del pensamiento y afectivas. (Gómez, 2002).

Las ideas delirantes generalmente tienen relación con el bebé e incluyen aspectos sobre malformaciones de éste, así como contenido místico-religioso. De manera frecuente, se observan conductas autoagresivas y violentas que pueden terminar en suicidio o filicidio. (Spinelli M, 2004).

Las psicosis con mayor sintomatología frecuentemente tienen una etiología infecciosa (casi siempre una fiebre puerperal o una mastitis). Las psicosis puerperales toxiinfecciosas no se distinguen en nada de las que sobrevienen en el transcurso de infecciones ajenas al puerperio. Su representación más frecuente corresponde a un delirium agudo (cuadro confusional agudo). (Gómez, 2002).

El diagnóstico etiológico resulta especialmente difícil en las psicosis puerperales endocrinas; la remisión de estas psicosis acontece cuando las menstruaciones aparecen, pero fácilmente pueden confundirse las metrorragias funcionales con menstruaciones, por ello resulta necesario recurrir a la biopsia de endometrio como base diagnóstica más segura.

El tamizaje puede facilitarse utilizando algunos instrumentos desarrollados para este fin, entre los cuales se destacan la escala de Depresión posnatal de Edimburgo.

Este instrumento ha sido diseñado específicamente como método de tamizaje y no de diagnóstico para depresión posparto, consiste en un registro de autoaplicación, que consta de 10 ítems con cuatro opciones de respuesta cada uno; las opciones tienen un puntaje que varía de 0 a 3 puntos, de acuerdo con la severidad de los síntomas, de modo que al final de la prueba, el puntaje varía entre 0 a 30 puntos. Posee una sensibilidad cercana al 100 % y una especificidad de 82 % para evaluar la intensidad de la depresión durante los últimos 7 días posparto. (Pérez R. 2007).

La escala mide la intensidad de los síntomas depresivos; 5 de estos ítems incluyen la disforia, 2 ítems están relacionados con ansiedad, 1 con sentimiento

de culpa, 1 con ideas suicidas y 1 con dificultad de concentración. Según los resultados obtenidos la puérpera puede ser clasificada en tres grupos: (Pérez R. 2007).

- EPDS menor que 10: sin riesgo de depresión posparto
- EPDS 10-12: puntaje límite para riesgo de depresión
- EPDS mayor o igual a 13: puntaje indicador de probable depresión

En consenso en múltiples estudios, la escala de Edimburgo es un buen método de pesquisa precoz de la depresión posparto, puesto que todas las madres con test positivos (EPDS +), al aplicárseles la Encuesta Diagnóstica para Depresión CIE-10, se confirmó el cuadro depresivo posparto, es así que esta pesquisa debiera realizarse en dos etapas: el rastreo con un test de autoaplicación, tipo escala de Edimburgo, seguido de una entrevista diagnóstica con especialistas, para los casos con test positivos. (Navarro G. 2005)

2.5 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Antes de iniciar el tratamiento de los cuadros descritos es necesario descartar algunas otras probabilidades diagnósticas. El hipotiroidismo es relativamente común en las mujeres luego del parto, y puede causar una constelación de síntomas muy parecidos al trastorno depresivo mayor. Por otro lado, una mujer con trastornos psiquiátricos preexistentes puede tener una exacerbación de sus síntomas en el puerperio. Más aún, cualquier enfermedad psiquiátrica puede manifestarse por primera vez durante el puerperio, tales como el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia, los trastornos ansiosos, el trastorno de pánico, y el trastorno obsesivo compulsivo.

Cuadro 3: Diagnóstico diferencial de Psicosis posparto

Desórdenes Psiquiátricos	Depresión mayor con características psicóticas Trastorno Bipolar Trastornos esquizoafectivos Esquizofrenia Trastornos esquizofreniformes Psicosis reactiva
Condiciones Médicas (Clínicas)	Tiroiditis, hipotiroidismo Deficiencia de Vitamina B12 Gangliosidosis GM2 del adulto
Sustancias	Bromocriptina Metronidazol Sustancias adictivas (LSD, PCP, Extasis, etc)

Fuente: Acuña, Mario. Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria Depresión Posparto. Argentina Vol. 5 Número 6: Noviembre-Diciembre 2002.

2.6 TRATAMIENTO

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 psicótopos hasta que los riesgos sobre el recién nacido se estudien más a fondo. Los psicofármacos (neurolépticos, benzodiazepinas, litio, antidepresivos, antiepilépticos, opiáceos) se secretan en la leche materna. Las concentraciones de psicótopos varían enormemente y dependen de cada fármaco y del metabolismo materno.

El tratamiento va a depender de la severidad del cuadro clínico. Para casos de tristeza posparto (Maternity blues), se requiere educación, soporte y apoyo a la paciente. Debe explicársele a ella el grado de severidad de los síntomas esperado y cuanto tiempo se espera que duren. Se le debe instruir tanto a la paciente como a sus familiares para que contacten con un profesional si los síntomas persisten por más de dos semanas. Como explicamos anteriormente, es conveniente

monitorizar más cerca de aquellas pacientes con historias de trastornos afectivos previos, por su mayor riesgo de desarrollar un episodio depresivo severo.

La depresión posparto usualmente requiere el mismo tipo y la misma intensidad de tratamiento que el trastorno depresivo mayor no puerperal. La terapia no farmacológica se basa predominante en terapias individuales. Un estudio reciente, randomizado, y controlado con placebo demostró que la terapia cognitiva conductual fue tan efectiva como fluoxetina en el tratamiento de mujeres con depresión posparto. (Cooper, RJ y cols; 2003).

La psicoterapia cognitiva-conductual e interpersonal ha demostrado eficacia en el tratamiento de la depresión postparto. Las intervenciones en la pareja han demostrado mejorar la salud mental de la paciente y de su compañero, con el consiguiente beneficio para el grupo familiar. Para las mujeres en las que la depresión ha interferido en el desarrollo de la relación con el hijo, el rol de la pareja acompañándola, la implementación de masajes al niño y otros ejercicios de acercamiento pueden mejorar la interacción de la díada. (Kisa, C y cols; 2007).

Pero es importante agregar que la terapia no farmacológica, aunque es eficaz, no se recomienda como monoterapia ya que se ha evidenciado el alto riesgo de recaídas, lo ideal es acompañar esta tipo de terapia junto con tratamiento farmacológico. (Pfuhmann B, 2002).

Un aspecto que debe tomarse en consideración con estas pacientes que sufren de depresión y psicosis posparto es la introducción del niño en el campo terapéutico, lo cual según diversa literatura es fundamental para la resolución del cuadro.

Estudios indican 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 re acercamiento a su hijo que la madre sea capaz de soportar sin angustia. (Guscott, 1991).

Por otro lado estudios han demostrado la eficacia de tratamiento medicamentoso para la depresión posparto. En todos estos estudios, las dosis usadas en el tratamiento de la depresión fueron efectivas y bien toleradas.

Aunque si bien es cierto, ningún antidepresivo se ha aprobado como categoría A de la FDA para usar durante la lactancia o el embarazo. En los estudios realizados en pacientes posparto con la misma dosificación que para otros tipos de depresión se han visto bien tolerados. Todas las mujeres deberán ser informadas de que el fármaco se excreta en pequeñas cantidades en la leche materna. Pero la exposición neonatal parece tener una tasa baja de efectos adversos, sin embargo, los efectos a largo plazo sobre en el desarrollo cerebral son todavía poco conocidos. (Busko M, 2008).

Se cuenta con una extensa información sobre la utilización de *antidepresivos tricíclicos* durante el embarazo, los cuales parecen ser seguros y no asociarse con la aparición de malformaciones congénitas (ni siquiera administrados en el primer trimestre). Aparecen en la leche materna en concentraciones similares a las del plasma. Pero sus efectos colaterales de índole anticolinérgico limitan su uso.

Con respecto a los *inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)* repetidos estudios han demostrado seguridad de uso de ISRS incluyendo sertralina, paroxetina y venlafaxina en la lactancia.

La fluoxetina es la que cuenta con un número de datos más abundantes. No se puede concluir que exista un riesgo más elevado de malformaciones congénitas y tampoco puede concluirse que la exposición produzca alteraciones posteriores en los niños relativas a la conducta o coeficiente intelectual. Ciertos estudios han concluido la asociación con irritabilidad o alteraciones del sueño en el lactante. Al igual que con el Citalopram. Sin embargo se hace la aclaración que esto ocurre de forma anecdótica. (Green, J; 2004).

El único ISRS que no induce valores detectables en el neonato parece ser la sertralina. (Busko M, 2008).

Para Whittington CJ y cols; (2004), en su estudio, los medicamentos más indicados son los inhibidores de la recaptación de la serotonina selectivos, en vista de su aparente superior eficacia en mujeres, su efecto ansiolítico, poco efecto sedante y por ser muy bien tolerados.

Como se mencionó anteriormente, la terapia hormonal puede ser una modalidad interesante en el manejo de estos casos. Sin embargo, los estudios son aún preliminares. Específicamente el uso de estrógenos mejoraron el estado afectivo y mental de las pacientes diagnosticadas con depresión y psicosis posparto; con el empleo de esta terapéutica hubo mejoría significativa a partir de la primera semana y un aumento de los niveles de estradiol en plasma. (Usual, I y cols; 2003).

También parece que la administración de estrógenos de forma profiláctica después del parto en mujeres de alto riesgo de desarrollar enfermedad afectiva durante el posparto reduce de forma importante el riesgo de recaídas. Sin embargo, esta es una terapia considerada como experimental y se debe reservar su uso sólo para pacientes resistentes a los antidepresivos. (Stahl, S. 2008)

Cooper, PJ (2003); menciona que el uso de estrógenos transdérmicos no ha mostrado mejoría comparado con placebo y sí efectos secundarios no deseables como hiperplasia endometrial o tromboembolismo, por lo que no se recomiendan. Aunado a lo anterior, tampoco hay estudios randomizados sobre la utilidad de progesterona natural. Los progestágenos sintéticos no previenen el desarrollo de la depresión posparto y tienen un efecto negativo sobre el ánimo de la madre por lo que se cuestiona claramente su uso posparto.

Aquellos casos refractarios a tratamiento, depresiones severas, con síntomas confusionales, sintomatología obsesiva, con alto riesgo de suicidio o de daño al niño, siempre deben ser hospitalizados. En algunos países hay modalidades de hospitalización conjunta con el niño para este tipo de casos. (Guscott, R; 1991).

En casos severos, la terapia electroconvulsiva debe ser considerada tempranamente, dado que es segura y altamente efectiva. (Dennis C; 2003).

La terapia electroconvulsiva debería ser empleada en aquellas pacientes con depresión posparto con alto riesgo suicida, o que presentan psicosis posparto, pero dentro de las primeras 4 semanas al mismo; ya que posterior a ese período no se observa un mayor beneficio, y podrían surgir más complicaciones como la movilización de un émbolo a partir de una tromboflebitis no diagnosticada. (Dean y Kendall; 2004).

Cualquier tratamiento que se escoja, debe siempre sopesarse el impacto de la hospitalización prolongada de la madre en el desarrollo y apego del niño; así como el beneficio de preservar su vida y la del bebé.

La psicosis posparto es una emergencia psiquiátrica que requiere intervención inmediata por un especialista. En todos los casos se requiere de internamiento para evitar daño al niño y a la misma madre.

El tratamiento con antipsicóticos debe ser indicado en forma inmediata. (Whittington, CJ; 2004).

Además deben utilizarse fármacos estabilizadores del estado de ánimo para controlar las crisis agudas y los episodios de agitación. Siendo el más utilizado el litio.

La lactancia debe ser suspendida en pacientes con litio por el riesgo de toxicidad neonatal. No así como el ácido valproico, que se considera un fármaco más seguro, pero de igual forma debe monitorizarse al lactante por posibles efectos secundarios. (Busko M, 2008). Si el niño presenta irritabilidad o sedación el medicamento debe suspenderse. (Stahl, S; 2009).

En el caso de la carbamazepina, aunque se podría continuar con lactancia materna y monitoreo estricto del neonato, se han reportado casos de convulsiones, depresión respiratoria, vómitos y diarrea. (Stahl, S; 2009).

Se ha mencionado que topiramato, lamotrigina y gabapentina pasan a la leche materna y que, aunque no se dispone de datos de efectos adversos a corto plazo, se recomienda precaución con lamotrigina y gabapentina. El uso de topiramato no está recomendado durante la lactancia por el posible enlentecimiento psicomotor y somnolencia que producen. (Gibert J y Roca A; 2007).

En el caso de los antipsicóticos se considera más seguros a los de segunda generación, éstos no han sido asociados con un riesgo significativo de toxicidad neonatal; sin embargo no hay estudios suficientes que aseguren su uso durante la lactancia, por lo que es preferible suspender la misma. (Burt, V; 2001).

En caso de que la paciente no responda a la farmacoterapia o los síntomas vayan en escalada puede ser necesaria la terapia electroconvulsiva. (Whittington, CJ; 2004).

La duración del tratamiento antipsicótico de mantenimiento es debatible entre promulgar una discontinuación rápida de los medicamentos y aquellos que prefieren mantener el tratamiento hasta un año posterior al cuadro.

En todo caso, la suspensión del tratamiento debe ser estrechamente vigilada para detectar signos tempranos de recurrencia. El tratamiento con estabilizadores del ánimo debe ser continuado por tiempo aún no bien determinado, aunque muchos autores prefieren mantenerlo por tiempo indefinido dado el alto riesgo de desarrollar trastorno bipolar en estas pacientes.

2.6.1 PROFILAXIS:

La indicación de profilaxis es dependiente del riesgo que tiene la paciente de desarrollar cualquiera de estos cuadros. Aquellas con bajo riesgo son las pacientes sin historia de enfermedad psiquiátrica, con historia de tristeza posparto en embarazos previos, y aquellas con trastorno depresivo mayor que se mantiene eufémica sin tratamiento. En casos, la intervención preventiva debe limitarse a la observación y tal vez considerar terapia interpersonal en el último caso. Pacientes con riesgo moderado son aquellas con historia de depresión posparto, historia de trastorno ciclotímico o historia de trastorno depresivo mayor severo recurrente. En estos casos, dependiendo de la severidad del cuadro previo se puede considerar la profilaxis con antidepresivo o litio. (Miller, LJ; 2002).

La psicoterapia interpersonal interactiva ha demostrado ser efectiva en la reducción del riesgo de desarrollar depresión postparto en mujeres que tuvieron episodios previamente.

El tratamiento profiláctico con antidepresivos no ha demostrado consistentemente reducir el riesgo de depresión postparto recurrente. Sin embargo, la mujeres que desarrollaron trastornos depresivos mayores durante el embarazo están en riesgo no sólo por la probabilidad de exacerbación en el puerperio, sino también por la mayor probabilidad de tener complicaciones obstétricas, como retardo en el crecimiento intrauterino, parto pretérmino, abrupcio placentae y conducta neonatal alterada. Los IRS no están asociados con riesgo de anomalías mayores en los hijos, luego de la exposición intrauterina. (Reardon, E; 2002).

El tratamiento con litio debe ser iniciado antes del parto, después de las 36 semanas, y antes de las 48 horas posparto. Pacientes con alto riesgo incluyen aquellas historias de depresión posparto más trastorno depresivo mayor recurrente, o aquellas con historia de trastorno depresivo mayor severo recurrente que requirieron durante el embarazo de tratamiento para mantenerse eutímicas. En estos casos se debe considerar fuertemente la profilaxis con antidepresivos, y por supuesto en el último caso, continuar con el tratamiento que recibió durante el embarazo. (Fisher, S; 2005).

Finalmente, aquellas pacientes con el riesgo más alto son aquellas que tuvieron síntomas depresivos durante el embarazo, tienen historia de trastorno bipolar, o tienen historia de psicosis posparto. En estos casos, está indicado el tratamiento profiláctico con antidepresivos y/o litio, dependiendo del caso.

Cuadro 4: Opciones de manejo profiláctico en diferentes grados de riesgo para el desarrollo de trastornos afectivos del puerperio.

Riesgo/Antecedente	Opción profiláctica
BAJO RIESGO: Sin historia de enfermedad psiquiátrica Tristeza posparto(pospartum blues) Trastorno depresivo mayor, Posteriormente eufímica sin medición	Observación Observación Considerar terapia interpersonal
RIESGO MODERADO: Historia de depresión posparto Historia de trastorno ciclotímico Historia trastorno depresivo mayor severo recurrente, posteriormente eufímico sin tratamiento	Considerar profilaxis con antidepresivo Considerar profilaxis con litio Considerar profilaxis con antidepresivo
RIESGO ALTO: Historia de depresión posparto y trastorno depresivo mayor recurrente Historia trastorno depresivo mayor severo recurrente, eufímico con tratamiento durante el embarazo	Considerar profilaxis con depresivo Continuar tratamiento antidepresivo
RIESGO MUY ALTO: Depresión durante el embarazo Historia de trastorno bipolar tipo I ó II Historia de psicosis posparto	Tratamiento con antidepresivos Profilaxis con litio Profilaxis con litio

FUENTE: Nonacs, R y Cohen, L. Postpartum Mood Disorders: Diagnosis and Treatment Guidelines. J Clin Psychiatry. 1998; 59: 34-40.

El pronóstico es generalmente favorable con una curación en el 70 a 80% de los casos. Sólo 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. (Cox, J; 1987).

A corto plazo el pronóstico 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%. (Stowe, ZN; 2005).

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 pronóstico. (Stowe, ZN; 2005).

Los estudios de larga duración indican que de un 10 a un 15% de las psicosis puerperales evolucionan hacia una esquizofrenia crónica. (Matías, J y cols; 1994).

Una vez que la sintomatología desaparece, las relaciones madre-hijo se restablecen normalmente y la evolución se encamina hacia una maternidad bien lograda. La no instauración o distorsión de los lazos afectivos madre-hijo suele suceder en madres esquizofrénicas o madres que han sufrido ellas mismas grandes carencias afectivas en la infancia.

Son **factores de buen pronóstico**: la ausencia de antecedentes psiquiátricos, el *debut* precoz y brutal y la presencia de alteraciones tímicas. (Matías, J y cols; 1994).

CAPÍTULO 3

MARCO METODOLÓGICO

3. MARCO METODOLÓGICO

3. 1 Tipo de Estudio

Esta investigación se efectuará bajo un enfoque cuantitativo, no experimental, descriptivo y retrospectivo.

Se considera cuantitativo porque se incluirá dicho enfoque desde su concepción positivista, objetiva y orientada a los resultados.

Será un estudio no experimental ya que el investigador no tiene control directo sobre las variables.

Se considera descriptivo ya que busca especificar características de la población en estudio (perfil sociodemográfico y factores obstétricos presentados por las pacientes para nuestro estudio) y medir, independientemente, las variables con las que tiene que ver el problema (en nuestro caso psicosis postparto).

Se define como retrospectivo ya que se hará una observación y el respectivo análisis de las usuarias que fueron egresadas del Hospital Nacional Psiquiátrico con diagnóstico de depresión y/o psicosis posparto en el período 2000 al 2007; y se medirán las variables presentadas en ese momento determinado.

3. 2 Área de Estudio

La investigación se realizará en el Hospital Nacional Psiquiátrico, donde según los datos encontrados y expuestos en antecedentes, los casos diagnosticados han ido en aumento en los últimos 6 años.

De esta manera se delimitará la investigación, espacialmente, en los servicios de hospitalización y corta estancia de mujeres del Hospital Nacional Psiquiátrico.

3. 3 Unidades de Análisis o Sujetos

En esta investigación se trabajará con el universo de pacientes diagnosticadas con dicha patología puerperal, egresadas del Hospital Nacional Psiquiátrico. El universo de población estimada en dicha institución es de 62 pacientes (según los datos brindados por subárea de estadística del Hospital Nacional Psiquiátrico).

De este universo se delimita una muestra no probabilística al azar, de acuerdo con los siguientes criterios de selección, con el propósito de valorar la evolución.

3.3.1 CRITERIOS DE SELECCIÓN PARA LA MUESTRA

Haber sido egresada del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período comprendido 2000-2007, con diagnóstico sugestivo a depresión y/o psicosis postparto, que cuenten con un primer internamiento.

Contar con Consentimiento.

Los criterios de exclusión serán diagnósticos previos de una enfermedad psiquiátrica tales como trastorno afectivo bipolar, trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, retardo mental, trastorno afectivo orgánico.

3. 4 Fuentes de Información

La información se recolectará de fuentes primarias y fuentes secundarias.

Fuentes primarias: en donde se incluye:

- Cuestionario para recolección de datos de las pacientes seleccionadas, y el consentimiento de éstas.
- Entrevistas estructuradas a expertos (psiquiatras)
- Hoja de Cotejo
- Información Obtenida de los expedientes de salud

Fuentes Secundarias: que consiste en:

- Libros
- Revistas
- Artículos y documentos Virtuales

3.5 Identificación, descripción y relación de las variables y/o categorías de análisis.

Las variables del estudio son:

1. Dicotómicas: Perfil Sociodemográfico y factores obstétricos son las características sociales, culturales y de población de las personas a las que se incluirán en el estudio.

Perfil Sociodemográfico y factores obstétricos: Con el análisis de esta variable se analizarán aspectos de las participantes como:

- Estado Civil: Condición civil del paciente en relación con otra persona. Aquí se incluirá si este es soltera, casada, viuda, unión libre o divorciada.

- Control Prenatal: conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbilidad materna y perinatal.
1. Continuas e independientes: dentro de esta categoría se encuentra la edad en años y profesión u oficio.
 - a. Edad: Período de tiempo que una persona ha vivido, contado desde su nacimiento.
 - b. Profesión u oficio: Desempeño de una actividad la cual le permite a la persona brindar un servicio o elaborar un bien.
 - c. Escolaridad: Será el tiempo que tiene de educación formal una paciente.

Estas variables descritas anteriormente (dicotómicas y continuas) son necesarias para determinar y agrupar características propias de los sujetos de estudio que pueden determinar en ellos factores comunes en la presencia de una psicosis posparto.

2. Independiente:

- Psicosis Posparto

Este se describirá como un trastorno que ocurre en las mujeres que acaban de tener un hijo, y se caracteriza por depresión, ideas delirantes, ideas de dañarse a sí misma y al niño en el período puerperal. Este comprendería un período de 6 meses a partir del parto. Se considera el trastorno del postparto más grave. Las mujeres que han presentado un episodio de psicosis posparto tienen más riesgo de desarrollar un trastorno afectivo bipolar a posteriori, por lo que se cree que esta psicosis podría ser una subcategoría del trastorno afectivo bipolar.

- Depresión Posparto sin Psicosis

Esta patología ocurre en las mujeres que acaban de tener un hijo, y se caracteriza por ansiedad excesiva, llanto fácil, trastornos del sueño, pérdida del apetito, sentimientos ambivalentes o negativos hacia el niño. Puede ser el precursor de una depresión recurrente.

3. Dependientes: Evolución de la psicosis postparto

- Trastorno Afectivo Bipolar: Es un trastorno caracterizado por cambios en el estado de ánimo que van desde la manía (un sentimiento de bienestar, estimulación y grandiosidad exagerado en el cual la persona pierde contacto con la realidad) hasta la depresión (un sentimiento abrumador de tristeza, ansiedad, baja autoestima, que puede incluir pensamientos e intentos suicidas).
- Trastorno Esquizoafectivo: Hay presencia tanto de psicosis como alteraciones del estado de ánimo. Psicosis significa que una persona experimenta una pérdida de contacto con la realidad y puede tener alucinaciones (escuchar voces o ver cosas que no están presentes) y delirios (creencias fijas y falsas). Entre los problemas del trastorno del estado de ánimo se pueden mencionar un estado de ánimo muy alto (manía) o muy bajo (depresión) con perturbaciones del sueño, cambios en la energía y en el apetito, concentración dispersa y un desempeño diario pobre, alteraciones del rendimiento social, académico y laboral.

La forma como estas variables se relacionan entre sí se explica mediante el hecho de que esta patología afecta y repercute directamente en la calidad de vida, no solo de la diada madre-hijo sino en el núcleo familiar.

3.6 DEFINICIÓN CONCEPTUAL, OPERACIONAL E INSTRUMENTAL DE LAS VARIABLES

PROBLEMA:

¿Cuál es la evolución diagnóstica y manejo terapéutico que tienen las pacientes que sufrieron depresión y psicosis postparto, en la población femenina egresada del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período comprendido entre 2000-2007?

OBJETIVO GENERAL:

Analizar la evolución diagnóstica y el manejo terapéutico que tienen la depresión y la psicosis postparto en la población femenina egresada del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período comprendido entre 2000-2007.

Objetivo Específico	Variable/Categoría de Análisis	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuente del dato
Determinar la evolución diagnóstica que presentan la depresión y la psicosis postparto en la población femenina egresada del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período comprendido entre 2000-2007	Evolución diagnóstica de la Depresión y Psicosis Postparto	Las mujeres que han presentado un episodio de depresión y psicosis postparto tienen más riesgo de desarrollar un trastorno afectivo bipolar a posteriori, por lo que se cree que esta psicosis podría ser una subcategoría del trastorno afectivo bipolar	Desarrollo de un trastorno afectivo bipolar.	Población femenina diagnosticada con una depresión y/ o psicosis postparto.	Internamientos con diagnósticos del espectro afectivo.	Hojas de Cotejo. Cuestionarios a pacientes. Consentimiento de las pacientes	Expedientes de salud de pacientes egresadas del HNP con diagnóstico de Depresión y Psicosis Postparto, en el período comprendido entre 2000 al 2007.

Objetivo Específico	Variable/Categoría de Análisis	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuente del dato
Identificar el manejo terapéutico brindado a las pacientes diagnosticadas con depresión y psicosis postparto, en el Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período comprendido entre 2000-2007	Evaluación del manejo terapéutico en las pacientes con esta patología.	En la literatura se recomienda uso concomitante de psicoterapia de forma conjunta con psicofármacos, además que sugieren empleo de un eutimizante de forma temprana y conjunta a algún antipsicótico.	Uso de diferentes psicofármacos y psicoterapia para la atención de la psicosis postparto.	Población femenina diagnosticada con depresión y/o psicosis postparto.	Internamientos y categorización de los psicofármacos empleados en pacientes con diagnóstico de depresión y/o psicosis posparto. Empleo de Psicoterapia en estas usuarias	Hojas de Cotejo. Cuestionarios a pacientes. Consentimiento a las pacientes. Entrevistas estructuradas a expertos	Expedientes de salud de pacientes egresadas del HNP con diagnóstico de Depresión y /o Psicosis Postparto. Opinión de expertos

Objetivo Específico	Variable/Categoría de Análisis	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuente del dato
Caracterizar el perfil sociodemográfico y factores obstétricos que presentan las pacientes diagnosticadas con depresión y psicosis postparto en el Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período comprendido entre 2000-2007	Perfil Sociodemográfico y factores obstétricos de mayor riesgo	Se refiere a aspectos propios de la paciente y lo relacionado con su embarazo tales como: edad, estado civil, escolaridad, profesión, control prenatal.	Edad Estado Civil Profesión u oficio	Edad: Período de tiempo que una persona ha vivido, a contar desde su nacimiento Condición civil del trabajador en relación con otra persona. Desempeño de una actividad la cual le permite a la persona brindar un servicio o elaborar un bien.	Grupos etarios establecidos por quinquenios. Si es soltero, casado, viudo, divorciado, unión libre. Labor que realiza una persona.	Hojas de Cotejo Cuestionarios a pacientes. Consentimiento a las pacientes.	Expedientes de salud de pacientes egresadas del HNP con diagnóstico de Depresión y/ o Psicosis Postparto. Pacientes

			Escolaridad	Tiempo que tiene de educación formal una paciente.	Primaria, secundaria o estudios universitarios.		
			Control Prenatal	Conjunto de acciones y procedimientos sistemáticos y periódicos, destinados a la prevención, diagnóstico y tratamiento de los factores que puedan condicionar morbimortalidad materna y perinatal	Si lo tuvo o no y cuando inició el mismo en el 1°, 2° o 3° trimestre de embarazo.		

Objetivo Específico	Variable/Categoría de Análisis	Definición Conceptual	Dimensión	Definición Conceptual	Definición Operacional	Definición Instrumental	Fuente del dato
Conocer la presentación clínica que muestran las mujeres con diagnóstico de depresión y psicosis postparto, en Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período comprendido entre 2000-2007.	Presentación Clínica de la Depresión y psicosis postparto en las pacientes egresadas del HNP.	Los síntomas aparecen usualmente durante los primeros 15 días posteriores al parto. Los síntomas se caracterizan por: Alucinaciones, delirios, insomnio, hiporexia, sentimientos de ansiedad extrema, y agitación, ideas suicidas u homicidas (tipo infanticidas).	Psicótica Afectiva	Hay una pérdida de contacto con la realidad por lo general hay alucinaciones, ideas delirantes (creencias fijas y falsas), alteraciones del comportamiento. Problemas del estado de ánimo se pueden mencionar un estado de ánimo muy alto (manía) o muy bajo (depresión) con perturbaciones del sueño, cambios en la energía y en el apetito, concentración dispersa y un desempeño diario pobre, alteraciones del rendimiento global	Categorización de la sintomatología evidenciada por la población en estudio.	Hojas de Cotejo Cuestionarios a pacientes. Consentimiento a las pacientes. Entrevistas estructuradas a expertos	Expedientes de salud de pacientes egresadas del HNP con diagnóstico de Depresión y/o Psicosis Postparto. Pacientes Opinión de expertos.

3.7 SELECCIÓN DE TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Para la recolección de la información de la presente investigación se emplearán los siguientes instrumentos:

3.7.1 Cuestionario administrado a los pacientes

Se utilizará un cuestionario que se administrará a los pacientes seleccionados, para la recolección de los datos, debido a que éste representa un medio útil y eficaz que puede ser aplicado en un menor tiempo, además de que es objetivo, con un alto grado de validez científica (Barrantes Echeverría, 1999), muy usada en las investigaciones de origen cuantitativas como la presente. (Ver Anexo N° 1)

El cuestionario está constituido por los siguientes ítems: el ítem #1 corresponde al grupo de edades las cuales se encuentran distribuidas en rangos de 18-19 años, 20-30,31-40,41-50. El ítem #2 se refiere al estado civil formado por 5 opciones: soltera, casada, viuda, unión libre y divorciada. El ítem #3 corresponde al grado de escolaridad, dividido en 3 grupos: primaria, secundaria y universitaria, a cada una de las anteriores se les agrega si fue completa o no y el año que finalizaron. El ítem #4 que determina la profesión u oficio al que se dedica la persona, éste será abierto. El ítem #5 indica el inició control prenatal, de acuerdo con 4 grupos: primer trimestre, segundo trimestre, tercer trimestre o no tuvo control prenatal. El ítem # 6 número de embarazos previos, se compone de las opciones: primer embarazo, 2° embarazo, 3° o más embarazos. El ítem # 7 condición del producto, es otra pregunta abierta.

Se preparará además, un documento que exprese el consentimiento de cada una de las usuarias, se les explicará en qué consiste la investigación para que con ello la participante este informada, a fin de llenar el cuestionario de variables sociodemográficas. Es importante mencionar que la información por recolectar,

mediante el cuestionario es de dominio público, y no violenta la integridad de las participantes (Ver Anexo N°2).

3.7.2 Hoja de cotejo

Con este instrumento se pretende recopilar la información disponible en los expedientes de salud, manteniendo en todo momento el anonimato de la paciente, esto con el propósito de unificar los datos buscados en todos los casos por analizar. Lo anterior con un alto grado de confiabilidad, ideal para muestras poblacionales grandes (Hernández Sampiere, 2000).

Constará de los siguientes apartados: antecedentes familiares y personales (psicosis, depresión, trastornos afectivos postparto). Los síntomas de ingreso (llanto fácil, mutismo, negativismo, hiporexia, insomnio, ansiedad, agresividad, agitación, ideas suicidas, ideas homicidas, ideas infanticidas, alucinaciones, ideas delirantes); tratamiento recibido (antidepresivos, antipsicóticos, eutimizantes, hipnóticos, TEC, Abordaje Social y Psicológico, valoración ginecológica); seguimiento en Consulta externa Hospital Nacional Psiquiátrico, consultas a emergencias, internamientos posteriores. (Ver Anexo N° 3)

3.7.3 Entrevistas Estructuradas a expertos

Se pretende realizar una entrevista estructurada a diversos expertos en la materia, psiquiatras, con el fin de obtener una visión más clara de dicha patología y su abordaje. Además de brindar información adicional, útil para el adecuado manejo y tratamiento de los resultados obtenidos con la investigación.

Estas serán elaboradas de acuerdo con las necesidades y en función de cada uno de los objetivos propuestos para la investigación. (Ver Anexo N° 4)

3.8 TABULACIÓN Y ANÁLISIS

Los datos recolectados en el cuestionario administrado y la hoja de cotejo, serán ordenados, clasificados y tabulados de acuerdo con el paquete estadístico Excel. El cual permitirá analizar las variables en estudio, la información y presentarla en gráficos. Para procesar dichos datos se tabula toda la información concerniente a cada paciente según las variables establecidas.

Con las variables en estudio se hará un análisis descriptivo en tiempo, lugar y persona para el cálculo de frecuencias relativas y absolutas. Además se realizará un análisis estadístico inferencial básico con el cálculo de OR y sus respectivos intervalos de confianza con el fin de ver si existe una asociación estadísticamente significativa. Se tomará como valor de significancia un p menor a 0.05.

Luego se realizará una preparación de los materiales para su análisis y así transcribirlos a un formato, para este punto utilizaremos el programa de Word. Posteriormente se organizará el material recopilado y se evaluará la confiabilidad y validez de los instrumentos o métodos utilizados. Debido a que la investigación de tipo cuantitativa se calculará con base en coeficientes o medidas estadísticas que le proporcionen mayor validez.

3.9 RESULTADOS ESPERADOS

Dentro de los resultados esperados de la investigación se mencionan los siguientes:

1. Caracterizar el perfil sociodemográfico y factores obstétricos que presentan las pacientes que cuentan con un diagnóstico de psicosis posparto, en Hospital Nacional Psiquiátrico.

2. Determinar el manejo terapéutico que se le brinda a la población con esta patología en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

3. Conocimiento acerca de cuál es la evolución diagnóstica que presentan las pacientes que fueron internadas por depresión y/o psicosis posparto en el Hospital Nacional Psiquiátrico.

4. Obtención de conclusiones importantes que nos permitan señalar aspectos en pro de la salud mental de la población afectada.

3.10 LIMITACIONES

Como limitantes que puedan influir en el proyecto de investigación se pueden mencionar:

1. Pacientes renuentes a cooperar con la realización del cuestionario.

2. Expedientes de salud con faltantes de información, que faciliten la caracterización de las pacientes.

3. Información que se presenta en los expedientes de salud se encuentre sesgada.

3.11 CRONOGRAMA

Fases	Enero 2009	Febrero 2009	Marzo 2009	Abril 2009	Mayo 2009	Junio 2009	Julio 2009	Agosto 2009	Setiembre 2009	Octubre 2009	Noviembre 2009
I Fase Exploratoria											
II Diseño y aplicación de técnicas e instrumentos											
III Recolección de la Información											
IV Tabulación y análisis de la información											
V Elaboración del informe final											

CAPÍTULO 4

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4. RESULTADOS

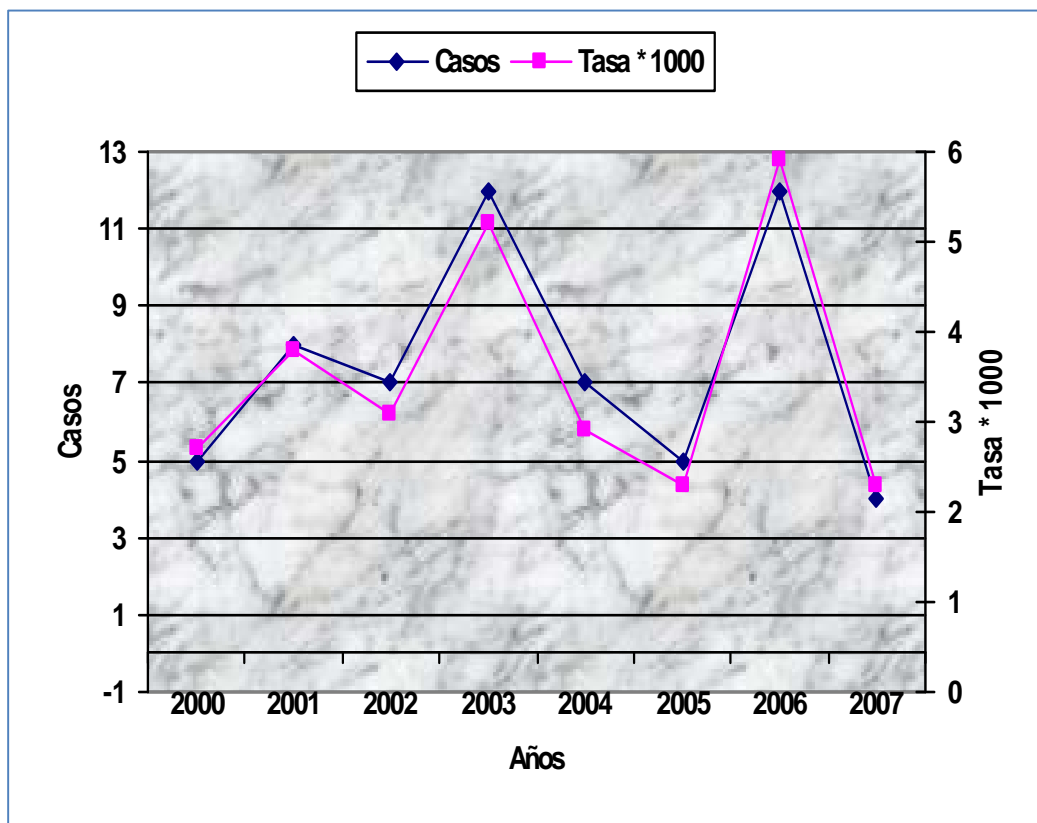
A partir de los resultados obtenidos en este estudio de tipo descriptivo, debido a que en el periodo determinado para la investigación sólo hubo 60 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, se tomó la información de los expedientes clínicos y de los cuestionarios administrados a las pacientes en un momento dado.

4.1 ANÁLISIS

4.1.1 Prevalencia de casos de Depresión y Psicosis Posparto en Hospital Nacional Psiquiátrico.

El período estudiado que comprende del 2000 al 2007 muestra un comportamiento fluctuante en cuanto al número de casos que fueron diagnosticados con depresión y/o Psicosis Posparto, presentando dos incrementos considerables en el número de casos, tanto en el año 2003 como 2006 con un total de 12 casos, para posteriormente decaer en forma considerable. (Gráfico 1).

Gráfico 1: Casos registrados y tasas por 1000 egresadas en Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007



FUENTE: Elaboración propia.

4.1.2 Perfil socio-demográfico

El promedio de edad de las pacientes con depresión y psicosis posparto es de 25.4 ± 6.4 años, la más joven tenía 18 años, a su vez que fue la edad de mayor frecuencia (Moda), la más adulta tenía 42 años, el 75% de ellas tenía 29.7 años o menos. En este estudio, el diagnóstico se presenta principalmente en mujeres jóvenes adultas. (Gráfico 2).

F. Adouad y colaboradores (2005), realizan un estudio en Francia con el fin de validar la escala de Edimburgo en las mujeres con factores de riesgo para

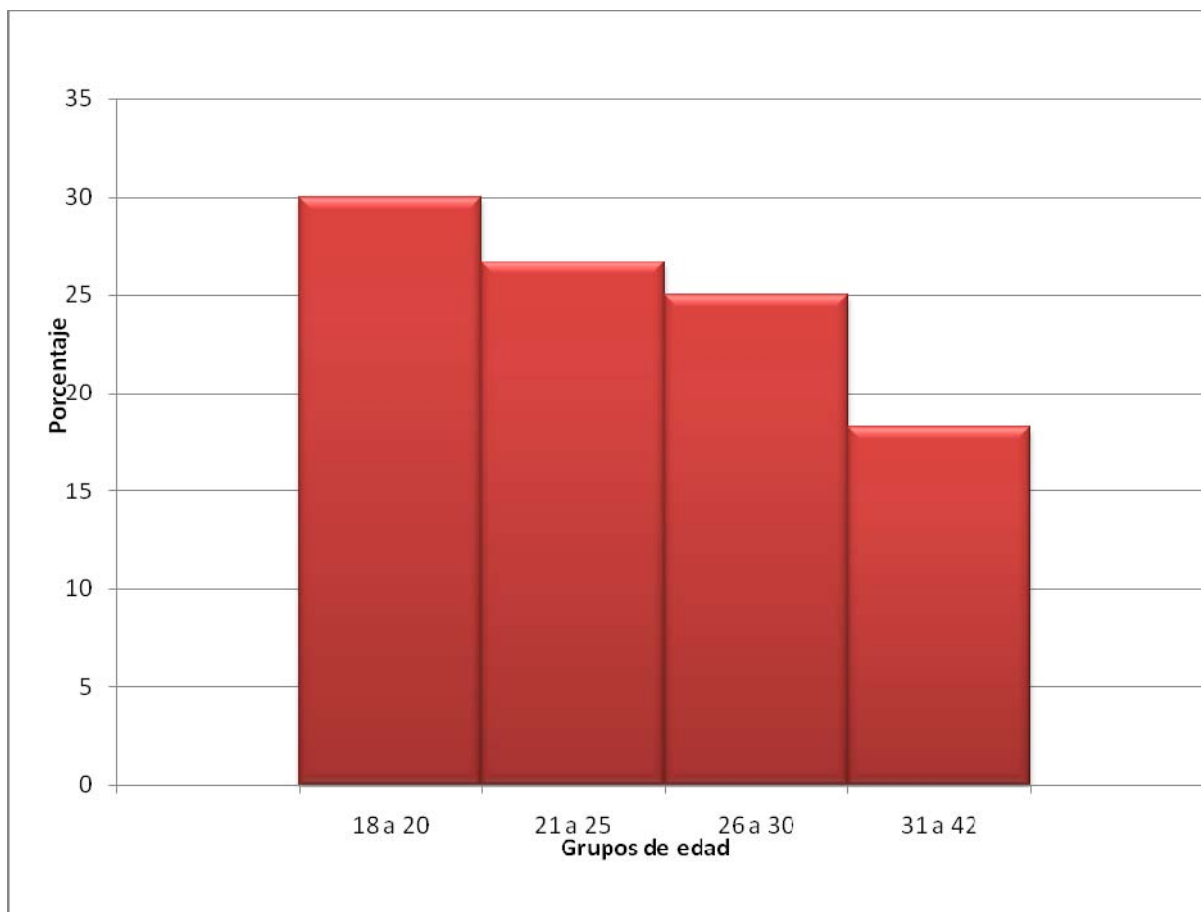
depresión posparto, encuentran que el promedio de edad de las mujeres afectadas fue de 31.5 ± 4.8 años (rango 23 – 46).

En un estudio realizado en Suecia, los investigadores encontraron una correlación directa entre la edad y el riesgo de psicosis posparto, de manera que las mujeres de 35 años o más años de edad tuvieron 2,4 veces más probabilidades de sufrir un episodio psicótico que las madres primerizas de 19 años o menos. (Hultman, C. 2009).

Sin embargo, es importante mencionar que hasta el 2008 la edad promedio del primer embarazo en Suecia era de 33 ± 2 años, según datos estadísticos de dicha nación la edad promedio ha aumentado 2,9 años desde el 2000. Para el año 2008 en Costa Rica se presentó un total de 74.284 nacimientos, de los cuales 14.856 fueron de mujeres menores de 19 años. Lo anterior significa que el 20% de los nacimientos que se dieron en el país, correspondieron a mujeres menores de 19 años, situación que se ha mantenido de manera constante desde el año 1998, hasta la actualidad. La media de edad para primer embarazo es de 25 ± 1.9 años.

Lo anterior se debe tener en consideración a la hora de realizar inferencias, debido a que el contexto sociocultural es diferente, por cuanto esto podría causar diferencias estadísticas como la observada.

Gráfico 2: Distribución relativa de los grupos de edad de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000 – 2007



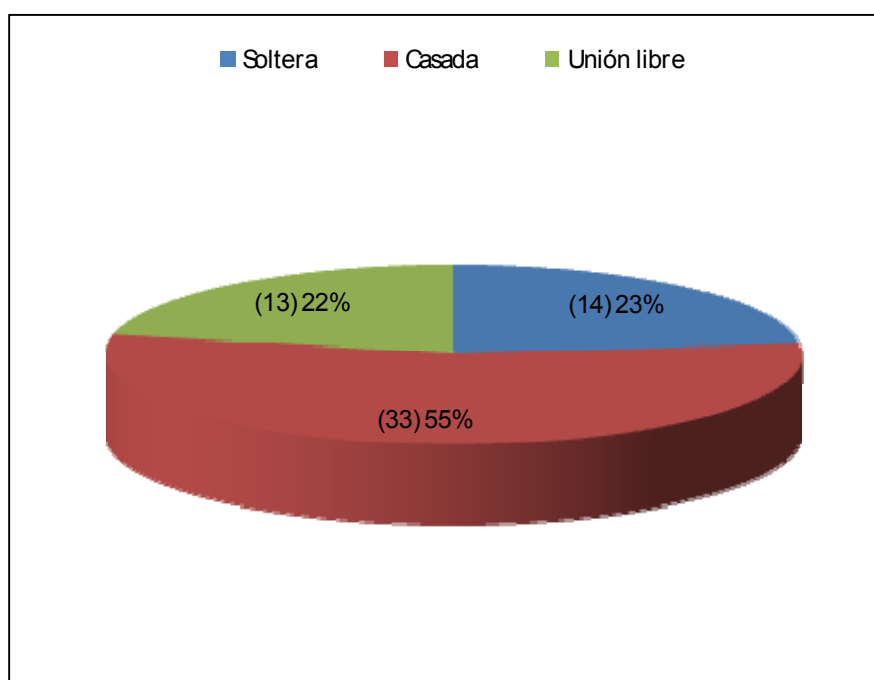
FUENTE: Elaboración propia.

Las pacientes egresadas con este diagnóstico fueron principalmente casadas (55%). (Gráfico 3).

Lo anterior concuerda con lo reportado por la literatura mundial más reciente donde se ha observado, que contrario a lo que sucedía en el siglo XX, las mujeres casadas presentaban una mayor incidencia tanto para la depresión como para las psicosis posparto, una de las hipótesis planteada es el hecho de estar sometidas en un mundo laboral muy competitivo, con un recargo de funciones en

el plano familiar, lo que les confiere una mayor exposición a altos niveles de estrés. (Halbreich, B; 2006).

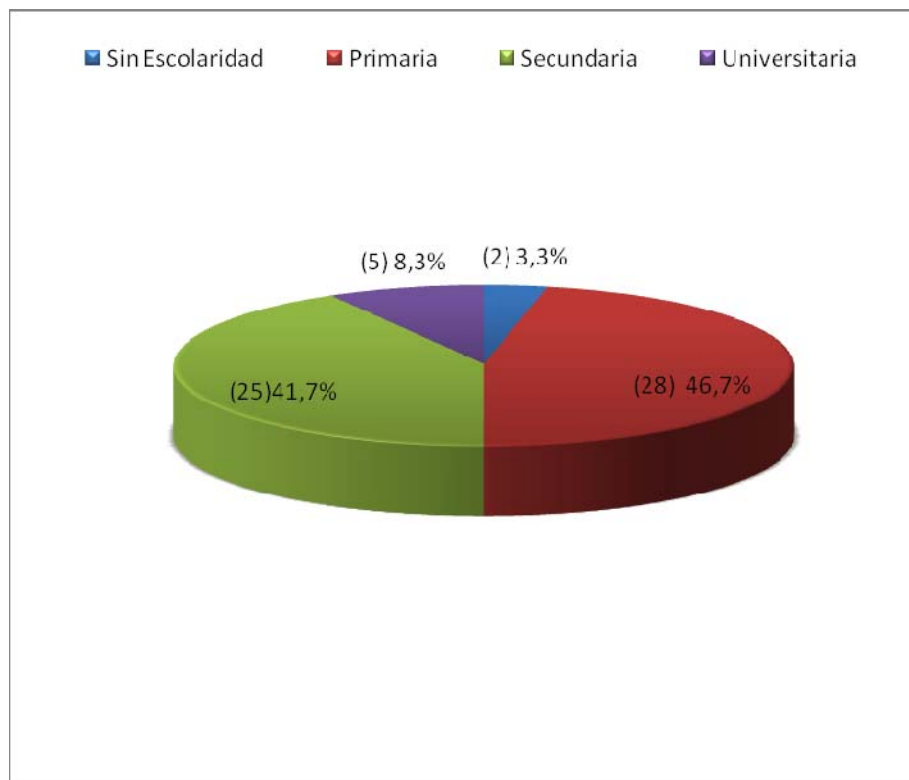
Gráfico 3: Distribución absoluta y relativa del estado civil de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000 – 2007



FUENTE: Elaboración propia.

En cuanto a la nivel de escolaridad se encontró que el 88.4% (53 pacientes) tenían entre primaria y secundaria completa o incompleta, hay que destacar dos casos de pacientes sin escolaridad; la mitad de las pacientes terminaron la primaria y solamente el 36% (9 pacientes) terminaron la secundaria. (Gráfico 4).

Gráfico 4: Distribución absoluta y relativa del nivel de escolaridad de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000 – 2007



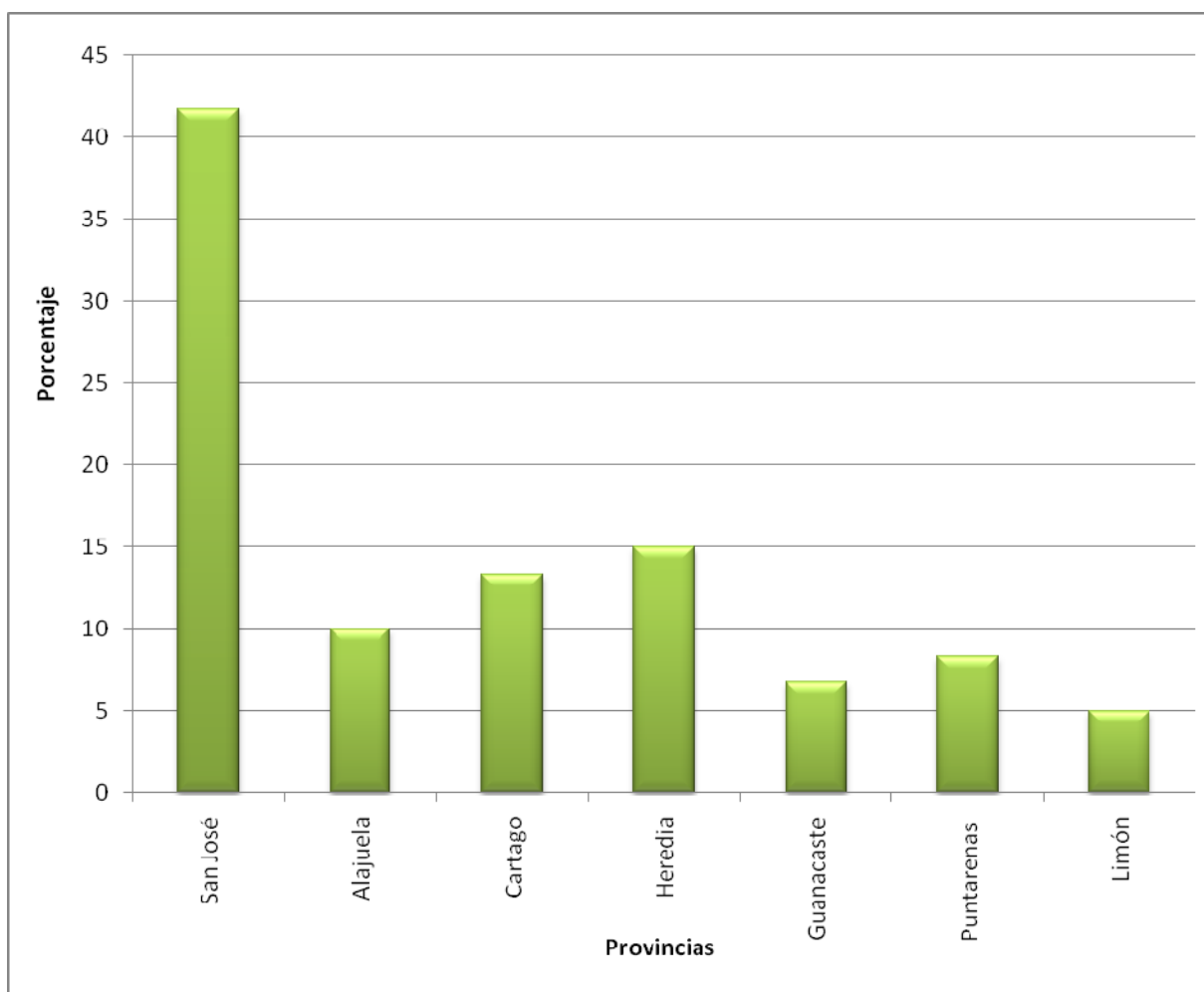
FUENTE: Elaboración propia.

El 81.7% (49 pacientes) son amas de casa.

Estos datos de la condición socioeconómica de las pacientes, no muestran la existencia de una asociación clara con la depresión y/o psicosis posparto, pero debería considerarse variables más amplias como acceso real a servicios de salud, satisfacción con estilo de vida, ingresos del hogar, condiciones de la vivienda, etc.

El 80.0% (48 pacientes) residen principalmente en el Valle Central y de estas el 41.7% (25 pacientes) en la provincia de San José, y en la provincia Heredia 15% (9 pacientes). (Gráfico 5).

Gráfico 5: Distribución relativa de la Provincia de Residencia de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000 – 2007



FUENTE: Elaboración propia.

Lo anterior coincide, con el acceso real a los servicios de salud, si se toma en cuenta la brecha existente entre la cobertura del Área Metropolitana para las mujeres en posparto que es del 96%, a diferencia de la cobertura de la región Brunca que es del 72%. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2008).

4.1.3 Factores obstétricos

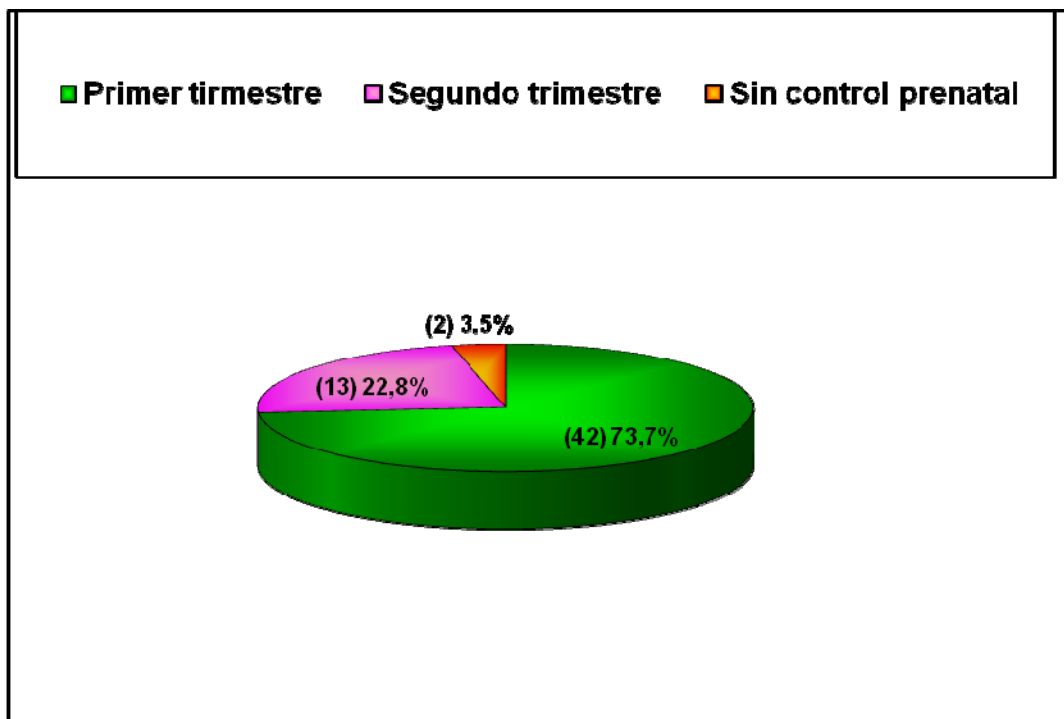
El 73.7% (42 pacientes) inicio su control prenatal en el primer trimestre de su embarazo. (Gráfico 6) Lo que coincide con la alta cobertura de prenatales que existe en el Área Metropolitana, que facilitaría la captación temprana de las pacientes para su control prenatal. Coincide también con un mayor acceso a servicios de educación e información en general.

De los 13 casos de pacientes que iniciaron de forma tardía su control prenatal (segundo trimestre), nueve de ellas pertenecían a zonas rurales tales como: Sarapíqui, Talamanca, Coto Brus, Upala, entre otras. Además de estas únicamente 4 eran primigestas, las restantes 9 eran multíparas.

Otro factor que se debe mencionar es que los dos casos de pacientes que no tuvieron control prenatal, se trataban de inmigrantes en condición de ilegalidad en Costa Rica, ambas eran primigestas, con deprivación sociocultural importante, una tenía primaria incompleta (tercer grado), y la otra secundaria incompleta (séptimo año).

En el estudio de Cassels (2008), las mujeres inmigrantes tenían mayor riesgo de desarrollar depresión y/o psicosis posparto.

Gráfico 6: Distribución absoluta y relativa del inicio del control prenatal de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000 – 2007.



FUENTE: Elaboración propia.

El 52.6% (30 pacientes) son primigestas. (Gráfico 6). Lo cual está acorde a lo encontrado en otros estudios realizados.

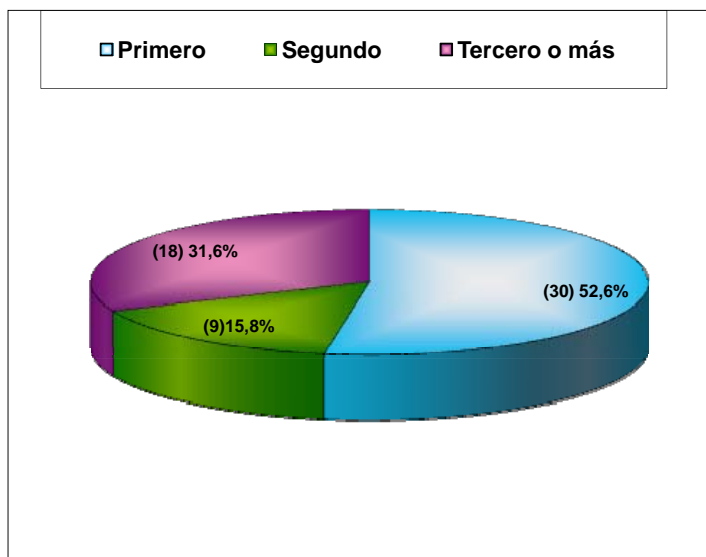
Para Cassels en el estudio realizado en 2008, encontró que del 50%-60% de las madres primigestas desarrollan depresión y/o psicosis posparto, incluso sin contar con antecedentes personales psiquiátricos previos, requiriendo en la gran mayoría de los casos detectados hospitalización, para manejo y evolución de las pacientes.

Pero a diferencia de lo que se señala en la literatura mundial la condición del niño al nacer, fue en el 93.3% de las pacientes un niño sano, donde no hubo complicaciones perinatales de ninguna índole. Para Miller, 2007 aproximadamente el 50% de los casos de depresión y/o psicosis posparto se relacionan con

complicaciones perinatales de naturaleza no psiquiátrica como malformaciones congénitas, distocias, hemorragia intraparto, preeclampsia.

Por otra parte, Hultman, C. (2009), menciona el alto peso al nacer del niño y la diabetes materna como posibles factores protectores. En la presente investigación ninguna de las pacientes era diabética y sus productos tuvieron un peso dentro de lo esperado para la edad gestacional.

Gráfico 7: Distribución absoluta y relativa del número de embarazos que han tenido las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000 – 2007.



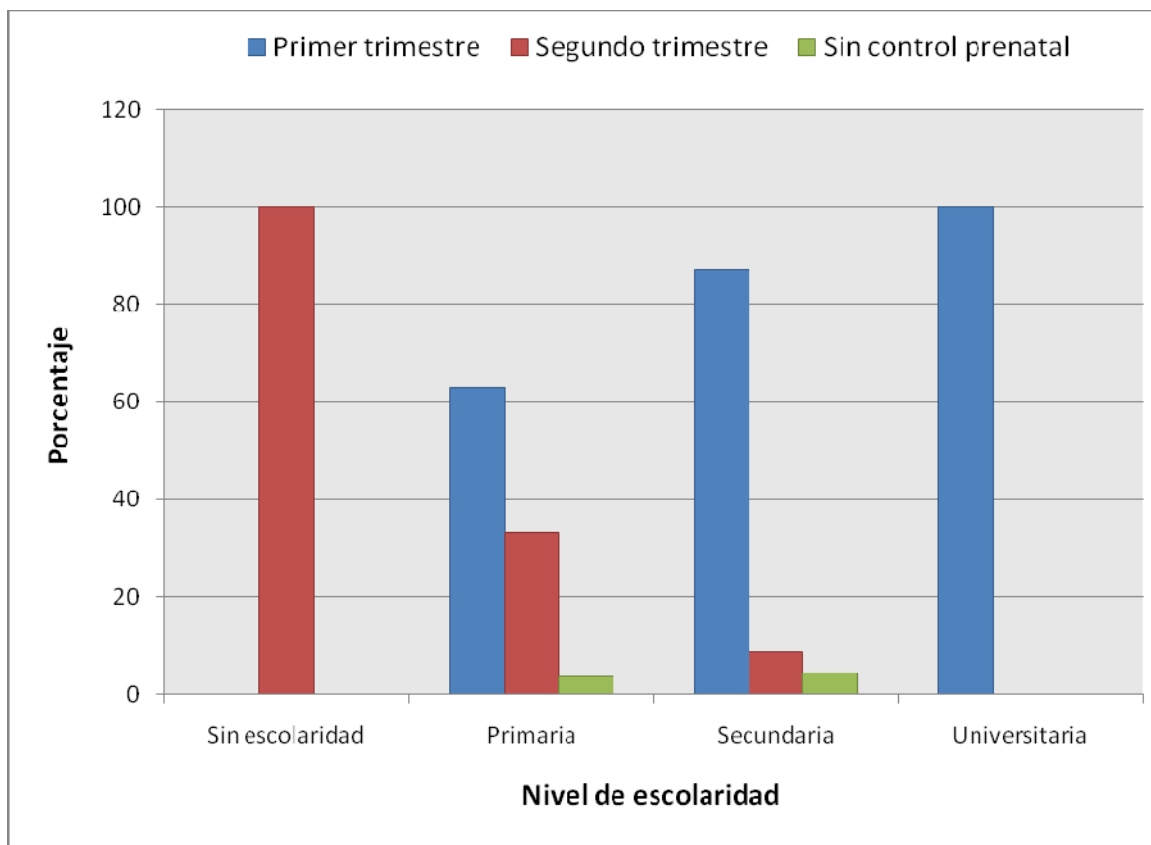
FUENTE: Elaboración propia.

4.1.4 Relación entre la escolaridad y los factores obstétricos

Existe una relación directa entre el nivel de escolaridad de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto y el inicio del control prenatal; es decir, a mayor nivel de escolaridad más rápido inician su control prenatal. (Gráfico 8).

La población de mujeres que contaban con educación universitaria, son procedentes en el 95% de las provincias de San José, Heredia, Cartago y Alajuela; coincidieron que iniciaron su control prenatal entre la cuarta a sexta semana de embarazo. Además, la mitad de éstas llevaban doble control prenatal tanto en centros de CCSS como a nivel privado.

Gráfico 8: Relación entre el nivel de escolaridad de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto y el inicio de su control prenatal. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007

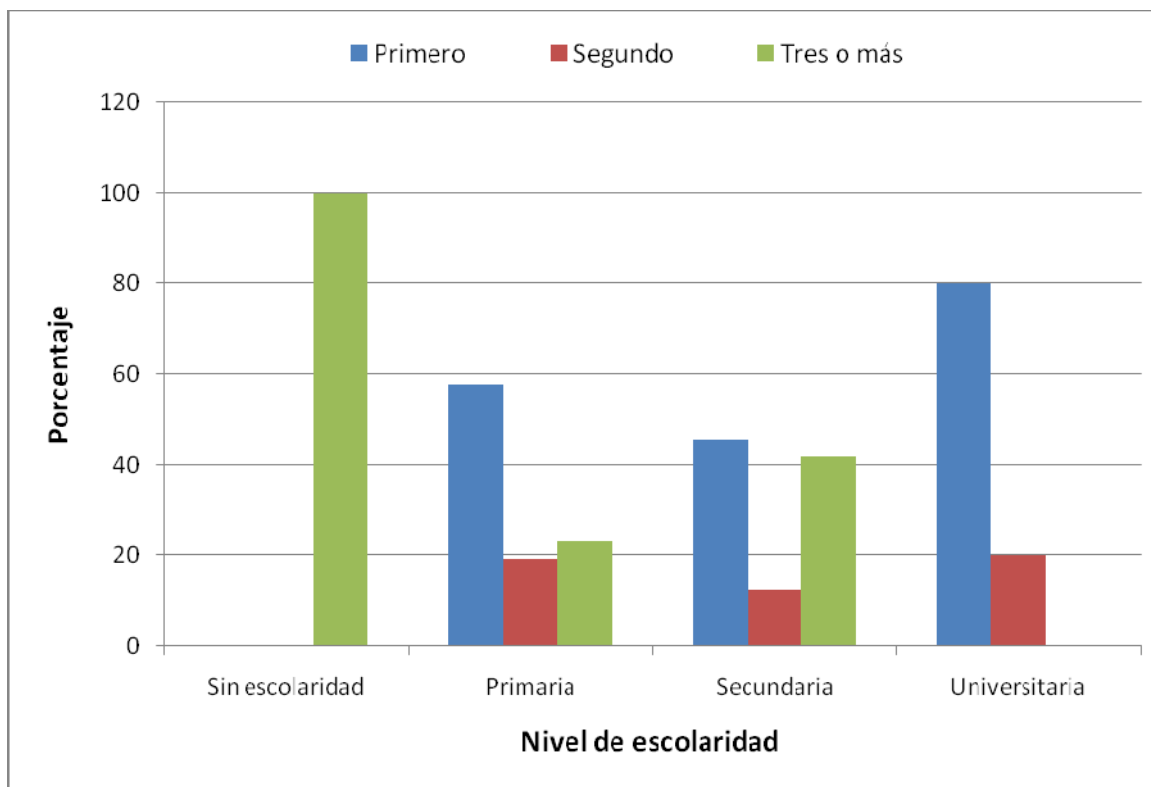


FUENTE: Elaboración propia.

A mayor nivel de escolaridad menos embarazos y a menor nivel de escolaridad más embarazos. (Gráfico 9). Lo anterior estaría relacionado con la calidad de vida de las pacientes, el acceso a servicios de salud y por ende a la exposición a una amplia gama de estresores que podrían incidir en el abordaje y eventual seguimiento de la usuaria

En este estudio se encontró que las pacientes con mayor nivel académico tenían menor número de hospitalizaciones posteriores.

Gráfico 9: Relación entre el nivel de escolaridad de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto y el número de embarazos que ha tenido. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007



FUENTE: Elaboración propia.

4.1.5 Relación entre la edad y los factores obstétricos

A mayor edad las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto iniciaron más rápido sus controles prenatales y las más jóvenes un poco más tarde. (Gráfico 10).

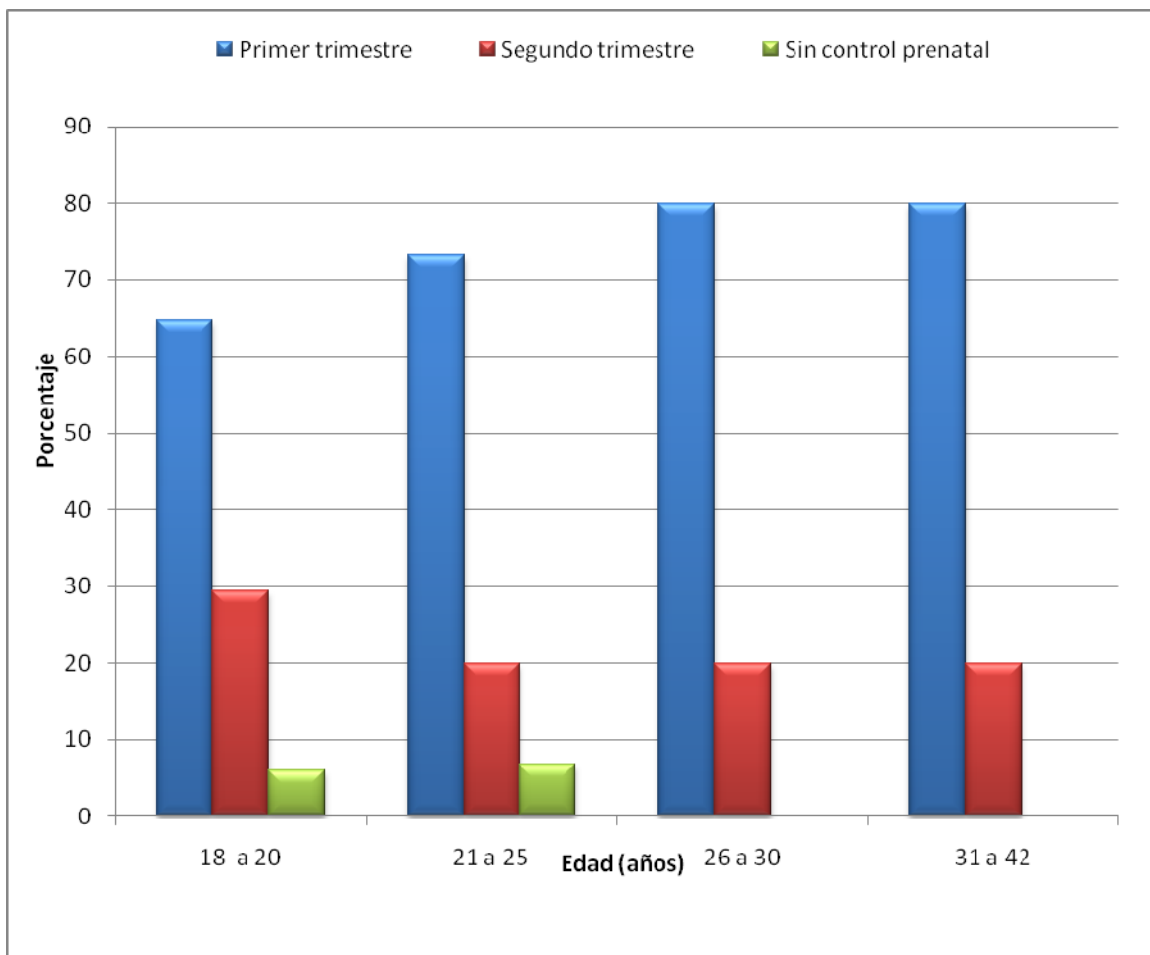
En el grupo de edad de 18 a 20 años, de las 17 pacientes, 10 de ellas se encontraban solteras sin el respaldo del padre de sus hijos, con educación primaria incompleta, la mayoría de ellas llegó hasta quinto grado, y no estudiaban, se dedicaban a los oficios domésticos de su hogar; por lo que sus ingresos dependían del jefe de hogar, que en estos casos era el padre biológico o el

padrastro de las usuarias. Lo que podría haber influido en el inicio de la atención prenatal.

Dentro de estas pacientes más jóvenes, el motivo que brindaban para este control prenatal tardío era: que no tenían seguro, no se habían dado cuenta de su estado previamente, tenían temor de comunicar en sus hogares la noticia del embarazo. A diferencia de las pacientes dentro de los grupos de más edad donde la razón fue: no tenían seguro.

Las dos pacientes que no tuvieron control prenatal, adujeron motivos de condición migratoria en el país, por lo que no utilizaban los servicios de salud ante el temor de una eventual deportación. Importante que en una de estas usuarias el parto fue domiciliario con una “partera”, la otra tuvo un parto intrahospitalario.

Gráfico 10: Relación entre la edad (años) de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto y el inicio de su control prenatal. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007



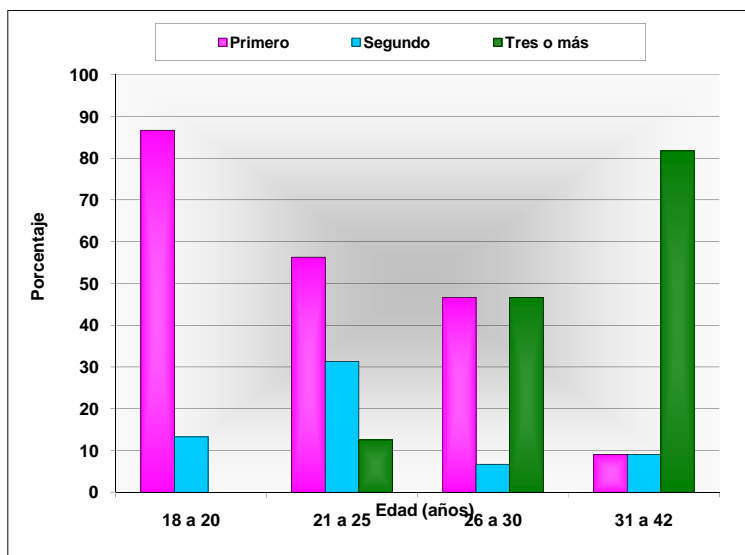
FUENTE: Elaboración propia.

La relación entre el número de embarazos y la edad de la paciente egresada con depresión y psicosis posparto presenta la tendencia esperada a menor edad menos embarazos y a mayor edad más embarazos. (Gráfico 11).

Esto concuerda con los datos anteriores, en las cuales la mayoría de los casos diagnosticados con depresión y/o psicosis posparto es en primigestas, y en Costa Rica la edad promedio para un primer embarazo es de 25 ± 1.9 años.

Gráfico 11: Relación entre la edad (años) de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto y el número de embarazos que ha tenido.

Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007



FUENTE: Elaboración propia.

4.1.6 Evolución diagnóstica

4.1.6.1 Antecedentes familiares

Dentro de los datos encontrados en los antecedentes heredofamiliares de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto, lo que se presenta con mayor frecuencia es principalmente depresión (63.3%) y psicosis (25.0%).

La depresión se presenta principalmente en familiares de primer grado de consanguinidad (madre y padre) 65.8%, seguidos por familiares en segundo grado de consanguinidad (Abuelos y hermanos) 28.9%, los demás en tercer grado de consanguinidad. (Gráfico 12).

La psicosis se presenta principalmente en familiares de tercer grado de consanguinidad (tíos y tías) 57.1%, seguidos por familiares en segundo grado de consanguinidad (abuelos y hermanos) 42.8%. (Gráfico 12).

En menos de un 5% de las pacientes existían antecedentes heredofamiliares de trastornos afectivos posparto.

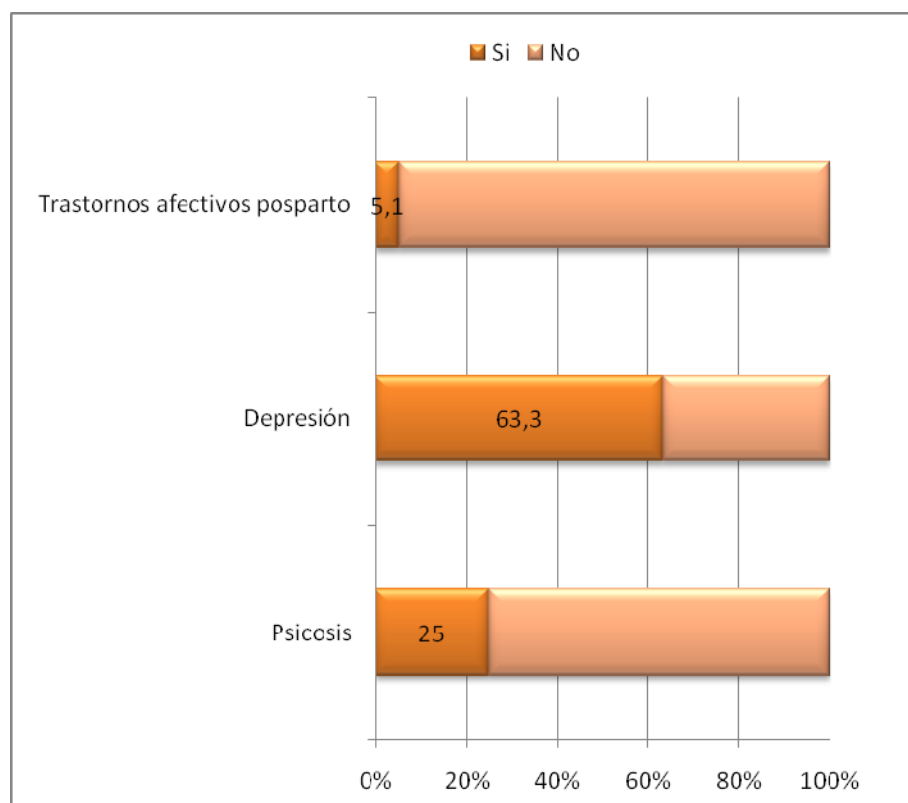
Para Robertson y colaboradores (2005) existe una importante carga genética, en las pacientes que sin contar con antecedentes previos, presentan un cuadro abrupto de psicosis posparto. Este autor habla de historia familiar de psicosis, la cual era más relevante, en la medida que hubiese existido mayor alteración de pensamiento y desorganización comportamental.

Espejo, Claudio (2008) en su estudio confirmó que el tener antecedentes heredofamiliares de trastornos de ánimo en parientes de primer grado, aumentaba el riesgo para el desarrollo de un cuadro de depresión posparto, por lo que infirió que el componente biológico hereditario y las interacciones con estas personas, serían un factor de riesgo para el desarrollo de la depresión posparto, y que si la misma no se trataba de forma oportuna, evolucionaba hacia un cuadro más aparatoso como la psicosis posparto.

Stahl, Stephen (2009) menciona que los familiares de quienes sufren una psicosis posparto tienen una incidencia de trastornos del estado de ánimo similar a la de los familiares de aquellos que sufren trastorno afectivo bipolar; es decir 10-25% en familiares de primer grado de consanguinidad.

Según Lorda (1999) en estas pacientes con antecedentes heredofamiliares el riesgo pasa a ser de 2 por cada 1000 mujeres.

Gráfico 12: Distribución relativa de los antecedentes familiares de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007.



FUENTE: Elaboración propia.

4.1.6.2 Antecedentes personales

El principal antecedente personal de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto es la depresión en un 40.0% de ellas y el 75.0% de ellas no había recibido tratamiento control. (Gráfico 13).

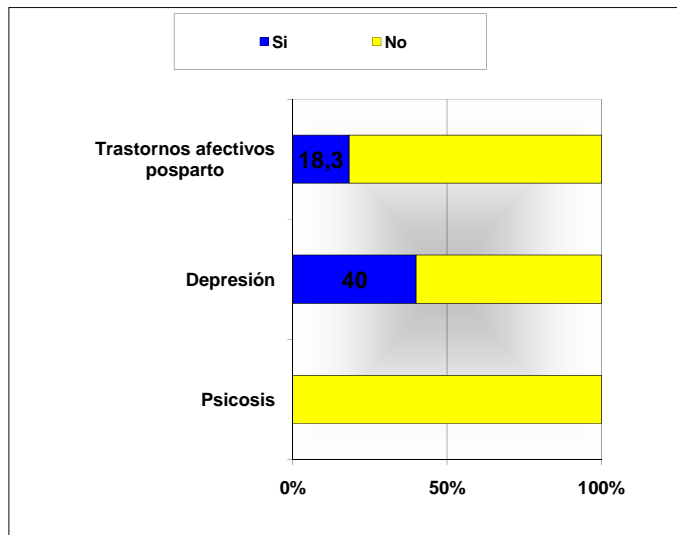
Evans y colaboradores (2005) en un estudio realizado en Chile, señalan que el 71,42% de las pacientes con historia previa de depresión, desarrollan posteriormente una depresión posparto y en 1% un cuadro de psicosis posparto. Además se menciona que el 66.6% de las pacientes que presentaron algún tipo de

patología desarrollaron depresión posparto a diferencia del 26.3% de las pacientes que no tenían patología.

Otro aspecto a señalar es que del universo de población estudiada un 18,3% contaban con el antecedente personal de un trastorno afectivo posparto previo al actual.

Fisher (2005), menciona que hasta dos terceras partes de las pacientes con un episodio previo de depresión y/o psicosis posparto, presentan un segundo episodio de un trastorno afectivo subyacente durante el primer año después del parto.

Gráfico 13: Distribución relativa de los antecedentes personales de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007.



FUENTE: Elaboración propia.

4.1.7 Ingreso

La variable días de estancia se cálculo desde la fecha de ingreso hasta la fecha de egreso. La estancia promedio de las pacientes en estudio fue de 15.2 ± 11.0 días, la estancia mínima fue de un día y la máxima de 46 días, el 75% de las pacientes estuvo 24.8 días o menos. (Gráfico 14).

Los días posparto desde el ingreso de las pacientes en estudio fue en promedio de 43.8 ± 37.6 días, el valor mínimo fue de un día y el máximo de 120 días, el 75% de las pacientes estuvo 60 días o menos. (Gráfico 14).

Es importante señalar, que esta amplia brecha entre los días de estancia, se debe a un número considerable de salidas exigidas para un total de 11. De éstas el egresó más rápido se dio con 2 días de estancia (2 casos), 4 días de estancia (3 casos), 6 días (3 casos) y lo máximo de días internamiento fueron 8 días (3 casos).

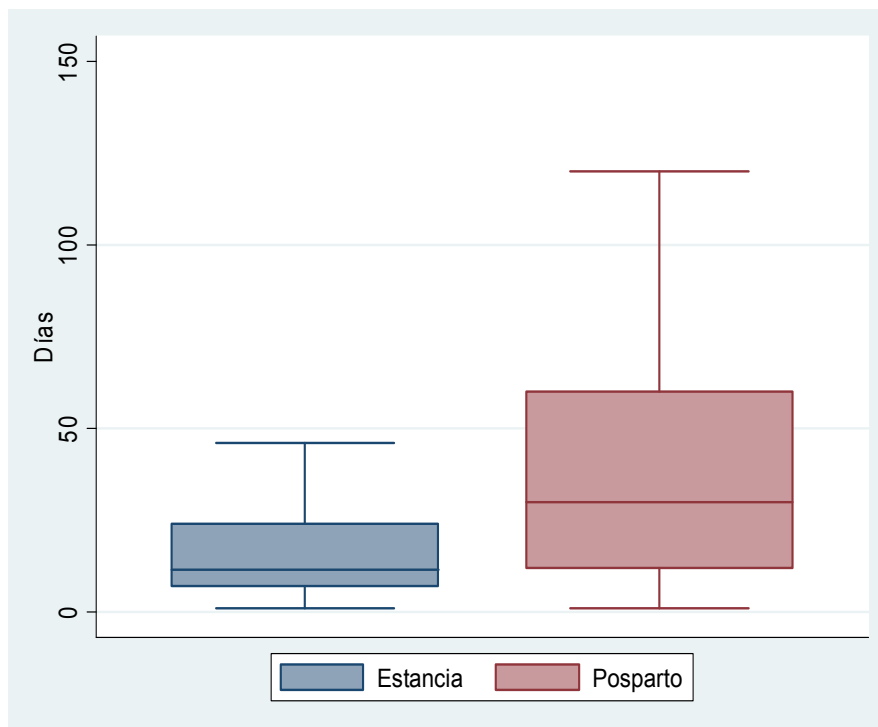
De las anteriores salidas exigidas 6 de ellas, requirieron al menos un día de internamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), dada la desorganización conductual, o el riesgo que se les confirió a la hora de su ingreso al Centro Hospitalario.

Por otro lado, de estas salidas exigidas requirieron un reingreso al Hospital Nacional Psiquiátrico, 3 de ellas, donde se les describe a su ingreso con igual sintomatología, que la presentada en su primera hospitalización.

Por otro lado se encuentra la disparidad de los días posparto, debido a que hubo pacientes que ameritaron el internamiento desde el posparto inmediato (1 día posparto) así como otras que su hospitalización ocurrió a los 4 meses posparto ya que a pesar de presentar sintomatología, la misma no era tan aguda y pasó desapercibida tanto por familiares como por el personal de salud.

Según Cassels (2008), el pico de incidencia de psicosis posparto ocurrió dentro del primer mes, así 32% a los 7 días y 59% a los 14 días posparto. Además menciona que después de los noventa días, la tasa de incidencia descendió de 0.65 por 1000 mujeres pasó a 0.49 por 1000 mujeres, esto en mujeres sin hospitalizaciones psiquiátricas previas.

Gráfico 14: Estadísticas descriptivas de los días de estancia y posparto de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007



FUENTE: Elaboración propia.

4.1.7.1 Diagnóstico de ingreso

Las pacientes con depresión y psicosis posparto del Hospital Nacional Psiquiátrico presentaron principalmente morbilidades referentes a “Desórdenes

Mentales”, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10); y allí los diagnósticos con mayor prevalencia fueron: (VER ANEXO N°5)

F53.1: Trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte (47.6%)

F53.0: Trastornos mentales y del comportamiento leves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte (33.3%) (Gráfico 15)

En el grupo de otros diagnósticos (12 casos) se encuentran los siguientes con frecuencias por debajo de cuatro casos:

F23.9: Trastorno psicótico agudo, no especificado (tres casos)

R45.8: Otros síntomas y signos que involucran el estado emocional (dos casos)

F29.0: Psicosis de origen no orgánica, no especificada (un caso)

F32.2: Episodio depresivo moderado (un caso)

F32.3: Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (un caso)

F33.3: Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo presente, con síntomas psicóticos (un caso)

F43.2: Trastornos de adaptación (un caso)

Z03.8: Observación sospechosa de otras enfermedades y afecciones (dos casos)

Todos los diagnósticos que empiezan con la letra F son del grupo de desórdenes mentales.

4.1.7.2 Diagnóstico de egreso

Los diagnósticos de egreso de las pacientes con depresión y psicosis posparto del Hospital Nacional Psiquiátrico presentaron morbilidades similares a las de ingreso pero con mayor prevalencia, referentes a “Desórdenes Mentales”,

según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10); allí los diagnósticos con mayor prevalencia fueron:

F53.1: Trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte (51.6%)

F53.0: Trastornos mentales y del comportamiento leves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte (38.7%) (Gráfico 15)

En el grupo de otros diagnósticos (6 casos) se encuentran los siguientes con frecuencias por debajo de tres casos:

F53.9: Trastorno mental puerperal, no especificado (dos casos)

F31.9 y F53.1: Trastorno efectivo bipolar con síntomas psicóticos de inicio de posparto (un caso)

F53.0 y F53.1: Episodio depresivo severo con psicosis en inicio de posparto (un caso)

F60.3: Trastornos de la personalidad emocionalmente inestable (un caso)

Z60.3: Problemas en la relación entre esposos o pareja (un caso)

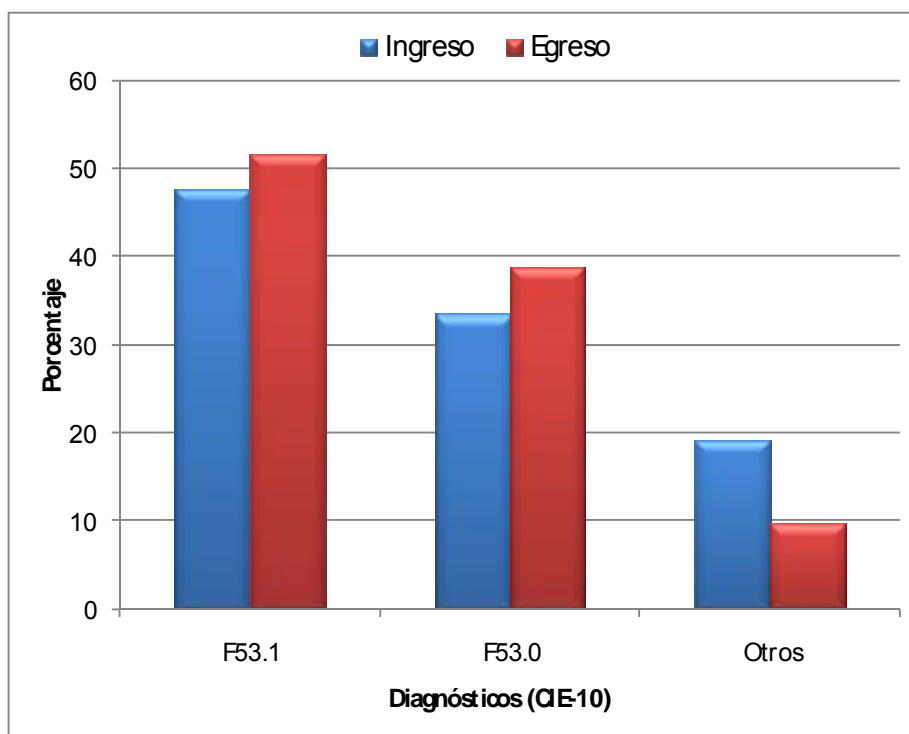
Todos los diagnósticos que empiezan con la letra F son del grupo de desórdenes mentales.

Como se puede observar en el gráfico 15, el diagnóstico que mayor variabilidad presentó entre el ingreso y el egreso fue ***Trastornos mentales y del comportamiento leves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte (F53.0)***. El diagnóstico anterior, en el DSM IVTR corresponde a la depresión posparto. Mientras que el diagnóstico ***Trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte (F53.1)***, cuyo equivalente es la Psicosis Posparto según DSM IVTR,

presentó mayor estabilidad. Es decir, un mayor número de pacientes tenían el mismo diagnóstico tanto a su ingreso como a su egreso.

Lo anterior podría explicarse por el hecho de que la aparición del cuadro en la psicosis posparto es más abrupto con frecuencia en los primeros días siguientes al parto y un comportamiento más desorganizado. Mientras que la depresión posparto, al inicio es más insidiosa, la sintomatología tiende a confundirse con una reacción de ajuste a las nuevas responsabilidades. Siempre debe explorarse la presencia de preocupaciones obsesivas por la salud y bienestar del bebé, ya que de encontrarse presentes varía el diagnóstico a favor de una Psicosis Posparto. (Sadock, 2009)

Gráfico 15: Diagnósticos de ingreso y egreso de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto, según la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007.



FUENTE: Elaboración propia.

4.1.7.3 Síntomas de ingreso

Dentro de la población estudiada, los síntomas de ingreso más relevantes con una prevalencia mayor del 40% son el insomnio, la actividad psicomotriz, ansiedad, llanto fácil, hiporexia, alucinaciones, ideas suicidas e infanticidas. (Gráfico 16).

Así todas las pacientes, presentaron insomnio independientemente de si el cuadro era depresión o psicosis posparto. El 91.7% de las pacientes presentó una alteración de la actividad psicomotriz ya fuera aumentada o disminuida en proporciones iguales. Al 91.5% se les describe a su ingreso como ansiosas.

El 43.3% de la población estudiada presentaba ideas suicidas y el 42.4% infanticidas.

En un estudio realizado por Miller (2005), el 5% de las pacientes con una psicosis posparto se suicidó y el 4% cometió infanticidio. De ahí que esta patología constituye una emergencia psiquiátrica.

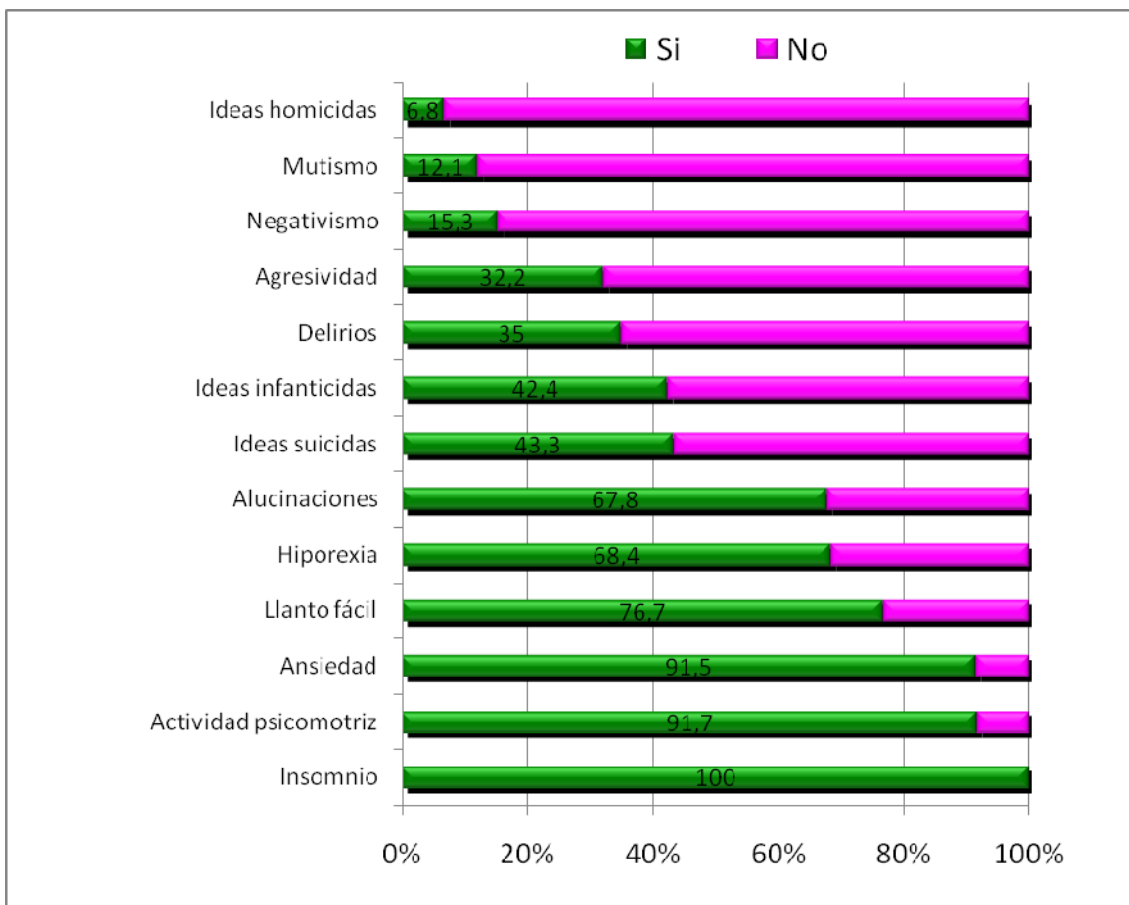
Aunque el universo de la población estudiada es pequeño (60 pacientes), se detectaron 3 casos de Infanticidio, que corresponde a un 5%. En uno de estos casos la madre realizó un intento de autoeliminación severo con herida con arma blanca en abdomen, requiriendo una laparotomía exploratoria donde se detectó laceración hepática.

Cabe mencionar de estos 3 casos, los diagnósticos de ingreso en 2 casos fueron Psicosis Posparto y en 1 caso depresión posparto; todos egresaron como Psicosis posparto. Los tres casos ingresaron en la primera semana posparto y el promedio de estancia fue de 2 meses.

Los tres casos cuentan con ingresos posteriores, dos de ellos con 5 ingresos posteriores y 1 con 2 ingresos. Uno de los casos presentó en el 2005 un nuevo episodio de Psicosis Posparto.

La evolución diagnóstica de dichos casos, es de Trastorno Depresivo Recurrente. Uno de los casos, cuenta con 2 internamientos con el diagnóstico de trastorno depresivo recurrente, episodio actual severo con psicosis.

Gráfico 16: Distribución relativa de los síntomas de ingreso de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007



FUENTE: Elaboración propia.

4.1.8 Manejo terapéutico

4.1.8.1 Tratamiento recibido

Las pacientes con depresión y psicosis posparto recibieron como tratamiento para su enfermedad principalmente medicamentos hipnóticos (85.0%), antipsicóticos (65.0%) y antidepresivos (60.0%). (Gráfico 17).

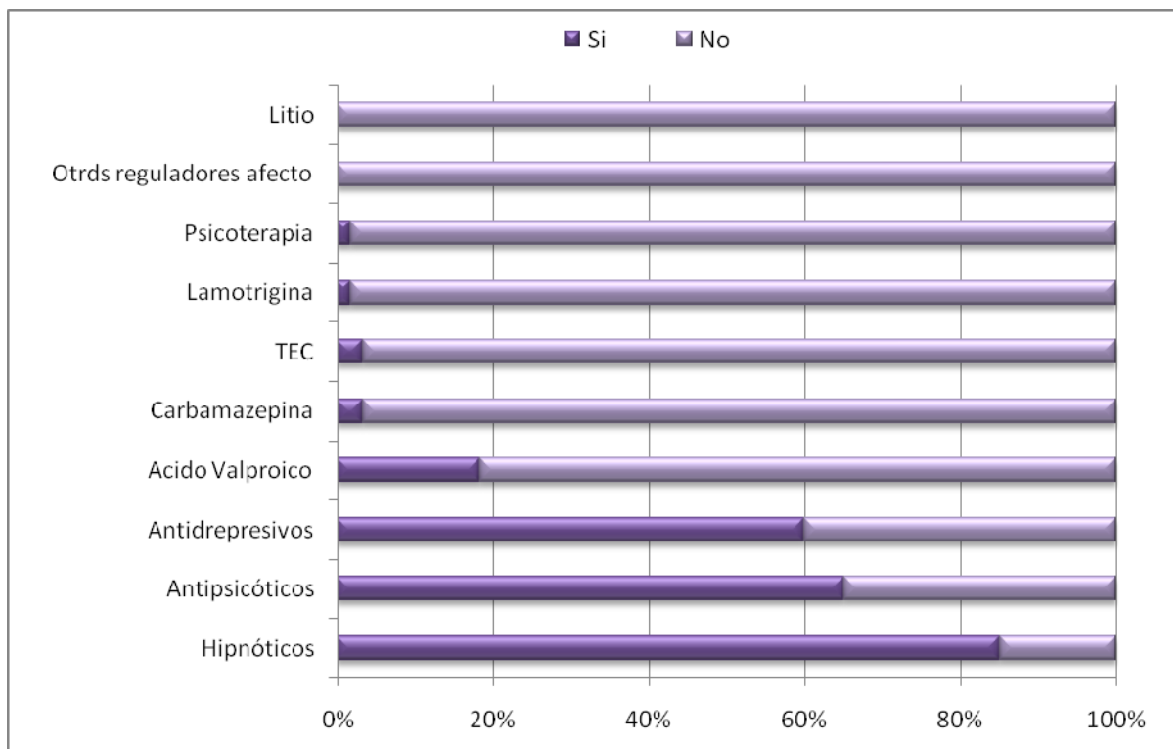
El 90% recibió desde su ingreso tratamiento vía oral, del 10% que requirieron uso de medicación intramuscular, lo usado era Haloperidol y

Prometazina, lo máximo utilizado fue por un plazo de 2 días; y esto se debió al grado de desorganización evidenciado por la paciente, lo que imposibilitaba su manejo en pabellón, requiriendo en una primera instancia de su ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, donde el promedio de estadía fue de 2.5 ± 2 días.

Estos datos están en correlación con la medicación prescrita en un primer momento, cuando la paciente es recién ingresada al Hospital Nacional Psiquiátrico.

Austin Marie (2007), comenta que en la mayoría de los casos de depresión y psicosis posparto que requirieron de hospitalización para su manejo, en el primer día, dado los altos niveles de ansiedad evidenciados por las pacientes, se empleaba un hipnótico de vida media corta, en este caso una benzodiazepina como Lorazepam intramuscular y un antipsicótico que fue Haloperidol. Lo anterior, con el propósito de inducir el sueño en estas pacientes, que por lo general ya presentaban un trastorno secundario del sueño.

Gráfico 17: Distribución relativa del tratamiento recibido por las pacientes con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007



FUENTE: Elaboración propia.

De acuerdo con los tratamientos recibidos por las pacientes, durante todo su internamiento, y su clasificación en grandes grupos de ellos, se prescribieron principalmente Hipnóticos (34.9%), Antipsicóticos (24.3%) y Antidepresivos (20.7%). En el grupo de otros quedaron el Anticonceptivo Intramuscular (Depoprovera, 1 caso) y la Terapia Electroconvulsiva (TEC # 6 sesiones, 1 caso). (Gráfico 18).

En la mayoría de las pacientes se mantuvo el tratamiento prescrito desde su ingreso, variando solo en aquellos casos, donde lo indicado había sido tratamiento intramuscular, e igual en estos casos donde se realizó cambio de esquema terapéutico, la tendencia fue la misma, en cuanto a la prescripción de un hipnótico, un antidepresivo y un antipsicótico.

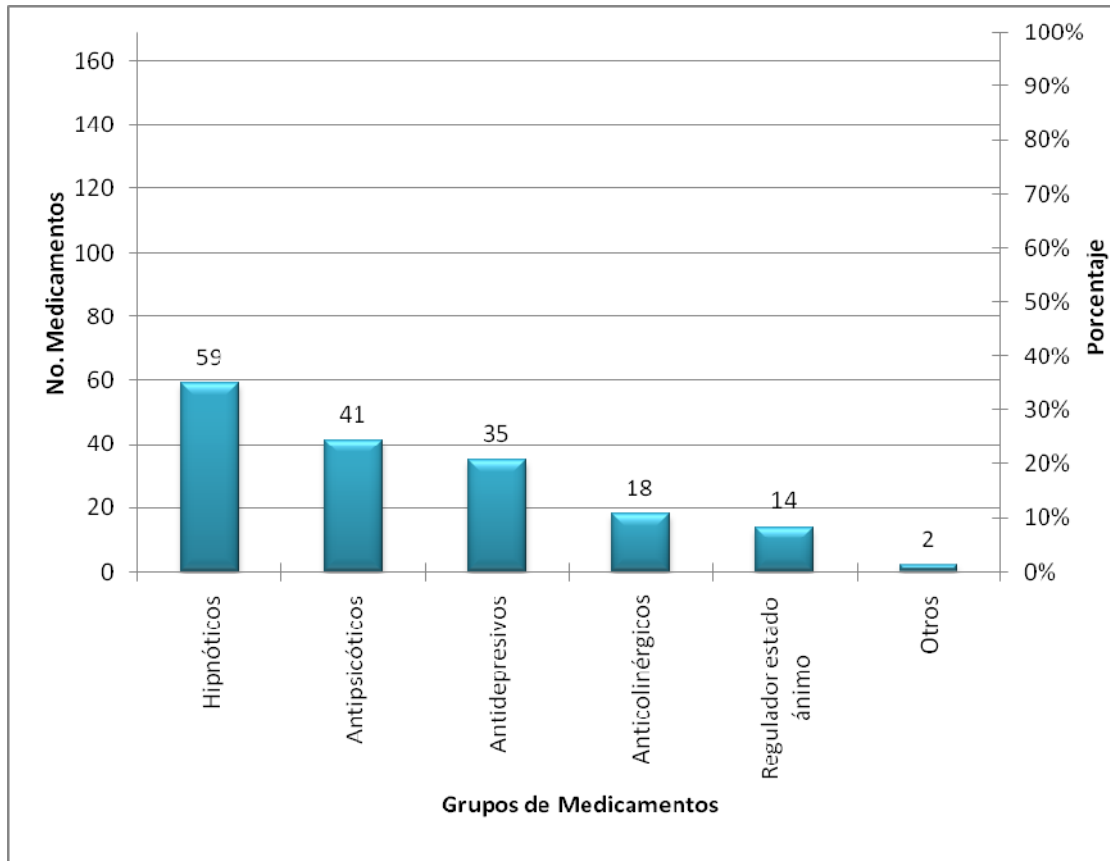
Es de rescatar el que la mayoría de las pacientes no contaban con un método regular de planificación familiar, solamente en un caso se prescribió un anticonceptivo de tipo intramuscular, como lo es la depoprovera.

Solamente en un caso de empleó la terapia electroconvulsiva, por un total de 6 sesiones, esto podría deberse a que en nuestro centro hospitalario, el empleo de dicho recurso se ha visto limitado por diversos factores: como falta de recurso tecnológico y humano, infraestructura, entre otros.

En la mayoría de la literatura la TEC es de primera línea de elección, en casos que presentan alto riesgo tanto suicida como infanticida y casos con severa desorganización conductual y/o de pensamiento (curso y contenido), dado que es segura y altamente efectiva. (Cooper; 2003).

Para Dean y Kendall (2004) la Terapia electroconvulsiva debería ser empleada en aquellas pacientes con depresión posparto con alto riesgo suicida, o que presentan psicosis posparto, pero dentro de las primeras 4 semanas al mismo; ya que posterior a ese período no se observa un mayor beneficio, y podrían surgir más complicaciones como la movilización de un émbolo a partir de una tromboflebitis no diagnosticada.

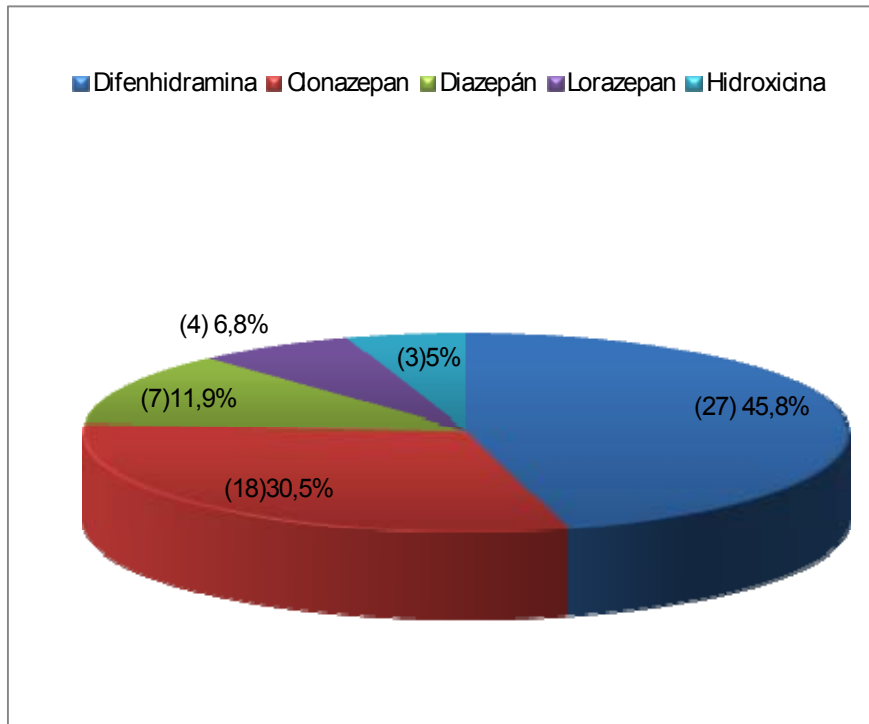
Gráfico 18: Distribución relativa de los medicamentos dados como tratamiento, según el grupo. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007.



FUENTE: Elaboración propia.

Los medicamentos de tipo Hipnótico recibidos por las pacientes en estudio fueron principalmente: del grupo no benzodiazepínicos la Difenhidramina (45.8%) y de los benzodiazepínicos el Clonazepan (30.5%). (Gráfico 19).

Gráfico 19: Distribución absoluta y relativa de los medicamentos de tipo Hipnóticos dados como tratamiento. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007

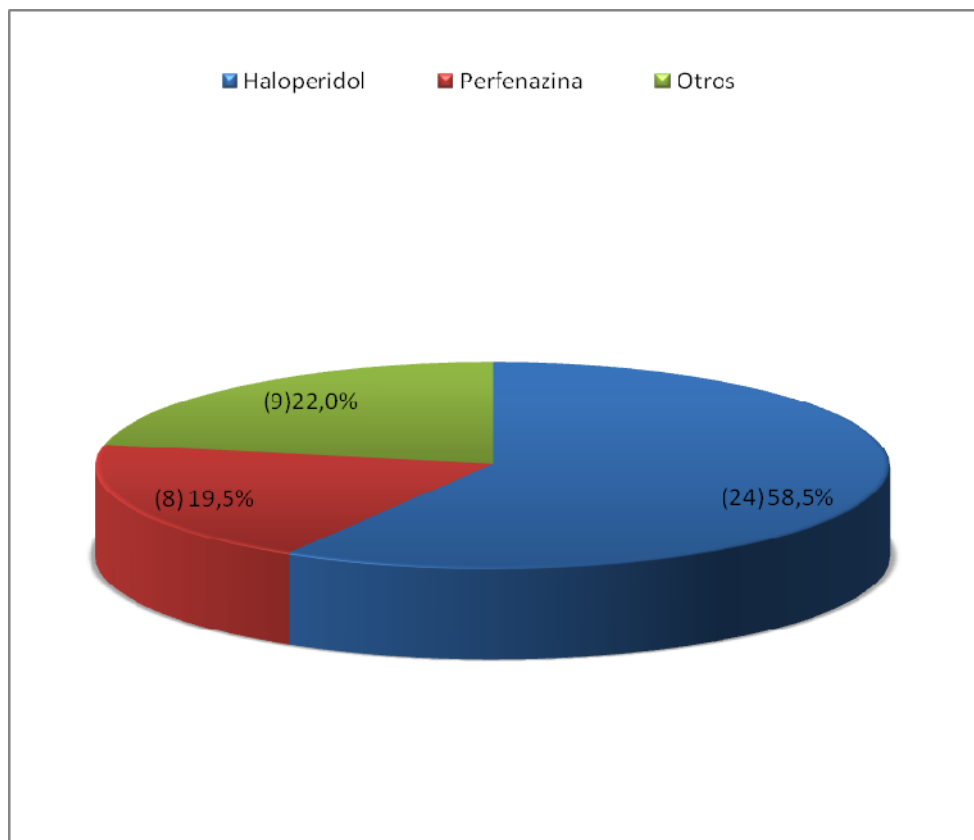


FUENTE: Elaboración propia.

Los medicamentos de tipo Antipsicótico recibidos por las pacientes en estudio fueron principalmente el Haloperidol (58.5%) y la Perfenazina (19.5%). En el grupo de otros se encuentran con 4 casos la Trifluoperazina, con 2 casos la Tioridazina, y con 1 caso Clorpromazina, Olanzapina y Risperidona. (Gráfico 20).

García López (2007) comenta en su revisión acerca de la psicosis posparto que en la fase aguda de la psicosis puerperal es necesario un tratamiento farmacológico enérgico. Suelen pautarse Antipsicóticos incisivos a elevadas dosis como Haloperidol (aunque en los últimos años existe una tendencia creciente a utilizar Antipsicóticos Atípicos debido a su mejor tolerancia) asociados a Benzodiazepinas, Litio y en casos graves que no responden a tratamiento farmacológico o éste está contraindicado TEC (Terapia Electroconvulsiva).

Gráfico 20: Distribución absoluta y relativa de los medicamentos de tipo Antipsicóticos dados como tratamiento. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007



FUENTE: Elaboración propia.

El medicamento de tipo Anticolinérgico recibido por las pacientes en estudio fue exclusivamente el Biperideno. Es importante recordar que en nuestro país sólo disponemos de este anticolinérgico de acción periférica, que ayuda a disminuir los efectos secundarios, como el extrapiramidalismo, ocasionados por los antipsicóticos de primera generación, principalmente los incisivos, como haloperidol, trifluoperazina, perfenazina, entre otros.

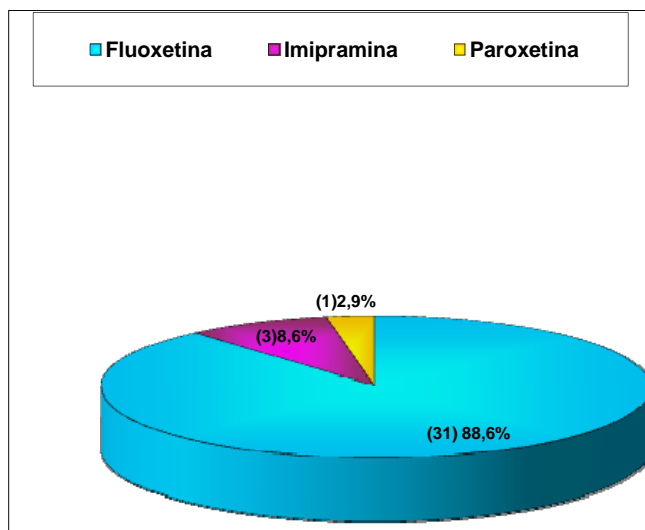
El medicamento de tipo Antidepresivo recibido por las pacientes en estudio fue principalmente la Fluoxetina (88.6%). (Gráfico 21). Si bien es cierto en un caso el antidepresivo administrado fue paroxetina, este medicamento no forma parte de la lista oficial de medicamentos brindada por la Caja Costarricense del Seguro

Social, pero los familiares lo adquirieron y solicitaron que se le brindará a la usuaria.

En una revisión realizada por Cochrane en el 2008 se concluyó que las mujeres con depresión posparto pueden ser tratadas eficazmente con fluoxetina, pero que, se necesitan más ensayos para investigar la efectividad de los antidepresivos a largo plazo en comparación con las intervenciones psicosociales, en particular en las mujeres que amamantan.

Para Nonacs (2007) los Inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS) tales como la fluoxetina, sertralina, paroxetina, escitalopram, son los agentes de primera elección para los casos de depresión posparto, ya que se ha observado una mejor respuesta a dosis más bajas. Agrega que los tricíclicos como la Imipramina muestran una remisión de los síntomas de forma más lenta que con ISRS, además, la dosis terapéutica requerida, trae consigo una gran cantidad de efectos secundarios como boca seca, constipación, sedación, aumento de peso, que a largo plazo influye en la adherencia al tratamiento de estas pacientes.

Gráfico 21: Distribución absoluta y relativa de los medicamentos de tipo Antidepresivos dados como tratamiento. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007



FUENTE: Elaboración propia.

El medicamento de tipo Regulador del Estado de Ánimo recibido por las pacientes en estudio fue principalmente el Acido Valproico (78.6%). (Gráfico 22).

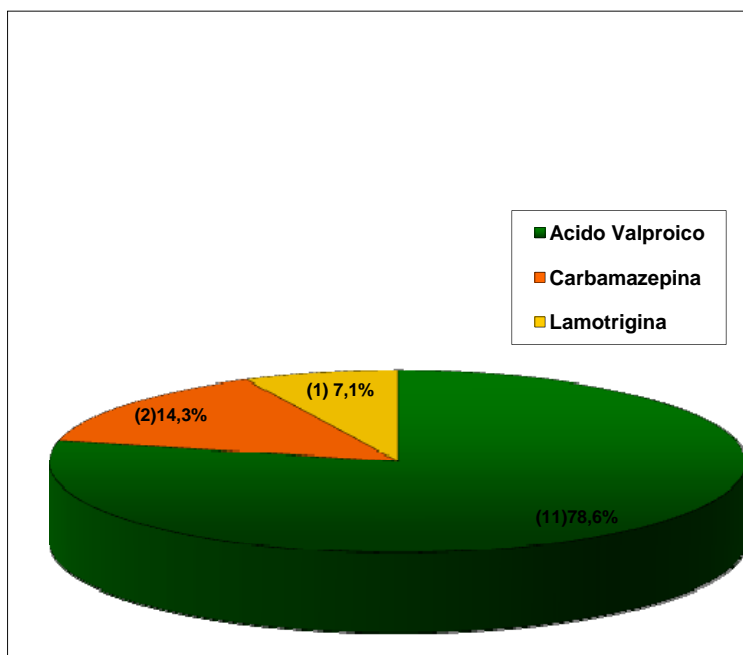
Fisher, S; (2005), menciona que dentro de los reguladores el más recomendado sería el litio por su tendencia a disminuir el riesgo suicida. Sin embargo en el Hospital Nacional Psiquiátrico no fue empleado.

Stahl, S; (2009), comenta que dado que se ha encontrado una fuerte relación entre las psicosis posparto y los trastornos afectivos, se recomienda el uso de los estabilizadores del ánimo. Entre ellos uno de los más usados es el ácido valproico que se emplea como modulador, con el fin de disminuir la irritabilidad y las fluctuaciones frecuentes de estas pacientes. Igual se puede

emplear la carbamazepina en estos casos. Es importante, acotar que la medicación es incompatible con la lactancia materna.

Goodwin (2004), comenta que la lamotrigina es de utilidad en el manejo de las depresiones bipolares, las pacientes con depresión y psicosis posparto, presentan sintomatología de predominio mixto, con mayor tendencia a la irritabilidad y la manía, por lo que este medicamento no debería considerarse como primera elección en el manejo de las mismas. Aunque si es eficaz en el tratamiento combinado con otro regulador del ánimo o con un antipsicótico atípico.

Gráfico 22: Distribución absoluta y relativa de los medicamentos de tipo Reguladores del Estado de Ánimo dados como tratamiento. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007



FUENTE: Elaboración propia.

4.1.8.2 Medicación de egreso

La medicación de egreso estuvo desde pacientes sin tratamiento hasta pacientes con cinco diferentes medicamentos; en promedio se les dio 2.7 ± 1.0 medicamentos por paciente, al 75% de las pacientes se le dio 3 o menos medicamentos.

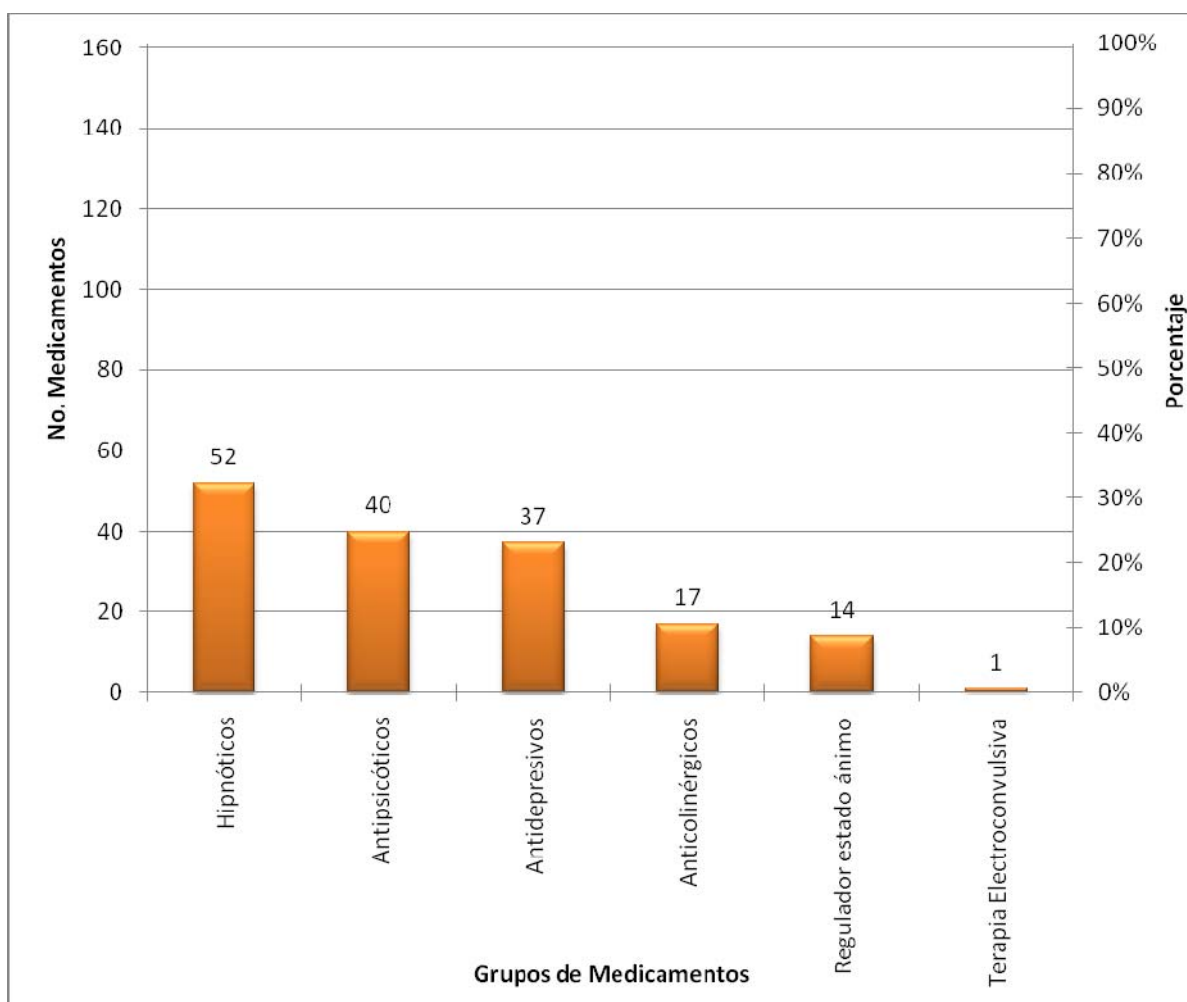
Los medicamentos de salida que más recetaron los médicos fueron: (VER ANEXO N°6)

- Benadryl y Fluoxetina en el 10% de las pacientes
- Benadryl, Fluoxetina y Haloperidol en el 6.7% de las pacientes
- Clonazepan y Fluoxetina en el 6.7% de las pacientes
- Clonazepan, Fluoxetina y Haloperidol en el 6.7% de las pacientes
- Acido Valproico, Benadryl y Haloperidol en el 5.0% de las pacientes

De acuerdo con el número de medicamentos de egreso dado a las pacientes, según grupos de éstos, se prescribieron principalmente Hipnóticos (23.3%), Antipsicóticos (24.8%) y Antidepresivos (23.0%). Cabe destacar el comportamiento similar entre los grupos de medicamentos dados en el tratamiento y en el egreso de las pacientes, así como los medicamentos de cada grupo. (Gráfico 23).

En dos casos de pacientes con diagnóstico de egreso de trastorno mental y del comportamiento grave asociados con el puerperio (psicosis posparto) se egresaron luego de un promedio de 10 días de internamiento sin tratamiento farmacológico, durante el internamiento ambas pacientes recibieron antidepresivo (fluoxetina) y un hipnótico (difenhidramina) que fueron suspendidos a su egreso, no continuándose la medicación. Una de las pacientes requirió nuevo internamiento al mes y medio de su primer egreso. La otra paciente fue manejada de forma ambulatoria y el segundo internamiento ocurrió al año de su primer episodio.

Gráfico 23: Distribución relativa de los medicamentos de egreso, según grupo. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007

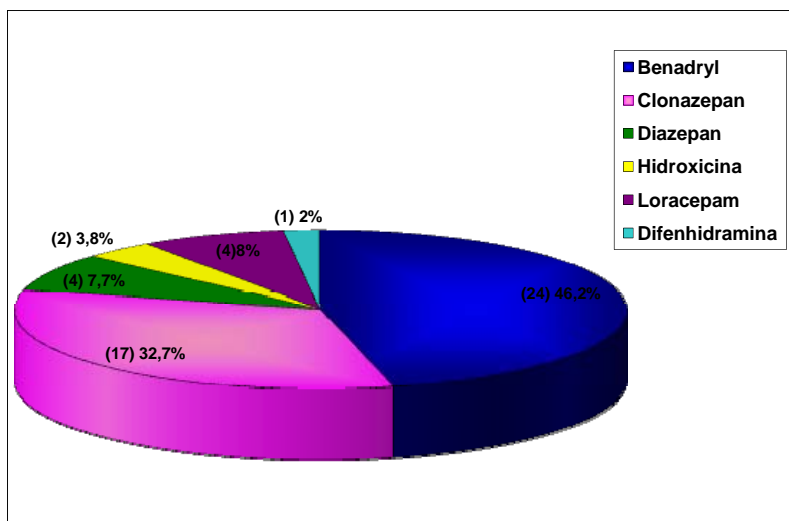


FUENTE: Elaboración propia.

Los medicamentos de tipo Hipnótico dados a las pacientes en su egreso fueron principalmente el Benadryl (46.2%) y el Clonazepan (32.7%). (Gráfico 24).

Esto coincide con la medicación brindada al ingreso a estas usuarias donde predominaban estos hipnóticos

Gráfico 24: Distribución absoluta y relativa de los medicamentos de tipo Hipnóticos dados en el egreso. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007.



FUENTE: Elaboración propia.

Los medicamentos de tipo Antipsicótico dados a las pacientes en su egreso fueron principalmente el Haloperidol (62.5%), la Olanzapina (12.5%) y el Trifluoperazina (10.0%). En el grupo de otros se encuentran con 2 casos de Perfenazina y Tioridazina y 1 caso de Risperidona y Clorpromazina. (Gráfico 25)

Llama la atención que en 5 casos de las pacientes con diagnóstico de psicosis y/o depresión posparto, para su egreso se les prescribió Olanzapina, pero sólo en 1 de los casos, este antipsicótico lo recibió desde el ingreso. En el resto de los 4 casos este tratamiento lo recibieron 1 semana previo egreso.

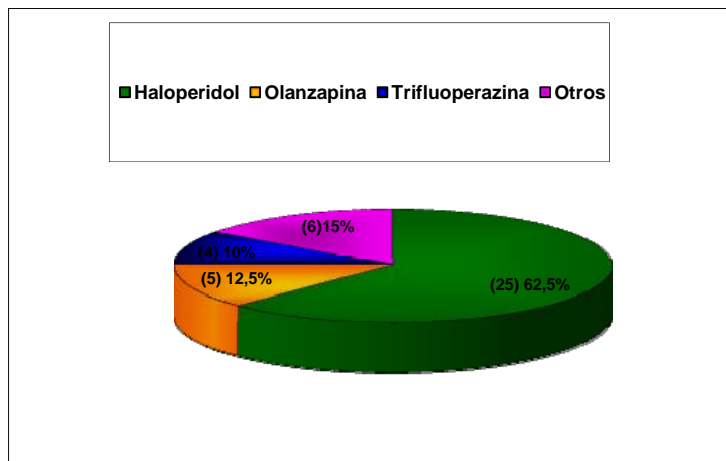
La Olanzapina es un antipsicótico de segunda generación el cual ha sido eficaz, tanto en monoterapia como en tratamiento combinado con algún regulador del estado de ánimo, en el manejo de trastornos afectivos, principalmente trastorno afectivo bipolar (episodios maníacos, depresivos y mixtos) (Yatman, 2003).

Se debe recordar que este medicamento no forma parte de la lista oficial de medicamentos de la Caja Costarricense Seguro Social y su prescripción se debió a la solicitud por parte de los familiares.

Este grupo de psicofármacos (antipsicóticos) fueron los que sufrieron mayores cambios a lo largo del internamiento de las usuarias, recibiendo éstas en promedio 2 antipsicóticos durante la estancia dentro del Centro Hospitalario.

Además 8 pacientes con diagnóstico de trastorno mental y del comportamiento leve asociados con el puerperio (F53.0), según CIE-10, donde por definición es depresión posparto sin síntomas psicóticos, recibieron antipsicóticos y egresaron con los mismos.

Gráfico 25: Distribución absoluta y relativa de los medicamentos de tipo Antipsicóticos dados en el egreso. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007



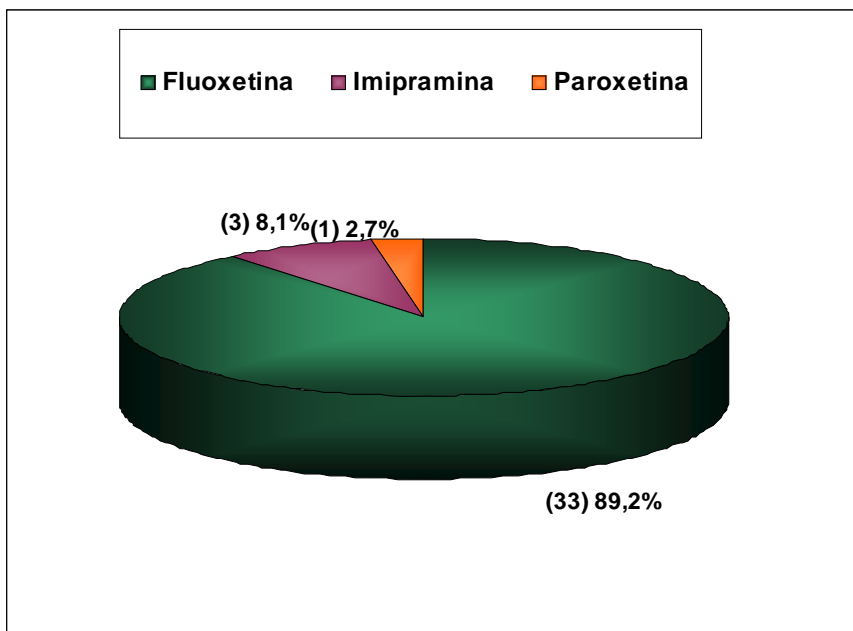
FUENTE: Elaboración propia

Los medicamentos de tipo Antidepresivo dados a las pacientes en su egreso fue principalmente la Fluoxetina (89.2%). (Gráfico 26).

Las pacientes que recibieron tratamiento con antidepresivos correspondieron 22 casos a depresión posparto y 12 casos a psicosis posparto.

Forty (2006) refiere que en los casos de psicosis posparto lo más recomendable desde el punto de vista farmacológico es el empleo de un antipsicótico, un regulador del estado de ánimo en combinación con un antidepresivo de preferencia un inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina.

Gráfico 26: Distribución absoluta y relativa de los medicamentos de tipo Antidepresivos dados en el egreso. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007.



Los medicamentos de tipo Anticolinérgico dados a las pacientes en su egreso fue exclusivamente el Biperideno, prácticamente en las pacientes con diagnóstico de psicosis posparto y solo en 1 caso de depresión posparto, a pesar de que en 8 casos con igual diagnóstico recibían antipsicótico.

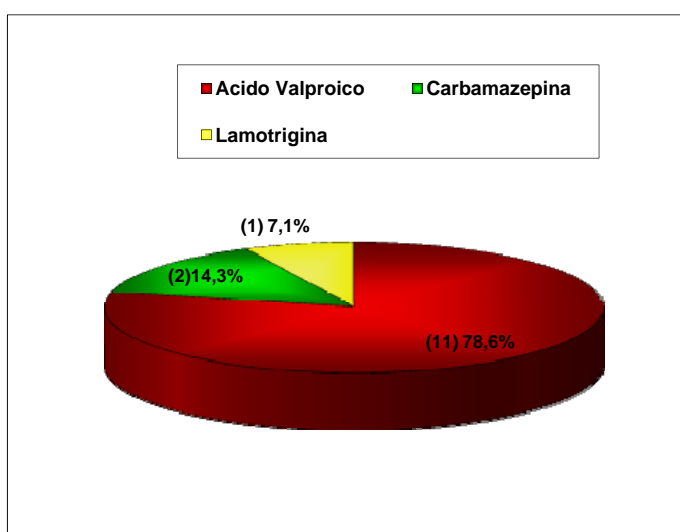
Los medicamentos de tipo Reguladores del Estado de Ánimo dados a las pacientes en su egreso fue principalmente el Acido Valproico (78.6%). (Gráfico 27). Este se empleó en 10 casos de pacientes con psicosis posparto y en un único caso de depresión posparto. Además en 3 casos de la categoría de otros que abarca trastorno de inestabilidad de la personalidad tipo límite, trastorno afectivo bipolar.

La Terapia Electroconvulsiva fue dada a una paciente, durante su internamiento como única terapéutica empleada, se aplicaron #6 sesiones.

Todos los resultados anteriores concuerdan con la medicación recibida por las usuarias desde su ingreso al Hospital Nacional Psiquiátrico.

Gráfico 27: Distribución absoluta y relativa de los medicamentos de tipo Reguladores del Estado de Ánimo dados en el egreso. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico.

2000-2007

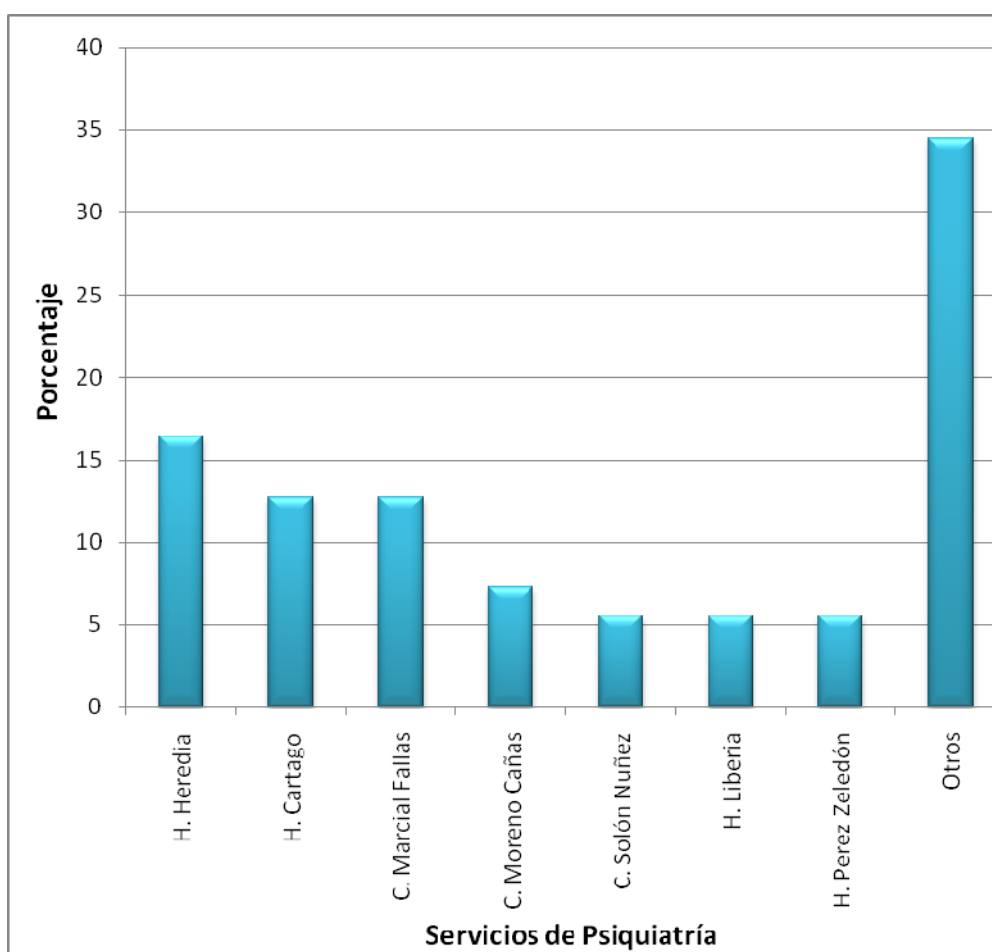


4.1.9 Seguimiento

Solamente el 10.0% (6 pacientes) tuvieron seguimiento en el Hospital Nacional Psiquiátrico; también han recurrido a la consulta externa de otros servicios de psiquiatría, principalmente en los Hospitales de Heredia (16.4%) y Cartago (12.7%) y la Clínica Marcial Fallas (7.3%). El grupo de otros están compuestos por servicios en áreas tales como: Hospital Calderón Guardia, Clínica

Marcial Rodríguez, Hospital San Carlos, Hospital Turrialba, con frecuencias de 2 o menos. (Gráfico 28).

Gráfico 28: Distribución relativa de la consulta externa en otros servicios de psiquiatría de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000 – 2007.



FUENTE: Elaboración propia

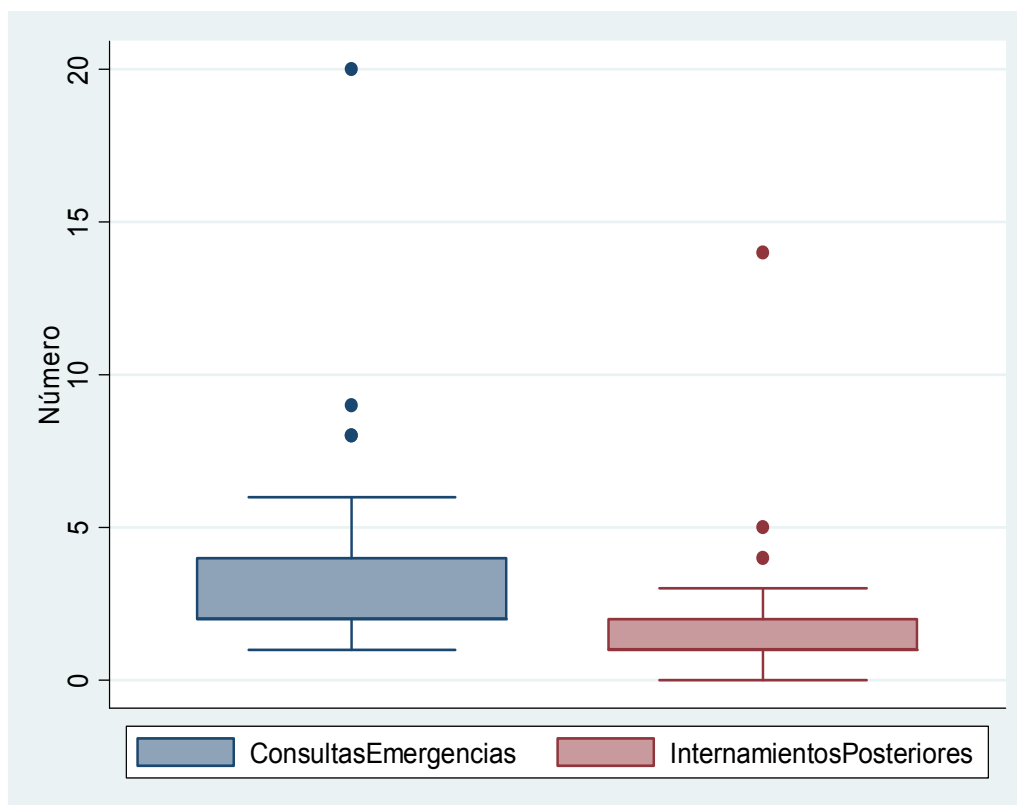
El 27.1% (16 pacientes) realizaron seguimiento en consulta privada; todas las pacientes en estudio han recurrido a consulta de emergencias con un promedio de 3.1 ± 2.9 consultas por paciente, el número de consultas van desde 1

hasta 20, el 75% de las pacientes tuvo 2 o menos consultas y el número de consultas más frecuentes fue de 2. (Gráfico 29).

El 93.3% (56 pacientes) tuvieron internamientos posteriores en psiquiatría, con un promedio de 1.7 ± 1.9 internamientos posteriores por paciente, desde 1 hasta 14 internamientos, el 75% de las pacientes tuvo 2 o menos internamientos posteriores y el número de internamientos posteriores más frecuentes fue de 1. (Gráfico 29)

Terp M y colaboradores (1999), en un estudio con una población de 1173 mujeres que fueron diagnosticadas con psicosis posparto, encontraron que tenían un alto riesgo de hospitalizaciones posteriores, con un riesgo relativo de 2.4. Dentro de los factores detectados que incrementaban el riesgo están el estado civil de soltería, así como una red social de apoyo deficiente, y que en la sintomatología del primer internamiento predominaba la agitación psicomotriz y un comportamiento desorganizado. Se encontró como un factor protector el hecho de que el parto fuera pretérmino.

Gráfico 29: Estadísticas descriptivas del número de consultas a emergencias y del número de internamientos posteriores de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007



FUENTE: Elaboración propia

4.1.10 Diagnósticos posteriores

Los diagnósticos posteriores con mayor prevalencia fueron:

F31: Trastorno afectivo bipolar (40%)

F32: Trastornos Depresivos (16.4%)

F25: Trastorno esquizoafectivo (5.4%)

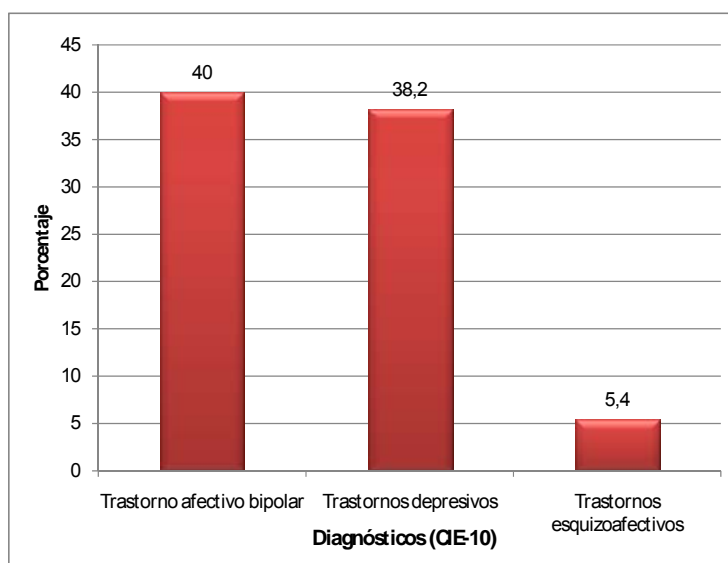
Todos los diagnósticos que empiezan con la letra F son del grupo de desórdenes mentales. (Gráfico 30)

Robertson Emma (2006) en su estudio menciona que tanto la depresión como la psicosis posparto, podrían ser el primer episodio para el eventual desarrollo de un trastorno afectivo bipolar.

Sit D y colaboradores (2006), concluyeron que la psicosis posparto es una presentación abierta del trastorno bipolar que se hace coincidir con enormes cambios hormonales después del parto.

Entender la relación entre la psicosis posparto y el trastorno bipolar tiene implicaciones para el tratamiento perinatal y largo plazo.

Gráfico 30: Diagnósticos posteriores de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto, según la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007



FUENTE: Elaboración propia

Dentro del trastorno afectivo bipolar, se encontró la subdivisión:

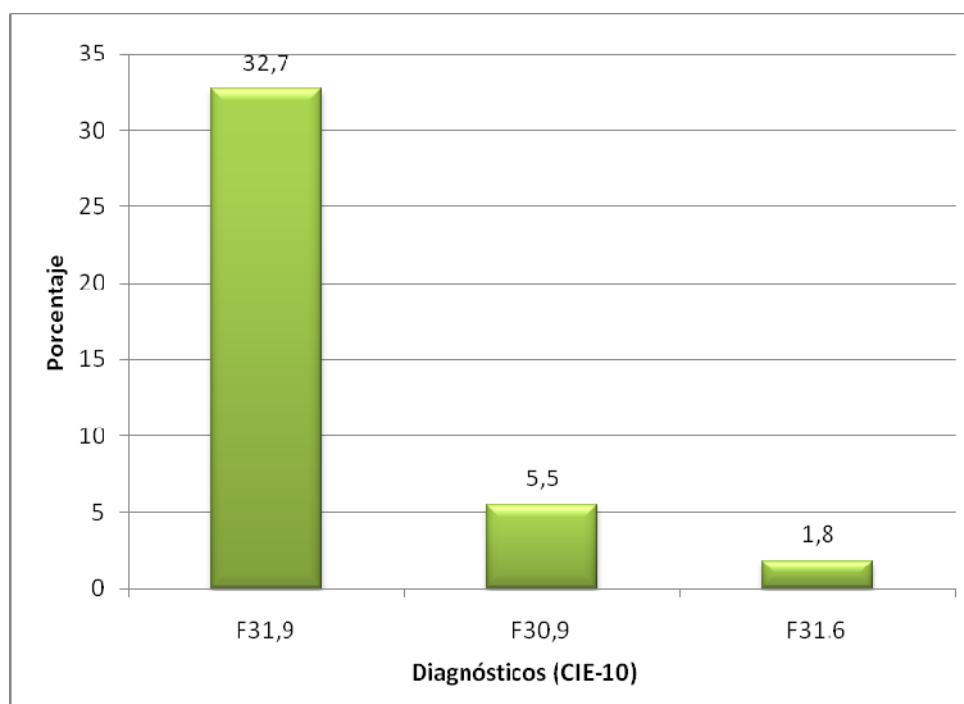
F31.9: Trastorno afectivo bipolar, no especificado (32.7%)

F30.9: Episodio maníaco, no especificado (5.5%)

F31.6: Trastorno afectivo bipolar, episodio mixto presente (1.8%)

En los diagnósticos de Trastorno Afectivo Bipolar dados al egreso, la gran mayoría no tenía especificación del tipo de episodio que presentó la usuaria, solo en un 5.5% se especificó que el episodio era maníaco y en 1.8% que la presentación del cuadro fue un episodio mixto. No se documentó ningún caso en fase depresiva. (Gráfico N° 30^a)

Gráfico 30 A: Diagnóstico posterior: Trastorno Afectivo Bipolar, su composición. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007.



FUENTE: Elaboración propia

Dentro del diagnóstico del espectro depresivo están:

F32.3: Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (16.4%)

F32.1: Episodio depresivo moderado (10.9%)

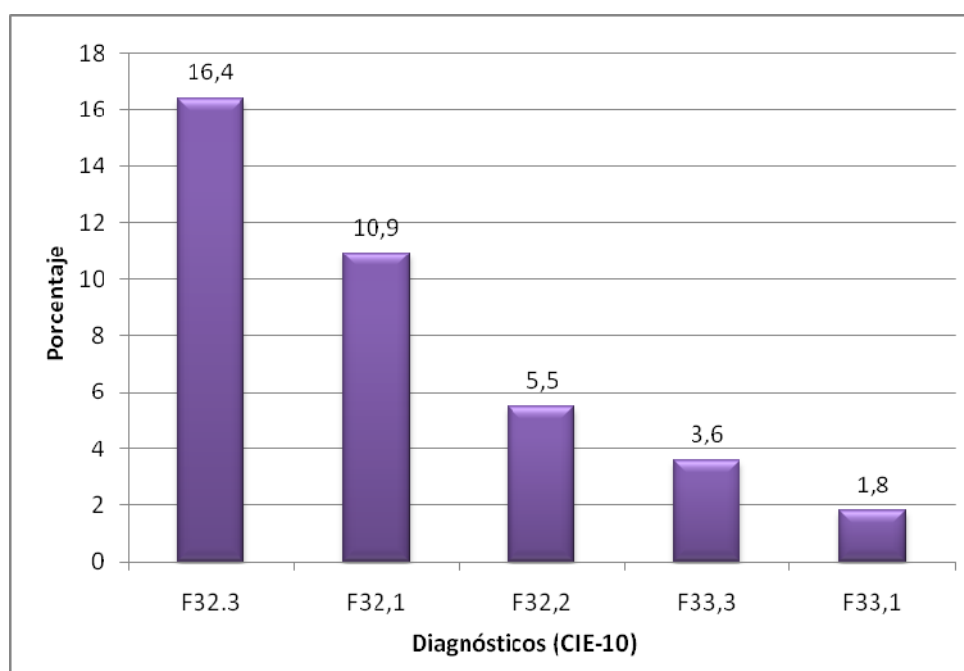
F32.2: Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (5.5%)

F33.3: Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo presente, con síntomas psicóticos (3.6%)

F33.1: Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente (1.8%)

Es importante señalar que las usuarias que tuvieron un episodio de depresión y/o psicosis posparto, presentaron posteriormente una mayor prevalencia de diagnóstico de Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (16.4%). (Ver gráfico N° 30B).

Gráfico 30 B: Diagnóstico posterior: Trastornos del Espectro Depresivo, su composición. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007.



FUENTE: Elaboración propia

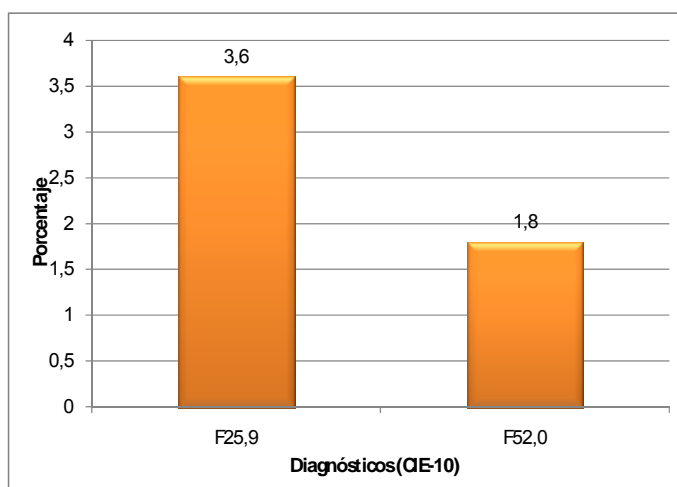
Dentro del trastorno esquizoafectivo:

F25.9: Trastorno esquizoafectivo, no especificado (3.6%)

F25.0: Trastorno esquizoafectivo de tipo maníaco (1.8%)

En el diagnóstico de Trastorno Esquizoafectivo dado al egreso, la gran mayoría no tenía especificación del tipo de episodio que presentó la usuaria. No se documentó ningún caso en fase depresiva. (Ver gráfico N° 30C)

Gráfico 30 C: Diagnóstico posterior: Trastornos Esquizoafectivo, su composición. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007



FUENTE: Elaboración propia

En el grupo de otros diagnósticos se encuentran los siguientes con frecuencias por debajo de tres casos:

F43.2: Trastornos de adaptación (dos casos)

F20.0: Esquizofrenia paranoide (un caso)

F44.9: Trastorno disociativo (de conversión), no especificado (un caso)

F45.8: Otros trastornos somatomorfos (un caso)

F60.4: Trastorno histriónico de la personalidad (un caso)

Z33.x: Estado de embarazo incidental (un caso)

4.1.10.1 Intervalo entre episodios

El tiempo promedio entre los episodios es de 1.9 ± 1.5 años, el más corto fue de 17 días y el más prolongado de 5.7 años, el 25% de las pacientes tuvieron este intervalo de 0.6 años o menos, el 50% por debajo de 1.7 años y el 75% por debajo de 2.8 años.

4.1.10.2 Relación de antecedentes heredofamiliares con el diagnóstico posterior

En el análisis descriptivo se evidenció que las pacientes con un diagnóstico posterior de trastorno esquizoafectivo (TEA), presentaban como característica común antecedentes heredofamiliares de primer y segundo grado para psicosis, por lo que se procedió a realizar un análisis inferencial básico donde se calculó OR con sus respectivos intervalos de confianza que fue 95%, con un $p=0,58$; lo que demostró que no hay asociación estadísticamente significativa entre tener esos antecedentes y la posterior evolución hacia el desarrollo de un trastorno esquizoafectivo. (Ver Anexo N°7)

De igual manera se observó que todas las pacientes con un diagnóstico posterior de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) presentaban antecedentes heredofamiliares en primer y segundo grado de depresión, se calculó el OR con intervalo de confianza de 95% que resultó un $p=0,3$; por lo que no existe una asociación estadísticamente significativa. (Ver Anexo N°7)

Es importante aclarar que si bien los antecedentes heredofamiliares representan una importante carga genética para un eventual desarrollo de un trastorno mental mayor, en este estudio no se pudo comprobar una asociación significativa entre tener antecedentes heredofamiliares de psicosis o de depresión y una tendencia a evolucionar hacia un trastorno esquizoafectivo o un trastorno afectivo bipolar; lo encontrado fue una asociación casual, sin embargo podría sentar un indicio para futuras investigaciones.

4.2 Encuesta estructurada a expertos

A un grupo compuesto por 20 expertos de diferentes centros hospitalarios como Hospital Nacional Psiquiátrico, Hospital Calderón Guardia y Hospital México, se les realizaron seis preguntas relacionadas con el tema de estudio:

A la primera pregunta **¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes para que una paciente desarrolle una depresión y/o psicosis posparto?** El 50% respondió que la presencia de un antecedente previo de depresión posparto y el contar con antecedentes heredofamiliares, no especifican. Un 25% respondió que el factor de riesgo más importante es el hecho de padecer de trastorno afectivo bipolar. Un 25% respondió que antecedentes de episodios depresivos previos, así como condiciones sociales tales como: embarazo no deseado, pobreza extrema, violencia doméstica conflictiva de pareja. El 20% restante respondieron que los factores eran antecedentes de psicosis y en un 5% mencionaron como factores de riesgo los problemas endocrinológicos previos.

La mitad de los expertos entrevistados coincide con la literatura mundial, al considerar que la existencia de un antecedente personal de depresión posparto representa un riesgo de 50% de desarrollar un trastorno puerperal posterior. Así como el hecho de padecer previamente un trastorno afectivo bipolar presentan un riesgo 20-50% de sufrir un trastorno puerperal, en especial si se suspendió la medicación.

La segunda pregunta: **¿Cuál es la presentación clínica que suele tener la psicosis posparto?** El 70% respondió que la presentación clínica usual consiste únicamente en: alucinaciones, delirios poco estructurados, insomnio, confusión. Un 20% de los entrevistados mencionó que además de la sintomatología antes ya descrita, presentaban ideas infanticidas e ideación suicida. Otro 5% agregó que además las pacientes podían presentar: desorganización conductual, agitación, rechazo al bebé, desorientación, ideas

suicidas, ideas de culpa, labilidad afectiva. El 5% agregó: angustia, problemas de memoria y atención, ideas obsesivas, ideas homicidas hacia el neonato, perplejidad, fluctuaciones rápidas del estado de ánimo, ideas paranoides, irritabilidad, verborrea, aumento exagerado o disminución de la actividad física, desconocimiento o negación del hijo, síntomas del primer rango de Schneider, síntomas cognitivos, tendencia a autolesionarse.

De los entrevistados la mayoría mencionó las características presentes en las psicosis, pero sólo el 20% menciona unos de los principales signos casi patognomónicos del cuadro, como lo son la ideación suicida e infanticida, que convierte este síndrome en una emergencia psiquiátrica. Además de lo anterior según la literatura mundial ésta es una de las diferencias principales entre la depresión posparto y la psicosis posparto.

La tercera pregunta consistía en: Según su experiencia. **¿Cuál es la evolución diagnóstica que tienen pacientes con episodio de psicosis posparto?** En el 80% de los entrevistados coincidieron que la evolución de la psicosis posparto es hacia un Trastorno Afectivo Bipolar. El 15% respondió que evolucionaban a un Trastorno Esquizofectivo y un 5% respondió que se resuelve en pocas semanas con tratamiento adecuado, cuando están relacionados a trastornos afectivos puede recurrir en un segundo embarazo y cuando están relacionados a conflictos interpersonales o trastornos de ansiedad es menos frecuente que ocurran. Las recaídas tienen tendencia a aparición de trastornos afectivos posteriores.

Se puede apreciar según los conocimientos adquiridos y la experiencia acumulada por los expertos, que este tipo de patología tiende a evolucionar en la mayoría de los casos hacia un trastorno afectivo bipolar, tal como lo refiere la literatura, que entre 51-65% de las pacientes diagnosticadas con psicosis puerperal presentarán uno o más episodios afectivos fuera del contexto del posparto.

La cuarta pregunta **¿Existe alguna diferencia en cuanto a la evolución clínica, la presentación rápida o tardía de síntomas?** Las respuestas fueron variadas, el 90% de los entrevistados coincidieron en afirmar que la presentación rápida de los síntomas tiene una mejor evolución y por lo tanto mejor pronóstico, con una mejor respuesta a la medicación. Un 5% respondió que la evolución era hacia un trastorno afectivo bipolar, especialmente si los síntomas inician entre la segunda y la octava semana luego del parto. Un 5% respondió que desconocía.

Con respecto a la presentación tardía de los síntomas un 75% respondió que la evolución era más complicada, con un peor pronóstico, menor respuesta o más lenta al tratamiento. Un 10% respondió que podrían evolucionar a trastorno afectivo bipolar, un 10% pensaba que la evolución era hacia un trastorno depresivo recurrente y un 5% hacia un trastorno esquizoafectivo.

En la literatura se describen datos que demuestran que el pronóstico es mucho mejor en aquellas pacientes que reciben tratamiento en forma temprana durante el curso de su enfermedad, en comparación con aquellas cuyo diagnóstico y por ende tratamiento inicia de forma más tardía. (Miller, 2002).

Con respecto a la relación entre los días posparto y la posible evolución diagnóstica esto continua siendo controversial, ya que se piensa que es la conjunción de múltiples causas y no sólo la presencia de una de ellas.

Para Akiskal (2008) la depresión y la psicosis posparto pertenecen al espectro bipolar, y las incluye dentro de trastorno bipolar no especificado. Incluso refiere que estos trastornos pueden ser la primera forma de presentación del trastorno afectivo bipolar.

En la pregunta **¿Cuál es el tratamiento más recomendado que debe emplearse en el manejo de la depresión y psicosis posparto?** El 90% coincidió en decir que la terapéutica principal serían los estabilizadores del ánimo, con un

antidepresivo y en caso de psicosis agregar un antipsicótico. De éstos el 90% consideraba que el tratamiento con antidepresivo y regulador debía mantenerse por al menos un período de 1 año. En cuanto al antipsicótico no mencionan tiempo de uso.

Un 10% consideraba que el tratamiento de primera elección sería la Terapia electroconvulsiva.

Solo el 15% consideró que estas pacientes eran de manejo preferiblemente hospitalario.

Un 10% cree que es importante que la paciente cuente con un tratamiento psicoterapéutico y soporte sociofamiliar, así como detección temprana de factores de riesgo.

La mayoría de los expertos optó por el tratamiento combinado que consiste en estabilizador del estado de ánimo, antidepresivo y un antipsicótico en casos de psicosis posparto tal como lo recomendado por la literatura. Aunque llama la atención que solo un 10% considerará parte del tratamiento el apoyo psicosocial y familiar, lo cual según Winser (2002) es una de las piedras angulares en la terapéutica de estas pacientes.

Con respecto a la última pregunta: **Considera usted que debería emplearse algún tipo de tratamiento farmacológico de forma profiláctica en una paciente que haya tenido el antecedente de psicosis o depresión posparto?** El 70% consideró que no debía emplearse ningún tratamiento de forma profiláctica, pero que debía tener control en psiquiatría periódica, indicarle a la familia y a la paciente sobre síntomas de importancia y en caso de inicio de primer síntoma iniciar tratamiento, dar un tratamiento de mantenimiento por un tiempo prudencial, y buscar síntomas predominantes.

Un 20% considera que sí debe usarse tratamiento de forma profiláctica, cuando la sintomatología es sugerente de un pródromo, cuando no hay forma de dar estricta vigilancia y seguimiento, cuando los antecedentes de TAB o psicosis

posparto son bastantes, cuando hay depresiones recurrentes, cuando los embarazos son muy seguidos, en pacientes con antecedentes posparto.

El 10% de los expertos consideró que debía tomarse en cuenta la opinión de la paciente antes de iniciar cualquier medicación.

Al igual que en la literatura mundial el uso de la profilaxis sigue siendo controversial, esto se demuestra en la variabilidad de respuestas dadas por los expertos donde una ligera mayoría recomendaban seguimiento por tiempo prudencial y valoración posterior de la necesidad de dar medicación. Mientras que otros expertos recomendaban la profilaxis en aquellos casos con factores de riesgo.

Es así como, Chaudron y colaboradores (2003), habla de que el tratamiento profiláctico en las mujeres con antecedentes de psicosis posparto puede ser indicada. Éstas parecen beneficiarse de la profilaxis puerperal con estabilizadores del humor.

Asímismo, Pfuhlmann B y colaboradores (2002), comentan que los estudios de tratamiento controlado hasta ahora están ausentes. Los estudios de caso sugieren que en los episodios de depresión y psicosis posparto la aplicación de estradiol después del parto puede ser beneficiosa y segura, pero son necesarios más estudios para aclarar los efectos colaterales y a largo plazo.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES

5. CONCLUSIONES

En el estudio realizado se encontraron los siguientes datos con respecto a las variables que fueron analizadas:

- Al analizar el estado civil, el 55% de las pacientes se encontraban casadas. Estos datos están relacionados con los reportados en otros estudios acerca del estado civil de las mujeres con mayor riesgo.
- Se encuentra que el 52.6% son primigestas, y que a diferencia de lo que se señala en la literatura mundial la condición del niño al nacer, fue en el 93.3% de las pacientes un niño sano, donde no hubo complicaciones perinatales de ninguna índole.
- Con respecto al promedio de edad de las pacientes que fueron diagnosticadas con depresión y psicosis posparto, este es de 25.4 años. Por lo que se puede decir que en Costa Rica la mayoría de las afectadas son mujeres adultas jóvenes.
- A mayor edad las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto iniciaron más rápido sus controles prenatales y las más jóvenes un poco más tarde. Lo que es coincidente con el número de embarazos previos de la usuaria, entre más edad tenían al menos 1 embarazo previo mientras que las más jóvenes eran primigestas.
- Existe una relación directa entre el nivel de escolaridad de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto y el inicio del control prenatal; es decir, a mayor nivel de escolaridad más rápido inician su control prenatal.

- Con respecto a la escolaridad de las pacientes se encontró que 46.7% tenían un grado de instrucción hasta primaria, de estas únicamente la mitad habían logrado completarla. Esto se correlaciona directamente con el oficio u profesión de las pacientes las cuales en un 81.7% son amas de casa.
- Dentro de los antecedentes heredofamiliares de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto, lo que se presenta con mayor frecuencia es principalmente depresión (63.3%) y psicosis (25.0%). En menos de un 5% de las pacientes existían antecedentes heredofamiliares de trastornos afectivos posparto.
- El principal antecedente personal encontrado en las pacientes es la depresión en un 40.0% de ellas y el 75.0% de ellas no había recibido tratamiento control. Lo que coincide con los resultados obtenidos por Navarro, J en su estudio 2003.
- Dentro de los síntomas de ingreso más relevantes con una prevalencia mayor del 40% de las pacientes se encuentran: el insomnio, la alteración de la actividad psicomotriz, ansiedad, llanto fácil, hiporexia, alucinaciones, ideas suicidas e infanticidas.
- Es importante mencionar que en la literatura el suicidio en la madre representa un 5% y el infanticidio un 4%. Pero llama la atención que en este estudio el porcentaje de infanticidio encontrado fue del 5%, más alto al que se describe en la literatura.
- Las pacientes con depresión y psicosis posparto recibieron como tratamiento para su enfermedad principalmente medicamentos hipnóticos (85.0%), antipsicóticos (65.0%) y antidepresivos (60.0%).

- Es importante señalar que sólo al 5% de las pacientes se les incluyó dentro del esquema terapéutico un estabilizador del estado de ánimo, donde la opinión de los expertos, el 90% de ellos, estaba a favor de estos fármacos como la terapéutica principal con un antidepresivo y/ o un antipsicótico. En el estudio realizado en el 2005 por Campos, E. también había encontrado que el tratamiento con estabilizadores de ánimo era muy limitado. Por lo que a pesar de las recomendaciones brindadas por la literatura, el manejo aún 2 años después es similar.
- En la consulta realizada a los expertos sólo el 15% consideraba el manejo hospitalario para el tratamiento de la psicosis posparto, pese a que es una verdadera urgencia psiquiátrica y requiere intervención inmediata para asegurar que la madre y el bebé estén bien; así como prevenir morbilidad materna.
- Las pacientes en estudio recurrieron al servicio de emergencias con un promedio de 3.1 veces. El 93.3% tuvo internamientos posteriores en psiquiatría, con un promedio de internamientos 1.7 veces.
- También a dos pacientes se les egresó sin tratamiento farmacológico y una a las a seis semanas ya estaba ingresada de nuevo y la otra al año con su segunda recaída, y como el 93.3% habían tenido ingresos posteriores, lo que evidencia la necesidad de diagnosticar y tratar a estas pacientes a nivel farmacológico, con psicoeducación, y terapias de soporte familiar, ya que el riesgo de recaídas futuras de episodios afectivos y/psicóticos es muy alta. Dos tercios de las mujeres que tuvieron psicosis posparto volverán a tenerla en los próximos partos, e inclusive fuera del estado gravídico.
- El diagnóstico posterior con mayor prevalencia fue trastorno afectivo bipolar, no especificado (32.7%). Lo cual concuerda con la literatura, donde

se menciona que la depresión y la psicosis posparto podrían ser el pródromo de un trastorno afectivo.

- En el universo de la población analizada, el comportamiento de los casos egresados que fueron diagnosticados en el HNP ha sido fluctuante, observándose dos incrementos importantes en los años 2003 y 2006, que podría relacionarse con la existencia de un subregistro. Tal como lo menciona Campos, E en su estudio 2005.
- En el período de estudio comprendido 2000-2007, la mayoría de las pacientes (80%) residen principalmente en el Valle Central; de estas el 41.7% en la provincia de San José, y en la provincia Heredia 15%. Esto podría relacionarse con el mayor acceso a los servicios de salud que tienen la población de estas zonas en comparación con regiones más alejadas.

De esta investigación se desprende que las pacientes estudiadas presentaban un perfil de mujeres casadas, primigestas, adultas jóvenes, con bajos niveles de escolaridad, amas de casa, que la gran mayoría pertenecían al Valle Central, con antecedentes heredofamiliares de depresión y antecedente personal con cuadros depresivos no tratados. Lo que concuerda con el estudio realizado en 1995 por Pantoja, I; donde encontró que la psicosis postparto era más frecuente en mujeres jóvenes entre los 15 a los 30 años, con baja escolaridad, amas de casa en su mayoría, primigestas, y con antecedentes heredofamiliares de trastornos afectivos.

Encontró además que la mayoría eran mujeres solteras a diferencia de esta revisión donde la mayoría de las mujeres eran casadas.

Todo lo anterior ayudará a dar a conocer y a poner en evidencia la necesidad de trabajo en equipo multidisciplinario para el manejo de las

pacientes embarazadas, además de la captación temprana de una paciente que podría estar evidenciando el primer episodio franco de una enfermedad mental mayor (trastorno mental del espectro afectivo, esquizofrenia, entre otros). A la vez, mejoraría la morbi-mortalidad de la díada madre-hijo.

CAPÍTULO 6

RECOMENDACIONES

6.RECOMENDACIONES

Debido a que tanto la depresión como la psicosis posparto, representan entidades nosológicas con graves repercusiones en la morbimortalidad de la díada madre-hijo, se recomienda dar mayor importancia en la formación y preparación en este campo a todos los trabajadores de la salud.

Generar acciones que se inicien en la formación de grado de los profesionales e incluir al sistema de salud y a la sociedad en general en esta temática, y a las asociaciones de usuarios en las iniciativas estatales destinadas al control de estas enfermedades en la población femenina joven.

Lo anterior es necesario, para mejorar las tasas de detección temprana de dichas patologías, y por ende que estas pacientes puedan recibir un buen manejo terapéutico temprano, con el fin de mejorar su pronóstico y por consiguiente su calidad de vida.

Se considera importante, estandarizar el uso de una escala, tal como la Escala de Edimburgo, que puede aplicarse en servicios de atención primaria en sus consultas de rutina para posparto, con el propósito de tamizar la presencia de sintomatología depresiva y la severidad de la misma, lo cual disminuiría el tiempo transcurrido para una atención especializada.

Sugiero además protocolos para el diagnóstico precoz y preciso de las psicosis posparto y poder así detectar la población femenina que cuenta con más riesgo de desarrollarla.

Es de suma importancia darles un seguimiento más estricto y continuo a estas pacientes, en especial a aquellas cuyos cuadros clínicos se caracterizaron por

gran desorganización conductual y de pensamiento, con el fin de disminuir las barreras del sistema de salud y de ser necesario instaurar medicación profiláctica.

Dado que el comienzo de los síntomas de las psicosis posparto puede ser tan temprano como en las primeras 24-72 horas posterior al parto, se recomienda que en todas las maternidades y consultas externas de obstetricia de los centros de salud estatales y privados se brinde información escrita a las usuarias y a sus parientes y amigos, para que se informen de las enfermedades del posparto y donde acudir si la presentaran, incluyendo números de teléfono, de faxes, correos electrónicos.

Es necesario el abordaje multidisciplinario (médicos generales, obstetras, ginecólogos, psiquiatras, enfermeras, trabajadores de atención primaria, trabajadoras sociales, farmacéuticos) como medida de prevención oportuna, lo cual ayudaría a disminuir los subregistros de los trastornos relacionados con el parto y favorecería investigaciones futuras que demuestren la prevalencia real de estos trastornos.

CAPÍTULO 7

BIBLIOGRAFÍA

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Análisis de Situación Integral del Hospital Nacional Psiquiátrico. 2007.
2. Acuña, Mario. **Evidencia Actualización en la Práctica Ambulatoria Depresión Posparto**. Argentina Vol. 5 Número 6: Noviembre-Diciembre 2002.
3. Akiskal, Hagop S.MD. **The Emergence of the Bipolar Spectrum:Validation Along Clinical-Epidemiologic and Familial-Genetic Lines**. Psychopharmacol Bull. 2008;40(4):99-115.
4. Barrantes Echavarría, Rodrigo. **Investigación un camino al conocimiento**, San José, Editorial EUNED, 1999.
5. Bartels, Andreas; Zeki, Semir. **The neural correlates of maternal and romantic love**. Neurolmage 21. 2004. Pag 1155-1166.
6. Beck C, Tatano DN: **Maternal Depression and child behaviour problems: a Meta-analysis**. J Adv Nurs, 1999; 29(3):623-629.
7. Beck C. **Predictors of postpartum depression:an update**. Nurs Res 2001; 50: 275-285.
8. Benoît Bayle. **Cambios psíquicos durante el embarazo. Mente y cerebro**, ISSN 1695-0887, N°. 31, 2008, pags. 36-4.
9. Bernard L. Harlow, PhD; Allison F. Vitonis, BA; et al. **Incidence of Hospitalization for Postpartum Psychotic and Bipolar Episodes in Women With and Without Prior Prepregnancy or Prenatal Psychiatric Hospitalizations**. Archives Of General Psychiatry. 2007 ENE;64(1).
10. Blehar M C, DePaulo J R Jr, Gershon E S, Reich T, Simpson S G Nurnberger J I Jr. **Women with bipolar disorder: findings from the NIMH Genetics Initiative sample**. Psychopharmacol Bull 1998; 34 (3): 239-43.
- 11.Boath E, Henshaw C. **The treatment of postnatal depression: a comprehensive literature overview**.J Reprod Infant Psychol 2001; 19: 15-48.
12. Borrell C, García-Calvente MM. **La salud pública desde la perspectiva del género y clase social**. España. 2004, supl1: 175-181.
13. Buist A. **Perinatal depression**. Australian Family Physician. 2006; 35(9).
14. Burt V, M.D; Suri R, M.D. **The Use of Psychotropic Medications During Breast-Feeding**. Am J Psychiatry; July 2001. 158:1001-1009.
15. Busko Marlene; Vega C. **New Guidelines Shed Light on Use of Psychiatric Medications During Pregnancy**. Obstet Gynecol. 2008;111: 1001-1020.

16. Campos Villegas, Enid. **“Características clínicas y manejo terapéutico de la depresión y psicosis posparto en el Hospital Nacional Psiquiátrico entre 1997-2004, y su relación con el desarrollo de trastorno afectivos mayores”**. Tesis. UCR. 2005.
17. Cooper PJ, Murray L. **Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept.** *Br J Psychiatry.* 1995;166(2):191-195
18. Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. **Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression. I. Impact on maternal mood.** *British Journal of Psychiatry* 2003;182:412-419.
19. Correa, E y cols. **Psicopatología de la Mujer.** Segunda Edición. Editorial Mediterráneo.Santiago, Chile. 2005
20. Cox J, Holden JM, Sagovsky R. **Detection of postnatal depression. Development of the 10 item Edimburgh Posnatal depression scale.** *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-6
21. Chacón Echeverría, Laura. **Maternidad y Psicosis.** Editorial UCR. 2003.
22. Chaudron LH, Pies RW. **The relationship between postpartum psychosis and bipolar disorder: a review.** *J Clin Psychiatry.* 2003;64:1284-1292.
23. Chung T, Lau T, Yip A, Chiu H, Lee D. **Antepartum depressive symptomatology is associated with adverse obstetric and neonatal outcomes.** *Psychosomat Med* 2001; 63: 830-4.
24. Dennis C-L. **The effect of peer support on postpartum depression: a pilot randomized controlled trial.** *Canadian Journal of Psychiatry* 2003;48:61-70.
25. Dennis C-L. **Can we identify mothers at-risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal Depression Scale?.** *Journal of Affective Disorders* 2004;78:163-169.
26. Dr. Donoso, E. **Reducción de la morbid-mortalidad maternal.** *Rev. chil. obstet. ginecol.* v.68 n.1 Santiago 2007.
27. D. Simón Lorda; I. Gómez-Reino. **Psicosis puerperal: aspectos clínicos y asistenciales.** *Psiquiatría Pública.* Vol. 11. Núm. 3. Mayo-Junio 1999.
28. DSM IVTR: **Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.** Cuarta edición, texto revisado.
29. Evans M, Gregorio., Mc John Vicuña M. **Depresión y psicosis postparto realidad en el sistema público de atención de salud.** *Rev chil obstet ginecol* 2003; 68(6): 491-494
30. F. Adouard, N.M.C. Glandgeaud-Freudenthal, and B.Golse. **Validation of Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) in a sample of women with high.risk pregnancies in France.** *Arch Women Ment Health* (2005) 8:89-95.
31. Fisher, S. **Postpartum mental health disorders.** *Mental Health Matters.* Gratiot Medical Center. Michigan. September. 2005.

32. Forty L, Jones L, Macgregor S, Caesar S, Cooper C, Hough A, Dean L, Dave S, Farmer A, McGuffin P, Brewster S, Craddock N, Jones I. **Familiality of postpartum depression in unipolar disorder: Results of a family study.** *American Journal of Psychiatry.* 2006 Sep;163(9):1549-53.
33. Gale S, Harlow SL. **Postpartum mood disorders: a review of clinical and epidemiological factors.** *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2003; 24: 257-63.
34. Gaviria, Silvia. **Tratamiento del trastorno afectivo bipolar en el embarazo.** *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2008; 46 (1) 43-54
35. Gómez Alcalde, M. S., "**Patología psiquiátrica en el puerperio (Psicosis puerperal)**", *Revista de Neuropsiquiatría*, 2002, 65, pp. 32-46.
36. Gibert J. Roca A. **Salud Mental y género en la práctica clínica.** Madrid, España. Ars Medica. 2007
37. Guscott R, Steiner M. **A multidisciplinary treatment approach to postpartum Psychoses.** *Can J Psychiatry* 1991;6(8):551-556.
38. Green J: **The SSRI debate and the evidence base in child and adolescent psychiatry.** *Current Opinion Psychiatry*, 17: 233 - 235, 2004.
39. Harris B, Lovett L, Newcombe RG, Read GF, Walker R, Riad-Fahmy D. **Maternity blues and major endocrine changes: Cardiff puerperal mood and hormone study 11.** *Br Med J* 1994; 308: 949-53.
40. Henshaw C. **Clinical and biological aspects of postpartum blues and depression.** *Curr op Psychiatry* 2000; 13: 635-8.
41. Henshaw C, Foreman D, Cox J. **Postnatal blues: a risk factor of postnatal depression.** *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2004; (3): 267- 72.
42. Hernandez Sampiere, Roberto et al. **Metodología de la Investigación.** Mc Graw Hill. Tercera Edición.
43. Hipwell AE, Goossens FA, Melhuish EC, Kumar R. **Severe maternal psychopathology and infant-mother attachment.** *Developmental Psychopathology* 2000;12(2):157-75
44. Jones, I. & Craddock,N. (2001) **Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder.Results of a family study.** *American Journal of Psychiatry*, 158, 913-917. *British Journal Of Psychiatry* (2006), 18 8, 32- 3 6.
45. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydso G. **Prevalence of depressive symptoms in latepregnancy and postpartum.** *Acta Obstetr Gynecol Scand* 2001; 80: 251-5.
46. Joy CB, Saylan M. **Unidades materno-infantiles en Reino Unido en pacientes con psicosis.** *Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2006 (traducida 2008).
47. Jureidini JN y cols.: **Efficacy and safety of antidepressants for children and adolescents.** *Brit Med J*, 328: 879 - 882, 2004
48. Kaplan, H. Y Sadock, B. "**Tratado de psiquiatría**". Ediciones científicas y técnicas S.A. 1992. Barcelona.
49. Kendell R E, Chalmers J C, Platz C. **Epidemiology of puerperal psychoses.** *Br J Psychiatry* 1987; 150: 662-73.

50. Kent G, Bronwyn G, Stuckey B, Allen J, Lambert T, Gee V. **Postpartum thyroid dysfunction: clinical assessment and relationship to psychiatric affective morbidity**. Clin Endocrinol 1999; 51: 429-38.
51. Kisa C; Aydemir C; Kurt A; Gülen S; Göka E. **Long term follow-up of patients with postpartum psychosis**. Turk Psikiyatri Derg. 2007; 18(3):223-30
52. Kumar R, Robson K M. **A prospective study of emotional disorders in childbearing women**. Br J Psychiatry 1984; 144: 35-4.
53. Lucas A, Pizarro E, Granada ML, Salinas I, Sanmarti A. **Postpartum thyroid dysfunction and postpartum depression: are they two linked disorders?** Clinical Endocrinology 2001; 55:809-14.
54. Matías, J.; Montejo, A.L.; P. de la Vega e I. Montero: **Psicosis puerperal. Implicaciones nosológicas a propósito de un caso**. Psiquiatría Biológica. Volum.1- nº4. Noviem- Diciem. 1994, pp.175-177.
55. Miller LJ: **Postpartum Depression**. JAMA, February 13, 2002; 287(6).
56. Miller LJ: **Postpartum Depression**. JAMA, February 13, 2002; 287(6): 762-764
57. Miller L. Chicago Women's Program: **Comprehensive prenatal and postpartum psychiatric care for women with severe mental illness**. APA. Psychiatric Services. 2000;47(10):1108-1111.
58. Miller LJ. **Postpartum depression**. JAMA. 2002; 287: 762-8.
59. Montero I, Aparicio D, Gómez-Beneyto M. **Género y Salud mental en un mundo cambiante**. En informe SEESPAS. Editorial desconocida. 2004.
60. Nager A; Johansson LM; Sundquist K. **Are sociodemographic factors and year of delivery associated with hospital admission for postpartum psychosis? A study of 500,000 first-time mothers**. Acta Psychiatr Scand. 2005; 112(1):47-53.
61. Navarro Carvajal, Jennifer. **Estudio de las evaluaciones médicas utilizadas para identificar a las mujeres con diagnóstico de depresión postparto en las publicaciones presentadas desde 1998 a 2003**. Tesis. Universidad Hispanoamericana. Diciembre, 2003.
62. Navarro G; García M; Fernández A. **Evaluación del estado de ánimo en el puerperio con la escala de depresión postnatal de Edimburgo**. Int J Clin Health Psychol. 2005; 5 (2): 305-318.
63. Nonacs R, Cohen L. **Depression during pregnancy: diagnosis and treatment options**. J Clin Psychiatry 2002; 63 (7): 24-40.
64. Nonacs, R y Cohen, L. **Postpartum Mood Disorders: Diagnosis and Treatment Guidelines**. J Clin Psychiatry. 1998; 59: 34-40.
65. Noriuchi M, Kikuchi Y, Senoo A. **The functional neuroanatomy of maternal love: mother's response to infant's attachment behaviors**. Biol Psychiatry. 2008 Feb 15;63(4):415-23.

66. Oviedo G.F., Jordán V., **Trastornos Afectivos Posparto**. Universidad Médica 2006 VOL. 47 N° 2
67. Pantoja Murillo, Ileana. **Factores de riesgo en la psicosis postparto**. Tesis. UCR. Enero, 1995.
68. Pearson Murphy BE, Steinberg SI, Hu FY, Allison CM. **Neuroactive ring A-reduced metabolites of progesterone in human plasma during pregnancy: elevated levels of [alpha-dihydroprogesterone in depressed patients during the latter half of pregnancy]**. J Clin Endocrinol Metabolism 2001; 86: 5981-87.
69. Pérez Villegas R; Sáenz Carrillo K. **Variables asociadas a depresión posparto según escala de Edimburgo**. Rev Obstet Ginecol Venez 2007;67(3):187-191
70. Ploekinger B, Dantendorfer K, Ulm M, Baischer W, Derfler K, Musalek M, et al. **Rapid decrease of serum cholesterol concentration and postpartum depression**. Br Med J 1996; 313: 664.
71. Pop VJ, de Rooy HA, Vader HL, van der Heide D, van Son MM, Komproe IH. **Microsomal antibodies during gestation in relation to postpartum thyroid dysfunction and depression**, Acta Endocrinol 1993; 129(1): 26-30.
72. Reardon, Elliot; Cogle, Jesse. **Depression and unintended pregnancy in the national longitudinal survey a youth: a cohort study**. British Medical Journal, Jan 2002; 324(7330): 151-152.
73. Robertson-Blackmore E, Jones I, Doshi M, Haque S, Holder R, Brockington I Craddock N. **Obstetric factors associated with bipolar affective puerperal psychosis**. British Journal of Psychiatry. 2006;188:32-6.
74. 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.
75. Robertson, E., Jones, I., Haque, S., **Risk of puerperal and non puerperal recurrence of illness following bipolar affective puerperal (postpartum) psychosis**. British Journal of Psychiatry(2005), 186, 258-259.
76. 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**. British Journal of Psychiatry. 2005;186: 258-259.
77. Robinson GE. **El tratamiento de los trastornos psiquiátricos postparto**. International Psychiatry Today En Español. 1995;4(4):6-8.
78. Salín-Pascual, R. **El impacto de los sistemas hormonales sobre la neurobiología de las alteraciones afectivas de la mujer**. Psiquis, México, vol. 7 núm 3. 1998.
79. Simón Lorda et al. **Psicosis Puerperal: aspectos clínicos y asistenciales**. Revista Psiquiatría Pública. Volumen 11, Numero 3. Mayo-Junio, 1999.
80. Sit D; Rothschild AJ; Wisner KL. **A review of postpartum psychosis**. J Womens Health (Larchmt). 2006; 15(4):352-68.

81. Sit D; Rothschild AJ; Wisner KL. **A review of postpartum psychosis.** J Womens Health (Larchmt). 2006; 15(4):352-68.
82. Spinelli M. **Maternal infanticide associated with mental illness: prevention and promise of savelives.** Am J Psychiatry 2004; 161: 548-57.
83. Stahl, Stephen. **Neuroscientific basis and practical applications.** Sthal's Essential Psychopharmacology. Third edition. 2008.
84. Stahl, Stephen. **Depression and Bipolar Disorder.** Sthal's Essential Psychopharmacology. Third edition. 2008.
85. Shields N, Reid M, Cheyne H *et al*: **Impact of midwife-managed care in the postnatal period: an exploration of psychosocial outcomes.** J Reprod Infant Psychol 1997; 15: 91-108.
86. Stocky A, Lynch J. **Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium.** Baillieres Best Practice Research Clinical Obstetrics and Gynecology 2000;14(1):73-87.
87. Stowe ZN, Hostetter AL, Newport OJ. **The onset of postpartum depression: implication for clinical screening in obstetrical and primary care.** Am J Obstet Gynecol 2005; 192 (2): 522- 6
88. Swain JE, Lorberbaum JP, Kose S, Strathearn L. **Brain basis of early parent-infant interactions: psychology, pshysiology, and in vivo functional neuroimaging studies.** J Child Psychol Psychiatry. 2007 Mar-Apr;48(3-4):262-8.
89. Terp IM, Engholm G, Moller H, Mortensen PB. **A follow-up study of postpartum psychosis: prognosis and risk factors for readmission.** Acta Psychiatr Scand. 1999;100:40-46.
90. Troutman BR, Cutrona CE. **Nonpsychotic postpartum depression among adolescent mothers.** J Abnorm Psychol. 1990;99:69-78
91. Usall i Rodié, J. **El uso de estrógenos en el tratamiento de los trastornos mentales.** Actas Esp Psiquiatría 2003; 31(4):199-204.
92. Valdimarsdóttir U, Hultman CM, Harlow B, Cnattingius S, Sparén P. **Psychotic Illness in First-Time Mothers with No Previous Psychiatric Hospitalizations: A Population-Based Study.** Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden. PLoS Med 2009; 6(2).
93. Vargas Rueda, Adriana; Chaskel, Roberto. **Neurobiología del apego.** Avances de Psiquiatría Biológica. Vol.8. 2007.
94. Viguera A C, Cohen L S, et al. **Reproductive decisions by women with bipolar disorder after pregnancy psychiatric consultation.** Am J Psychiatry 2002; 159 (12): 2102-4
95. Winser K, Parry S, Piontek C. **Postpartum depression.** N Eng J Med 2002; 347: 194-9.
96. Whittington CJ, y cols.: **Selective serotonin reuptake inhibitors in childhood depression: systematic review of published versus unpublished data.** Lancet, 363: 1341 - 1345, 2004.

CAPÍTULO 8

ANEXOS

8. ANEXOS

ANEXO N° 1: CUESTIONARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS PROYECTO DE INVESTIGACIÓN “EVOLUCIÓN DIAGNÓSTICA Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LA DEPRESIÓN Y PSICOSIS POSPARTO DE LAS PACIENTES EGRESADAS DEL HOSPITAL NACIONAL PSIQUIÁTRICO, DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE 2000-2007”.

Responda a las siguientes preguntas.

8. ¿Qué edad tiene usted?

- De 18 a 19 años
- De 20 de 30 años
- De 31 a 40 años
- De 41 de 50 años

9. ¿Cuál es su estado civil?

- Soltera
- Casada
- Viuda
- Unión Libre
- Divorciada

10. ¿Qué escolaridad tiene usted? Diga si fue completa o NO.

- Primaria

- Completa
- Incompleta: Hasta que año llegó: _____

Secundaria

- Completa
- Incompleta: Hasta que año llegó: _____

Universitaria

- Completa
- Incompleta: Hasta que año llegó: _____

11. ¿Cuál es su profesión?

12. ¿Cuándo inició su control prenatal?

- En el primer trimestre
- En el segundo trimestre
- Tercer trimestre
- No tuvo control prenatal

13. ¿Cuántos embarazos ha tenido?

- Es el primer embarazo
- Segundo embarazo
- Tercer embarazo o más

14. ¿Cuál fue la condición del niño (a)?

**ANEXO N° 2: Fórmula de Consentimiento Informado para
pacientes que fueron diagnosticadas con Depresión y/o Psicosis
Postparto.**

**“EVOLUCIÓN DIAGNÓSTICA Y MANEJO TERAPÉUTICO DE LA DEPRESIÓN
Y PSICOSIS POSPARTO DE LAS PACIENTES EGRESADAS DEL HOSPITAL
NACIONAL PSIQUIÁTRICO, DURANTE EL PERÍODO COMPRENDIDO ENTRE
2000-2007”.**

Código (o número) de proyecto _____

Nombre de la investigadora principal: Susana Maradiegue Montero

Nombre de la Tutora: Dra. Flory Barrantes B.

Nombre _____

del

participante: _____

A. **PRÓPOSITO DEL PROYECTO:** Se trata de un trabajo de tesis para optar por la especialidad médica en Psiquiatría. La autora es Susana Maradiegue Montero, médico residente de Psiquiatría de tercer año. El estudio cuenta con el aval del Comité Local de Bioética en Investigación (CLOBI) del Hospital Nacional Psiquiátrico. Mediante el aporte al completar los instrumentos de la investigación, se planea estudiar desde un enfoque cuantitativo, la evolución diagnóstica y el manejo terapéutico de la depresión y Psicosis Posparto.

B. ¿QUÉ SE HARÁ?

- 1) Si acepto participar como paciente; se me realizará un cuestionario para conocer aspectos relacionados con mi condición socioeconómica, y aspectos relacionados con el embarazo. Este cuestionario será aplicado en instalaciones del Hospital Nacional Psiquiátrico. La información obtenida quedará registrada y será retenida con fines de estudio.
- 2) Estos datos serán publicados en la investigación de tesis de postgrado “Evolución Diagnóstica y manejo terapéutico de la Psicosis Posparto durante el período comprendido 2000-2007”.

C. **RIESGOS:** No se espera que del presente estudio derive algún riesgo para las participantes. Pero en caso que alguna de las participantes se

descompensase inmediatamente sería referido al servicio de Urgencias del Hospital Nacional Psiquiátrico.

- D. **PRIVACIDAD:** Se asegura la confidencialidad de la información obtenida por parte de las participantes, los nombres de las pacientes no serán consignados, solo las siglas iniciales, así tampoco serán revelados los nombres de los familiares ni de los psiquiatras participantes. Los cuestionarios y las entrevistas estructuradas, así como otros datos recabados, serán de uso exclusivo por la investigadora y colaboradores.

El análisis de la información obtenida será publicado como parte del estudio, no se realizarán acotaciones personales de ninguno de los participantes.

- E. **BENEFICIOS:** Del presente estudio se espera que tanto los pacientes que fueron diagnosticadas con psicosis postparto, así como sus familias y los médicos en general, principalmente los psiquiatras, obtengan beneficios indirectos como la creación de protocolos que faciliten la rápida atención y captación de aquellas pacientes con más riesgo de desarrollar una psicosis posparto, con el fin de establecer las medidas terapéuticas necesarias de forma oportuna que disminuyan el riesgo de lesiones tanto al niño como a la madre (específicamente suicidios e infanticidios), además que podría mejorar el pronóstico de la paciente.
- F. En caso que durante el proceso surgiese algún cuestionamiento serían abordados por parte de la investigadora, quien responderá a los mismos. En caso que tuviesen la inquietud de mayor información pueden contactar a la Dra. Susana Maradiegue dentro del Hospital Nacional Psiquiátrico al 2232-2155. Además, puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación al Comité Local de Bioética en Investigación (CLOBI) del Hospital Nacional Psiquiátrico al 2232-2155, de lunes a viernes de 7 a.m. a 4 p.m.
- G. Recibiré una copia de esta fórmula para mi uso personal.
- H. Mi participación en este estudio es voluntaria. Tengo el derecho de negarme a participar o a discontinuar mi participación en cualquier momento, sin que esta decisión me afecte a nivel personal.
- I. NO perderé ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio.

Nombre, cédula y firma del sujeto

fecha

Nombre, cédula y firma del testigo

fecha

Dra. Susana Maradiegue Montero, cédula 1-1111-0588, firma investigadora fecha

ANEXO N° 3: HOJA DE COTEJO

Evolución Diagnóstica y manejo terapéutico de la Depresión y Psicosis Posparto de las pacientes egresadas del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período comprendido entre 2000-2007

ANTECEDENTES FAMILIARES

Psicosis
Depresión
Trastornos Afectivos Posparto

ANTECEDENTES PERSONALES

Psicosis
Depresión
Trastornos Afectivos Posparto

INGRESO ACTUAL

Fecha de ingreso
Fecha de egreso
Días de estancia
Días Posparto de Ingreso
Diagnóstico de Ingreso
Diagnóstico de Egreso

SÍNTOMAS DE INGRESO

Llanto fácil
Mutismo
Negativismo
Hiporexia
Insomnio
Ansiedad
Agresividad
Ideas Suicidas
Ideas Homicidas
Ideas Infanticidas
Actividad Psicomotriz
Alucinaciones
Delirios

TRATAMIENTO RECIBIDO

Antidepresivo

Antipsicóticos
Litio
Acido Valproico
Carbamazepina
Lamotrigina
Otros reguladores del afecto
Hipnóticos
TEC
Psicoterapia

Medicación de Egreso:

SEGUIMIENTO

Consulta Externa HNP

Consulta Externa de otros servicios de Psiquiatría

Consulta Privada

Consultas a Emergencias

N° CONSULTAS _____

INTERNAMIENTOS POSTERIORES EN PSIQUIATRÍA

N° INTERNAMIENTOS POSTERIORES _____

DIAGNOSTICOS POSTERIORES

TRASTORNOS AFECTIVOS POSPARTO RECURRENTES

FECHA 2° EPISODIO

INTERVALO ENTRE EPISODIOS

ANEXO N°4: ENTREVISTA ESTRUCTURADA A EXPERTOS

Evolución Diagnóstica y manejo terapéutico de la Depresión y Psicosis Posparto de las pacientes egresadas del Hospital Nacional Psiquiátrico, durante el período comprendido entre 2000-2007

¿Cuáles son los factores de riesgo más importantes para que una paciente desarrolle una depresión y/o psicosis posparto?

¿Cuál es la presentación clínica que suele tener la psicosis posparto?

Según su experiencia, ¿Cuál es la evolución diagnóstica que tienen pacientes con un episodio de psicosis posparto?

¿Existe alguna diferencia en cuanto a evolución clínica, la presentación rápida o tardía de síntomas?

¿Cuál es el tratamiento más recomendado que debe emplearse en el manejo de la depresión y psicosis posparto?

¿Considera usted que debería emplearse algún tipo de tratamiento farmacológico de forma profiláctica en una paciente que haya tenido el antecedente de psicosis o depresión posparto?

ANEXO N°5: Diagnóstico y tratamiento de ingreso

Los diagnósticos de ingreso fueron:

F53.1: Trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio, no clasificado en otra parte.

F53.0: Trastornos mentales y del comportamiento leves, asociados con el puerperio, no clasificado en otra parte.

En el grupo de otros diagnósticos:

F23.9: Trastorno psicótico agudo, no especificado.

R45.8: Otros síntomas y signos que involucran el estado emocional.

F29.0: Psicosis de origen no orgánica, no especificada.

F32.1: Episodio depresivo moderado.

F32.3: Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos.

F33.3: Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo presente, con síntomas psicóticos.

F43.2: Trastornos de adaptación.

Z03.8: Observación sospechosa de otras enfermedades y afecciones.

Todos los diagnósticos que empiezan con la letra F son del grupo de desórdenes mentales. (Cuadro 1)

Los grupos de medicamentos de tratamiento fueron:

- Hipnóticos
- Antipsicóticos
- Antidepresivos
- Anticolinérgicos
- Reguladores del Estado de Ánimo

- Terapia Electroconvulsiva

Distribución absoluta y relativa del diagnóstico de ingreso en relación al tratamiento de ingreso agrupada. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007

Grupo de Medicamentos		Diagnóstico de ingreso			Total
		F53.1	F53.0	Otros	
Sin tratamiento	Casos	1	0	0	1
	<i>Porcentaje por grupo de medicamentos</i>	100.0	0.0	0.0	100.0
	<i>Porcentaje por diagnóstico</i>	1.0	0.0	0.0	0.6
	<i>Porcentaje con respecto al total de casos</i>	0.6	0.0	0.0	
Hipnóticos	Casos	29	22	12	63
	<i>Porcentaje por grupo de medicamentos</i>	46.0	34.9	19.0	100.0
	<i>Porcentaje por diagnóstico</i>	30.2	44.0	37.5	35.4
	<i>Porcentaje con respecto al total de casos</i>	16.3	12.4	6.7	
Antipsicóticos	Casos	27	7	8	42
	<i>Porcentaje por grupo de medicamentos</i>	64.3	16.7	19.0	100.0
	<i>Porcentaje por diagnóstico</i>	28.1	14.0	25.0	23.6
	<i>Porcentaje con respecto al total de casos</i>	15.2	3.9	4.5	
Antidepresivos	Casos	11	18	9	38
	<i>Porcentaje por grupo de medicamentos</i>	28.9	47.4	23.7	100.0
	<i>Porcentaje por diagnóstico</i>	11.5	36.0	28.1	21.3
	<i>Porcentaje con respecto al total de casos</i>	6.2	10.1	5.1	
Anticolinérgicos	Casos	13	3	2	18
	<i>Porcentaje por grupo de medicamentos</i>	72.2	16.7	11.1	100.0
	<i>Porcentaje por diagnóstico</i>	13.5	6.0	6.2	10.1
	<i>Porcentaje con respecto al total de casos</i>	7.3	1.7	1.1	
Reguladores del Estado de Ánimo	Casos	13	0	1	14
	<i>Porcentaje por grupo de medicamentos</i>	92.9	0.0	7.1	100.0
	<i>Porcentaje por diagnóstico</i>	13.5	0.0	3.1	7.9

Grupo de Medicamentos		Diagnóstico de ingreso			Total
		F53.1	F53.0	Otros	
	<i>Porcentaje con respecto al total de casos</i>	7.3	0.0	0.6	
Terapia Electroconvulsiva	Casos	1	0	0	1
	<i>Porcentaje por grupo de medicamentos</i>	100.0	0.0	0.0	100.0
	<i>Porcentaje por diagnóstico</i>	1.0	0.0	0.0	0.6
	<i>Porcentaje con respecto al total de casos</i>	0.6	0.0	0.0	
Total	Casos	96	50	32	178
	<i>Porcentaje por grupo de medicamentos</i>	53.9	28.1	18.0	100.0
	<i>Porcentaje por diagnóstico</i>	100.0	100.0	100.0	100.0

Interpretación del cuadro anterior en las celdas de grupo de medicamentos Hipnóticos 46.0%, 30.2% y 16.3% respectivamente:

- Del total de medicamentos dados al egreso del grupo Hipnóticos, el 46.0% se dieron para el diagnóstico Trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio (F53.1).
- Del total de diagnóstico de egreso Trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio (F53.1), al 30.2% se les dio medicamentos de tipo Hipnótico a su egreso.
- Del total de casos el 16.3% tuvieron un diagnóstico de egreso Trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio (F53.1) y se les dio medicamentos de egreso del tipo Hipnótico.

ANEXO N°6: Diagnóstico y medicación de egreso

En este apartado se analizan dos variables con respuesta múltiple, diagnóstico de egreso y la medicación de egreso agrupada por grupos de medicamentos.

Los diagnósticos de egreso fueron:

- **F53.1:** Trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio, no clasificado en otra parte.
- **F53.0:** Trastornos mentales y del comportamiento leves, asociados con el puerperio, no clasificado en otra parte.

En el grupo de otros diagnósticos:

- F53.9 Trastorno mental puerperal, no especificado.
- F31.9 y F53.1: Trastorno efectivo bipolar con síntomas psicóticos de inicio de posparto.
- F53.0 y F53.1: Episodio depresivo severo con psicosis en inicio de posparto.
- F60.3: Trastornos de la personalidad emocionalmente inestable.
- Z60.3: Problemas en la relación entre esposos o pareja.

Todos los diagnósticos que empiezan con la letra F son del grupo de desórdenes mentales.

Los grupos de medicamentos de egreso fueron:

- Hipnóticos
- Antipsicóticos
- Antidepresivos
- Anticolinérgicos

- Reguladores del Estado de Ánimo
- Terapia Electroconvulsiva

Distribución absoluta y relativa del diagnóstico de egreso en relación con la medicación de egreso agrupada. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007

Grupo de Medicamentos		Diagnóstico de egreso			Total
		F53.1	F53.0	Otros	
Sin medicación de egreso	Casos	2	0	0	2
	<i>Porcentaje por grupo de medicamentos</i>	100.0	0.0	0.0	100.0
	<i>Porcentaje por diagnóstico</i>	2.2	0.0	0.0	1.2
	<i>Porcentaje con respecto al total de casos</i>	1.2	0.0	0.0	
Hipnóticos	Casos	24	23	6	53
	<i>Porcentaje por grupo de medicamentos</i>	45.3	43.4	11.3	100.0
	<i>Porcentaje por diagnóstico</i>	25.8	41.8	35.3	32.1
	<i>Porcentaje con respecto al total de casos</i>	14.5	13.9	3.6	
Antipsicóticos	Casos	28	8	4	40
	<i>Porcentaje por grupo de medicamentos</i>	70.0	20.0	10.0	100.0
	<i>Porcentaje por diagnóstico</i>	30.1	14.5	23.5	24.2
	<i>Porcentaje con respecto al total de casos</i>	17.0	4.8	2.4	
Antidepresivos	Casos	12	22	4	38
	<i>Porcentaje por grupo de medicamentos</i>	31.6	57.9	10.5	100.0
	<i>Porcentaje por diagnóstico</i>	12.9	40.0	23.5	23.0
	<i>Porcentaje con respecto al total de casos</i>	7.2	13.3	2.4	
Anticolinérgicos	Casos	16	1	0	17
	<i>Porcentaje por grupo de medicamentos</i>	94.1	5.9	0.0	100.0
	<i>Porcentaje por diagnóstico</i>	17.2	1.8	0.0	10.3
	<i>Porcentaje con respecto al total de casos</i>	9.7	0.6	0.0	
Reguladores del Estado de Ánimo	Casos	10	1	3	14
	<i>Porcentaje por grupo de medicamentos</i>	71.4	7.1	21.4	100.0

	<i>Porcentaje por diagnóstico</i>	10.8	1.8	17.6	8.4
	<i>Porcentaje con respecto al total de casos</i>	6.1	0.6	1.8	
Terapia Electroconvulsiva	Casos	1	0	0	1
	<i>Porcentaje por grupo de medicamentos</i>	100.0	0.0	0.0	100.0
	<i>Porcentaje por diagnóstico</i>	1.1	0.0	0.0	0.6
	<i>Porcentaje con respecto al total de casos</i>	0.6	0.0	0.0	
Total	Casos	93	55	17	165
	<i>Porcentaje por grupo de medicamentos</i>	56.4	33.3	10.3	100.0
	<i>Porcentaje por diagnóstico</i>	100.0	100.0	100.0	100.0

Interpretación del cuadro anterior en las celdas de grupo de medicamentos Hipnóticos 45.2%, 25.8% y 14.5% respectivamente:

- Del total de medicamentos dados al egreso del grupo Hipnóticos, el 45.3% se dieron para el diagnóstico trastorno mental y del comportamiento grave, asociados con el puerperio (F53.1).
- Del total de diagnóstico de egreso trastorno mental y del comportamiento grave asociados con el puerperio (F53.1), al 25.8% se les dio medicamentos de tipo Hipnótico a su egreso.
- Del total de casos el 14.5% tuvieron un diagnóstico de egreso trastorno mental y del comportamiento grave asociados con el puerperio (F53.1) y se les dio medicamentos de egreso del tipo Hipnótico.

Distribución absoluta y relativa de la medicación de egreso. Pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto. Hospital Nacional Psiquiátrico. 2000-2007

Medicación de egreso	Pacientes	Porcentaje	Porcentaje acumulado
BENADRYL, FLUOXETINA	6	10,0	10,0
BENADRYL, FLUOXETINA, HALOPERIDOL	4	6,7	16,7
CLONAZEPAN, FLUOXETINA	4	6,7	23,3

Medicación de egreso	Pacientes	Porcentaje	Porcentaje acumulado
CLONAZEPAN, FLUOXETINA, HALOPERIDOL	4	6,7	30,0
AVP, BENADRYL, HALOPERIDOL	3	5,0	35,0
AVP, CLONAZEPAN, HALOPERIDOL	2	3,3	38,3
BIPERIDENO, HALOPERIDOL	2	3,3	41,7
CLONAZEPAN, IMIPRANINA	2	3,3	45,0
DIAZEPAN, FLUOXETINA	2	3,3	48,3
SIN TRATAMIENTO	2	3,3	51,7
AVP, BENADRYL, BIPERIDENO, HALOPERIDOL	1	1,7	53,3
AVP, BIPERIDENO, LORAZEPAM, TRIFLUOPERAZINA	1	1,7	55,0
AVP, BIPERIDENO, PERFENAZINA	1	1,7	56,7
AVP, BIPERIDENO, TRIFLUOPERAZINA	1	1,7	58,3
AVP, CLONAZEPAN, BIPERIDENO, HALOPERIDOL	1	1,7	60,0
AVP, CLONAZEPAN, OLANZAPINA	1	1,7	61,7
BENADRYL	1	1,7	63,3
BENADRYL, BIPERIDENO, CARBAMAZEPINA, FLUOXETINA, HALOPERIDOL	1	1,7	65,0
BENADRYL, BIPERIDENO, FLUOXETINA, HALOPERIDOL	1	1,7	66,7
BENADRYL, BIPERIDENO, FLUOXETINA, HALOPERIDOL, LORAZEPAM	1	1,7	68,3
BENADRYL, BIPERIDENO, HALOPERIDOL	1	1,7	70,0
BENADRYL, BIPERIDENO, HALOPERIDOL, TEC #6	1	1,7	71,7
BENADRYL, DIAZEPAN, IMIPRAMINA	1	1,7	73,3
BENADRYL, FLUOXETINA, PERFENAZINA	1	1,7	75,0
BENADRYL, FLUOXETINA, TIORIDAZINA	1	1,7	76,7
BENADRYL, FLUOXETINA, TRIFLUOPERAZINA	1	1,7	78,3
BENADRYL, HALOPERIDOL, LORAZEPAM	1	1,7	80,0
BIPERIDENO, COABOMAZEPINA, DIFENHIDRAMINA, HALOPERIDOL, TIORIDAZIN	1	1,7	81,7
BIPERIDENO, DIAZEPAN, TRIFLUOPERAZINA	1	1,7	83,3
BIPERIDENO, FLUOXETINA, HIDROXICINA, PERFENAZINA	1	1,7	85,0
BIPERIDENO, FLUOXETINA,	1	1,7	86,7

Medicación de egreso	Pacientes	Porcentaje	Porcentaje acumulado
PERFENAZINA, TEC#6			
BIPERIDENO, PERFENAZINA	1	1,7	88,3
CLONAZEPAN, CLORPROMAZINA, FLUOXETINA	1	1,7	90,0
CLONAZEPAN, FLUOXETINA, LAMOTRIGINA	1	1,7	91,7
CLONAZEPAN, PAROXETINA	1	1,7	93,3
FLUOXETINA	1	1,7	95,0
FLUOXETINA, HIDROXIZINC, PERFENAZINA	1	1,7	96,7
FLUOXETINA, LORACEPAM, PERFENAZINA	1	1,7	98,3
RISPERIDONA	1	1,7	100,0
Total	60	100,0	

ANEXO N°7: RELACIÓN DE ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES CON EL DIAGNÓSTICO POSTERIOR

Relación entre los diagnósticos posteriores de trastornos esquizoafectivos (10 casos) y trastornos afectivos bipolares (20 casos) con el tener o no algún tipo de antecedente familiar de psicosis.

Las variables se recodificaron a tipo dicotómica; es decir, tiene el diagnóstico =1 o no lo tiene = 0; de la misma forma presenta algún antecedente familiar de psicosis =1 o no lo tiene = 0.

Relación entre los trastornos esquizoafectivos (TEA) vs Antecedentes familiares de Psicosis (AFP)

	AFP Expuestos	No AFP No expuestos	Total	Proporción Expuestos
TEA	3	7	10	0.3000
No TEA	11	39	50	0.2200
Total	14	46	60	0.2333
	Estimación puntual		[95% Conf. Interval]	
Odds ratio	1.519481		.2161167	8.117147 (exact)
Attr. frac. ex.	.3418803		-3.627129	.876804 (exact)
Attr. frac. pop	.1025641			
chi2(1) =			0.30	Pr>chi2 = 0.5851

De acuerdo con la prueba Chi-cuadrado ($p = 0.5851$) no dice que no existe evidencia para decir que exista asociación entre el diagnóstico posterior TEA y la exposición al antecedente familiar de psicosis. El valor de p es más grande que el nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

Como no existe asociación entre las dos variables, por lo tanto tampoco se puede cuantificar el riesgo.

Relación entre los trastornos afectivo bipolar (TAB) vs Antecedentes familiares de Depresión (AHF)

	AFP Expuestos	No AFP No expuestos	Total	Proporción Expuestos
TAB	6	14	20	0.3000
No TAB	8	32	40	0.2000
Total	14	46	60	0.2333
	Estimación puntual		[95% Conf. Interval]	
Odds ratio	1.714286		.4046065	6.881747 (exact)
Attr. frac. ex.	.4166667		-1.471537	.8546881 (exact)
Attr. frac. pop	.125			
	chi2(1) =		0.75	Pr>chi2 = 0.3880

De acuerdo con la prueba Chi-cuadrado ($p = 0.3880$) no dice que no existe evidencia para decir que exista asociación entre el diagnóstico posterior TAB y la exposición al antecedente familiar de depresión. El valor de p es más grande que el nivel de significancia $\alpha = 0.05$.

Como no existe asociación entre las dos variables, por lo tanto tampoco se puede cuantificar el riesgo.