

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA, PSICOLÓGICA Y SEMIOLÓGICA
DE LAS USUARIAS EGRESADAS CON DIAGNÓSTICO DE PSICOSIS
PUERPERAL O PSICOSIS POSPARTO EN EL HOSPITAL NACIONAL
PSIQUIÁTRICO DESDE ENERO 2005 HASTA JULIO 2013.

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Estudios de
Posgrado en Especialidades Médicas para optar por el grado de Médico Especialista en
Psiquiatría.

Investigador: Dr. Carlos Castro Chaves

Tutores: Dra. Gloria Elena Salazar Monge
Dr. Rodolfo Salazar Fonseca

Lectores: Dra. Melina Castro Leitón
Dr. Roberto Chavarría Bolaños

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2014

Dedicatoria

A quienes me han deslumbrado con las maravillas de ser mujer y ser madre; a mi propia madre, origen de mi ser y a mi esposa, destino de mi vida.

Agradecimientos

A mi familia por todo su apoyo y por soportar el proceso que conlleva una empresa como esta. A mis profesores y profesoras por enseñarme a cuestionar más allá y por demostrarme con su quehacer el interés por las personas y cómo ayudarles. A los lectores y tutores por su tiempo y sus valiosos consejos. A las usuarias del hospital, quienes han sido una verdadera escuela; por quienes trabajo y seguiré trabajando en el campo que me apasiona.

CARTA DE APROBACION

Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Estudios de
Posgrado en Psiquiatría de la Universidad de Costa Rica,
como requisito parcial para optar al grado y título de Médico Especialista en
Psiquiatría

Dra. Cecilia Díaz Oreiro

Decana

Sistema de Estudios de Posgrado

Dra. Gloria Elena Salazar Monge

Directora de Tesis

Dra. Melina Castro Leitón

Asesora

Dr. Roberto Chavarría Bolaños

Asesor

Dra. Carolina Montoya Brenes

Directora

Programa de Posgrado en Psiquiatría

Dr. Carlos Castro Chaves

Candidato

Resumen

El ser mujer y el ser madre tienen profundas implicaciones a nivel psíquico y sociocultural. La concreción de la maternidad, según las predisposiciones biológicas y psicológicas, puede devenir en enfermedad y el período puerperal es tierra fértil para el desarrollo de psicopatología.

La patología más severa de esta etapa es la psicosis puerperal, la cual tiene multitud de factores de riesgo. Los más significativos hasta el momento han demostrado ser la enfermedad psiquiátrica previa propia y familiar, dentro de la cual toman especial importancia antecedentes de trastornos psicóticos y trastornos afectivos.

La presentación clínica de dicha entidad permite clasificarla en subgrupos distintos de acuerdo con aspectos epidemiológicos, semiológicos y pronósticos. El estudio de las variables que plasmó el presente trabajo permitió una diferenciación de tres tipos de psicosis puerperales según sus características clínicas: uno similar al síndrome confusional agudo, uno similar a las psicosis primarias y otro similar a las psicosis secundarias a cuadros afectivos.

La progresión en el estudio diferenciado de esos subgrupos podría facilitar la futura elucidación de los aspectos fisiopatológicos en juego y producir mejores estrategias preventivas y de tratamiento para las mujeres que la padecen.

En otras latitudes han demostrado buenos resultados los internamientos conjuntos con hijos y los programas de preparación para la maternidad, los cuales no se han implementado en el contexto nacional; por tanto, ofrecen una opción novedosa para el mediocostarricense.

Contenido

DEDICATORIA	II
AGRADECIMIENTOS	III
CARTA DE APROBACION	IV
RESUMEN	V
INDICE DE ABREVIATURAS	VIII
INDICE DE TABLAS	IX
INDICE DE GRÁFICOS	XI
INTRODUCCIÓN	1
1..... MARCO CONTEXTUAL	
.....	5
1.1. ANTECEDENTES	5
1.1.1. Internacionales	5
1.1.2. Nacionales.....	15
1.1.3. Locales	15
2..... JUSTIFICACIÓN	
.....	21
3..... DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS	
.....	29
3.1. PROBLEMA	29
3.2. OBJETIVOS.....	29
Objetivo general.....	29
Objetivos específicos.....	29
4..... MARCO TEÓRICO	
.....	30
4.1 LA MUJER Y LA EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE CONCEPTOS RELACIONADOS CON SU SER.....	30
4.1.1 <i>Mujer y género</i>	30
4.1.2 <i>La mujer en la cultura actual</i>	34
4.1.3 <i>Fenomenología del ser mujer</i>	39
4.2. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA PRESENTACIÓN DE LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS	41
4.2.1 <i>Aspectos neurobiológicos de las diferencias entre hombre y mujer</i>	45
4.3. EL PUERPERIO Y SUS EFECTOS SOBRE LAS MADRES	49
4.4. ENFERMEDAD MENTAL MATERNA Y SUS EFECTOS SOBRE LOS BEBÉS	51
4.4.1 <i>Fisiopatología de la afeción fetal por el estrés materno</i>	53
4.4.2 <i>La maternidad y su influencia en el psiquismo</i>	55
4.5. SOBRE LA PSICOSIS	58
4.5.1 <i>Definición de psicosis</i>	59
4.5.2 <i>La psicosis en el psicoanálisis</i>	60
4.5.3 <i>¿Qué factores influyen en el desarrollo de psicosis?</i>	62

4.5.4. Tipos de trastornos que cursan con psicosis.....	63
Evolución del diagnóstico de psicosis aguda.....	78
4.6. PSICOSIS PUERPERAL.....	87
4.6.1. Historia.....	87
4.6.2. Cuestiones de terminología.....	91
4.6.3. Variables clínicas de interés.....	93
4.6.4. Factores de riesgo según categoría.....	100
4.6.5. Etiología.....	114
4.6.6. Fisiopatología.....	116
4.6.7. Clínica.....	119
4.6.8. Impacto.....	121
4.6.9. Evaluación.....	122
4.6.10. Diagnóstico diferencial (Sit, 2006).....	123
4.6.11. Evolución y pronóstico.....	124
4.6.12. Manejo y tratamiento.....	127
4.6.13. Diagnóstico diferencial psiquiátrico.....	134
5.....	MARCO METODOLÓGICO
.....	141
5.1. TIPO DE ESTUDIO.....	141
5.2. ÁREA DE ESTUDIO.....	141
5.3. UNIDADES DE ANÁLISIS O SUJETOS DE ESTUDIO.....	142
5.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	142
5.5. FUENTES DE INFORMACIÓN.....	144
5.6. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS.....	144
5.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	147
5.8. ASPECTOS BIOÉTICOS.....	157
Principio de no maleficencia.....	157
Principio de beneficencia.....	157
Principio de justicia.....	158
Principio de autonomía.....	158
6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	160
7. CONCLUSIONES.....	196
8. RECOMENDACIONES.....	198
9. BIBLIOGRAFÍA.....	200

Indice de abreviaturas

ACTH: Hormona adrenocorticotropa
ACV: Accidente cerebrovascular
ADN: Ácido desoxirribonucleico
AHF: Antecedentes heredofamiliares
ARN: Ácido ribonucleico
ARNm: Ácido ribonucleico mensajero
BINASSS: Biblioteca Nacional de Salud y Seguridad Social
CAM: Confusion Assessment Method
CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades
CGI: Clinical Global Impressions Scale
CPRS: Comprehensive Psychopathology Rating Scale
CRH: Hormona liberadora de corticotropinas
DSM: Diagnostic and Statistical Manual (of mental disorders)
ECA: Epidemiologic Catchment Area Study
ECV: Enfermedad cerebrovascular
EGO: Examen general de orina
ETAP: Enfermedad tiroidea autoinmune posparto
FCF: Frecuencia cardiaca fetal
GABA: Ácido gama aminobutírico
GAF: Global Assessment of Functioning Scale
HDRS: Hamilton Depression Rating Scale
HHA: Hipotálamo-hipófisis-adrenal
HHS: Hipotálamo-hipófisis-suprarrenal
HNP: Hospital Nacional Psiquiátrico
NIH: National Health Institute
NMDA: N-metil-D-aspartato
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONU: Organización de las Naciones Unidas
PAN: Peso al nacer
PANSS: Positive and Negative Symptom Scale for Schizophrenia
PFT: Pruebas de función tiroidea
PP: Psicosis puerperal
RMN: Resonancia magnética nuclear
TAB: Trastorno afectivo bipolar
TAC: Tomografía axial computarizada
TEA: Trastorno Esquizoafectivo
TEC: Terapia electroconvulsiva
TPAT: Trastorno psicótico agudo transitorio
UNICEF: United Nations Children's Fund
VIH: Virus de inmunodeficiencia humana
WFMH: World Federation of Mental Health
YMRS: Young Mania Rating Scale

Indice de Tablas

Tabla 1. <i>Diferencias clínicas entre disociación y psicosis.</i>	72
Tabla 1. <i>Diferencias clínicas entre disociación y psicosis.</i>	72
Tabla 2 Cuadro resumen de los elementos clínicos más relevantes de la psicosis puerperal que son reportados en la literatura internacional.....	94
Tabla 3. Variables incluidas en el estudio y su distribución según la dimensión a la que pertenecen.	144
Tabla 4. Operacionalización de variables en estudio de acuerdo con el objetivo general.....	145
Tabla 5. Operacionalización de variables en estudio de acuerdo con el objetivo específico I.	145
Tabla 6. Operacionalización de variables en estudio de acuerdo con el objetivo específico II.....	146
Tabla 7. Operacionalización de variables en estudio de acuerdo con el objetivo específico III.	146
Tabla 8. Operacionalización de variables en estudio de acuerdo con el objetivo específico IV.	147
Tabla 9. Datos extendidos de la operacionalización de las variables, según su categorización en el instrumento de recolección de datos. Características sociodemográficas.....	150
Tabla 10. Datos extendidos de la operacionalización de las variables, según su categorización en el instrumento de recolección de datos. Antecedentes ginecoostétricos.	151
Tabla 11. Datos extendidos de la operacionalización de las variables, según su categorización en el instrumento de recolección de datos. Antecedentes personales patológicos.....	152
Tabla 12. Datos extendidos de la operacionalización de las variables, según su categorización en el instrumento de recolección de datos. Antecedentes heredofamiliares.....	153
Tabla 13. Datos extendidos de la operacionalización de las variables, según su categorización en el instrumento de recolección de datos. Factores psicosociales.	154
Tabla 14. Datos extendidos de la operacionalización de las variables, según su categorización en el instrumento de recolección de datos. Características semiológicas y diagnósticos de seguimiento.	154
Tabla 15. Distribución de los egresos por año con diagnóstico de trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, el parto y el puerperio en el Hospital Nacional Psiquiátrico desde el año 2005 hasta el primer semestre del 2013.....	161
Tabla 16. Distribución de los egresos por año con diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento leves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra	

parte, del Hospital Nacional Psiquiátrico desde el año 2005 hasta el primer semestre del 2013.....	161
Tabla 17. Distribución de los egresos por año con diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte, del Hospital Nacional Psiquiátrico desde el año 2005 hasta el primer semestre del 2013.....	161

Indice de gráficos

Gráfico 1 Perfil Sociodemográfico de pacientes con diagnóstico de psicosis puerperal, según variable de estudio, Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica.....	164
Gráfico 1. Perfil Sociodemográfico de pacientes con diagnóstico de psicosis puerperal, según variable de estudio, Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica.....	164
Gráfico 2. Perfil ginecobstétrico de pacientes con diagnóstico de psicosis puerperal, según variable de estudio, Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica.	166
Gráfico 3. Antecedentes personales patológicos de las pacientes con diagnóstico de psicosis puerperal, según variable de estudio, Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica.....	169
Gráfico 4. Antecedentes heredofamiliares patológicos de las pacientes con diagnóstico de psicosis puerperal, según variable de estudio, Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica.....	172
Gráfico 5. Perfil de antecedentes psicosociales de las pacientes con diagnóstico de psicosis puerperal según variable de estudio, Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica.....	173
Gráfico 6. Porcentaje de alteraciones en exámenes de laboratorio al ingreso de las pacientes con diagnóstico de psicosis puerperal, Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica.....	176
Gráfico 7. Tratamiento farmacológico usado en las usuarias con diagnóstico de psicosis puerperal, porcentaje según fármaco, Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica.....	177
Gráfico 8. Otras intervenciones intrahospitalarias realizadas a las usuarias con diagnóstico de psicosis puerperal, según variable específica en estudio, Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica.....	178
Gráfico 9. Distribución de la variable edad en las subcategorías clínicas de psicosis puerperal.....	184
Gráfico 10. Distribución del promedio de edad en las subcategorías clínicas de psicosis puerperal.....	185
Gráfico 11. Distribución de la variable primiparidad en el momento del internamiento en las subcategorías clínicas de psicosis puerperal.....	186
Gráfico 12. Distribución de la variable número de gestas en las subcategorías clínicas de psicosis puerperal.....	187
Gráfico 13. Distribución de la variable episodios maniacales previos según subcategoría clínica de la psicosis puerperal.....	188
Gráfico 14. Distribución de la variable síntomas psicóticos no perimenstruales en las subcategorías clínicas de psicosis puerperal.....	188
Gráfico 15. Distribución de la variable conación según las subcategorías clínicas de psicosis puerperal.....	189
Gráfico 16. Distribución de la variable afecto cuantitativo en las subcategorías clínicas de psicosis puerperal.....	190

Gráfico 17. Distribución de la variable nivel de alerta y atención, según las subcategorías clínicas de psicosis puerperal.....	191
Gráfico 18. Distribución de la variable actitud según subcategorías clínicas de psicosis puerperal.....	192
Gráfico 19. Distribución de la variable afecto según las subcategorías clínicas de psicosis puerperal.....	192
Gráfico 20. Distribucion de la variable curso de pensamiento según subcategorías clínicas de psicosis puerperal.....	193
Gráfico 21. Distribución de los diagnósticos posteriores según las subcategorías clínicas de psicosis puerperal.....	194

INTRODUCCIÓN

Alguna vez se consideró a la Tierra como el centro del Universo hasta que Copérnico y Galileo se empeñaron en nadar contra corriente para demostrar lo contrario. Se dio por sentado la generación espontánea y una procedencia divina del hombre hasta que Darwin puso de manifiesto la sucesión de pasos de la evolución. Las reglas de la física parecían estáticas hasta que Einstein y Hisenberg promulgaron sus hipótesis acerca de la relatividad y la incertidumbre. *El súper-hombre* racional de Nietzsche se agotó ante el insondable inconsciente de Freud, lo cual obligó a reconocer que la conducta humana depende de fuerzas que se escapan de la mera capacidad de razonamiento. Las preguntas constantes han sido y serán el motor que empuja los engranajes del saber humano, el cual sigue su curso con eterno dinamismo.

Una de las preguntas más presentes en la historia de la humanidad se remite a su propio origen. El enigmático punto de partida que ha sido abordado desde diferentes disciplinas. Ese mismo cuestionar se repite compulsivamente en las actividades cotidianas, donde de manera inexorable se encuentra con lo relativo a la existencia y a la mente.

Es ahí donde se ubica el quehacer de la Psiquiatría, con la odiseica labor de conjunción paradigmática en la que se reúnen y discuten elementos de la filosofía, que le vieron nacer (Marietán, 2004), la antropología, la biología, la neurología, la psicología y la sociología. El complejo andamiaje está apenas empezando a conformarse.

Quién sabrá cuándo en esa matriz de diferentes saberes estará a nuestro alcance y comprensión cada punto y coma, cada giro y vía que determinan el funcionamiento cerebral, el pensar, el sentir y la conducta humana. Por lo pronto, resulta fascinante lo que queda por descubrir. Según Marietán (2004), “la Psiquiatría está apenas en la adolescencia”.

Dentro de ese proceso en construcción se ha enmarcado el estudio de “la locura”, la cual ha dictado la pauta de la elaboración teórica y la práctica clínica en Psiquiatría. La definición de locura y el qué hacer con ella han determinado el accionar de la sociedad sobre los enfermos mentales (Marietán, 2004).

Esta “locura” ha reservado ciertas diferencias según quien la padezca. Aunque miembros de la misma especie, el hombre y la mujer han sido conformados con características muy propias (potenciadas por las circunstancias); forjados en el marco de su historia y de sus necesidades, hasta diferenciarse en dimensiones cósmicas: “Los Hombres son de Marte, las Mujeres son de Venus”. (Gray, John; 1992).

Con locura o sin ella, una de las principales diferencias entre hombre y mujer radica en su papel en la creación de la vida. El embarazo marca un verdadero hito en la vida de una mujer.

El concretar una doble misión le otorga una carga emocional sin precedentes. Por un lado, está el empuje de esa parte instintiva para asegurar la perpetuación de la

especie. Por otro, el peso de las exigencias del medio las cuales pueden tener una dirección opuesta. El terreno abonado por su propia conformación como mujer determinará el deseo de un hijo o el conflicto relacionado con ese deseo.

El “dar a luz”, como se infiere, proporciona una sensación de plenitud, de bienestar, de realización y de placer, pero puede producir también, tal angustia y desorganización, si se reúnen las características necesarias, que cala en lo más profundo de la psique femenina.

El peso de una demanda que les sobrepasa. El temor de no poder cumplir con un rol, de no ser suficiente, de no ser capaz. El pánico de que le suceda algo al bebé y de que sea por la propia culpa. Los posibles contenidos subyacentes de dañarle. “El reverso del deseo de hijo en el encuentro con lo real del goce, desde su dominio de la pulsión mortífera; encuentro de la contingencia que muestra lo indecible y se manifiesta en el reverso del deseo de hijo”. (Chacón, 2008).

Aunado al complejo panorama psicológico, multitud de factores biológicos intervienen en la regulación de la maquinaria que es el sustrato de ese producto que permite percibir el medio, reconocer la experiencia y darle significado a ésta. Cualquier afección de ese sustrato provocará alteraciones en la ejecución de las funciones que le competen.

El período posterior al parto conlleva numerosos cambios fisiológicos que lo convierten en tierra fértil para el desarrollo de psicopatología.

La incidencia, sobre todo de los trastornos del estado de ánimo, aumenta significativamente en los primeros 6 meses posparto. Los que se presentan con mayor frecuencia se han clasificado como disforia posparto, depresión posparto y psicosis posparto; sin embargo, no está claro que estos tres trastornos sean síndromes distintos o que formen parte de un continuo. Aquel de mayor severidad es la psicosis posparto (Burt y Hendrick, 2007).

Es aquí donde se encuentra el núcleo del presente trabajo, donde se articulan elementos que pueden producir un padecimiento poco frecuente pero devastador para la vida de una madre y de su bebé: la psicosis puerperal.

La investigación pretende hacer una conceptualización básica sustentada en una revisión bibliográfica extensa sobre la materia, incluyendo los estudios más recientes y de mayor rigurosidad científica, para designar una tipificación sindromática de las psicosis puerperales y proponer elucidaciones acerca de las posibles etiologías y su relación con la semiología manifiesta, a la luz de lo encontrado en los registros del Hospital Nacional Psiquiátrico, que visto a través de un lente de análisis estadístico, proporcionará información que permita proponer futuras investigaciones con una metodología más robusta, con el fin de construir herramientas de intervención que disminuyan el riesgo y que brinden el manejo más adecuado de esa patología.

1. MARCO CONTEXTUAL

1.1. ANTECEDENTES

1.1.1. Internacionales

La primera referencia en inglés acerca de la “locura puerperal” fue escrita en 1820 por un obstetra inglés llamado Robert Gooch, quien señaló lo siguiente en sus anotaciones:

“Durante ese largo proceso, o quizás sucesión de procesos, en el cual los órganos sexuales de la hembra humana son empleados en formar, albergar, expeler y finalmente alimentar a la progenie, no hay momento en el cual la mente no pueda volverse trastornada; pero hay dos períodos en los cuales la ocurrencia es mandatoriamente confiable, aquel justo después del parto cuando el cuerpo está soportando los efectos de la labor de parto, y el otro, varios meses después, cuando el cuerpo está soportando los efectos de la lactancia.” (Marland, 2003).

En textos británicos de 1952, se encontraban ya elucidaciones con respecto a la incidencia y la naturaleza de la enfermedad psiquiátrica puerperal. Desde entonces se proponía que ninguna forma de enfermedad psiquiátrica que ocurriese en el embarazo o el puerperio era una entidad clínica específica. En general, las opiniones al respecto giraban en torno de que el estrés del embarazo, operando en individuos predispuestos, producía enfermedades mentales inespecíficas e indistinguibles de

otras reacciones mentales y se debían a la interacción de factores - siendo el embarazo de importancia a nivel psicológico, solamente. (Hemphill, 1952)

De hecho, había postulados acerca del descarte de la posibilidad de que una alteración fisiológica o endocrina pudiese ser el factor activador primario. (Brew y Seidenger, 1950).

El primer estudio encontrado en las bases de datos revisadas, con fundamento científico acerca del tema, lo llevó a cabo un médico inglés de apellido Hemphill y se publicó en 1952. Él señaló que las encuestas realizadas hasta el momento se habían administrado sólo en hospitales mentales, por lo que las conclusiones que de ellas se derivaban no estaban justificadas. Diseñó entonces un estudio que tomase en cuenta a las pacientes internadas en hospitales de maternidad, para determinar la importancia de los factores psicogénicos alegados.

En ese entonces, la incidencia de enfermedad mental puerperal en la población de pacientes británicas admitidas en el Hospital de Bristol resultó de 1,4 por 1000 mujeres hospitalizadas en esa maternidad (durante los 10 años que tomó la encuesta).

Las categorías diagnósticas en las cuales se clasificaron fueron: psicosis maniaco-depresiva, depresión puerperal, esquizofrenia, estados esquizofrénicos mixtos, neurosis, confusión, delirium tóxico y otras condiciones (la mayoría de los casos

fueron clasificados como depresión puerperal, seguida por psicosis maniaco-depresiva, esquizofrenia y delirium tóxico).

Se hizo un análisis estadístico, en el que se incluyeron factores como el número de embarazos previos, enfermedad mental previa, historia familiar de enfermedad mental, edad, embarazos múltiples, enfermedad física, factores psicológicos y personalidad. Cabe acotar que la mitad del período del estudio se llevó a cabo durante la segunda guerra mundial.

De los resultados obtenidos en el estudio, es imperioso resaltar el que fuese incapaz de sostener la presunción predominante hasta el momento, de que factores psicológicos operando en individuos predispuestos fuesen responsables exclusivos de la enfermedad mental puerperal. De hecho, las mujeres embarazadas y en estado puerperal parecieron ser particularmente resistentes al estrés y demandas de la vida (lo cual se había asociado con la producción de enfermedad neurótica y psicótica).

Se reconoció también, que la respuesta al tratamiento (terapia electro-convulsiva) no fue tan buena como en casos de enfermedad mental no puerperal. “A diferencia de la depresión puerperal, la esquizofrenia puerperal rara vez se cura” (Hemphill, 1952), lo que sugirió una separación entre ambas.

Hubo una correlación entre la mejoría clínica prácticamente inmediata con el restablecimiento de un equilibrio hormonal – específicamente a nivel adrenal y

tiroideo. Con respecto a los factores relacionados con la personalidad, se observó una mayor presencia de rasgos dependientes, ansiosos, obsesivos y rígidos, principalmente con las reacciones puerperales depresivas. De las entidades estudiadas, se encontró una asociación (considerada causal en aquel momento) entre el embarazo y la depresión puerperal, y entre éste y la “esquizofrenia puerperal”.

Siguiendo la línea del tiempo, en 1956 emergió la propuesta de que la hormona adrenocorticotropa y progesterona placentarias, y el rebote compensatorio por su disminución abrupta tras la salida de la misma, genera una excesiva estimulación de la corteza adrenal por la adenohipófisis (ya que la progesterona placentaria deprime la hiperactividad cortical) y esto puede contribuir con el desarrollo de una psicosis posparto. Por tanto, la administración de progesterona en estos casos podría considerarse como una alternativa terapéutica y mostró resultados alentadores. (Sin autores listados. British Medical Journal, 1956).

Se empezó a dar un giro conceptual y de manejo de las psicosis puerperales, con las hipótesis fisiopatológicas y etiopatogénicas del caso; no obstante, persistía un vacío de clasificación.

La locura puerperal (“puerperal insanity”) era una de las pocas entidades claramente reconocidas en la psiquiatría del siglo XIX; no obstante, en el siglo XX fue víctima del sistema nosológico Kraepeliano y quedó relegada en el olvido. Algunos casos parecían corresponder con enfermedad maniaco-depresiva, algunos con demencia precoz y

otros con estados confusionales tóxicos o estados neuróticos; sin embargo, parecían indistinguibles de aquellos cuadros de la misma índole no-puerperales.

(Loudon, 1998).

A mediados del siglo XX, en Canadá se empezaron a hacer estudios de casos en los que se intentó caracterizar fenomenológicamente el cuadro. Los elementos sintomatológicos más prominentes en el grupo de 34 pacientes con psicosis puerperal estudiadas fueron (McNair, 1952):

- Vive en una pseudo-comunidad de gente hostil y amenazante, tiene alucinaciones auditivas y delirios vívidos que se relacionan con muerte, destrucción y el fin del mundo, o de que el esposo la va a dejar, o que ella morirá y alguien más ocupará su lugar.
- Tiene miedos culposos de que su infante es anormal o va a morir, y frecuentemente tiene ideas de partos múltiples que no lo fueron.
- La agresión verbal y física es pobremente inhibida.
- Hay un reforzamiento de intereses religiosos.
- Odio hacia sí y hostilidad se actúan mediante intentos suicidas o ataques; otras preocupaciones son actuadas en actividad estereotipada o manerística.
- Constantes aproximaciones eróticas hacia el médico y delirios de que es el padre del infante.

Las características de personalidad encontradas fueron:

- En términos generales, una mujer dependiente que es superada por el reto que le supone su bebé.
- No se ha emancipado y es producto de una familia sobreprotectora. Rechaza al padre crítico cuya aprobación sigue buscando.
- Tiene un bajo concepto de sí misma y se preocupa en exceso por “lo que la gente piensa”, con virtudes de perfeccionismo social y moral para justificar su existencia. Profundamente amenazada por culpas sexuales.
- Tiene una excesiva necesidad de amor por parte de los padres, que desplaza en los demás.
- Muestra ingenua aceptación de la autoridad.

En Inglaterra, en 1966, se hizo notar que los ingresos por psicosis disminuían durante el embarazo y aumentaban durante el puerperio. En aras de encontrarle explicación y predecir su aparición, se estudiaron las variables obstétricas y se obtuvo como resultado que los embarazos que devenían en psicosis puerperales tendían a ser más cortos y tormentosos que el promedio, y era más probable que se asociasen con distocias y que resultasen en bebés más pequeños, con mayores índices de mortalidad. (Autores no listados; British Medical Journal, 1966).

Un estudio prospectivo de psicosis postaborto en una población de 1 333 000 mujeres durante 15 meses de seguimiento determinó una incidencia de 0,3 por 1000 abortos legales versus 1,7 por 1000 nacimientos. Ello sugirió que los cambios fisiológicos, los

cuales son probablemente más profundos luego de un parto que después de un aborto, pueden ser los responsables de una mayor incidencia de psicosis puerperal. (Brewer, 1977).

Quedó de manifiesto en revisiones canadienses (Robinson, G; Stewart, D., 1986) que no se tenía clara la etiología de las psicosis puerperales y que su reconocimiento independiente era también motivo de confusión. Los estudios realizados hasta la fecha empezaban a hacer asociaciones con la historia personal y familiar de trastorno afectivo bipolar y los estadounidenses empezaron a agruparlos como parte de los trastornos afectivos o como episodios de esquizofrenia que simplemente ocurrían en el posparto. Los británicos, por su parte, identificaban características clínicas y pronósticas distintas de los trastornos mentales no puerperales.

Se consideraron, en aquel entonces, las siguientes presentaciones clínicas posibles: psicosis reactiva o atípica, trastorno afectivo mayor (depresión o manía), esquizofrenia y síndrome cerebral orgánico. Se empezaron a descartar encefalitis, enfermedades autoinmunes, problemas endocrinos, trastornos electrolíticos y sepsis como posibles agentes causales y surgieron teorías acerca del papel genésico de la prolactina, la tiroxina, la progesterona, los corticoides adrenales, la hormona folículoestimulante y las β -endorfinas en las presentaciones clínicas (Robinson y Stewart, 1986).

Estudios ingleses descubrieron una asociación de la psicosis posparto con una sensibilidad aumentada del hipotálamo por los receptores de dopamina y teorizaban que podía deberse a una posible relación con la caída súbita en las concentraciones de estrógenos después del parto. (Wieck, A., Hirt, A.D., Marks, M.N., Campbell, I.C., Checkley, S.A., 1991).

Ya en el siglo XXI, se sumaban a los factores de los modelos biológicos el estudio de la hormona liberadora de corticotropina, la serotonina, la glicina, los receptores opioides endógenos, la anemia, infecciones, fármacos y tóxicos. (García López M.T. y Otín R., 2007).

Se hacía notar el debate diagnóstico y se usaba el adjetivo polimorfo para designar las características clínicas (entre ellas, de gran importancia la fluctuación del estado de conciencia, la perplejidad y la desorientación intermitentes) de la psicosis puerperal, la cual parecía encajar en el diagnóstico de *Trastorno Psicótico Breve* del Manual Diagnóstico y Estadístico en su cuarta edición (DSM IV) y el *Trastorno Psicótico Agudo y Transitorio debidos a situación no estresante aguda* de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su décima edición (CIE-10) (F23). (García López M.T. y Otín R., 2007).

Destacable de esas relativamente recientes revisiones era el riesgo de repetición de otro episodio psicótico en embarazos posteriores, el cual estaba prácticamente ausente en caso de no repetirse un embarazo. (García López M.T. y Otín R., 2007).

Algunas escuelas (sobre todo la americana) mantenían la tesis de que el diagnóstico subyacente era el de trastorno afectivo bipolar y las recomendaciones de manejo extendidas hasta la fecha se han basado en esas premisas. No ha pasado de un nivel meramente experimental la profilaxis con estrógenos, que contiene un claro sentido fisiológico, pero no ha tenido resultados consistentes. (Sit D., Rothschild A.J. y Wisner K.L., 2006).

Harlow et. al. en el 2007, realizaron un estudio de la incidencia de hospitalizaciones por psicosis posparto y episodios bipolares en mujeres con y sin hospitalizaciones psiquiátricas previas al embarazo o durante el período prenatal. Concluyeron que casi el 10% de las mujeres hospitalizadas por comorbilidad psiquiátrica antes del parto desarrolla psicosis luego de su primer parto.

Estudios genómicos han identificado regiones cromosómicas que es probable alberguen genes que predispongan al desarrollo de “psicosis puerperal afectiva bipolar” (Jones I. et al, 2007); pero no se han logrado aislar los genes específicos que ayudarían a clarificar la patogénesis.

Un estudio sueco de madres primerizas con enfermedad psicótica sin historia de hospitalizaciones psiquiátricas previas encontró que durante los primeros 90 días posparto el riesgo de psicosis se vio afectado de forma independiente por la edad materna (35 años o más, lo cual se asoció con un mayor riesgo) y un alto peso del bebé

al nacer y diabetes, las cuales se asociaron con un menor riesgo. (Valdimarsdóttir U., Hultman C., Harlow B., Cnattingius S. y Sparén P., 2009).

En la evaluación histórica del riesgo de psicosis posparto, ha habido aportes que señalan la posibilidad de que la psicosis posparto de novo sea distinta de aquellas que se presentan cuando existe historia previa de psicosis posparto. Esto se deriva del hallazgo de que los episodios psicóticos que siguieron al nacimiento del primogénito se asociaron con menor probabilidad de desarrollar futuros episodios psicóticos, particularmente en el primer mes posparto. (Hay P., 2009).

Dentro de la fenomenología descrita de la psicosis posparto, sigue apareciendo la variante “delirium-like”, que vuelve muy aparatoso el cuadro clínico, pero a pesar de ello, las mujeres que han sufrido psicosis posparto con estas características, tienen un mejor pronóstico general en comparación con aquellas que han tenido psicosis no puerperales, y tienen menor riesgo de recurrencia de psicosis fuera del período posparto. (Spinelli M., 2009).

Madres con trastornos mentales tienen menos admisiones recurrentes que aquellas mujeres con trastornos mentales sin hijos. Sin embargo, el primer mes posparto se asocia con un riesgo aumentado de re-admisiones y las mujeres con historia de trastorno afectivo bipolar están en particular riesgo de re-admisiones psiquiátricas en el posparto. (Munk-Olsen et. al, 2009).

1.1.2. Nacionales

No se encontraron en las bases de datos revisadas de PubMed, DynaMed y BINASSS, estudios a nivel nacional sobre la materia.

1.1.3. Locales

Se identificaron tres estudios sobre psicosis puerperal en Costa Rica, circunscritos al Hospital Nacional Psiquiátrico (HNP). El primero de ellos –“Factores de riesgo en la psicosis post-parto”, de la Dra. Ileana Pantoja Murillo, fue publicado en enero de 1995.

Es un estudio retrospectivo en el que se elaboró un cuestionario de 28 preguntas (abiertas y cerradas) que incluyó las variables a estudiar, las cuales fueron clasificadas en las siguientes categorías: información personal básica, antecedentes personales patológicos y heredofamiliares dirigidos principalmente a la psicosis posparto y a los trastornos afectivos, antecedentes ginecoobstétricos y factores psicosociales precipitantes.

El cuestionario se llenó con la información contenida en los expedientes de las pacientes que egresaron del HNP con el diagnóstico de psicosis posparto, en el período comprendido entre enero de 1988 y diciembre de 1993.

Estos fueron los resultados más relevantes:

- Muestra de 75 pacientes.
- Incidencia más alta en setiembre (de la mano con el período con mayor índice de natalidad del país).
- Mayor frecuencia entre los 15 y los 30 años (que coincide con la edad reproductiva).
- Baja escolaridad (inferior a la primaria completa); estado civil de soltería; ocupación relacionada con los oficios domésticos; residir en el área metropolitana; vivir con un cónyuge; profesar la religión católica; primiparidad; carecer de internamientos previos en el HNP; haber tenido síntomas depresivos durante el embarazo y malas relaciones de pareja mostraron una asociación a favor de la aparición de psicosis posparto.
- El antecedente heredofamiliar de trastornos afectivos no fue relevante, pero se menciona que los datos no se consignaron en la mayoría de los expedientes.
- Se observó asociación (sin significancia estadística) entre la presencia de diabetes gestacional, los cambios hormonales (los cuales no se especificaron) y la patología psicótica posparto.

El estudio nacional que sigue en la línea del tiempo trazada es el de la Dra. Enid Campos Villegas, titulado: “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 trastornos afectivos mayores”.

Tuvo un diseño similar, en principio, con algunas mejoras metodológicas como criterios de selección de la muestra para evitar sesgos (se excluyeron aquellos con retraso mental, farmacodependencia y “trastorno mental orgánico”). También se empleó un instrumento prediseñado para la extracción y el registro de los datos y se hizo una caracterización clínica del cuadro presentado por las pacientes que fueron admitidas en el estudio.

Se logró documentar una tasa de incidencia del 0,15% (menor que la reportada en la literatura internacional hasta la fecha), calculada según los egresos con ese diagnóstico con respecto a los nacimientos a nivel nacional (partiendo de que casi la totalidad de esos casos en el país se ingresarían en ese nosocomio) y se hipotetizó acerca de un posible subdiagnóstico.

Los factores con una mayor asociación fueron: Primiparidad, baja escolaridad y “edad joven”. Se identificó un importante subregistro de información (que ya había sido evidenciado por la autora del estudio previo) y se determinó un uso limitado de los estabilizadores del ánimo en esas pacientes, a pesar de las recomendaciones extendidas sobre esa línea en la literatura.

Se catalogó al antecedente de un trastorno afectivo del puerperio como un factor de riesgo para el desarrollo futuro de ese tipo de trastornos. Se señaló también la alta tasa de trastornos afectivos no puerperales en pacientes con trastornos afectivos

puerperales, lo que supuso un período de vulnerabilidad para una “descompensación de su afecto”; sin embargo, se subrayó que “los trastornos puerperales tienen características clínicas únicas e inherentes al período en el que se desarrollan” e incluyen aspectos particulares en el diagnóstico, prevención, manejo y seguimiento de las pacientes con esa condición. (Campos, 2005).

El último estudio encontrado fue el de la Dra. Susana Maradiegue, quien escribiera su trabajo de graduación sobre el mismo tópico: “¿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?”. El universo de población que se trabajó en ese estudio descriptivo fue de 60 pacientes.

De él se desprendieron los siguientes datos:

- La mayoría estaban casadas (55,0%), eran primigestas (52,6%) y dieron a luz a un niño sano (93,3%).
- El promedio de edad fue de 25,4 años y sólo alrededor del 23% alcanzó a finalizar la educación primaria; la gran mayoría del total de ellas eran amas de casa (81,7%).
- La depresión había estado presente en el 63,3% de los familiares, la psicosis en el 25,0% y menos del 5,0% tenía un antecedente heredofamiliar de trastornos afectivos posparto.

- Con respecto a los antecedentes personales, el de mayor aparición fue la depresión (40%).
- El 40% de las pacientes presentó un cuadro clínico con los siguientes elementos: insomnio, alteración de la actividad psicomotriz, ansiedad, llanto fácil, hiporexia, alucinaciones, ideas suicidas e ideas infanticidas.
- Sólo en el 5% de las pacientes se usó estabilizadores del estado de ánimo, a pesar de las recomendaciones del estudio que le antecedió.
- El 93,3% tuvo internamientos posteriores en psiquiatría.
- El 32,7% fue diagnosticado después como trastorno afectivo bipolar no especificado, lo que generó la hipótesis de que se tratan, la depresión y la psicosis posparto, de los pródromos de un trastorno afectivo.
- El análisis inferencial básico demostró que no hubo asociación estadísticamente significativa entre los antecedentes heredofamiliares de psicosis en familiares de primer y segundo grado, y el diagnóstico posterior de trastorno esquizoafectivo (IC 95%; $p=0,58$).
- Tampoco se constató una asociación estadísticamente significativa entre antecedentes heredofamiliares de depresión en familiares de primer y segundo grado, y el diagnóstico posterior de depresión (IC 95%; $p=0,3$).

Se deja entrever la tendencia nacional (congruente con aquella expresada en otras latitudes y longitudes del orbe) de incluir a la psicosis puerperal dentro del espectro de los trastornos afectivos. Se ha supuesto como tal con base en datos quizás insuficientes y no se ha sometido su mera asignación nosológica a un cuestionamiento

crítico y a una revisión científica de todas las variables que pudiesen influir en el desarrollo y la tipificación semiológica de estos cuadros.

Existen elementos clave que se han obviado en las descripciones clínicas de los estudios existentes y que son la piedra angular de la diferenciación de las psicosis puerperales, según lo han observado algunos investigadores de origen internacional varios decenios atrás y que se ejemplificarán en el estado del arte de la psicosis puerperal, mediante un cuadro comparativo para una revisión más fácil.

2. JUSTIFICACIÓN

Las mujeres utilizan los servicios sanitarios más que cualquier otro grupo. Efectúan más visitas médicas, reciben más prescripciones médicas y más intervenciones quirúrgicas; ocupan más del 60% de las camas hospitalarias y gastan dos de cada tres dólares destinados a la asistencia sanitaria. (Kurt, 2005).

En 1993, la ley de revitalización de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos (NIH por sus siglas en inglés) estipuló que la investigación clínica que fuese subvencionada por los NIH debía abordar la eficacia terapéutica para la mujer y las minorías (Kurt, 2005). Hace casi 10 años se contempla con especial atención la patología de la mujer y sus repercusiones a nivel internacional.

La patología psiquiátrica merece una especial acotación, ya que según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001): “La salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar total de los individuos, sociedades y países, aunque sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas que sufren de enfermedades mentales o conductuales recibe tratamiento”.

En el caso particular de la mujer se han detectado ciertas presiones adicionales impuestas por la sociedad, responsabilidades asociadas con ser esposas, madres, educadoras y cuidadoras de otros, que aumentan sus demandas físicas y psicológicas,

pero a pesar de esa función paralela, las mujeres son parte esencial de la fuerza laboral del mundo y la fuente primaria de ingreso en un cuarto a un tercio de los hogares (OMS, 2001).

La discriminación sexual, la pobreza, el hambre, la desnutrición, la sobrecarga de trabajo y la violencia doméstica y sexual forman parte de los problemas habituales que enfrentan las mujeres (OMS, 2001; UNICEF, 2003; ONU, 2003; Sen AK, 1992; ONU, 1993; UNICEF, 2000). Las secuelas psicosociales de esto pueden abarcar ansiedad, depresión, baja autoestima, disfunción sexual, trastornos de la alimentación, trastorno de estrés postraumático y conductas autodestructivas. (UNICEF, 2006).

La Federación Mundial de Salud Mental (WFMH por sus siglas en inglés) declaró en 1996 que “a menudo la aflicción psicológica de las mujeres tiene orígenes sociales; la discriminación contra las mujeres en el empleo, la educación, la distribución de alimentos, el acceso a la salud, y los recursos para el desarrollo económico, las torna vulnerables a la violencia física y sexual, los trastornos psiquiátricos y el sufrimiento psicológico”. (Traducción propia; WFMH, 1996).

Patología de la mujer y patología mental van sumando peso sobre la carga en salud de países desarrollados y en desarrollo. Aunado a esto, se evidencia la carencia de sistemas de detección e intervención específicos y eficaces para esos grupos, que al aparearse, obtienen el mayor impacto.

“En todos los niveles socioeconómicos, los múltiples roles que las mujeres cumplen en la sociedad las colocan en un mayor riesgo de desarrollar algunos cuadros mentales y conductuales que otros miembros de la comunidad.” (OMS, 2001).

Aunque las mujeres tienen la misma prevalencia total de trastornos psiquiátricos que los hombres en la mayoría de los países, hay marcadas diferencias en los diagnósticos psiquiátricos por sexo. Por citar un ejemplo, las mujeres tienen dos veces más probabilidad de padecer de trastornos depresivos y de ansiedad que los hombres. (Kessler, McGonagle, Swartz, Blazer et al. 1993).

Existe entonces una predisposición femenina para el desarrollo de ciertos padecimientos mentales, pero esta predisposición parece ser multimodal. Como lo señala Donna Stewart en su escrito del 2005 sobre la salud mental de la mujer en el mundo: “La salud mental de las mujeres sólo puede ser realmente comprendida si se considera el contexto de sus vidas: biológico, sociocultural y personal.”

Se ha estimado que más de 500 000 embarazos por año en los Estados Unidos envuelven alguna enfermedad mental que les precede o que emerge durante la gestación. Más de la mitad son no-planeados y es probable que 250 000 de esos embarazos sean inesperados, aumentando por ende la probabilidad de que emerja un trastorno psiquiátrico (Brand, Sarah; Brennan, Patricia. 2009).

Esto subraya la importancia de que las mujeres tienen diferentes necesidades de servicios de salud mental a través de su vida, según lo exponen Stewart DE y Stotland NL (2001) por lo que debiera abogarse por el estudio estas fases, con especial énfasis en el período puerperal por los cambios que acarrea.

Los trastornos psiquiátricos perinatales le conciernen tanto a psiquiatras como a otros profesionales de la salud en general. El impacto personal y sobre la salud pública es de importancia global. Numerosos estudios han demostrado que la depresión materna puede resultar en mala adherencia al control prenatal, nutrición inadecuada, exposición a medicación adicional o remedios herbales, incremento en el consumo de alcohol y tabaco, y complicaciones obstétricas (Stowe, Z. 2009). Todo esto genera un impacto en la salud general tanto de la madre como del bebé.

A manera de ejemplo, se ha develado el efecto agudo de la depresión materna sobre los índices de actividad fetal, lo cual sugiere un conducto directo sensible al estrés entre los sistemas materno y fetal. Con el tiempo, se acumula la literatura que demuestra el amplio espectro de consecuencias adversas para la prole de madres con depresión en el período perinatal. (Stowe, Z. 2009).

Estudios clínicos vinculan las alteraciones en el neurodesarrollo (autismo, trastornos afectivos y déficit cognitivo) tanto con exposición a estresores traumáticos como a exposición crónica de estresores de la vida cotidiana (duelo, presión laboral, etc.). Más aún, ansiedad y/o depresión materna durante el período prenatal predice un aumento

en el riesgo de trastornos del neurodesarrollo y confiere un mayor riesgo de enfermedad mental futura. (Kinsella M, Monk C. 2009).

Por tanto, la salud mental de la mujer embarazada puede tener consecuencias sobre el desarrollo neuroconductual del feto y consecuentemente, resultados a largo plazo en los infantes. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar los efectos de la salud mental de las mujeres en el desarrollo de sus hijos, tanto en el período prenatal, como el posnatal.

A pesar de que la diabetes gestacional es menos común que la depresión durante el embarazo, las mujeres gestantes son tamizadas de rutina para la diabetes y no así para depresión o cualquier padecimiento psiquiátrico, ni para experiencias vitales estresantes. Esta es una debilidad de la mayoría de servicios de salud pública, sobre todo en pacientes que tienen un seguimiento regular y disponibilidad de interconsultas y las intervenciones del caso. El beneficio potencial lo es para dos personas, la madre y niño o niña en su vientre. (Kinsella M; MonK C. 2009).

Existen divergencias conceptuales en lo que concierne a la patología psiquiátrica del embarazo y el puerperio, pero prácticamente todas las referencias bibliográficas revisadas concuerdan en un punto: la psicosis puerperal es la de mayor impacto. Tiene graves implicaciones para la mujer que la padece, para su progenie, su familia, el personal de salud que la atiende y el sistema que sostiene dicha atención.

Ha habido un constante debate acerca de la naturaleza y una adecuada caracterización de las psicosis puerperales que no se ha terminado de dilucidar. Tampoco se han aclarado los mecanismos fisiopatológicos y la etiología, por lo que la asignación nosológica deja mucho que desear.

El producto histórico ha devenido en la inclusión de tres trastornos dentro del espectro de las afecciones psiquiátricas en el posparto: la disforia posparto (o “maternity blues”), la depresión posparto y la psicosis posparto. En consecuencia con esto, a la última de ellas parece habersele conferido un origen exclusivamente afectivo y, por tanto, se le ha ubicado dentro de ese ámbito. No obstante, cuenta con una presentación clínica distinta y con características propias que la diferencian incluso de las psicosis afectivas.

Por esta razón, el estudio se centra en un análisis exclusivo y exhaustivo de ésta, con el fin de vislumbrar la relación que puede haber, o no, con trastornos afectivos o con otros factores a los que no se les ha dado la suficiente importancia y que podrían cambiar las estrategias de manejo y el pronóstico de estos casos.

En Costa Rica han sido pocos los estudios dedicados a este tema. Los últimos datos al respecto se agotan en el 2007 y se demarcó el año 2005 como el punto de partida para que fuese posible abarcar un período de 7-8 años, como ha sido lo habitual en los antecedentes costarricenses.

La información disponible en los expedientes del Hospital Nacional Psiquiátrico puede contener sesgos por la falta de registros de los datos necesarios para establecer diagnósticos y por una codificación que no incluya el distintivo posparto o puerperal, por lo que la posibilidad de efectuar estudios fidedignos del tema se puede ver mitigada por una aplicación inadecuada de los criterios diagnósticos.

Asimismo, los hallazgos acerca de la alta asociación entre episodios afectivos previos y posteriores (asociados o no con el puerperio), puede llevar a la suposición de que la aparición de una psicosis puerperal es un indicador inequívoco de un trastorno afectivo, llevando así a la etiqueta y posible estigma de las mujeres a quienes se les asigna, sin mencionar el riesgo inherente de un tratamiento farmacológico crónico, que se recomienda como profilaxis y mantenimiento en casos como esos.

Por otra parte, uno de los estudios nacionales había señalado ya cierta incongruencia entre lo recomendado por los expertos en la materia y la verdadera aplicación de estas recomendaciones, por lo que el manejo actual podría no ser el óptimo y cabría la posibilidad de inferir sugerencias que beneficiasen a estas pacientes y, por consiguiente, a su progenie y su familia en general.

Se hace constar que se cuenta con los recursos necesarios para la realización del estudio y que éste cumple con las normativas institucionales, así como con la legislación nacional vigente en materia de investigación clínica. No conlleva conflictos de interés (ni económicos ni de otra índole) para el investigador, para la institución ni

para los sujetos de estudio. Cuenta, por tanto, con viabilidad y factibilidad, y es regido por los lineamientos de las *buenas prácticas clínicas*.

3. DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y PLANTEAMIENTO DE OBJETIVOS

3.1. PROBLEMA

¿Cuáles son las características del síndrome “psicosis puerperal” o su codificación equivalente en la CIE-10, en el Hospital Nacional Psiquiátrico, entre enero 2005 y julio 2013?

3.2. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar las características del síndrome “psicosis puerperal” o su codificación equivalente en la CIE-10, en el Hospital Nacional Psiquiátrico, entre enero 2005 y julio 2013.

Objetivos específicos

- Describir las características semiológicas de las pacientes diagnosticadas con psicosis puerperal.
- Identificar los factores sociodemográficos, psicológicos, obstétricos y fisiológicos de las pacientes diagnosticadas con psicosis puerperal.
- Clasificar los tipos de presentación de psicosis puerperal de las pacientes con ese diagnóstico.
- Documentar la evolución del diagnóstico de las pacientes diagnosticadas con psicosis puerperal.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 La mujer y la evolución histórica de conceptos relacionados con su ser

No es el objetivo de este trabajo abarcar todo lo que concierne a la conceptualización de la mujer y sus implicaciones, pero resulta inconcebible tratar la temática de la psicopatología de la mujer sin hacer mención del recorrido histórico de ciertos significados que proveen las bases sobre las cuales se basa el estudio actual en el campo.

4.1.1 Mujer y género

Se iniciará como lo hace la autora del texto acerca de la antropología del género y la depresión femenina en el cual se basa esta sección (Sonia Montecino, 2005), con un extracto de los escritos de Gabriela Mistral:

“Un hombre ha vivido veinte años al lado de su madre bajo las costras sordas y ciegas del hábito, sin descubrir nunca la belleza de sus rasgos, sin darse cuenta de sus gestos, archinobles por cargados de esencia racial, y ha existido también sin mirarse en ella como en su cuerpo primero, lo cual es el modo recto de mirar a la madre.”

Según Montecino, existe una diferencia conceptual entre los términos mujer y género que vale la pena aclarar. El primero es utilizado como categoría de análisis social, ante el escenario de una “invisibilidad analítica” en las formas sesgadas en que ella está representada en el discurso de las disciplinas académicas. Esto había impedido reconstruir a cabalidad las formulaciones e interpretaciones sobre la génesis de lo

humano, debido a esa óptica faltante, la cual ha sido ahora el foco de las recientes relecturas.

“Mujer” supone entonces una categoría que le imprime una cualidad esencial y propone una identidad homogénea que es dada por lo biológico. Deja de lado las particularidades individuales de cada mujer y la cultura dentro de la cual se enmarcan. Por su parte, el concepto género (término acuñado por Stoller y Money) forma parte de un proceso de deconstrucción de datos que revela el lugar devaluado de lo femenino en la existencia de una estructura patriarcal. Acepta lo social como el elemento de peso fundamental. (Montecino, 2005).

“La distinción entre sexo y género –entendido el primero como la marca biológica que diferencia un macho de una hembra, y el segundo como la construcción social y cultural de las diferencias sexuales- provocó una ruptura epistemológica con el concepto unívoco de mujer”. (Montecino, 2005).

Si el determinante principal es la cultura, y la cultura es entendida como en constante cambio y transformación, los significados y valoraciones sobre lo que conlleva ser un hombre o una mujer contienen la propiedad de mutabilidad. Los sujetos no conforman sus identidades sociales desde un solo rasgo, sino desde una pluralidad de elementos como la edad, la etnia y la religiosidad. Ello supone un análisis cuidadoso de las distintas posiciones que hombres y mujeres pueden tener en la vida social y los tránsitos que realizan durante su existencia. (Montecino, 1996).

Dentro de ese análisis acerca del origen del ser humano a la vista de la cultura, se destaca un aspecto concebido como tal en el arraigo religioso de nuestro país. El Estado costarricense pasó por una cuota considerable de años antes de secularizarse. De una forma muy sucinta y simplista, se expone un elemento del libro Génesis de la Biblia católica (religión predominante en nuestro contexto) el cual se considera relevante para este apartado.

Según una de las interpretaciones de la lectura del pasaje, Dios creó a Eva con el fin de hacerle compañía a Adán. La creó a partir de él y con el fin de servirle (y aquí es donde adquiere un significado mayor pero que se aleja del señalamiento inicial: como complemento). El Creador, figura masculina, le procura a su creación (también figura masculina) la compañía, colocando a la figura femenina en una posición inferior y subyugada a la primera. Se observan atisbos de una conformación social y visión del mundo teñidos con cierto machismo, en el sentido estricto de la palabra.

La cultura define entonces la asignación de género, pero también la cultura es capaz de construir sobre los datos de la biología una serie de significados y de modificarla. Ejemplo de esto es el cambio en las características sexuales que han permitido las nuevas tecnologías (eliminación o adquisición de los caracteres sexuales secundarios del sexo opuesto mediante depilación y/o la administración de hormonas exógenas, con su máxima expresión en la transformación quirúrgica de los genitales).

Queda de manifiesto que lo femenino y lo masculino son constructos y no esencias. El cuerpo pasa a ocupar un espacio de reflexión, sobre todo el cuerpo femenino, donde se conjugan lo biológico y lo social para significar una posición y una condición determinadas. (Montecino, 2005). Señala la autora, que el cuerpo femenino adquiere un protagonismo exacerbado que lo sitúa más en el plano de lo “natural” que de lo social, y más como objeto que como sujeto.

No es ajena la puesta en escena de los medios de comunicación masiva, que ahora más que nunca tienen un papel preponderante en la formación (o “deformación”) de los paradigmas sobre la sexualidad y el género. Se han hecho estudios que demuestran el impacto que tienen los programas de televisión (por mencionar alguno) en el desarrollo de la sexualidad adolescente, la percepción de su propia sexualidad, la asignación de género y su comportamiento con individuos del sexo opuesto. (Tolman, Kim, Shcooler y Sorsoli, 2007; Kim, 2007).

La imagen que allí se presenta de la mujer hace especial énfasis en el cuerpo, en esa cualidad “natural” que se ha desnaturalizado con las modificaciones digitales de las características corporales. Una de las más recientes visualizaciones de la mujer y de lo femenino, parte de un modelo de belleza que sirve como molde al cual, quienes no quepan en él, se colocan en riesgo de padecer alguna psicopatología. (Luna, 2005).

El cuerpo como medio de objetuación del ser no ha tenido mejores exponentes en la historia (salvo en la esclavitud) que como lo hace ahora, públicamente, en vallas

publicitarias y fotos de revistas con cuerpos desnudos, los cuales denotan un valor que no trasciende aquel de una masa revestida de piel.

Se ha convertido (y el constructo de lo femenino al que se adhiere) en un valor de intercambio, que se remonta a la instauración de las primeras leyes sociales. (Montecino, 2005).

4.1.2 La mujer en la cultura actual

Lo femenino, en nuestra cultura, ha adquirido entonces el carácter de la búsqueda incesante de la belleza (en un plano muy superficial), porque se suponen homólogos, y la mujer se vuelve víctima de la industria cosmética y de las empresas que se empeñan en recalcar la necesidad de un constante cambio de imagen que procure la adecuación a ese ideal. La belleza también ha sido un constructo cultural que se ha modificado con el tiempo y las circunstancias.

Según Luna (2005), *bello* proviene del latín *bellum*, que a su vez es una abreviatura del vocablo *bonum*, que significa “lo bueno”. Platón regala unas palabras que ayudan a dibujar ese concepto de belleza:

“En efecto, éste es precisamente el camino correcto, empezar por las cosas bellas de este mundo y, sirviéndose de ellas a modo de escalones, ir ascendiendo continuamente: de un solo cuerpo a dos, de dos a todos los cuerpos bellos, de los cuerpos bellos a las bellas normas de conducta, de las normas de conducta a los bellos

conocimientos, y a partir de los conocimientos acabar en aquél que no es otra cosa que la belleza absoluta, para que conozca por fin lo que es la belleza en sí". Platón, *El Banquete*.

Desde tiempos inmemoriales la hermosura ha sido objeto de reconocimiento, admiración y discusión. En la Grecia de la Antigüedad se consideraba a la belleza como un atributo objetivo. Esto fue cambiando hasta que en el siglo XXI adquirió el distintivo que sugiere una relación directa e inherente con quien ejerce la observación. (Luna, 2005).

Lastimosamente, la realidad no se compagina en la práctica con la teoría y esa utópica subjetividad se deja llevar por la presunta propiedad objetiva que le otorga un punto de referencia masivo, mismo que ha llegado a determinar los cánones actuales de la belleza. Las mujeres terminan sacrificando su alimentación, su comodidad y su salud para cumplir con ellos.

Este sacrificio femenino a la luz de las necesidades que impone lo social, data de igual o mayor lejanía en el tiempo. Existen posturas que disertan acerca del sacrificio como primera pauta social establecida por la humanidad para su relación con las deidades dominantes. El objeto de sacrificio inicial lo fue la mujer. Posiblemente, se derivó de su propiedad dadora del don de vida, que en señal de agradecimiento a los dioses por ese regalo, se devolvía a su origen. (Montecino, 2005).

Existen otras teorías sobre el origen de la organización social promulgadas por Freud y Lévi-Strauss, en las que la prohibición del incesto marca el hito de las relaciones sociales, valiéndose de la represión del instinto para la instauración de las pautas de convivencia, creando así diferencias entre hombres y mujeres, y haciendo de éstas un producto de subordinación y de intercambio, a la sombra de “los definidores” de la identidad humana y de la secuencia de los linajes. (Adaptado de Montecino, 2005).

Continúa la autora sobre esa línea, haciendo notar que en muchas sociedades la oposición entre la naturaleza y la cultura ha sido comparada con la de mujer y hombre (las mujeres crean vida en su cuerpo; los hombres, signos y herramientas). La represión de la mujer, viene entonces ligada con la premisa de que para la existencia primaria de la sociedad es preciso que los medios de reproducción sean controlados.

Para esto los jefes de los linajes establecieron relaciones con otros por la ley de la exogamia, para que la continuidad de sus grupos –vía las mujeres- fuera posible. El intercambio primario, por ende, fue el de la economía maternal, con la mujer como el primer sacrificio y lo femenino como la naturaleza que había que dominar para dar paso a la cultura.

Los posteriores valores de cambio, animales, especies y monedas, no son más que símbolos de la primera inmolación femenina. (Esto se contrapone con la visión freudiana de la “horda primitiva” y el asesinato del padre como el medio para la

consecución de alianzas fraternas que instaurasen la primera ley de las relaciones humanas y la consecuente repartición de las mujeres).

Rescata también Montecino en otro escrito los postulados de Margaret Mead sobre lo cuidadoso y lo riesgoso de “naturalizar” lo simbólico. Ella realizó estudios en grupos aborígenes de las Islas de la Polinesia en los que los supuestos roles femenino y masculino estaban invertidos.

Hace especial mención de un relato selk’nam (tribu de las islas de la Tierra del Fuego, al sur de Argentina) en el que se retrata cómo fueron las mujeres quienes, mediante el uso de máscaras y pinturas, inventaron la existencia de temibles y poderosos espíritus femeninos quienes, agrupados en una cabaña dentro del bosque, pedían que ellas fueran las cazadoras y que fueran los hombres quienes criaran la descendencia. Ellos, al darse cuenta, mataron a todas las mujeres, dejando sólo a las pequeñas que no habían sido parte del engaño. Se apropiaron de la ceremonia y el rito de pasaje a la vida masculina de los selk’nam consistió, en adelante, en conocer el secreto de las máscaras y jamás revelarlo a mujer alguna. (Montecino, 2003).

La evolución del concepto de género y feminidad y sus aportes a la vivencia cultural, han permitido a las mujeres separar el placer sexual de la reproducción, y optar libremente por la maternidad. Sin embargo, la instauración de las mujeres hacia lo público a partir de una exacerbación de su identidad como cuerpo y no como sujeto,

tal y como lo ha demostrado la historia analizada, socava el significado de la maternidad y sus efectos.

Basta con echar un vistazo al término *embarazo*, que recuerda a sus derivaciones cargadas de una semántica que incluye confusión y vergüenza (*embarazoso*), cuyas raíces se sustraen del contexto en el que la gravidez en ciertas condiciones representa un deshonor. Las huellas de esa condición se borran con ahínco mediante cremas “antiestrías”, liposucciones y “rejuvenecimientos” vaginales, al servicio de un sistema que busca la comercialización del cuerpo como el medio para cumplir con la máxima del capitalismo en que se circunscribe la sociedad actual.

Aún en el ámbito de la medicina nos vemos invadidos por este germen económico y político, que tergiversa el discurso de la salud (el exceso de peso puede aumentar el colesterol y resultar perjudicial) en pro de convertir las estrategias de un vivir saludable en métodos matemáticos para sostener la venta de productos (máquinas para hacer ejercicios, dietas panaceicas, productos bajos en calorías). Al igual que la maternidad, el comer pierde su condición esencial de placer y es cambiada por una meramente operacional.

Asimismo, las transiciones del ciclo vital femenino se visualizan como patológicas y se convierten en una verdadera tragedia, como lo vemos en el paso hacia la menopausia, en el que se materializa el horror de las mujeres quienes, sentenciadas a un aumento en el riesgo de enfermedad cardiovascular y de osteoporosis, así como a cambios

rápidamente conducentes hacia las manifestaciones corporales del envejecimiento, se empeñan en cubrirse con cremas y cuantos elíxires mágicos o pseudocientíficos les ofrezca el mercado, con tal de mantener la imagen a la que han aprendido a dar prioridad en sus vidas.

4.1.3. Fenomenología del ser mujer

Habiendo repasado los constructos sociales de lo que a los conceptos de mujer, género, belleza y feminidad se refiere, es momento de salir del aspecto macro para encontrar espacio en el mundo de la vida privada de la mujer.

Según Heráclito, el principio dialéctico estructura y rige todo lo que existe, tal y como lo describe en su fragmento No. 8: “Lo que se opone se une; de las cosas diferentes nace la más bella armonía.” Hegel postula que la dialéctica es en cierto modo idéntico al rasgo universal de toda la realidad, cual es su “inquietud” o *energeia*, en el sentido de Aristóteles. Está presente en la vida en forma de movimiento, pero es también el motor de la historia y de todo lo que existe en el tiempo. (Dörr, 2005).

El hombre y la mujer serían la expresión concreta de una de las polaridades más propias de la vida y como no se sabría lo que es el blanco sin el negro y lo que es la luz sin la oscuridad, el estudio fenomenológico de la mujer planteado por Otto Dörr (y en gran medida basado en los trabajos de Buytendijk) tiene lugar en la determinación de la polaridad femenina.

Destaca cuatro categorías fundamentales:

- **Corporalidad:** Se refiere a las características corporales que envuelven al ser mujer, más allá de la mera referencia del cuerpo anatómico (o soma), y su relación de sola pertenencia con el sujeto. Lo redondo, lo suave, lo flexible, lo dócil y fluyente es lo que de algún modo se percibe directamente en las formas corporales femeninas y que remite a dos categorías significativas muy propias de la feminidad –la plenitud y gratuidad. Ellas se refieren a la forma en que la mujer (en particular la mujer embarazada) parece llenar el entorno y al carácter de donación, de entrega que suele acompañarlas.
- **Espacialidad:** Su mirada abarcadora y su cuerpo hacen que el espacio en torno a ellas tienda a ser más circular, menos frontalizado y menos lateralizado (contrario al caso de los hombres, cuya constitución física los dispone en su ubicación espacial hacia el enfrentamiento). Las características del espacio femenino se van a traducir en un habitar reposado. Mientras el hombre entra y sale de la casa, la mujer permanece plena en su corporalidad y llenando el espacio a su alrededor.
- **Temporalidad:** La mujer es capaz de quedarse por un tiempo en un lugar, en algo que no tiene urgencia y que no implica un movimiento incesante hacia alguna parte, cual es el tiempo de la maduración, el tiempo femenino. “Es en la vida del hogar, donde la vemos simplemente siendo, constituyéndose en el centro natural a donde todo llega.” (Dörr, 2005).
- **Interpersonalidad:** La forma en que la mujer da la mano (de modo que la entrega en vez de tomar la mano de quien se la extiende) ejemplifica su

actividad fundamental –el cuidado, que no tiene finalidad distinta que aquello de lo cual se ocupa- y que sólo se puede realizar en el marco de lo interpersonal.

El filósofo alemán Heidegger reconoce que, cuanto puede llegar a ser el hombre por sus propios medios en aras de la perfección, es producto del cuidado, que es a su vez la forma propia de relacionarse la mujer con el mundo y con los otros.

“El eterno femenino nos atrae hacia lo alto.” –Goethe, en los versos finales de Fausto. (Citado por Dörr, 2005).

Habiéndose enmarcado las particularidades del sexo y del género femenino, se analizará ahora la importancia de esas diferencias en los efectos de la psicopatología.

4.2. Diferencias de género en la presentación de los trastornos psiquiátricos

Existen diferencias en la prevalencia de los trastornos psiquiátricos en función del género; la prevalencia en las mujeres supera a la de los hombres en numerosos trastornos. También en la expresión, comorbilidad y el curso de muchas enfermedades se pone de manifiesto esta diferencia. Por ejemplo, la depresión y la distimia, ambas más frecuentes en mujeres, tienen una mayor probabilidad de aparecer acompañadas de trastornos de ansiedad en las mujeres, con mayor ansiedad somática, caracterizada por importantes alteraciones del sueño y del apetito, algias y angustia (Burt y Hendrick, 2007).

Las mujeres con depresión mayor crónica inician el trastorno en edades más tempranas y presentan más antecedentes familiares de trastornos del estado de ánimo, peor adaptación social y peor calidad de vida que los hombres con depresión crónica. En el trastorno bipolar, las mujeres son más proclives a los ciclos rápidos. El curso de la esquizofrenia es más favorable en las mujeres, las cuales tienden a presentar un inicio más tardío de la enfermedad, menos síntomas negativos y mejor respuestas al tratamiento (Burt y Hendrick, 2007).

En los hombres, la máxima incidencia del síndrome esquizofrénico se sitúa en la adolescencia tardía y en la edad adulta temprana, mientras que en la mujer parecer haber un segundo pico de incidencia en edades más tardías, a partir de los 45 años, incluso un tercer pico en edades avanzadas. (Castle y Murray, 1993; citado por Gutiérrez et al. 2008). Esto sugiere una asociación con la menopausia y los cambios fisiológicos que conlleva.

El riesgo de presentar esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme y/o trastorno esquizoafectivo, es mayor entre los familiares de primer grado de una mujer esquizofrénica que entre los de un hombre esquizofrénico. (Sham et al. 1994; citado por Gutiérrez et al. 2008).

La evolución del síndrome esquizofrénico puede resultar más favorable desde un punto de vista clínico-institucional en el subgrupo de las mujeres, al menos a corto y mediano plazo (Leff et al., 1992; citado por Gutiérrez et al. 2008), con un menor

número de ingresos psiquiátricos y una duración más breve de éstos respecto de los hombres (Seman y Fitzgerald, 2000).

En las mujeres se tiende a diagnosticar y a tratar la psicosis de forma más tardía que en los hombres y la duración de la psicosis no tratada es más prolongada en el sexo femenino. Esto porque hay un predominio de la sintomatología afectiva y de la sintomatología psicótica negativa en el inicio de la psicosis; porque hay un inicio más tardío de la psicosis, con una mayor frecuencia de formas clínicas atípicas y porque hay una mayor protección y tolerancia sintomatológica desde la red social del paciente (Gutiérrez et al. 2008).

Estas diferencias se pueden deber a factores psicosociales. En el 2002 una quinta parte de los niños vivían únicamente con sus madres, que debían afrontar los problemas diarios que conlleva asumir múltiples roles y satisfacer exigencias contradictorias. La tradicional desventaja social de la mujer, los sueldos más bajos y la mayor vulnerabilidad a la violencia sexual y doméstica pueden contribuir a mayores tasas de trastornos depresivos y de ansiedad (Burt y Hendrick, 2007).

La respuesta terapéutica al tratamiento psicofarmacológico antipsicótico parece ser igualmente mejor y más rápida en el grupo de las mujeres, derivada en parte de un mejor cumplimiento en este subgrupo, fruto quizás de una mayor consciencia de enfermedad, así como de una mejor relación empática entre las mujeres esquizofrénicas y sus terapeutas. (Gutiérrez et al. 2008).

Las mujeres esquizofrénicas pueden requerir dosis menores de antipsicóticos que los hombres (hasta un 20%), al menos hasta la menopausia. Se ha postulado la posibilidad de que las hormonas sexuales femeninas otorguen, durante la vida fértil de la mujer, un cierto papel protector frente al desarrollo de una esquizofrenia. (Gutiérrez et al. 2008).

Gutiérrez et al. realizaron un estudio en el 2006, en el que incluyeron a 231 pacientes (75 mujeres) afectados por un primer episodio psicótico, con edades entre los 16 y los 65 años. Se analizó el papel pronóstico de la variable sexo sobre el curso clínico-terapéutico, mediante las escalas PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia), CGI (Clinical Global Impressions Scale) y GAF (Global Assessment of Functioning Scale).

Todos los pacientes recibieron tratamiento con Risperidona oral (dosis media 5,3 mg/día).

- La edad de inicio del trastorno psicótico fue significativamente mayor en las mujeres.
- No se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos en cuanto a años de escolarización o al rendimiento cognitivo premórbido.
- Tampoco con respecto al ajuste psicosocial premórbido. Mujeres tuvieron un menor ajuste en la adolescencia tardía y en la edad adulta temprana.
- En el momento del reclutamiento, las mujeres se encontraban más frecuentemente emancipadas, dedicadas a las tareas domésticas

Las diferencias biológicas entre ambos sexos también pueden explicar algunas características diferenciales en las enfermedades psiquiátricas. Los estudios ponen de manifiesto las diferencias entre hombres y mujeres en la anatomía del cerebro y los efectos psicoactivos que tienen las hormonas reproductoras masculinas y femeninas. Se ha prestado especial atención a los efectos psicoactivos de los estrógenos (antidopaminérgicos y serotoninérgicos), así como la modulación de los receptores del Ácido Gama Aminobutírico (GABA) por parte de los metabolitos de la progesterona (Burt, 2005).

4.2.1 Aspectos neurobiológicos de las diferencias entre hombre y mujer

Aquello que compone el ser depende de diversos factores. Compete esta sección a la revisión de aquellos relacionados con el dominio de lo biológico, ya que será un marco de referencia para el estudio de la psicopatología de la mujer en el puerperio.

Correa y Fernández (2005) hicieron una ponencia sobre el tema. Partieron del hecho de que las leyes naturales (físicas, químicas y biológicas) no pueden ser transgredidas y de que existen diferencias de esta índole en los cerebros de hombres y mujeres, que sugieren una determinación biológica de la conducta sexual humana.

Según su exposición, es en el cerebro donde se asienta *el yo* y, por tanto, la masculinidad y la feminidad están conformadas sobre la base de una organización de

vías neuronales y una química cerebral diferentes. A pesar de los cambios que puede producir el ambiente (exhibidos en los hallazgos sobre epigenética), el aspecto constitucional es invariable y es allí donde se encuentran las diferencias que marcan la pauta en la divergencia de los cerebros de hombre y de mujer.

Esta diferenciación ocurre de forma fisiológica en el período prenatal debido a que existe un programa genético cuyo delicado equilibrio entre la expresión de factores hormonales y sus respectivos receptores en localizaciones definidas del sistema nervioso central, la determina. Según las propiedades de cada región cerebral y su función, esto podría propiciar la expresión clínica de ciertas patologías mentales.

4.2.1.1 Diferencias entre el cerebro masculino y el femenino

- El núcleo del área preóptica del hipotálamo es $2,5 \pm 0,6$ veces más grande en los hombres que en las mujeres y contiene $2,2 \pm 0,6$ veces más células en varones entre los 10 y 93 años. La posible función de importancia para el presente trabajo radica en la liberación de gonadotrofinas y la influencia sobre la conducta sexual, que se ha observado en otros mamíferos.
- El núcleo supraquiasmático tiene mayor volumen y número de neuronas en varones.
- Las mujeres tienen menor regularidad que los hombres en las zonas del lenguaje de los lóbulos temporales. Los hombres, mayor asimetría a favor del lóbulo temporal izquierdo. En los neonatos hombres, es más frecuente la

asimetría inversa (al igual que en la mujer adulta), por lo que se infiere que el factor que determina la asimetría interviene en el período posparto.

- **Cuerpo caloso.** En las mujeres el esplenio es más grande y tiene mayor número de fibras, mayor interconexión con áreas corticales y el número de fibras interhemisféricas se correlaciona inversamente con la lateralización de la función. Por ende, la mujer tiene una menor lateralización cerebral que el hombre.

4.2.1.2. Mecanismo biológico de la diferenciación

Básicamente, el diseño genómico de la diferenciación sexual (cerebral y del resto del cuerpo) está predeterminado a la expresión de un fenotipo femenino, a menos de que intervenga la acción de la hormonas gonadales, las cuales son responsables de la organización de circuitos neuronales en partes específicas del cerebro, vías que se producen al final de la vida intrauterina y en el período posnatal temprano. (Correa y Fernández, 2005).

Los esteroides gonadales ejercen profundos efectos en la diferenciación y supervivencia de grupos neuronales específicos, así como en el aumento de la densidad neuronal, la proliferación dendrítica, el crecimiento axonal y la configuración de vías específicas. Después del desarrollo, las hormonas sexuales sólo activan circuitos, no los crean. (Correa y Fernández, 2005).

Uno de los mecanismos propuestos para la ejecución de estas funciones depende de la α -feto-proteína, que es una molécula sintetizada por el hígado fetal y que está presente tanto en la sangre como en el líquido cefalorraquídeo del producto. Esta proteína capta a los estrógenos pero no así a la testosterona, permitiéndole acceder libremente a las células sensibles a ella. (Correa y Fernández, 2005).

4.2.1.3. Genes y diferenciación sexual

Anotan estos autores que el sexo cromosómico es determinado por el padre, con el cromosoma X o Y contenido en el espermatozoide que ingresa al óvulo. La diferenciación gonadal embrionaria se da gracias a que en el brazo corto del cromosoma Y se encuentra el factor determinante del testículo (gen SRY), que codifica para una proteína con un dominio de unión al Ácido Desoxirribonucleico (ADN), lo que sugiere que actúa como un factor de transcripción.

4.2.1.4. Manifestaciones clínicas de la diferenciación sexual

Correa y Fernández (2005) acotan también que el cerebro de hombres y mujeres tiene características propias que facilitan la ocurrencia de ciertas patologías en uno u otro sexo. A manera de ejemplos:

- La atrofia cerebral asociada con la edad empieza primero en mujeres y se ha observado una mayor incidencia de demencia en este grupo. Existe una declinación en el peso cerebral entre los 40 y los 90 años de 2,95 g/año en mujeres versus 8,95 g/año en hombres.

- Los gliomas malignos son dos veces más frecuentes en hombres, en el lóbulo temporal izquierdo.
- La enfermedad cerebrovascular (ECV) que compromete el hemisferio izquierdo provoca más afasia en hombres, mientras que las lesiones derechas, lo hacen más en mujeres.

La enfermedad mental le confiere riesgos específicos a los integrantes de cada sexo. El pertenecer al sexo femenino conlleva ciertos riesgos a nivel biológico y el pertenecer al género femenino conlleva ciertos riesgos a nivel social. Esa sola asignación genera ya un impacto sobre la mujer. ¿Qué sucede entonces con el embarazo y el puerperio?

4.3. El puerperio y sus efectos sobre las madres

Se define puerperio como el proceso que sucede en el período que transcurre desde el parto hasta que los órganos genitales y sus funciones recuperen su estado previo. La duración es variable pero suele circunscribirse a los primeros 40 días. (Santos, 1993).

El nivel de progesterona cae drásticamente en las primeras dos etapas de la labor de parto y los estrógenos caen cuando se expulsa la placenta. Con ello cae también el bloqueo que éstos producen sobre la prolactina. Los niveles de cortisol, los cuales aumentan tanto en plasma como en orina durante el embarazo, disminuyen de forma marcada durante las primeras 4 horas posparto. (Robinson y Stewart, 1986).

Otros cambios biológicos que se han reportado en el posparto incluyen: la función tiroidea, el peso corporal y los niveles de electrolitos, así como los niveles de aminoácidos y endorfinas plasmáticas.

- Pérdidas rápidas de peso y sodio (que empiezan alrededor del tercer día).
- La excreción de calcio tiende a disminuir durante la primera semana.
- Los niveles de Triptofano se han reportado bajos en el embarazo pero aumentan marcadamente en los días 1 y 2 posparto, y gradualmente regresan a la normalidad.
- El nivel de β -endorfinas plasmáticas se eleva durante la labor y cae rápidamente una hora después del parto.

Cuánto afectan estos cambios a las mujeres que padecen psicosis puerperal aún no está claro (Robinson y Stewart, 1986).

Además de los riesgos y complicaciones frecuentes, como fiebres, infecciones, flebitis, anemia, etc.; y de los cambios fisiológicos propios del período, la mujer se enfrenta a la tarea de la maternidad y la realización de las funciones maternas solicitadas por su bebé. (Santos, 1993)

Junto con el embarazo y el parto se conforma en una verdadera crisis evolutiva e implica una serie de reajustes necesarios para poder ir adaptándose a los cambios y modificaciones que van teniendo lugar no sólo en su vida y la de su pareja, sino en ella

misma, en el interior de su cuerpo y en lo más profundo de su psiquismo. (Santos, 1993).

Es partiendo de las transformaciones corporales que se despiertan en ella temores, ambivalencias, deseos, fantasías, etc., que la confrontan a su identidad sexual femenina, a la manera como ha ido organizando sus relaciones sociales, a la relación con su pareja, la relación con sus padres, etc., lo que inevitablemente implica las relaciones inconscientes con sus objetos internos, con las imagos parentales. (Santos, 1993).

Estos cambios suponen una mayor fragilidad, quedando la vida emocional y afectiva más vulnerables. Por ello es fácil que aún en mujeres suficientemente equilibradas psíquicamente se encuentren en este período manifestaciones emocionales o psicopatológicas que requieran atención especial. (Santos, 1993)

4.4. Enfermedad mental materna y sus efectos sobre los bebés

Desde los textos de Ginecología, se ofrece una perspectiva acerca del impacto de la enfermedad mental de la madre sobre el bienestar de los niños y niñas. Brand y Brennan (2009) revisaron estudios prospectivos que iniciaron durante el embarazo y dieron seguimiento a las madres y a sus hijos(as) hasta la adolescencia, los cuales han demostrado que la enfermedad mental materna durante los períodos prenatal y posnatal puede tener consecuencias duraderas en el niño(a) en desarrollo. Las áreas

afectadas a futuro serán el desarrollo psicomotor, el comportamiento y una mayor incidencia de psicopatología.

El ambiente *in utero* puede alterar el desarrollo del sistema nervioso fetal durante períodos particularmente sensibles, con efectos permanentes sobre el fenotipo. En esos estudios se han revisado específicamente los efectos que se dan como producto del estrés, la ansiedad y los síntomas depresivos de la madre durante el período perinatal. Los efectos negativos más fuertes y consistentes se asociaron con ansiedad y estrés maternos prenatales.

Estudios de ansiedad materna posparto son mucho menos comunes que aquellos de depresión posparto, pero hay cierta evidencia que sugiere que puede tener un impacto negativo en el pronóstico conductual de la progenie. Más que la sola exposición posparto, parece que es la exposición continuada a los síntomas maternos, a través de la infancia y la niñez, la que podría ser un predictor de más peso. (Brand y Brennan, 2009).

Si esto ocurre en los casos de ansiedad y depresión, los cuales tienden a ser más benignos en términos de la dificultad de manejo y el pronóstico, no es necesario imaginar el impacto que podría tener la psicosis puerperal en la descendencia. No obstante, no encontré estudios que abarcasen esa variable específica.

4.4.1. Fisiopatología de la afección fetal por el estrés materno

Kinsella y Monk (2009) analizaron el impacto del estrés materno sobre el desarrollo neuroconductual del feto y determinaron que existen dos posibles vías para esta “transmisión” del humor materno hacia el feto: a través de la desregulación del eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal materno/fetal y mediante cambios en el flujo sanguíneo de la arteria uterina, que provoca una disrupción en el ambiente intrauterino. Al respecto señalan los siguientes elementos clave.

Las características de la frecuencia cardiaca fetal (FCF) se han asociado con un rango de estados psicológicos disfóricos en mujeres embarazadas, incluyendo estrés percibido, estrés inducido por laboratorio, depresión auto-reportada, depresión clínicamente apreciable, trastornos ansiosos, estados ansiosos y comorbilidades ansioso-depresivas.

La reactividad de la FCF ante un estímulo y la variabilidad de la frecuencia cardiaca reflejan diferencias individuales que emergen en el desarrollo del sistema nervioso central y autonómico, y se relacionarán con estilos futuros de regulación de las emociones y con riesgo de psicopatología. En adición a esto, la actividad, movimiento y patrón de sueño fetales han demostrado ser influenciados por los estados psicológicos maternos, lo cual sugiere también que el humor materno puede afectar el desarrollo del sistema nervioso.

A pesar de que la aflicción psicológica materna ha demostrado desencadenar cambios en la función cardiorrespiratoria materna, variaciones en la FCF y en los movimientos

fetales de base, en estudios de reactividad al estrés inducido en laboratorio, estos cambios fisiológicos se han encontrado con amplia independencia entre unos y otros. La excepción la hacen pequeñas asociaciones entre el aumento en la reactividad de la conductancia cutánea materna y el aumento en los movimientos fetales, así como entre la presión arterial materna y la FCF. Por lo tanto, los investigadores han girado hacia el eje Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal (HHA) y el funcionamiento uterino como posibles vías por las cuales se transmite el estado fisiológico materno hacia el feto.

4.4.1.1. Desregulación del eje HHA materno-fetal

El eje HHA es comúnmente considerado el sistema regulador central para el sufrimiento psicológico. El principal modulador de este eje para el estrés psicológico es la hormona liberadora de corticotropina (CRH, por sus siglas en inglés), la cual es liberada desde el Hipotálamo hacia el sistema portal Hipotálamo-Hipofisiario y de ahí hacia la Hipófisis anterior, donde estimula la secreción de la Hormona Adrenocorticotrópica (ACTH, según sus siglas en inglés). Ésta estimula los receptores de ACTH en las glándulas adrenales, causando así la síntesis y secreción de glucocorticoides en el torrente sanguíneo, principalmente Cortisol. El Cortisol provoca respuestas fisiológicas como aumento en la presión arterial y la frecuencia cardiaca, así como regulación a la baja de la liberación hipotalámica de CRH. (Kinsella y Monk, 2009).

Durante el embarazo la placenta también genera CRH y la libera en el torrente sanguíneo, causando hiperactivación del eje HHA y un considerable aumento del

índice de cortisol libre/unido, alcanzando valores comparables a los encontrados en la enfermedad de Cushing. Hay un incremento lineal hasta el término, con un pico entre las últimas 6 y 8 semanas de gestación.

A pesar de que la enzima placentaria 11β -hidroxiesteroide deshidrogenasa-2 convierte el cortisol a cortisona inactiva desde la semana 16 de embarazo y forma una barrera para los glucocorticoides maternos, aproximadamente 10% a 20% del cortisol materno pasa hacia el feto, lo cual bajo condiciones de elevación en la actividad del eje HHA inducido por estrés, puede ser suficiente para producir efectos a largo plazo en el desarrollo cerebral del feto.

En estudios psiquiátricos, la elevada reactividad del eje HHA se encuentra comúnmente en la neurobiología de la depresión y otros padecimientos mentales.

Es posible que a través del curso de la gestación, los fetos sean condicionados por los estímulos en su ambiente prenatal para estar mejor preparados para lo que van a encontrar posterior al nacimiento (Kinsella y Monk, 2009).

4.4.2. La maternidad y su influencia en el psiquismo

Federico II de Apulia quería saber qué idioma era el auténticamente humano; saber en qué idioma hablaría un bebé sin la influencia de su entorno y puso en marcha un experimento. Un grupo de bebés recién nacidos recibió los mejores cuidados físicos con la condición de que no se les podía dirigir palabra alguna. Todos los niños murieron antes de cumplir un año. Tiempo después, R. Spitz describió lo que llamó

“hospitalismo”, fenómeno análogo producto del cual los bebés bajo los mejores cuidados hospitalarios de la época que no recibieron “nutrición” afectiva también fallecieron. (Lasa 1993)

Santos (1993) menciona que cuando una mamá sabe “adivinar” las necesidades de su bebé, “entender” sus mensajes gestuales y responder a “sus deseos” está invitando al infante a interesarse por ella. El bebé, seducido y satisfecho, responde a este interés. Las funciones maternas, además de las tareas de la crianza, incluyen aquellas actitudes y cuidados capaces de despertar en el bebé un interés y una curiosidad por descubrir su mundo y el mundo de los demás.

Una vez que se satisfacen las necesidades biológicas vitales, los estímulos transmitidos que le resultan placenteros al bebé, inician el motor de la existencia psíquica: el deseo; un empuje en aras de repetir esas gratificaciones. El deseo de un algo más que comandará el resto de su vida. El deseo de vivir en sí. (Lasa, 1993).

La madre carga de esa energía el cuerpo de su bebé, participa en su integración y en su despertar psíquico. Se establece una experiencia psico-corporal recíproca e inseparable, que es indispensable para el desarrollo mental. Es cuando falla ese proceso que se identifican con claridad aquellas adquisiciones esperables que no se alcanzaron, las cuales pasan desapercibidas en una crianza “normal” (Lasa 1993). Depende de cómo se establezca esa relación primaria el que se desarrollen esas

capacidades potenciales que, como tales, son frágiles y susceptibles al tipo de estimulación que se reciba.

El embarazo y la transición hacia la maternidad despiertan muchos estresores psicológicos. La mujer debe aceptar cambios en su imagen corporal, en sus relaciones con su pareja y con sus parientes, en sus responsabilidades y en la percepción social de su rol. Celos y hostilidad hacia el infante, así como miedo de perder su propia identidad son comunes en mujeres que pasan por ese ajuste. (Robinson y Stewart, 1986)

No es tarea fácil para las madres, en quienes entran en juego sus propias experiencias y representaciones. Es un verdadero remolino el que subyace a su expresión embelesada. La fascinación por un hecho enigmático y la sorpresa de descubrir cualidades y actitudes insospechadas previo a su maternidad, se acompañan de la envidia y la nostalgia de algo antaño conocido y ahora perdido. "(...) Los primeros abrazos en los que se entrelazan el deseo de la fusión voluntaria y la ternura... y en caso de no producirse ésta, el apasionado intento de violentar, de someter a un abrazo forzado. Ternura y pasión, intensidad en el acercamiento y violencia en el rechazo se entrelazan ya temprano" (Lasa, 1993)

En síntesis, la maternidad, además de un proceso maravilloso en torno a la vida, implica un posible devenir en psicopatología para el infante y conlleva también el peso de los efectos de la propia asignación psíquica de la madre, su identificación

como mujer y con su capacidad para ejercer la maternidad, según la forma en que se haya instaurado la relación inicial con su propia madre.

Los aportes de la madre (el entorno del bebé, en su sentido más amplio) para la vida del hijo(a) son fundamentales hasta finalizada la adolescencia, ya que pueden ayudar a prevenir posteriores trastornos de aprendizaje, fallos estructurales y problemas afectivos que puedan condicionar seriamente sus relaciones con los otros (Santos, 1993).

Una vez revisadas las diferencias de género en la presentación de los trastornos psiquiátricos, explorados los efectos deletéreos de cuadros ansiosos y depresivos perinatales en los infantes en desarrollo y repasadas las implicaciones de la maternidad y el puerperio en el psiquismo, es preciso tratar el tema de la psicosis en general, para luego hacer las asociaciones pertinentes con el tópico principal en estudio: la psicosis puerperal.

4.5. Sobre la psicosis

Psicosis es muchas cosas a la vez. Su estudio comprende aspectos tanto psicológicos, como semiológicos y neurobiológicos, cuya concordancia no es absoluta ni está cerca de serlo, pero nos acerca a su comprensión. Intentaré en el siguiente apartado dar un sentido integrador. Abordemos primero el aspecto semántico y semiológico.

4.5.1. Definición de psicosis

A modo de definición, en términos generales, la psicosis es un estado en el que el individuo experimenta una severa desconexión con la realidad. Los síntomas más comúnmente asociados con ella son los delirios y las alucinaciones. Otros síntomas incluyen el aplanamiento afectivo, la alogia, la abulia y la desorganización del pensamiento, del lenguaje y del comportamiento, o bien la catatonia. (American Psychiatric Association, 2000).

Según el glosario de un libro de texto clásico de Psiquiatría, la psicosis se define como: “Estado mental en el cual los pensamientos, la respuesta afectiva, la habilidad para reconocer la realidad y la habilidad para comunicarse y relacionarse con otros, están lo suficientemente alterados como para interferir grandemente con la capacidad para lidiar con la realidad; las clásicas características de la psicosis son deficiencias en la prueba de realidad, alucinaciones, delirios e ilusiones” (Kaplan y Sadock, 2009).

Es el elemento definitorio de los trastornos incluidos en la sección de Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos del DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV Text Revised), pero los síntomas psicóticos también están presentes en las demencias, el delirium inducido por sustancias, el trastorno bipolar y el trastorno depresivo mayor con psicosis (Kaplan y Saddock, 2009).

La psicosis es entonces heterogénea en su origen y se puede categorizar de forma sindrómica desde sus elementos semiológicos. A manera de síntesis, incluye tres

variables clínicas a saber: la desorganización en el comportamiento, la desorganización en el pensamiento y las alteraciones sensorio-perceptivas.

Multitud de condiciones no patológicas y patológicas pueden cursar con síntomas psicóticos. Las segundas comparten alteraciones en ciertas vías cerebrales y desequilibrios bioquímicos que son comunes a diferentes etiologías.

4.5.2. La psicosis en el psicoanálisis

Se escapa a los objetivos del trabajo hacer una revisión extensa en la materia, pero resultaría fragmentado el estudio de la psicosis si no se mencionan algunos aspectos generales.

Molina y Núñez 2013, en cuyo trabajo se basa esta sección, repasan los principales constructos en torno a ello y mencionan que desde la teoría psicoanalítica la sexualidad es constitutiva del psiquismo.

Desde la propuesta freudiana, la formación psíquica se intenta comprender con base en el desarrollo de la sexualidad infantil y el punto de partida es la diferencia anatómica más evidente entre los sexos: la presencia o ausencia de pene, lo cual es contemplado como un valor per sé para los niños y niñas.

Reconoce este autor que la niña asume primero su castración al descubrirse en falta de este órgano y nace lo que llamó la envidia de pene. Al reconocer en la madre la

misma falta la hace responsable y no le perdona ese perjuicio, el cual asocia con el cometimiento de algo terrible que provocó la remoción de éste. Gira entonces hacia el padre como objeto de amor, en busca de que le otorgue aquello que le fue negado.

Luego de una desmentida inicial en que persiste un anhelo de que aparezca el órgano, se asimila la falta y se transforma el deseo de pene en deseo de un hijo como un equivalente. Ante la imposibilidad de concretar ese deseo por parte del padre, regresa hacia la madre para identificarse con ésta y así acceder a su propio deseo y a la concreción de éste en la búsqueda futura de una relación de amor con alguien como el padre.

De manera muy somera ese es el paso que hace la niña por el Complejo de Edipo, cuyo resultado es el rompimiento de la célula psíquica simbiótica de madre-hija que permite dar paso a la mujer como ser social. Se separa entonces la niña, del deseo de la madre que la engloba, gracias a la acción del padre y de la prohibición, la cual introduce la primera regla de la organización social y le permite acceder a simbolizar su experiencia en el marco de lo cultural.

Un fallo en este proceso produciría entonces un conflicto entre el Yo de la niña y el mundo exterior, a costa del empuje del Ello (lo instintivo; las pulsiones de vida/construcción y de muerte/destrucción), lo cual provocaría que el Yo se retirase de un fragmento de la realidad para protegerse. Por lo tanto, en la psicosis el nexo con la realidad se reconstruye. Se desmiente la realidad y se procura sustituirla.

4.5.3. ¿Qué factores influyen en el desarrollo de psicosis?

Tanto genética como ambiente, conformación psíquica y neurofisiopatología parecen jugar un papel fundamental.

Interrogantes acerca de la naturaleza de la psicosis han invadido la mente de muchos otros. Existen circunstancias que impactan el desarrollo cerebral temprano y pueden predisponer al desarrollo de la misma.

El pensamiento ilógico, que según Toth y colegas (citado por McClellan en el 2011) se presenta en el 45% de niños con historia de maltrato o negligencia (comparado con un 28% en niños sin historia traumática y similares condiciones socioeconómicas) predijo el desarrollo de una enfermedad psicótica en los dos años posteriores.

El trauma durante la niñez, por ende, parece ejercer un papel en el proceso de génesis de la psicosis, que provoca alteraciones del pensamiento y también puede manifestarse mediante síntomas atípicos para casos de trastornos psicóticos crónicos (esquizofrenia, por ejemplo), como lo son las alucinaciones visuales. (McClellan, 2011)

Siguiendo al mismo autor, alrededor de 5% a 8% de la población general reportó experiencias "*psychotic-like*" (similar a la psicosis), lo que los coloca en un grupo de mayor riesgo para desarrollar una enfermedad psicótica; no obstante, la mayoría de estos individuos no la desarrollan. Esto debido a que el número potencial de

diferentes mecanismos genéticos que llevan a complejas enfermedades neuropsiquiátricas es vasto.

Contribuciones potenciales de efectos epigenéticos, mutaciones somáticas, epistasis y de efectos ambientales se suman a la complejidad del caso. Presentaciones clínicas distintas de las de trastornos del espectro de la esquizofrenia y del trastorno bipolar clásico sugieren otras categorías diagnósticas heterogéneas, que no se contemplan en las clasificaciones actuales. Asimismo, carecen éstas de viabilidad biológica y de organización clínica y etiológica. (McClellan, 2011).

4.5.4. Tipos de trastornos que cursan con psicosis

El DSM-IV-TR distingue entre trastornos psiquiátricos primarios (que incluyen la esquizofrenia, el trastorno de ideas delirantes, los trastornos esquizofreniforme, esquizoafectivo y el trastorno psicótico breve) y trastornos psiquiátricos secundarios (debido a patología médica, a lesión cerebral traumática, a uso de sustancias psicoactivas y secundario a un trastorno del humor, como la depresión mayor). (Fuji y Ahmed, 2002).

En un nivel práctico, la nosología basada en síntomas del DSM-IV-TR con frecuencia resulta en dilemas diagnósticos para los clínicos debido a que la presentación de los trastornos psicóticos de diferente etiología es por lo general muy similar. (Fuji y Ahmed, 2002; Post y Kopanda, 1976; Sachdev, 1998; Sato, Numachi y Hamamura, 1992).

Lo mismo sucede con la Clasificación Internacional de Enfermedades en su última edición (CIE-10) la cual rige los diagnósticos en la práctica clínica estatal de nuestro país. El agrupamiento diagnóstico no se correlaciona necesariamente con la fisiopatología de los trastornos que conforman cada subgrupo. Carecen de un curso y un pronóstico similares y posiblemente requieran diferentes intervenciones terapéuticas, pero por lo pronto no se cuenta con taxonomías que logren agrupar esas variables de forma integral.

El diagnóstico de los trastornos psicóticos primarios se basa entonces en el descarte de una causa identificable, a saber, una etiología médica, traumática o por sustancias; no obstante, existen reportes del 50% de personas diagnosticadas con esquizofrenia que indican abuso de sustancias, 40% que tienen historia de trauma craneal y se ha demostrado que pacientes que cumplen los criterios para trastorno psicótico debido a condición médica general y para trastorno psicótico inducido por sustancias, se catalogan como esquizofrenia. (Fuji y Ahmed, 2002; Shaner et al., 1998).

El problema se debe a que la presentación de la esquizofrenia no es única, ya que ningún síntoma es patognomónico de la enfermedad y no existe un marcador biológico definitivo. A pesar de que los factores genéticos son más importantes que los ambientales, 60% de las personas con esquizofrenia no tienen antecedentes heredofamiliares de esquizofrenia (Fujii y Ahmed, 2007).

Anotan esos mismos investigadores que los sistemas neuroquímicos de la neuropatología de la esquizofrenia son similares a los encontrados en los casos de psicosis secundarias (a enfermedad médica y sustancias). Se han visto consistentemente afectadas las áreas mesial temporal, frontal y la conectividad fronto-temporal, así como el sistema dopaminérgico tegmental ventral-estriatal.

Sin importar la causa, las lesiones a regiones cerebrales específicas se asocian con secuelas concomitantes en su comportamiento, afecto y cognición.

Esto los lleva a elevar la hipótesis de que la psicosis podría ser un síndrome neurobiológico similar a la afasia o a la apraxia y generan un modelo para el desarrollo de un trastorno psicótico (en general) en el que se debe cumplir con los siguientes requisitos:

- Se asocia con funcionamiento anormal de los sistemas frontal y temporal, y las proyecciones dopaminérgicas a esas áreas.
- Todos los individuos están en riesgo de desarrollar psicosis.
- Existe predisposición genética.
- Influyen factores ambientales.
- Puede haber daño sostenido por trauma, enfermedad o abuso de sustancias.
- Hay efectos de la experiencia en las estructuras neuronales y en la liberación neuroquímica.
- Se dan cambios neuronales y bioquímicos durante el desarrollo humano normal.

- Se desarrollará la psicosis cuando se sobrepase el umbral de daños o cambios a las estructuras mencionadas.

4.5.4.1. Clasificación de los trastornos psicóticos

A. Trastornos psicóticos primarios

Como ya se mencionó, las características clínicas de la psicosis son indistinguibles entre las diferentes etiologías. Por esto Emil Kraepelin, que fue el primero en delinear condiciones psicóticas separadas, definió dos patrones de psicosis primarias, que excluyen causas orgánicas (como la neurosífilis): la psicosis maniaco-depresiva y la demencia precoz (que luego se llamó Esquizofrenia). Creía que la primera no provocaba un deterioro con el tiempo, mientras que la segunda suponía un curso deteriorante e irreversible (Kaplan y Saddock, 2009).

Se expondrá la esquizofrenia como el mejor representante de las psicosis primarias, para dar paso luego a una descripción de aquellas que se asemejan más a la Psicosis Puerperal.

a. Esquizofrenia

Según el texto ya citado de Kaplan y Saddock, en la esquizofrenia, la psicosis se presenta en su forma más severa, con delirios bizarros y alucinaciones que llevan a manifestaciones conductuales dramáticas. Las alucinaciones más comunes son las

auditivas, con múltiples voces conversando entre ellas, comentando la vida o el comportamiento de quien las presenta, o hablándole directamente.

Las alucinaciones visuales son también comunes, pero las táctiles, olfatorias y gustativas son inusuales y deben alarmar por una posible condición médico-neurológica subyacente.

Los delirios no son específicos de la esquizofrenia, pero aquellos de ser influenciado o controlado por una entidad o fuerza externa, los fenómenos de inserción del pensamiento, de extracción o difusión del mismo, y las preocupaciones delirantes con ideas esotéricas, simbólicas, abstractas o filosóficas con más típicas en pacientes con esquizofrenia que en otras condiciones psicóticas.

Se caracteriza por una desordenada cognición, incluyendo una “ganancia” (síntomas positivos) en la función en síntomas psicóticos y una pérdida (síntomas negativos) en funciones cognitivas específicas, como las memorias declarativa y de trabajo, pero sin la demencia progresiva, típica de los trastornos neurodegenerativos.

Aún en ausencia de alucinaciones y delirios, las personas pueden ser diagnosticadas con esquizofrenia si presentan síntomas como el trastorno del pensamiento (asociación laxa de ideas, bloqueo del pensamiento, descarrilamiento, tangencialidad, circunstancialidad, neologismos, verbigeración, ecolalia, incoherencia), síntomas catatónicos o un comportamiento desorganizado.

Se describe la ausencia de un sentido claro de dónde la propia mente, cuerpo e influencia del paciente terminan y dónde aquellos de otras personas o de objetos inanimados empiezan.

La psicosis en la esquizofrenia usualmente se caracteriza por un curso crónico, con ya sea síntomas psicóticos continuos o períodos intermitentes de exacerbaciones y remisiones psicóticas.

En contraste, el curso de la psicosis puede ser no tan constante en otras entidades clínicas, en las cuales hay períodos relativamente cortos de alucinaciones y delirios, que se manifiestan en el pico de una depresión o manía severas, en condiciones médicas descompensadas, o inducidos por sustancias.

Con el tiempo, los síntomas psicóticos en la esquizofrenia tienden a hacerse menos severos, mientras que el declive en el funcionamiento cognitivo y los síntomas negativos se hacen más evidentes. Puede haber un mayor deterioro en el funcionamiento basal con cada recaída de psicosis, lo cual solía hacer la distinción entre la esquizofrenia y los trastornos del humor con psicosis.

No se ha aclarado su patogénesis y su fisiopatología, pero con los hallazgos encontrados hasta el momento se ha sugerido la relación con estructuras cerebrales de función dopaminérgica (como la corteza prefrontal y estructuras del lóbulo

temporal medial). También se ha implicado al sistema glutamatérgico, específicamente en la transmisión a través del receptor N-metil-D-aspartato (NMDA), y a la acción del ácido Gamma-aminobutírico (GABA, por sus siglas en inglés).

Está en estudio el que exista cierta independencia en dominios sintomáticos como la psicosis, la disfunción cognitiva, la alteración afectiva y los síntomas negativos.

El fenómeno de la psicosis parece ser intrínseco y por tanto se supone un origen genético y aparentemente universal en las poblaciones humanas. (Crow, 2000).

Los tres cambios estructurales en el cerebro esquizofrénico son: aumento en el tamaño ventricular, una modesta reducción en la masa cortical y una disminución o revés del torque asimétrico a través del eje antero-posterior. Estos cambios no identificaron subpoblaciones y no se pueden atribuir a injurias obstétricas y a otros insultos ambientales. Están presentes en etapas tempranas de la enfermedad, encuentran su origen en el desarrollo y reflejan la naturaleza de la variación genética. (Crow, 2000).

Los cambios cerebrales y su independencia de la influencia ambiental, así como la incidencia universal y la persistencia contra la desventaja biológica, indican homogeneidad en el fenómeno de psicosis que se encuentra cerca de las características nucleares de la especie. (Crow, 2000).

La capacidad para el lenguaje define a la especie. Emergió entre 100 000 y 150 000 años atrás, como resultado de relativamente discretos cambios genéticos que ocurrieron en una población de África oriental. Este evento, posiblemente introdujo una diferenciación en la función de los hemisferios, permitiendo al lenguaje evolucionar. (Crow, 2000).

Los síntomas esquizofrénicos pueden ser entendidos como trastornos del lenguaje, y más fundamentalmente como la llave de la organización cerebral del lenguaje. Los síntomas nucleares se pueden entender como anormalidades en la transición de pensamiento al habla, y como indicadores de que el mecanismo de “indexalidad” que distingue entre qué es generado por el Yo y qué es generado por otros, es un componente necesario de la organización bihemisférica del lenguaje. (Crow, 2000).

Los delirios pueden ser comprendidos como trastornos de la transición del habla al significado; como divergencias semánticas. La presencia de ambos en los fenómenos psicóticos indican que las bases neurales de la sintaxis y la semántica no son independientes. (Crow, 2000).

La razón por la cual estos genotipos desventajosos asociados con síntomas psicóticos no han sido eliminados debe ser que la variación es inherente en el mecanismo genético, cuyas características reflejan un origen en la transición (a través de un evento de “especiación”) desde un precursor homínido hasta el moderno *Homo sapiens*. Se ha sugerido que la modificación epigenética (por ejemplo, la metilación)

está particularmente asociada con la transición de especies. Por tanto, una visión alternativa a la de una herencia Mendeliana poligénica es aquella que está relacionada con la especiación y es epigenética. Mientras se crea que hay causas ambientales significativas en la enfermedad esquizofrénica, el problema central que propone el fenómeno de la psicosis se oscurece. (Crow, 2000).

Diagnóstico diferencial de esquizofrenia

Gastó y Vallejo (2001) hacen mención de las siguientes condiciones psiquiátricas como los principales diagnósticos diferenciales de la esquizofrenia:

- Manía
- Psicosis esquizoafectivas
- Psicosis cicloides
- Bouffé delirante
- Psicosis psicogénicas
- Psicosis puerperal

Debido a que pueden corresponder con cuadros confusores (y por ello se excluyeron en la metodología del presente trabajo), incluyo la siguiente viñeta propuesta por los mismos autores, acerca de los trastornos disociativos y su comparación con los estados psicóticos, por lo cual habrían de incluirse como parte del diferencial.

Trastornos disociativos

En diversos estudios clínicos y epidemiológicos de personas diagnosticadas de “disociación” se ha constatado la elevada incidencia de síntomas de aparente psicosis.

Por ejemplo, refieren sentir “la existencia de otras personas en su interior” o de “voces”, etc. Las diferencias clínicas entre estas experiencias y los síntomas de los pacientes esquizofrénicos, por ejemplo, son notables.

Tabla 1. Diferencias clínicas entre disociación y psicosis.

	Estado disociativo	Estados pseudodisociativos (orgánicos/psicóticos)
Estereotipias	-	+
Conducta motora simple	-	+
Conducta motora compleja	+	+
Fuga (>24h)	+	-
Ilusiones	+++	+(-)
Alucinaciones		
Visuales	+++	+
Auditivas-narrativas	+++	+
Auditivas-simples	-	++
Insight	+	-(+)

Adaptado de Gastó y Vallejo, 2001.

Psicosis histérica

Forma grave de estado de disociación caracterizado por onirismo, exageración mínima, fabulaciones, alteraciones de la percepción (ilusiones visuales), episodios circunscritos de amnesia y alteraciones de la conducta motora (catalepsia, automatismos, raptos de agresividad, etc.). Al igual que el síndrome de Ganser representa la mimesis de cuadros cerebrales orgánicos, la psicosis histérica sugiere un brote agudo similar a la esquizofrenia. (Gastó y Vallejo, 2001).

Volviendo a los trastornos psicóticos, a pesar de una fisiopatología en común y algunos síntomas compartidos (con la lógica del caso, ya que las mismas estructuras y vías de transmisión se ven afectadas) las psicosis (sobre todo las primarias) tienen un cuadro clínico bien diferenciado, que en la evaluación global (síntomas positivos,

funcionamiento interepisódico, deterioro cognitivo, progresión, pronóstico, respuesta al tratamiento, etc.) no se compagina con aquel de la Psicosis Puerperal. Esto es cierto salvo para una de las clasificaciones.

Por ello no me extenderé en descripciones de las demás psicosis primarias, ya que sus características esenciales se ven representadas en la esquizofrenia. En cambio, dedicaré la siguiente sección al desarrollo de aquellos cuadros que comparten más similitudes con la Psicosis Puerperal.

b. Psicosis agudas no afectivas

Desde inicios del siglo XX, un grupo de psicosis no afectivas con inicio agudo y duración breve se han descrito en diferentes países y bajo varios nombres, incluyendo psicosis cicloides, boufée délirante y psicosis reactiva. (Nugent, Paksarian y Mojtabai, 2011).

Estas psicosis comparten un mayor número de características (un curso benigno, mayor prevalencia en mujeres que en hombres y en países en desarrollo, así como mayor prevalencia de estresores psicológicos y fisiológicos) en comparación con las psicosis primarias crónicas. (Nugent, Paksarian y Mojtabai, 2011).

El rol del estrés puede variar por género y frecuencia de los episodios. El período posparto puede ser especialmente estresante para las mujeres, tanto en el plano físico como el psicológico. Muchos casos de psicosis en el posparto se pueden caracterizar como casos de psicosis agudas no afectivas. (Nugent, Paksarian y Mojtabai, 2011).

En una muestra de mujeres admitidas consecutivamente con psicosis posparto, 21% cumplía con los criterios diagnósticos de trastornos psicóticos polimorfos agudos y transitorios, y 54% con los criterios de psicosis cicloide. Como un signo de este reconocimiento asociativo, el DSM-IV incluye el especificador “de inicio en el posparto” en el apartado de trastorno psicótico breve (Nugent, Paksarian y Mojtabei, 2011).

El Trastorno Psicótico Agudo Transitorio (TPAT)

Es un subgrupo que se desprende de los trastornos psicóticos primarios o “funcionales”. Tiene un inicio súbito y se presenta con síntomas psicóticos floridos que resuelven en días a semanas. Estos síntomas y signos son por lo general inestables y cambian considerablemente en el corto curso del padecimiento. (Pandurangi, 2010).

Los elementos psicóticos inespecíficos pueden incluir: comportamiento regresivo, aislamiento, mutismo, pobre cuidado personal, hiperactividad, estereotipias, volatilidad emocional, ansiedad, paranoia, disforia, alucinaciones fugaces y delirios transitorios. (Pandurangi, 2010).

El concepto de psicosis agudas y transitorias representa un reto a la dicotomía Kraepeliniana. Las manifestaciones clínicas sugieren que no corresponden con esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo y trastornos afectivos. (Lewin, 2006).

Hay una preponderancia femenina en la asignación de este diagnóstico (en contraste con la esquizofrenia y el trastorno bipolar, en los que se tienden a igualar con el tiempo). Factores estresantes psicológicos o ambientales suelen precederlo. Le sobreviene una recuperación virtualmente completa, pero en el 50% de los casos hay una recurrencia en los 2-3 años posteriores. (Pandurangi, 2010).

El mismo autor señala que los rápidos cambios en los delirios y en el humor los distinguen de la esquizofrenia y el trastorno bipolar. Con frecuencia se asocian con el estrés que conlleva el parto, con la fiebre y con historia familiar de TPAT (pero no de esquizofrenia).

La psicosis puerperal ha sido descrita como una psicosis funcional con buen pronóstico y una presentación clínica similar a la de las psicosis agudas y transitorias. A pesar de una variación sintomática, las mujeres con esquizofrenia rara vez experimentan un aumento de sus síntomas después del parto, por lo que las psicosis puerperales parecen ocupar una posición clínica que es diferente de la esquizofrenia y el trastorno afectivo. (Lewin, 2006).

Las psicosis agudas y transitorias afectan sobre todo a mujeres, lo cual sugiere en nexo entre éstas y las psicosis puerperales. “Dar a luz a un hijo, con todas sus consecuencias biológicas y psicosociales, parece actuar como un estresor mayor, el cual –dentro de un modelo general de estrés-vulnerabilidad – puede disparar el brote de todos los trastornos clásicos en mujeres predispuestas.” (Lewin, 2006).

El período después del parto puede ser típico para disparar las psicosis agudas y transitorias. Ésta puede ser la razón de la frecuente observación de que las psicosis puerperales son mayoritariamente episodios agudos y cortos con una psicopatología muy florida y buen pronóstico. En el período posparto, las psicosis agudas y transitorias representan un trastorno que es diferente de otros trastornos psiquiátricos pero es parte de un continuum psicótico. (Lewin, 2006).

En estudios de seguimiento a 20 años plazo de las psicosis atípicas, se observa una conformación en el tiempo de tres subgrupos: dos de ellos son similares a la “depresión maniaca” y a la esquizofrenia, mientras que el tercero se presenta con recurrencia de confusión, estados de ensueño y alucinaciones paranoides que duran de pocos días a 4 semanas, con una recuperación interepisódica completa. Evidencia la anterior de la posible heterogenicidad de estos trastornos. (Pandurangi, 2010).

Para el diagnóstico es necesario descartar “organicidad”; sin embargo, esto suele ser arbitrario, ya que la fiebre es comúnmente asociada con los TPAT y los cambios fisiológicos bien reconocidos del puerperio proporcionan un período de especial vulnerabilidad para esos cuadros. (Pandurangi, 2010).

Se han encontrado multitud de otros factores influyentes, dentro de los que se cuentan alteraciones endocrinológicas, neurológicas, cardiovasculares, tiroideas, vitamínicas (vitamina B12), atrofia cerebral y la presencia de títulos elevados de

anticuerpos contra Citomegalovirus, Virus Herpes Simple-1, Paperas, Sarampión, Varicela y Encefalitis Japonesa. (Pandurangi, 2010).

Agrega Pandurangi que los síntomas comunes de los TPAT como la confusión, la perplejidad y los estados de ensueño evocan fenómenos epilépticos cuyo estudio ha propuesto la posibilidad de fenómenos ictales a nivel límbico que se asocian con psicosis agudas.

La epilepsia, como actividad neuronal desorganizada, conlleva muy diversas manifestaciones clínicas según las regiones afectadas. Pueden aparecer fases de psicosis durante el período posconvulsivo, que incluye los días inmediatamente posteriores a una convulsión. La psicosis se observa en 7% de los pacientes con convulsiones parciales complejas refractarias al tratamiento. La secuencia de convulsiones en sucesión rápida es el factor de riesgo más importante y le sigue la presencia de focos convulsivos bilaterales. (Myland, 2008).

Cuadros de este tipo se han visto precedidos por o asociados con malaria, fiebre tifoidea, influenza, enfermedades con efectos sistémicos, como las endocrinas, metabólicas y del tejido conjuntivo; alteraciones congénitas y en el desarrollo; meningitis; encefalitis; migraña y otras condiciones vasculares; coagulopatías y enfermedades degenerativas, como la enfermedad de Parkinson. (Pandurangi, 2007).

Esto nos obliga a buscar exhaustivamente posibles etiologías que causen los síntomas, ya que hay una gran cantidad de ellas que son tratables e incluso curables. A pesar de que suelen responder bien al tratamiento antipsicótico farmacológico en poco tiempo, su naturaleza de transitoriedad deviene en la no necesidad del mantenimiento de la medicación de forma crónica. En ello radica uno de los puntos principales de interés de este estudio. Es posible que la Psicosis Puerperal per sé no requiera un tratamiento farmacológico a largo plazo.

Evolución del diagnóstico de psicosis aguda

Un punto de suma importancia es el que se refiere al factor pronóstico de las psicosis agudas, lo cual ofrece una diferencia clínica de grandes implicaciones. A continuación se ofrecen los hallazgos de un estudio prospectivo en el cual se siguió durante dos años a un grupo de pacientes a quienes se les asignó un diagnóstico de psicosis aguda (entendida en este caso como < 6 meses).

Los diagnósticos iniciales de trastorno esquizofreniforme o psicosis no especificada predicen a los 2 años un cambio en el diagnóstico, tendiendo éste en la mayoría de los casos hacia esquizofrenia o psicosis afectiva. (Pedrós, Martí, Gutiérrez, Tenías y Ruescas, 2009).

Frente a ello, al menos a los 2 años, los diagnósticos de trastorno psicótico breve o psicosis inducida por drogas muestran una mayor estabilidad. Estos resultados predicen un mejor pronóstico en aquellos pacientes que presentan un factor desencadenante del episodio psicótico, bien sea tóxico o estrés psicosocial. La

existencia de nuevos episodios psicóticos agudos incrementa la probabilidad de recibir el diagnóstico de psicosis crónica. (Pedrós, Martí, Gutiérrez, Tenías y Ruescas, 2009).

B. Psicosis menstruales

La relación entre irregularidades corporales (principalmente a nivel hormonal y del ciclo ovulatorio) con sintomatología psiquiátrica, es conocida desde siglos atrás, pero la máxima expresión de ello (relativo con el presente trabajo) es la de las psicosis menstruales (Correa y Jadresic, 2005).

Se tratan de una entidad clínica caracterizada por un cuadro de sintomatología psicótica (con elementos que incluyen confusión, estupor y mutismo, delirios, alucinaciones o un síndrome maniaco), de inicio abrupto, súbito, de breve duración, con recuperación completa y con periodicidad circa-mensual sincronizada con el ciclo menstrual, en un trasfondo de normalidad. (Brockington, 2005; Correa y Jadresic, 2005).

No es una entidad patológica específica, por lo que comparte las argumentaciones alrededor de la psicosis puerperal.

Las observaciones más contundentes que lo sustentan, se orientan a que los ejemplos más típicos han manifestado un trastorno bipolar no menstrual en otra etapa de la vida. Así se ha visto una proporción de las pacientes con psicosis puerperal que recaen

en la fase premenstrual y un número sustancial de mujeres que padecen ambas condiciones en diferentes períodos de sus vidas. (Brockington, 2005).

A pesar de que suelen pasar desapercibidas y de que existe poca literatura con rigurosidad estadística que las respalde, ha habido reportes de psicosis menstruales en diversos países del mundo. (Brockington, 2005).

Etiología de las psicosis menstruales

Genética

No existen estudios genéticos formales, pero reportes de casos mencionan parientes de primera línea con psicosis menstruales o alguna otra psicosis relacionada con la reproducción femenina. (Brockington, 2005).

Los autores Correa y Jadresic (2005), proponen otras hipótesis:

Epilepsia catamenial

En un caso se reportó la existencia de un foco ictal límbico que originaba crisis parciales complejas. Sin embargo no se ha demostrado algo semejante, aunque se han utilizado EEG estándares, que no permiten detectar focos ictales profundos.

Pubertad

Ha habido casos en que los episodios de psicosis menstruales comienzan antes de la menarca y coinciden con marcados retrasos en ésta, recuperándose con ella o algún tiempo después.

Posnatales

Se han descrito los "Fenómenos de recaída menstrual" de las psicosis puerperales. Otras se han originado en el puerperio propiamente dicho (aunque sin que necesariamente se hubiera presentado una psicosis puerperal) o tras un aborto o posterior al destete.

Anovulación

Se podría relacionar con el eje hipofisiario-ovárico. Estudios japoneses han evidenciado una asociación con ciclos anovulatorios. (Brockington, 2005). Existe una alta relación entre un porcentaje alto de psicosis menstruales y ciclos anovulatorios durante los cuales se prolongaría el tiempo de exposición a los esteroides ováricos, sobre todo a los estrógenos.

Amenorrea

Varios casos se han reportado en que continúan presentándose mensualmente durante largos períodos de amenorrea. Existen otros que sólo ocurren durante esta condición.

Menopausia

Podría esperarse que las psicosis menstruales mejoraran con la menopausia (lo que se observa en muchos casos), pero existen casos en los que por el contrario su inicio ha sido en la etapa posmenopáusica o incluso después de una ooforectomía bilateral.

Disfunción hipotalámica hipofisiaria

Ante alteraciones de las hormonas liberadora de tirotrópina y liberadora de hormona luteinizante, cuyas respuestas en la hipófisis se han observado exageradas, aplanadas o retrasadas.

Hipotiroidismo subclínico

Reconocido cada vez más como un factor relevante en los trastornos afectivos y en depresiones posparto, y muy relevante en la mujer por la alta prevalencia de tiroiditis autoinmune.

Fisiopatología de las psicosis menstruales

Eje Hipotálamo-Hipófisis-Suprarrenal

Los esteroides ováricos juegan un papel modulador de este eje. Se ha atribuido a la progesterona un efecto antiglucocorticoideo general y específicamente un sitio de unión tipo modulador en receptores glucocorticoideos. Adicionalmente, antagoniza los efectos de retroalimentación del cortisol, con la consecuente elevación en los niveles de ésta y de la hormona adrenocorticotrofa durante la fase lútea. (Correa y Jadresic, 2005).

Agregan los autores que es probable que los estrógenos tengan un rol en la resistencia aumentada a la retroalimentación negativa del Eje HHS observada en mujeres, favoreciendo la respuesta al estrés. Esto mediante cambios en los receptores de

glucocorticoides o incrementando los niveles de ácido ribonucleico mensajero (ARNm) del factor liberador de corticotrofina (CRF por sus siglas en inglés) incrementando así el almacenamiento de CRF en la adenohipófisis.

En general las mujeres tienden a responder a secreciones más elevadas de cortisol plasmático al ser inyectadas con CRF ovina que los hombres, pero si a éstos se les inyecta estrógenos y progesterona antes de un estresor agudo, también incrementan dicha secreción. Varios trastornos asociados al estrés son más frecuentes en mujeres, incluyendo depresión, y aunque el estrés no sería aparentemente un factor relevante en las psicosis menstruales, las relaciones entre la actividad en este eje y el espectro afectivo sí lo es. (Correa y Jadresic, 2005).

Otra consideración es la de la influencia de los esteroides ováricos sobre el ritmo circadiano y la del efecto organizacional sobre la estructura cerebral. La interacción entre estas peculiaridades y los cambios hormonales cíclicos desde la pubertad y su cese tras la menopausia sugieren fuertemente una base hormonal para la variabilidad psicopatológica observada a través de la vida de la mujer. (Correa y Jadresic, 2005).

Modulación de neurotransmisores por acciones directas e indirectas de los estrógenos y la progesterona

En general, la progesterona actúa contrabalanceando los efectos de los estrógenos. Estos últimos tienen la capacidad de favorecer la actividad de serotonina y norepinefrina, mientras inhibe la de dopamina y monoaminooxidasa, con los consecuentes efectos “antidepresivo” y “antipsicótico”.

Efectos de la administración aguda versus crónica de los estrógenos sobre serotonina, norepinefrina y dopamina (Correa y Jadresic, 2005).

- Aguda
 - Serotonina: Aumento de la síntesis, recaptura y actividad; disminución de la síntesis de receptores 5-HT1.
 - Norepinefrina: aumento o disminución de la síntesis; aumento de la actividad a través del antagonismo sobre receptores alfa-2.
 - Dopamina: disminución de la afinidad del receptor D2; aumento del recambio y de la liberación.

- Crónica
 - Serotonina: aumento de la síntesis de 5-HT2.
 - Norepinefrina: probablemente aumento de la actividad inferido por cambio en el nivel de sus metabolitos.
 - Dopamina: disminución de la afinidad y el número de receptores D2; disminución de la concentración en varios núcleos cerebrales; aumento de la recaptura en el sistema nigroestriatal.

Tratamiento de las psicosis menstruales

Se han intentado una gran cantidad de tratamientos con resultados inciertos. A continuación los más consistentes en la literatura:

El tratamiento consiste en hormonas, agentes supresores de la menstruación y un grupo misceláneo. Ha habido reportes de tratamiento exitoso con progesterona, así como reportes en que resulta ineficaz. Lo mismo sucede con el uso de estrógenos o de andrógenos. Otros casos responden a la combinación de hormonas esteroideas y anticonceptivos orales, o testosterona más progesterona. Las hormonas tiroideas también han resultado curativas en algunos casos. (Bronckington, 2005; Correa y Jadresic, 2005).

Cese de los ciclos hormonales

Se ha mencionado que el embarazo puede resultar beneficioso, así como la menopausia, lo cual va de la mano con la teoría de la supresión menstrual como el eje del tratamiento; no obstante, no todos los casos mejoran tras el embarazo o tras la menopausia. (Brockington, 2005).

Estrógenos

Semejante a lo descrito con progesterona. Hay casos reportados con respuestas favorables y otros sin efecto. Debiera buscarse evaluación y consejo ginecológico y endocrinológico antes de prescribir hormonas. (Correa y Jadresic, 2005).

Se ha usado el Danazol (inhibidor de las hormonas gonadotrópicas) y el Clomifeno (Inductor de la ovulación), los cuales han demostrado buenos resultados. (Brockington, 2005; Correa y Jadresic, 2005).

Estabilizadores del ánimo

El más usado es el carbonato de litio, en las dosis habituales para trastorno afectivo bipolar. Recientemente se ha reportado el uso del ácido valproico, al cual favorece la evidencia, por tratarse las psicosis menstruales de cuadros con características afectivas mixtas y una mayor frecuencia de presentación, además de que evita la interferencia con la función tiroidea (contrario a su alternativa terapéutica). (Correa y Jadresic, 2005).

Neurolépticos típicos

Sólo tiene sentido ocuparlos si es estrictamente necesario durante los episodios psicóticos mismos, pues no previenen las recaídas. Además producen interferencias con la función hormonal. (Correa y Jadresic, 2005).

4.6. Psicosis Puerperal

4.6.1. Historia

Las observaciones acerca de la relación existente entre el parto y el inicio de trastornos psiquiátricos se remonta a la antigua Grecia. Hipócrates fue quien hizo la primera descripción de que se tiene referencia, en el siglo IV antes de Cristo, sobre una mujer que dio a luz a gemelos y a los seis días empezó a sufrir insomnio severo e inquietud. Para el undécimo día estaba delirante, luego comatosa y falleció al décimosétimo día. La descripción del cuadro clínico se basó en la “agitación, delirio y ataques de manía”, que él consideró se debían al ascenso de descarga loquial hacia la cabeza y a la acumulación de sangre en las mamas. (Klompenhouwer, 1993).

Sus concepciones predominaron en el pensar médico 2000 años después y aún ahora se encuentran atisbos de conjeturas con respecto al origen de la enfermedad mental en expresiones populares como: “se le subió a la cabeza” o “se le metió el agua” (en la cabeza). Se englobaba dentro de las reacciones exógenas agudas de Bonhoeffer. (García y Otín, 2007).

En su tesis para optar por el grado de doctor en la Universidad Erasmo de Rotterdam, el médico Jean-Luc Klompenhouwer dedica el documento entero al análisis de la psicosis puerperal. Hago una breve reseña del capítulo dedicado a la historia.

J.E.D. Esquirol, quien en 1838 publicó su clásico libro: “Des maladies mentales” en el cual dedica un capítulo entero al tema de la “locura puerperal” (“De l’alienation mentale des nouvelles accouchees et des nourrices”). Ahí describe a las pacientes tratadas en el famoso hospicio parisino “La Salpêtrière” durante la era Napoleónica y destaca la importante contribución de esta condición en la psicopatología de la mujer en general.

Hizo observaciones acerca de la relación cronológica entre el parto y la aparición de la enfermedad (a mayor tiempo transcurrido menor la probabilidad de que se presente), acerca de la presentación clínica (las clasificó en los grupos: “demencia, melancolía, monomanía y manía”) y acerca de una posible etiología común para estas manifestaciones que consideró sindromáticas. Asimismo, propuso que existen factores predisponentes, dentro de los cuales la enfermedad mental en familiares y la enfermedad psiquiátrica puerperal previa son las de mayor peso.

L.v. Marce en 1858 publica el trabajo de su vida, titulado: “Traite de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchees et des nourrices”. En una monografía de casi 400 páginas elabora sobre los trastornos psiquiátricos que ocurren durante el embarazo, el puerperio y la lactancia. Fulsner en 1875 hizo sus propios aportes basados en los estudios realizados que llevó a cabo en Berlín (textos que también se volvieron clásicos).

Durante los últimos 200 años ha habido un debate constante sobre si la psicosis puerperal es o no una entidad aparte, que la hizo desaparecer como tal de los sistemas de clasificación. Conforme más estudios se revisan con detalle, más se hace notar que las preguntas básicas que se requieren responder hoy en día son las mismas que entonces, siendo la mayor de todas la que explicaría una relación etiológica clara en las entidades clínicas reconocibles. (Klompenhouwer, 1993).

Habría que empezar por una adecuada delimitación semiológica que no ha tenido cabida en las clasificaciones habidas hasta el momento. Parece haber una caracterización que distingue entre diferentes tipos de presentación clínica, que a pesar de que se le ha considerado como parte de un síndrome afectivo, contiene las características señaladas por Karnosh y Hope en 1937:

“Por mucho el común denominador de estas psicosis puerperales agudas es el delirium; entre más abrupto el inicio más profundo el enturbiamiento del sensorio” (...). Debe ser declarado que la mayoría de las manías agudas, muchos de los *ataques* esquizofrénicos y algunos de los tipos depresivos contuvieron un elemento delirante en las fases tempranas pero no se registra como tal”.

La propuesta original de Bleuler implica la inclusión de varias entidades patológicas en lo que él llamó las esquizofrenias. Los resultados de un estudio de mapeo taxonómico produjeron la hipótesis de que las enfermedades esquizofrénicas que

aparecen directamente después del parto son una entidad patológica separada y esa hipótesis no fue desaprobada por pruebas experimentales. (Hays, 1978).

Un defensor acérrimo de la necesidad de conceptualizar la psicosis puerperal como una entidad aparte fue J.S. Hamilton, quien acota al respecto:

“La clásica instancia de la estupidez institucional en esta área es la política enunciada por la Asociación Americana de Psiquiatría que requirió la eliminación de la “psicosis posparto” de la nomenclatura oficial”. – Hamilton, 1982.

Fue él quien describió, en un extenso trabajo, cómo los problemas psiquiátricos asociados con el parto pueden presentarse en muchas formas, pero contienen, como síntoma conector entre sí, a la “consternada perplejidad” (“distressed perplexity”). Enfatiza también que la variabilidad de síntomas y síndromes es una de las características clave del cuadro. (Klompenhouwer, 1993).

Sobre esa misma línea, un estudio indio con un enfoque orientado hacia una sindromatización de las psicosis puerperales, proporcionó los siguientes resultados: el 68% correspondía con la división diagnóstica de “reacciones esquizofrénicas”, el 25% con trastornos afectivos y el 7% con reacciones neuróticas. (El 74% de las pacientes tuvo en común el efecto de alguna enfermedad física). (Gautam, Nijhawan y Gehlot; 1982).

4.6.2. Cuestiones de terminología

La psicosis puerperal es una psicopatología ya descrita por Hipócrates. Se englobaba dentro de las reacciones exógenas agudas de Bonhoeffer. En Europa durante años solo existió un síndrome puerperal como tal, que englobaba la psicopatología del puerperio, denominado “amencia” (vocablo derivado de las lenguas germanas y que significa confusión o perplejidad). (García y Otín, 2007).

No existe un consenso sobre su definición como entidad, pero desde el siglo XIX existe una sintomatología definida por criterios operativos. Las diferentes escuelas y autores actuales aún no se han puesto de acuerdo sobre si la psicosis puerperal es una psicopatología afectiva, esquizoafectiva, psicótica inespecífica o si se incluye dentro de las psicosis cicloides. (García y Otín, 2007).

Los primeros casos reportados en la literatura médica inglesa, francesa y alemana, describieron casos similares entre sí, de una psicosis afectiva severa de inicio agudo en el posparto. Algunos de estos reportes hacían referencia de mujeres con múltiples episodios posparto y ninguno fuera del posparto, lo cual sugirió la existencia de una enfermedad específica en el posparto. Con el tiempo se le han otorgado varios nombres a esa condición: “manía láctea”, “amencia”, locura puerperal”, psicosis puerperal, manía puerperal, “*dreamlike delirium*” y finalmente, psicosis posparto. (Bergink, 2012).

A pesar de que el término “locura puerperal” (“puerperal insanity”), incluía implícitamente la “manía puerperal” y la “melancolía puerperal”, los tres fueron usados, pero hubo una tendencia de considerar a la locura puerperal como sinónimo de manía puerperal. (Loudon, 1988).

Había evidencia de un reconocimiento creciente de estados confusionales asociados con infecciones y en la primera mitad del siglo XX, alrededor de 30%-40% de los casos de “locura puerperal” se habían atribuido a las “psicosis tóxicas”. (Loudon, 1988).

En la actualidad, la patología psiquiátrica del puerperio se contempla como parte de un continuum que va desde la tristeza posparto, pasa por la depresión posparto y desemboca en un grado más severo, la psicosis posparto. Esto tiene repercusiones sobre el estudio de la última, ya que por lo general se engloba como parte de un grupo que incluye a estas tres, haciendo difícil la diferenciación y especificación de datos epidemiológicos y el análisis de variables individuales.

A pesar de las diferencias clínicas que saltan a la vista, no se ha propuesto una subclasificación clara. La relación epidemiológica con trastornos afectivos (principalmente Trastorno Afectivo Bipolar - TAB) la ha hecho caer dentro del espectro bipolar. De hecho, las clasificaciones actuales como la CIE-10 acotan acerca de la pobre justificación de considerarle una categoría aparte. (Bergink, 2012). Sin embargo, existen evidencias de reciente publicación que resaltan aspectos diferenciales en algunas variables clínicas y epidemiológicas de importancia.

4.6.3. Variables clínicas de interés

El interés del trabajo reverbera sobre los elementos semiológicos y algunos factores que puedan ser medibles para identificar posibles asociaciones de peso entre las variables que se podrían obtener de los registros médicos del HNP.

El siguiente cuadro contiene esos elementos principales, para facilitar una comparación de la literatura internacional más relevante en la materia.

Tabla 2 Cuadro resumen de los elementos clínicos más relevantes de la psicosis puerperal que son reportados en la literatura internacional.

Autores y país o región	Prevalencia	Incidencia	Período de aparición	Duración	Subtipos	Síntomas y signos	Tratamiento	Pronóstico	Factores de riesgo
Santos Castroviejo, Concha 1993 España.	-	-	3 - 10 día hasta 6 meses postparto	"Breve, generalmente unos días"	-	Cambios bruscos de humor, pasando de la tristeza a la euforia con agitación e ideas delirantes.	Antipsicótico sedativo o incisivo, según sea la actividad delirante. Medio hospitalario. Acción preventivo-terapéutica durante el embarazo.	Bueno si se trata adecuadamente y en una fase temprana	Ligados a cambios biológicos: descenso de estrógenos y progesterona. Anemia, fatiga, cambios en el sueño. Ligados a las vicisitudes del parto, al estado de salud del RN y a las características del bebé: prematuro o con depresión de funciones vitales, enfermedades genéticas, dimorfismos. Desesperación de las madres ante el llanto inconsolable del bebé. Ligados al entorno: adaptaciones a la vivienda, espacio físico de la pareja, relaciones con las familias de origen, vida laboral, amistades, etc. Aceptar límites y asumir responsabilidades. Factores de índole psíquico y psicodinámico: fantasías de escena primaria.
Sesiones clínicas de ginecología, 2007. MIR. España.	-	1-4 / 1000 partos	Período máximo de comienzo 10 - 14 días postparto, pero el riesgo continúa elevado varios meses.	-	-	Pérdida de contacto con la realidad, alternando con períodos de lucidez. También se observan síntomas de confusión y desorientación.	-	En la mayoría de los casos, las mujeres desarrollarán una enfermedad psicótica recurrente con recidivas en períodos no relacionados con la gestación.	Dos tipos susceptibles de mujeres: a) con un trastorno depresivo, maníaco, esquizofrénico o esquizoafectivo subyacente; b) antecedentes de depresión o de un suceso vital grave en el último año.
Rodríguez Ruiz, Nuria. Mayo 2011. España.	-	2 / 1000 partos	Suele aparecer de forma brusca entre los días 3 - 14 del puerperio.	De 2 a 8 semanas.	"Leves, psicosis puerperales depresivas y cuadros esquizofrénicos."	Perplejidad, confusión, miedo y ansiedad, nerviosismo manifiesto e insomnio, mal estado físico e incluso desorientación temporoespacial. Más tarde pueden aparecer delirios, alucinaciones y alteraciones del comportamiento.	Ingreso hospitalario con el bebé. Antidepresivos (considerar los que tienen baja secreción en la leche materna). Benzodiacepinas. Tratamiento de la psicosis por especialistas.	Cuadros leves: responden al tratamiento en 2 semanas. Psicosis puerperales depresivas: responden al tratamiento en 4 - 6 semanas. Cuadros esquizofrénicos: responden al tratamiento en 6 - 8 semanas. Algunos casos llegan al suicidio.	Cuadro de depresión: alteración hormonal. Psicosis: posible predisposición familiar.

Sadock, B.J. Sadock, V.A. Ruiz, P. 2009 Estados Unidos.	1/1000 - 1/500 mujeres postparto.	-	Primeras 2 semanas hasta 3 - 5 meses postparto.	-	Alucinaciones visuales y auditivas, delirios paranoides y grandiosos, elementos de delirium o desorientación, y déficit extremo del juicio, que aumenta el riesgo de suicidio o infanticidio. Tiene un curso fluctuante, con cambios rápidos durante el día y en el transcurso del período postparto.	Se debe tratar como una emergencia médica. Soporte psicosocial. Asistencia en el cuidado del infante. Visitas domiciliarias. Consejería de pares (grupos de apoyo) – de manera preventiva. Medicación psicotrópica (antidepresivos, reguladores del estado de ánimo y antipsicóticos). Sopesar riesgo/beneficio. La mayoría se encuentra en la leche materna, pero a bajas concentraciones y es improbable que sea de significancia clínica para el neonato.	Relativamente buen pronóstico, con una detección temprana y un tratamiento agresivo, pero si no se trata puede progresar hasta el segundo año postparto y volverse refractaria al tratamiento.	Trastorno afectivo de base (mayor para el trastorno bipolar). Cambios endocrinológicos rápidos. Deprivación de sueño.	
Sit, Rothschild y Wisner. 2006. Estados Unidos.	1-2/1000 madres.	-	Primeras 2-4 semanas después del parto (incluso en los primeros 2-3 días).	-	Cuadro clínico que sugiere un "síndrome orgánico" y otro más característico de una psicosis afectiva.	Afecto bizarro, retraimiento, distracción, incompetencia, confusión, catatonia, o alternación con expansividad, labilidad, discurso disperso y agitación. Creencias extrañas que se centran en temas de la maternidad y preocupación por una identidad alterada del bebé y una sensación de persecución por el mismo. Desorganización cognitiva y síntomas psicóticos atípicos. Delirios incongruentes con el humor, de referencia, persecución, celotipia y grandiosidad, junto con alucinaciones visuales, táctiles y olfatorias.	Psicoeducación y psicoterapia – de apoyo, cognitivo-conductual, interpersonal. Farmacológico: antipsicóticos atípicos, estabilizadores del estado de ánimo, antimaniacos y anticonvulsivantes. Terapia electroconvulsiva.	Por lo general es de rápida aparición y un curso corto, con respuesta rápida al tratamiento y ausencia de disfunción a largo plazo. Indicadores de un trastorno bipolar subyacente. Optimista en el contexto de inicio agudo y ausencia de comorbilidad o debilidad premórbida. Enfermedad persistente se ha asociado con impedimento en el vínculo madre-hijo. Mejor pronóstico si se interviene en el primer mes postparto.	Historia familiar y personal de psicosis puerperal, trastorno bipolar y trastorno esquizoafectivo. Cese del tratamiento anticomercial. Deprivación de sueño. Estresores ambientales: discordias maritales, caída de los niveles hormonales. Primiparidad, estatus socioeconómico y etnia (de menor peso).

Valdimarsdóttir et al. 2009. Suecia	1,2/1000 partos 0,6/1000 sin hospitalizaciones psiquiátricas previas	Un tercio de los casos se presentaron durante la primera semana de los 90 días de seguimiento			Edad materna específicamente durante el puerperio No habitar con el padre del hijo, fumado, bajo grado de educación y personas no suecas aportan al riesgo de psicosis materna. Diabetes y peso fetal al nacer (factores protectores)
Sharna et al. 2011 Canadá y Estados Unidos	1-2% de las mujeres tras la maternidad	Entre los primeros 5 días a las siguientes 6 semanas	Estado de ánimo elevado durante el embarazo y tras el parto, variación diurna del estado de ánimo, hiperinsomnia, depresión mixta, elación y agitación conductual, desorganización del pensamiento y conducta sin conciencia aparente de impacto sobre los cuidados maternos.	Debe seguir las mismas directrices que para el tratamiento de la depresión bipolar no puerperal. Para evento agudo litio lamotrigina divalproex, litio o divalproex más antidepresivo, litio más divalproex y antidepresivo más neuroléptico atípico. Para profilaxis litio lamotrigina, litio o divalproex o antipsicótico atípico mas antidepresivo o combinación de dos entre litio lamotrigina divalproex o antipsicótico atípico.	Historia familiar o personal de trastorno bipolar o psicosis postparto.
Katzennelson et al 2006. Israel					Historia previa de enfermedad psiquiátrica especialmente trastorno bipolar
Hay 2009. N/A	1,2 por cada 1000 nacimientos	Pico en el primer mes posparto			Enfermedad psiquiátrica previa Específico para 90 días postparto edad materna era de riesgo mientras diabetes y peso fetal alto era protector.
Dos Santos et al 2008. Brasil	1 por cada 1000 partos		Melancolía de la maternidad (baby blues) psicosis puerperal y depresión	Delirio, pensamientos de la madre de herir al bebe o a sí misma, fantasías homicidas en relación con los niños.	Historia familiar de trastornos de humor
Jadresic 2005 Chile LIBRO	0,1 a 0,2%	48 a 72 horas y en general durante las primeras 2 semanas		Emergencia psiquiátrica, inquietud irritabilidad, trastornos del sueño, ánimo deprimido o	Igual que cualquier psicosis afectiva presente en otra época de la vida

				exaltado, desajuste conductual, labilidad emocional y alucinaciones			
Spinelli Margaret. 2009. Estados Unidos	1-2 por cada 1000 partos.			Alteración cognitiva, comportamiento bizarro, pensamiento desorganizado, falta de insight, ideas de persecución, ideación suicida, alucinaciones táctiles, visuales, olfatorias.	Emergencia psiquiátrica, manejo intrahospitalario. Tratamiento agudo con estabilizadores del ánimo, antipsicóticos y benzodicepinas. Profilaxis es imperativo en casos de alto riesgo.		Historia previa de trastorno bipolar o psicosis en el postparto
Robertson Blackmore et al. 2006 Reino Unido	Menos de 1 por cada 1000 partos						Primigestas poseen mayor riesgo.
García Teresa y Ortín Raúl. 2007. España	1 a 2 por cada mil partos			Fluctuaciones del nivel conciencia, perplejidad, desorientación, intervalos de lucidez, agitación, estupor, verborrea, mutismo, delirios, ideas delirantes, euforia, ansiedad.	Antipsicóticos a altas dosis, asociados a benzodicepinas litio y en casos graves terapia electroconvulsiva	Bueno a corto plazo, a largo plazo un alto porcentaje de pacientes desarrollan patología psiquiátrica.	Antecedente personal de trastorno afectivo especialmente trastorno bipolar, esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Episodios previos de psicosis puerperal, parto por cesárea, complicaciones del postparto, primípara, primer hijo varón, soltería, toxicomanías, estación del año, relaciones socio familiares conflictivas.
Franco et al. 2008 España	1 a 2 de cada mil partos	Forma rápida y brusca en primer mes con pico en la primera semana	Hasta 6 meses postparto	Desorganización conductual, afecto embotado, inatención, arreactividad, euforia, disforia, labilidad a la privación del sueño	Mismos antipsicóticos que en otro momento de la vida de la mujer y preferiblemente los de segunda generación.		Antecedentes personales o familiares de trastorno bipolar.
Luego et al. 2006. Colombia	1 a 2 por cada mil partos	2da y 3era semana postparto		Labilidad afectiva, alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, lenguaje desorganizado, desorientación, confusión, delirios y trastornos del sueño, conductas auto agresivas y violentas	Antipsicóticos típicos y atípicos, moduladores del afecto, terapia electro convulsiva.	Recurrencia de 30 a 50% y correlación con trastornos bipolares de 70 a 80%	Historia de psicosis postparto previa, trastorno afectivo bipolar, historia familiar de psicosis postparto.

Robinson et al. 1986. Canadá	Primeras 3 semanas postparto	No más tarde de 6 semanas postparto	Brote psicótico atípico o breve, confusión, dificultad de llevarse con el infante, perpleja, trastornos cognitivos, alucinaciones, manías.	Tratamiento médico y psicosocial con paciente internada. Si la mujer se encuentra con ideas suicidas o infanticidas puede usarse terapia electro convulsiva.	95% mejora en 2 a 3 meses con tratamiento	Historia personal de trastorno bipolar.
---------------------------------	---------------------------------	--	--	--	---	---

Fuente: Castro.C,2014,es.

Como se deja entrever, los datos epidemiológicos concuerdan en lo referente a prevalencia/incidencia sin importar la fuente y el país donde se llevaron a cabo los estudios. Tanto países americanos (de norte y Sudamérica), como países europeos nórdicos y de Medio Oriente, presentan tasas similares. Por tanto, es posible que existan factores intrínsecos a la psicosis puerperal per sé, que no se relacionan necesariamente con factores ambientales específicos.

La mayoría señala una aparición temprana, por lo general dentro del primer mes postparto, con un pico en las primeras dos semanas, pero existen casos reportados hasta 5-6 meses después del parto. Supondría esto que existen distintos períodos de susceptibilidad, la cual obedece a distintos factores que quizás se asocien con variantes clínicas específicas.

Con respecto a la duración, la tendencia apunta hacia unas pocas semanas, con reportes de resolución en sólo algunos días. El curso es por lo general episódico, si bien puede que ha de repetirse el cuadro.

Los elementos semiológicos arrojan información muy interesante. Se repiten con mayor frecuencia (a manera de síntesis):

- Cualesquiera de las 4 presentaciones clínicas básicas de psicosis (pensamientos desorganizados, delirios, alteraciones sensorio-perceptivas y comportamiento desorganizado).
- Alteraciones neurovegetativas, principalmente a nivel del patrón de sueño.

- Elementos afectivos, con especial preponderancia de la labilidad afectiva.
- Elementos confusionales – alteraciones en el estado de conciencia, confusión, desorientación.

De estos hallazgos es que se desprenden los 3 subgrupos en los que se clasificarán los casos de psicosis puerperal incluidos en el estudio.

4.6.4. Factores de riesgo según categoría

Queda de manifiesto en el meta-análisis anterior, que existen diferentes categorías de factores de riesgo los cuales podrían asociarse de forma distinta según la variable de presentación clínica. Para una mejor comprensión del juego de interrelaciones existente entre todos los factores, se incluyen en este orden categórico.

4.6.4.1. Variables sociodemográficas y factores psicosociales

Edad

- El promedio de edad de presentación es 26,7 años. (Robertson et al. 2006).
- Mayor edad materna aumenta el riesgo en mujeres sin hospitalizaciones psiquiátricas previas en los primeros 90 días posparto. En comparación con las madres de 19 años y menos, aquellas con 35 años o más tuvieron un riesgo dos veces mayor durante ese período, pero no más allá de los primeros 90 días posparto (Valdimarsdóttir, Hultman, Harlow, Cnattingius y Sparén 2009).
- Asociación directamente proporcional entre la edad materna y el riesgo de psicosis puerperal. (Hay, 2009).

- Hallazgos sugieren que el inicio de trastornos psicóticos no puerperales tiene un pico en un nivel de edad diferente que lo observado en el estudio con madres primíparas que desarrollan psicosis puerperal. (Hay, 2009).

Factores ligados al entorno, factores familiares y factores socioculturales

- Adaptaciones al bebé que movilizan la vivienda, el espacio físico de la pareja, las relaciones con las familias de origen de los padres, la vida laboral, las amistades, etc. (Santos 1993)
- Estresores ambientales elevados, tales como discordancias maritales, el estado socioeconómico y la etnia, son factores de menor peso (Sit 2006).
- Mantener un equilibrio resulta en una tarea psíquica compleja, que obliga a la mujer a precisar poco a poco su identidad, tomando conciencia de sus límites, aceptando renunciadas y asumiendo nuevas responsabilidades. (Santos 1993)
- En ausencia de otros factores de riesgo, estrés severo, ambivalencia con respecto al embarazo, sentimientos reprimidos de celotipia y hostilidad hacia el infante y/o miedo de perder la propia identidad (Chen, 2012).
- La actitud del personal sanitario hacia ella y su bebé, ya que hay una particular sensibilidad que deja huellas muy claras de frases, gestos, preguntas o comentarios que despertaron en ella inquietudes, culpas y heridas narcisistas que tiñen sus emociones, marcando la relación con su bebé. (Santos 1993)

- Poco soporte social y familias con alta emoción expresada (Franco, Goikolea, García-Esteve, Imaz, Benabarre y Vieta 2008).
- Manifestaciones de su entorno significativo, particularmente su marido, pero también sus padres y suegros, quienes con su apoyo, presencia o ausencia, reavivan o apaciguan en ella temores, ilusiones o deseos. (Santos 1993)
- El papel social de la mujer y su repercusión en la maternidad implican una carga peyorativa hacia las tareas de la mujer, que en este período pondrían en relieve la insatisfacción y las vivencias depresivas en el puerperio. (Santos 1993)
- A pesar de que los estresores psicosociales han demostrado jugar un papel importante en los casos de depresión posparto sin psicosis, esta aseveración no se ha demostrado para los casos de psicosis puerperal. (Robertson et al. 2006).
- En un estudio comparativo entre dos períodos de tiempo (1875-1924 y 1994-2005) se encontró que las tasas de psicosis posparto de novo y tras el primer parto han decrecido desde el primer período, mientras que aquellas asociadas con enfermedad psiquiátrica previa permanecen igual, lo que sugiere que esas fluctuaciones se han debido a factores externos al ámbito biológico (ya que las fluctuaciones hormonales no han cambiado, como sí lo han hecho las condiciones sociales, económicas y en otras esferas que repercuten sobre la salud mental) (Hay 2009).

Antecedentes heredofamiliares

- Madres con trastornos mentales tienen menores tasas de reingresos que mujeres con trastornos mentales sin hijos. Sin embargo, el primer mes posparto se asocia con un riesgo aumentado de reingresos psiquiátricos, y mujeres con historia de trastorno afectivo bipolar están particularmente en riesgo de reingresos psiquiátricos (Munk-Olsen, Munk Laursen, Mendelson, Pederse, Mors y Mortensen 2009).
- Antecedentes heredofamiliares de enfermedad mental asociada con el embarazo o el puerperio (Chen, 2012;
- Aumentada incidencia (20%) de psicosis posparto en familiares de primer grado con trastorno afectivo bipolar. En contraste, depresiones unipolares previas no se asociaron con un aumento en el riesgo de depresiones psicóticas posparto. (Robinson y Stewart, 1986).
- Antecedentes familiares de psicosis (Valdimarsdóttir, Hultman, Harlow, Cnattingius, y Sparén, 2009).
- Al antecedente heredofamiliar de enfermedad mental predice un tiempo más corto para la recurrencia no puerperal (Robertson et al. 2006)
- Se ha demostrado una diátesis familiar aditiva para trastorno bipolar y psicosis posparto en mujeres que sufrieron psicosis posparto. La psicosis posparto afectó a un 74% de mujeres con TAB y un familiar de primer grado con antecedente de psicosis posparto, en comparación con un 30% en mujeres con TAB y sin antecedentes familiares de psicosis posparto (Spinelli 2009)

- Las mujeres con antecedentes personales o familiares de trastorno bipolar tienen más riesgo de que el trastorno bipolar se inicie como un episodio de psicosis puerperal o como manifestación de un episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos (Franco, Goikolea, García-Esteve, Imaz, Benabarre y Vieta 2008).

Variables ginecoobstétricas

- El embarazo es un período que dispara una mayor incidencia de episodios bipolares o psicóticos recurrentes en comparación con períodos no puerperales (Bernard et al. 2007).
- Primiparidad (Burt y Hendrick, 2007).
- El parto es un potente precipitante de enfermedad mental severa: una mujer es 20 veces más propensa a requerir hospitalización por una enfermedad psiquiátrica en el mes siguiente del parto que cualquier mes en los dos años previos. (Wieck et al. 1991).
- Estudios epidemiológicos han subrayado que varios factores pueden asociarse con un aumento en el riesgo de padecer un episodio de psicosis posparto. Se han incluido: la primiparidad, complicaciones obstétricas, complicaciones durante el parto, cesárea, producto femenino y un menor período de gestación. Los hallazgos son consistentes sólo para la primiparidad. (Robertson et al. 2006).
- Primíparidad y sexo femenino del recién nacido (Franco, Goikolea, García-Esteve, Imaz, Benabarre y Vieta 2008).

- Es posible que exista un sesgo, ya que las mujeres con un episodio de psicosis posparto severo son menos propensas a tener más hijos. (Robertson et al. 2006).
- En un estudio con 129 mujeres que experimentaron un episodio afectivo con psicosis en el puerperio, hubo un total de 167 episodios puerperales en las 129 mujeres. La mayoría lo experimentó luego del primer hijo (82%). El 72% tuvo sólo un episodio, 27% dos y 1% tres. Sólo dos variables fueron estadísticamente significativas e independientes: primiparidad y complicaciones durante el parto. Juntas, estas variables predijeron el 88% de los casos afectados con psicosis puerperal. (Robertson et al. 2006)
- Se identificó un grupo de 53 mujeres que eran multíparas y habían experimentado al menos un episodio de psicosis puerperal y al menos un parto que no se había visto seguido de una alteración afectiva mayor. En el caso de las multíparas, la mayoría de psicosis puerperal se produjo también tras el primer parto. (Robertson et al. 2006)
- El período que sigue al parto acarrea un riesgo aumentado de psicosis en las mujeres sin antecedentes psiquiátricos que hayan requerido hospitalización. (Hay, 2009).
- Los factores de riesgo más consistentes para la psicosis posparto han sido aquellos relacionados con antecedentes familiares y personales de psicosis; no obstante, algunas mujeres tienen su primero y en ocasiones el único episodio psicótico en el período posparto. (Valdimarsdóttir, Hultman, Harlow, Cnattingius, y Sparén, 2009).

- Hubo un patrón de factores de riesgo diferente para los primeros 90 días y los 90 días siguientes al parto (para todas las mujeres, incluyendo aquellas con hospitalizaciones psiquiátricas previas), lo que sugiere que hay un riesgo específico e independiente para la psicosis en el período postparto temprano (Hay 2009).
- Comparadas con la población general, las mujeres con psicosis posparto tuvieron una incidencia significativamente mayor de primiparidad, pero no tuvieron diferencias significativas en factores de riesgo relacionados con el parto, la lactancia y el neonato. (Bergink, 2012).

Ligadas a vicisitudes del parto, al estado de salud del recién nacido y a las características propias del bebé (Santos 1993):

- El nacimiento de un niño muerto supone un trauma serio.
- El nacimiento de un prematuro o con depresión de funciones vitales, que necesite incubadora o atenciones médicas especiales.
- Un niño con enfermedades genéticas, con retraso mental, con rasgos dismórficos o malformaciones congénitas.
- En la respuesta materna influyen además las características propias del recién nacido, en la medida en que sus estímulos, su actividad, sus rasgos cubran o defrauden las expectativas maternas en esos primeros contactos entre ambos.
- La desesperación de las madres con el llanto del bebé y sus dificultades para ser consolado.

Antecedentes personales patológicos

- Enfermedad psiquiátrica previa es un bien conocido factor de riesgo para psicosis posparto (Hay 2009)
- De nuevas madres que han tenido un trastorno afectivo bipolar 40% mostrará signos de psicosis posparto recurrente. (Robinson y Stewart, 1986).
- Trastorno afectivo (uni/bipolar), abandono del tratamiento, mayor número de ingresos previos, episodio afectivo posparto en la primera gestación, episodio depresivo durante el embarazo, privación de sueño y euforia posparto (Franco, Goikolea, García-Esteve, Imaz, Benabarre y Vieta 2008)
- Ha sido claro que las mujeres con trastorno bipolar están en un riesgo mucho mayor de un episodio de la enfermedad en el período posparto inmediato. (Robertson et al. 2006).
- Historia personal de cuadros afectivos no relacionados con el puerperio (Chen, 2012).
- Antecedente de TAB comporta un 26-35% de riesgo (Burt y Hendrick, 2007).
- Mujeres con historia de psicosis afectiva, relacionada o no con el puerperio, son particularmente vulnerables y se han reportado tasas de recaídas del 50%. (Wieck et al. 1991).
- Las mujeres con trastorno bipolar están en un alto riesgo de exacerbación de sus síntomas durante el período postparto inmediato, como lo indica el riesgo siete veces mayor de una admisión hospitalaria por un primer episodio y cerca del doble de riesgo para un episodio recurrente en mujeres puérperas,

comparadas con mujeres no embarazadas y no en el postparto. (Yonkers et al. 2004).

- Historia de episodios bipolares previo a la psicosis puerperal no predijo riesgo en los embarazos subsiguientes, pero una historia familiar de enfermedad mental sí predijo un período de recaída no puerperal más corto. (Robertson, Jones, Sayeed, Holder y Craddock, 2005; Robertson et al. 2006).
- Antecedente de TAB y psicosis puerperal comórbidos tienen una posibilidad del 38-50% de recurrencia de la psicosis posparto (Burt y Hendrick, 2007).
- Antecedentes de enfermedad mental asociada con el embarazo o el puerperio (Chen, 2012; Burt y Hendrick, 2007)
- Esquizofrenia no parece ser un factor de riesgo significativo (Burt y Hendrick, 2007).
- Al discontinuar el tratamiento con Litio, el riesgo de recaída es tres veces mayor que en mujeres no embarazadas y no en el postparto. (Yonkers et al. 2004).
- Enfermedad bipolar o psicótica pre-embarazo aumenta sustancialmente el riesgo de un evento psicótico o bipolar posparto. Se ha sugerido que las mujeres con esquizofrenia desarrollan síntomas psicóticos más tarde en el posparto que aquellas con trastorno bipolar o enfermedad afectiva en general (Bernard et al. 2007).
- El número de las hospitalizaciones psiquiátricas, su cercanía y la duración de la última aumentan considerablemente la probabilidad de una enfermedad psicótica o bipolar posparto (Bernard L. et al. 2007).

- Existe una alta concordancia diagnóstica entre hospitalizaciones psicóticas preparto y posparto. Estos episodios psicóticos esencialmente no difieren de aquellos que ocurren en otros momentos de la vida de las mujeres y se asocian con la discontinuación de la medicación (Bernard et al. 2007).
- El riesgo basal para Psicosis Puerperal (PP) es 1:500; sin embargo, aumenta a 1:7 para mujeres con un episodio previo de PP. De hecho, mujeres con TAB o Trastorno Esquizoafectivo (TEA) tienen >50% de riesgo para un nuevo episodio de PP. 74% de mujeres con TAB y Antecedentes Heredofamiliares (AHF) de PP. 30% de mujeres con TAB sin AHF de PP. El cese de la medicación estabilizadora del humor aumenta el riesgo (70% vs 24%). (Sit 2006)
- El posparto es un período de riesgo de recidiva, sobre todo en los primeros tres meses. Hay aproximadamente un 25% de riesgo de recaída posparto en pacientes con esquizofrenia, y esta recaída aparece de manera más tardía comparada con las mujeres que padecen un trastorno afectivo. Las mujeres con trastorno esquizoafectivo son especialmente susceptibles (Franco, Goikolea, García-Esteve, Imaz, Benabarre y Vieta 2008).
- En mujeres con historia previa de psicosis posparto el riesgo de un nuevo episodio se eleva hasta el 90% (Franco, Goikolea, García-Esteve, Imaz, Benabarre y Vieta 2008).
- Hay evidencia empírica que soporta la idea de que la psicosis postparto de novo y tras el primer parto es distinta de aquella en la que ha habido historia de psicosis previa. La probabilidad de desarrollo de futura psicosis es menor

cuando la psicosis puerperal emerge después del primer parto y, particularmente, en el primer mes postparto (Hay 2009).

- La tasa es 100 veces más alta en mujeres con trastorno bipolar o historia de psicosis posparto previa. El factor más relevante es el antecedente personal de un trastorno afectivo, especialmente trastorno afectivo bipolar, en el que el riesgo de psicosis puerperal es del 25%, pero también el antecedente de esquizofrenia o de trastorno esquizoafectivo se deben tomar en cuenta (Spinelli 2009).
- Mujeres con historia previa de enfermedad mental tienen tasas más altas de morbilidad psiquiátrica posparto que la población general, especialmente aquellas con trastorno afectivo bipolar (Kandel S, Fainstein V, Maizel S, 2006).
- Dentro de las mujeres que presentan PP inmediatamente después del parto, 72-88% tienen trastorno bipolar o esquizoafectivo, mientras que sólo 12% tiene esquizofrenia. (Sit 2006)

Factores ligados a cambios biológicos, fisiológicos y funcionales (Santos 1993)

- Descenso de estrógenos y progesterona cuya cifra mínima se acusa al tercer día posparto. (No explicaría los trastornos más tardíos).
- Fatiga, trabajo y estrés del parto, anemia, cambios en el ritmo y el tiempo de sueño, así como la lactancia.
- Involución del organismo y ciertos órganos (útero, vientre, etc.) y su correlato emocional.

- Limitaciones por los puntos de cesárea o episiotomía, hemorroides, restricciones de alimentos o tabaco y privaciones en la relación sexual.
- La mayoría de variables estudiadas son psicosociales, heredofamiliares y ginecoobstétricas, pero existen factores biológicos que están en estudio. Entre ellos, la hormona liberadora de corticotropinas, la serotonina, los estrógenos, la progesterona, la prolactina, la glicina, los receptores opioides endógenos, la anemia, las infecciones, fármacos y tóxicos. (García y Otín 2007).

Factores de índole psíquico y aspectos psicodinámicos (Santos, 1993)

- Muchas veces se encuentran explicaciones suficientemente válidas de estos trastornos en razones de naturaleza psíquica.
- Factores como una edad temprana o tardía de un embarazo, un hijo no deseado o sobreinvertido, buscado para dejar a los padres, casarse, unir a la pareja, evitar un duelo, remediar problemas, apoyar a uno de los padres o excluir a uno de los padres, satisfacer a un hermanito, reivindicar la feminidad, suelen indicar problemas psíquicos que si no se manifiestan en estos períodos con frecuencia los vemos más tarde en la consulta para el hijo.
- La mujer embarazada está confrontada a una doble identificación: a su madre, como madre que va a ser, y a su hijo como niña y bebé que ha sido. Es la confrontación a sus identidades secundaria y primaria. Su embarazo es sin duda un éxito, y el tan deseado logro de tener, como su madre, un hijo. Logro que puede reavivar culpas de antiguos deseos de apropiarse de las cosas buenas que no le pertenecían. Entre ellas, la sexualidad, reservada a los padres,

prohibida y considerada sucia para ella, que despierta ambivalentes sentimientos: asco, culpa, vergüenza, curiosidad, envidia.

- También quedan al descubierto las fantasías de escena primaria y la vivencia de ser excluida de ella provocando pena, rabia, celos, sentimientos de rivalidad.
- Otras fantasías como las que esconden los deseos incestuosos edipianos y las que despiertan las diferencias de sexo en la infancia tienen su terreno abonado en este período.
- Las fantasías que sostienen estos sentimientos son exteriorizadas por el niño en el juego, vividas en sueños y cuentos, escenificadas en las relaciones con sus compañeros, simbolizadas en síntomas. Son el núcleo de la neurosis infantil, que acallada con el desarrollo, se despierta con el embarazo y la llegada del bebé, actualizando en la mujer sentimientos y vivencias de antaño.
- La embarazada hace una regresión que a la vez la protege del exceso de excitaciones que se despiertan en ella. Le ayuda a investir a su bebé, pensar en él, imaginarlo, fantasearlo. Va creando así una relación muy estrecha con su bebé imaginario, el bebé que se está haciendo en ella, que es parte suya. Lo colma de atributos, deposita en él sus ilusiones, repara con él sus fallas, realiza sus proyectos. Lo que al principio del embarazo había despertado tantas inquietudes, va poco a poco convirtiéndose en una relación idílica con su hijo hasta alcanzar un sentimiento de plenitud. Los deseos de una relación fusional son ahora posibles, en esa convivencia de dos en uno.
- El parto viene a deshacer ese idilio, al permitir a la madre tener a su bebé real con ella, fuera de ella. Y junto a la alegría de ver coronados sus deseos,

aparecen aquí dos elementos que sin duda influyen en las vivencias de la mujer.

- La sensación de haber perdido algo que hacía parte de sí misma y que al salir deja su vientre vacío. (“Es que yo me quedé sola. Yo al niño ahora lo necesito” – tomado del texto supracitado).
- La adaptación del bebé de su fantasías al bebé real, lo que supone recoger sus proyecciones, renunciar a la omnipotencia narcisista y aceptar la relación dual y triangular. La des-simbolización va a llevar a la madre a vivencias de separación-individuación que ponen en juego su identidad primaria y también la secundaria.

Factores psicológicos en la psicosis puerperal según la propuesta de García y Otín (2007):

- Modelo de desarrollo: postula que la maternidad produce un nuevo *self* en la mujer, que ésta debe adaptar a su *self* anterior y a sus relaciones previas. Igualmente, la mujer y su pareja deben asumir nuevas responsabilidades que implican un tiempo de adaptación. Cuando una mujer sufre una psicosis puerperal, sus dificultades para adaptarse son mayores, dada su psicopatología.
- Modelo de los sistemas sociales: centrado en cómo el hecho de tener un hijo afecta el círculo social y familiar de la mujer y las creencias de ésta sobre la maternidad o el parto, lo que puede dar lugar a un conflicto interno y acabar originando una psicosis puerperal.

- Psicodinámicamente, la psicosis puerperal es vista como la contradicción entre cómo cree la mujer que debe actuar una madre y su compromiso con la maternidad, con el rechazo a su madre como modelo de maternidad. Cuando la mujer debe actuar como madre no tiene un modelo en el que fijarse, lo que vive de modo desagradable y la confunde, escindiéndose su identidad como madre y su competencia como tal. Quieren ser buenas madres pero no saben cómo hacerlo y debido a que sus hijos tampoco pueden indicarles cómo deben actuar, no se ven reforzadas por ellos y acaban rechazándolos.

4.6.5. Etiología

Se promulgaba a finales del siglo XX que no existía evidencia de que la psicosis posparto fuese un trastorno con una predisposición genética única, ni se había comprobado una relación directa entre los cambios biológicos del puerperio y la psicosis puerperal. (Robinson y Stewart, 1986).

Aún no se ha comprobado una relación directa y la etiología detallada se desconoce, pero factores genéticos han demostrado influencia en la susceptibilidad para su desarrollo. (Robertson et al. 2006)

Para otros autores, la presentación mayoritaria en primíparas sugiere una causa más de tipo psicológica. No obstante, no se ha encontrado un aumento en la incidencia de

psicosis puerperal luego de partos gemelares, óbitos y muertes neonatales, todo lo cual genera un gran estrés psicológico. (Jones et al. 2007).

En el ámbito biológico, el estudio causal se ha enfocado en la disminución hormonal abrupta que sigue al parto. Mujeres con trastorno bipolar son exquisitamente sensibles a ésta pérdida marcada de estrógenos y progesterona. Los estudios de Bloch et al. han provisto de evidencia acerca del involucramiento de estas hormonas en la depresión posparto, mediante la inducción de un estado hipogonadal y la administración posterior de dosis suprafisiológicas de estradiol y progesterona, para luego de 8 semanas disminuirlas abruptamente. Cinco de ocho mujeres con historia de depresión posparto desarrolló síntomas afectivos, mientras que ninguna sin ese historial los presentó. (Sit, 2006)

Volviendo a la asociación genética, existe evidencia (en estudios familiares, de gemelos y de adopciones) que sustenta la importancia de los genes en la susceptibilidad para el trastorno afectivo bipolar y una variante específica de aparición posparto, en la que existe mayor agrupación familiar. (Jones, 2007).

Es altamente probable que el trastorno bipolar incluya una colección heterogénea de condiciones con diferentes factores etiológicos. Por esto se ha dirigido el foco de atención al estudio de subtipos clínicos, que podrían representar formas más homogéneas del padecimiento.

Existe evidencia preliminar sugestiva de una asociación entre la psicosis puerperal y una variante en el gen del transportador de serotonina, en el cromosoma 17. Se han encontrado regiones cromosómicas – 16p13 – con significancia genómica; y otras – 8q24 – que cumplen criterios para una vinculación genómica sugestiva. La región 16p13 coincide con una región que se ha asociado con trastorno bipolar previamente.

Por lo tanto, se considera al trastorno afectivo bipolar como una colección de trastornos heterogéneos que incluyen una forma en la cual las mujeres son vulnerables a desarrollar episodios posparto. En este modelo, las variantes genéticas que influyen sobre la vulnerabilidad de disparar episodios puerperales son las mismas que influyen en la vulnerabilidad para el desarrollo de trastorno bipolar. (Jones et al. 2007).

4.6.6. Fisiopatología

La aparición de psicosis afectivas en el posparto se ha asociado con una sensibilidad aumentada de los receptores de dopamina en el hipotálamo y posiblemente en otros sitios del cerebro. Estos cambios pueden ser precipitados por la fuerte caída en la concentración de estrógenos circulantes. (Wieck et al. 1991).

Hormonas

A diferencia de la mayoría de otras hormonas, los esteroides tienen fácil acceso al cerebro y las concentraciones de estradiol y progesterona en plasma y líquido cefalorraquídeo están altamente correlacionadas. (Wieck et al. 1991).

Los estrógenos modulan la función de los neurotransmisores monoaminérgicos, especialmente de los sistemas dopaminérgicos, en el sistema nervioso central (incremento en densidad de receptores D2, alteración de la sensibilidad de autorreceptores dopaminérgicos, aumento de densidad de receptores postsinápticos en sustancia negra). Anormalidades en la transmisión dopaminérgica se han implicado en enfermedad bipolar y esquizofrenia, por lo que se ha propuesto que la psicosis puerperal sea precipitada por los efectos del retiro posparto de estrógenos en las funciones dopaminérgicas centrales. (Wieck et al. 1991).

La mayor edad de presentación de la esquizofrenia en mujeres en comparación con los hombres, y la incidencia elevada de la misma en mujeres perimenopáusicas sugieren una relación con la pérdida de los efectos protectores de los estrógenos. Además, las mujeres esquizofrénicas parecen tener una mayor propensión de ser ingresadas por psicosis durante la fase de bajo nivel estrogénico del ciclo menstrual. Mejoras en los síntomas psicóticos posparto se han reportado luego de la administración de estradiol. (Hay, 2009).

También se ha involucrado a la hormona de crecimiento en la patogénesis. En investigaciones clínicas la secreción de esta hormona en respuesta de una dosis pequeña del agonista dopaminérgico apomorfina se ha usado como índice de la respuesta de las neuronas sensibles a dopamina (probablemente vía receptores D2) en el hipotálamo y otras regiones del cerebro. (Wieck et al. 1991).

Un estudio que examinó la respuesta de la hormona de crecimiento inducida por apomorfina en el cuarto día posparto de mujeres en riesgo de una psicosis puerperal, demostró que 8 de las 15 mujeres en riesgo de PP tuvieron subsecuentemente recurrencia de la enfermedad. Estas mujeres tuvieron respuestas significativamente mayores de hormona de crecimiento a la apomorfina en comparación con las 7 mujeres en riesgo que permanecieron estables y los 15 controles. (Esto sin diferencias significativas en el promedio basal de concentración de hormona de crecimiento). (Wieck et al. 1991).

Factores inmunológicos

Por otra parte, se han sugerido también mecanismos inmunológicos en la génesis de los episodios depresivos posparto, que se podrían extrapolar a las psicosis puerperales. La asociación descrita entre anticuerpos tiroideos y síntomas afectivos posparto puede reflejar un estado inmunológico elevado, más que una influencia específica de la función tiroidea en el humor. (Robertson et al. 2006).

A pesar del elevado riesgo de PP que poseen las mujeres con TAB, la mayoría de pacientes con psicosis posparto no tiene historia de trastornos psiquiátricos. Muchos posibles determinantes se han propuesto. Se les ha dado especial atención a las vías neuroesteroideas, debido a los dramáticos cambios en los niveles hormonales durante el embarazo y el período posparto. Sin embargo, no se ha identificado concluyentemente ningún mecanismo específico como factor etiológico en las psicosis posparto. (Bergink et al. 2011).

Se ha postulado que la reactivación inmunológica puede jugar un papel importante en la génesis de las psicosis posparto. Después del parto, el estado de inmunosupresión relativa (estado de tolerancia, en el que se encuentran concentraciones de anticuerpos reducidas) no sólo regresa a la normalidad, sino que se dispara en un efecto rebote. (Bergink et al. 2011).

La Enfermedad Tiroidea Autoinmune Posparto (ETAP) definida por la inflamación tiroidea autoinmune y títulos elevados de anticuerpos antitiroideos, que ocurren durante el primer año tras el parto, tiene una prevalencia de 5-7% en el posparto de la población general y es mucho mayor en mujeres con psicosis posparto de novo que un mujeres posparto de la población general. La falla tiroidea clínica ocurre significativamente más rápido y en mayor porcentaje de pacientes con psicosis posparto. Estas diferencias parecen ser independientes del tratamiento con Litio o antipsicóticos en el período posparto temprano. (Bergink et al. 2011).

4.6.7. Clínica

Comparadas con mujeres con enfermedad mental crónica, pacientes con PP usualmente han obtenido un nivel funcional mayor antes del inicio de la enfermedad. (Sit, 2006).

La paciente con psicosis puerperal desarrolla delirios paranoides, grandiosos o bizarros, fluctuaciones del humor, pensamiento confuso y un comportamiento

desorganizado, que representan un dramático cambio con respecto a su funcionamiento previo. (Sit, 2006).

Las psicosis puerperales se pueden presentar como trastornos psicóticos, como trastornos afectivos o como estados confusionales. No obstante, muchos autores han argumentado que estos episodios posparto no difieren de aquellos que se presentan en otras épocas. Hamilton revisó una serie de estudios y concluyó que las pacientes puerperales diferían de aquellas con clásicas psicosis afectivas o esquizofrénicas en que habían demostrado síntomas orgánicos, incluyendo delirium, confusión, alucinaciones y cambios marcados del humor. (Robinson y Stewart 1986)

“... una psicosis con desorganización cognitiva en madres con psicosis afectivas de aparición en el posparto que no se presentó en mujeres con psicosis afectivas no puerperales. La psicosis asociada con el posparto incluye deterioro cognitivo, comportamiento bizarro, desorganización del pensamiento, ausencia de insight, delirios de referencia, delirios de persecución, y mayores niveles de ideación y comportamiento homicida. Otros síntomas incluyen alucinaciones visuales, táctiles y olfatorias, y una apariencia *delirium-like*”. En comparación con presentaciones no puerperales del trastorno bipolar, la psicosis afectiva puerperal suele cursar con cambios de humor más rápidos y marcados, más confusión y más delirios de control externo. (Spinelli, 2009).

Las pacientes con psicosis posparto pueden mostrar conductas alteradas en relación con el recién nacido, como negligencia, abuso, infanticidio y suicidio. (Burt y Hendrick, 2007).

Desde el punto de vista clínico, la psicosis puerperal es un cuadro polimórfico. Podemos sospechar de su presencia ante la existencia de rápidas fluctuaciones del nivel de conciencia, perplejidad, desorientación e intervalos lúcidos dispersos. También presenta importantes fluctuaciones en el aspecto psicomotriz y en el discurso, que van desde la agitación hasta el estupor y desde la verborrea hasta el mutismo. A nivel afectivo también existe rápida variabilidad, desde gran euforia y ansiedad hasta ánimo depresivo. Los trastornos del pensamiento se presentan como delirios o ideas deliroides asociadas a la maternidad. (García y Otín, 2007).

En pacientes bipolares con psicosis puerperal, los síntomas psicóticos fueron incongruentes con el humor en el 64,7% de las pacientes. Esto y el hallazgo de un inicio más tardío contrasta marcadamente con aquella presentación de psicosis posparto en mujeres con historia previa de trastorno bipolar. Estos resultados sugieren que mujeres bipolares con psicosis limitada al período posparto podrían tener un perfil de riesgo distinto y una fenomenología distinta. (Bergink, 2012).

4.6.8. Impacto

El empeoramiento del estado mental de la madre asociado a la desorganización conductual, el afecto embotado, la inatención y la arreactividad son situaciones

claramente peligrosas para el recién nacido y donde el vínculo madre-hijo se ve interrumpido, lo que a la larga puede influir en el desarrollo afectivo y cognitivo del niño. Esta situación se complica si la madre presenta alguna complicación. La peor consecuencia de la psicosis posparto es el infanticidio. (Franco, Goikolea, García-Esteve, Imaz, Benabarre y Vieta 2008).

En el primer año posparto, el riesgo suicida aumenta 70 veces y el suicidio es la principal causa de muerte materna hasta un año después del parto. De 1000 mujeres con psicosis puerperal, 2 completan el suicidio. Estas mujeres generalmente usan métodos más agresivos e irreversibles en comparación con la mayoría de reportes que indican que las mujeres habitualmente concretan el suicidio de una forma no violenta. Comportamiento homicida raramente ocurre. Entre las mujeres hospitalizadas por psicosis puerperal, 35% describieron delirios sobre los infantes, pero sólo 9% tuvo ideas de dañarlos. (Sit, 2006).

4.6.9. Evaluación

Incluye (Sit, 2006):

- Historia clínica minuciosa.
- Examen físico.
- Laboratorios: hemograma completo, electrolitos, nitrógeno ureico, creatinina, glucosa, vitamina B12, folato, pruebas de función tiroidea (PFT), calcio, examen general de orina (EGO), urocultivo si hay fiebre, y tóxicos en orina.
- Examen neurológico cuidadoso.

- Tomografía axial computarizada (TAC) o resonancia magnética nuclear (RMN) para descartar la presencia de accidente cerebrovascular (ACV) isquémico (oclusión vascular) o hemorrágico (hipertensión no controlada, malformación arteriovenosa o aneurisma). Casos como éstos se verán precedidos por historia de hipertensión o preeclampsia, desequilibrio hidroelectrolítico, cefalea severa, debilidad unilateral, déficits sensitivos e incluso convulsiones.

4.6.10. Diagnóstico diferencial (Sit, 2006)

- Trastornos psiquiátricos: Trastorno afectivo bipolar, episodio con elementos psicóticos y aparición en el posparto; trastorno depresivo unipolar con psicosis; esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme o trastorno psicótico agudo (primer episodio); trastorno obsesivo-compulsivo.
- Causas médicas: Enfermedad cerebrovascular (evento isquémico, hemorrágico o hidrocefalia a tensión normal), metabólicas o nutricionales (hipo/hipernatremia, hipoglicemia o cetoacidosis diabética, encefalopatía urémica, falla hepática, enfermedad de Graves o hipotiroidismo, enfermedad paratiroidea –hiper/hipocalcemia- deficiencia de vitamina B12 y folatos.
- Medicamentos: Corticoesteroides, narcóticos, simpaticomiméticos (anfetaminas, teofilina, efedrina, fenilefrina), antibióticos (gentamicina, sulfonamidas, isoniazida, metronidazole, vancomicina), anticolinérgicos (atropina, benztropina, difenhidramina), antivirales (Aciclovir, interferón), benzodiacepinas y barbitúricos.

- Inmunológicas (lupus eritematoso sistémico), infecciosas (sepsis, meningitis, encefalitis, Virus de Inmunodeficiencia Humana - VIH).

4.6.11. Evolución y pronóstico

La evolución suele ser favorable y sólo en un porcentaje muy pequeño de casos la mejoría no es completa y persiste algún deterioro. (García y Otín, 2007).

El pronóstico global es positivo, sobre todo si los síntomas se presentaron en el primer mes posparto. (Sit, 2006).

Datos longitudinales indican un buen pronóstico para la mayoría de las mujeres que experimentaron una psicosis puerperal que vino de un trastorno afectivo bipolar. De ellas, 75-86% permanecieron libres de síntomas luego de un solo episodio de psicosis puerperal. (Sit, 2006).

El pronóstico a corto plazo por lo general es bueno, pero el riesgo de repetición de otro episodio está muy asociado a la ocurrencia de embarazos posteriores. Si no se producen más embarazos el 75% de las pacientes no repetirán episodios psicóticos, pero los embarazos posteriores aumentan el riesgo de recaídas de un 50 a un 75%. El pronóstico a largo plazo; sin embargo, no es tan optimista, ya que se ha visto que un alto porcentaje de pacientes desarrolla patología psiquiátrica sin relación con el puerperio. (García y Otín, 2007).

Otros autores plantean que las recurrencias posteriores se deben a aspectos constitucionales más que al riesgo que confieren en sí los embarazos subsiguientes.

El riesgo de desarrollar un episodio no puerperal subsiguiente está incrementado en mujeres que tienen una historia familiar de enfermedad mental y está aumentado (no significativamente) en mujeres con historia personal de enfermedad mental previo al episodio puerperal. (O'Keane, 2005).

Estudios británicos señalan que de 103 casos de psicosis puerperal, 54 mujeres tuvieron más hijos, de las cuales el 57% experimentó un episodio psicótico puerperal adicional y el 62% experimentó un episodio afectivo no puerperal durante 9 años de seguimiento. (Robertson, Jones, Sayeed, Holder y Craddock, 2005).

Kisa, Aydemir, Kurt, Gülen y Göka (2007) realizaron un estudio en Turquía, en el que se llevó a cabo una evaluación a largo plazo de 23 pacientes con síntomas psicóticos que emergieron dentro de los primeros 6 meses posparto, entre 1998 y el 2006.

El grupo control constó de 25 pacientes femeninas apareadas según edad y nivel de educación, quienes presentaron su primer episodio psicótico fuera del posparto. Los grupos de psicosis posparto y control fueron seguidos por un rango entre 2 y 6 años (promedio para ambos cercano a 4).

Durante ese período, el 21,7% de las pacientes posparto desarrolló un trastorno del humor y un 77,9% desarrolló esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En el grupo control, 32,0% fueron diagnosticadas con un trastorno del humor y 68,0% con esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

La distribución final de los diagnósticos en los dos grupos fue similar. Pacientes con psicosis posparto experimentaron mayor confusión que los sujetos control. Durante el período de seguimiento, el 65,2% de las pacientes con psicosis posparto y el 72% de las pacientes control tuvo recurrencias.

Un estudio de origen indio y publicado por Ganjekar, Desai y Chandra, comparó el desenlace a corto plazo, las características clínicas y la severidad de los síntomas entre casos de manía posparto y no-posparto. Entre abril del 2007 y agosto del 2009 se reclutó igual número de pacientes de unidades de internamiento psiquiátrico (30 en cada grupo).

Se evaluaron sistemáticamente, una semana tras el ingreso y después de seis semanas, mediante las escalas "Comprehensive Psychopathology Rating Scale" (CPRS), "Young Mania Rating Scale" (YMRS), "Hamilton Depression Rating Scale" (HDRS) y "Global Assessment of Functioning Scale" (GAF).

Se observó que en los casos de manía de aparición en el puerperio se obtuvieron mayores puntuaciones en la HDRS para síntomas depresivos y ansiosos. Según la

CPRS, la perplejidad, tensión muscular, preocupación, tensión interna, labilidad afectiva, lasitud y desorientación fueron más comunes en el grupo posparto, mientras que los síntomas maniacaes típicos fueron más comunes en el grupo no-posparto. No obstante, la duración de la estancia hospitalaria y el resultado a corto plazo fueron similares.

Estos hallazgos divergentes mantienen en tela de duda cuáles son los factores de mayor peso para las recurrencias, tanto puerperales como no puerperales, de patología psiquiátrica después de un episodio de psicosis puerperal. Insisto en mi planteamiento de que es posible que la clave radique en una subclasificación según aspectos semiológicos que tengan, a su vez, significancia fisiopatológica y pronóstica. El siguiente enunciado servirá de ejemplo.

En comparación con mujeres con una presentación de novo de una psicosis no puerperal, aquellas con un primer episodio de psicosis en el puerperio tuvieron mayores niveles de confusión y desorientación, pero requirieron sólo la mitad del tiempo para alcanzar respuesta al tratamiento. (Sit, 2006).

4.6.12. Manejo y tratamiento

Actualmente no existen guías de tratamiento para el manejo de psicosis puerperal. (Sit, 2006). Prácticamente todas las fuentes consultadas concuerdan en el punto de que la severidad del cuadro y el riesgo potencial que representa, son indicadores de la necesidad de un manejo intrahospitalario. (Spinelli, 2009).

Además de velar por los cuidados físicos esenciales, se puntualizan en esta sección algunas estrategias de tratamiento que debieran ser de utilidad en casos de psicosis puerperal.

Burt y Hendrick (2007), proponen los siguientes pasos una vez que se descartó una causa médica: Instaurar eutimizantes a la mayor brevedad; considerar antipsicóticos para la psicosis aguda y la agitación; utilizar con precaución antidepresivos (sólo para casos claros con psicosis depresiva); tomar en cuenta la terapia electro-convulsiva (TEC) para casos que no responden a farmacoterapia o cuyos síntomas parecen ir aumentando gradualmente.

En la fase aguda, es necesario un tratamiento farmacológico enérgico. El insomnio se debe tratar agresivamente. (Spinelli, 2009). Suelen pautarse antipsicóticos incisivos a elevadas dosis asociados a benzodicepinas, Litio y, en casos graves o cuando los fármacos estén contraindicados, TEC. (García y Otín, 2007).

El tratamiento debe ser guiado por el perfil de los síntomas y se debe basar en el diagnóstico subyacente (mujeres con historia personal y/o familiar de TAB se beneficiarán del uso de agentes antimaniacales y antipsicóticos). (Spinelli, 2009).

Psicoeducación

Una vez establecido el diagnóstico, es preciso educar a la paciente y a su familia sobre la enfermedad, descartar causas orgánicas, iniciar farmacoterapia, terapia de apoyo y

evaluar repetidamente la funcionalidad de la paciente y su estado de seguridad. (Sit, 2006).

Estrategias ambientales y psicoterapéuticas

- Movilizar recursos familiares para facilitarle la carga.
- Psicoterapia de apoyo que incorpore habilidades parentales e intervenciones infantiles tempranas para mejorar el lazo madre-hijo.
- Terapia enfocada en la familia.
- Terapia cognitivo-conductual.
- Psicoterapia interpersonal.
- Las formas avanzadas de psicoterapia se recomiendan una vez que las pacientes hayan logrado un pensamiento organizado. (Sit, 2006).

Hospitalización con el infante

Las unidades de madre-infante sirven para prevenir la disrupción del apego mediante el mantenimiento de una adecuada interacción de la díada madre-hijo(a). La madre aprende del personal de enfermería cómo cargar a su bebé, cómo alimentarlo(a), jugar y bañarlo(a). (Kandel, Fainstein y Maizel, 2006).

Por lo general las hospitalizaciones conjuntas se hacen cuando sólo un miembro de la familia está enfermo; sin embargo, existen reportes de hospitalizaciones conjuntas de ambos padres enfermos y los hijos(as), con buenos resultados. (Kandel, Fainstein y Maizel, 2006).

Los reportes al respecto apuntan hacia una evolución más rápida y favorable cuando se permite esta condición de internamiento conjunto.

Tratamiento farmacológico

Es esencial para manejar los síntomas psicóticos y relacionados con el humor de la psicosis puerperal. (Sit, 2006).

Aunque se prefiere la monoterapia, ciertas mujeres requieren más que un fármaco para alcanzar el nivel deseable de control sintomático y remisión de la enfermedad. (Sit, 2006).

Para mejorar la adherencia, los efectos secundarios se pueden minimizar con dosis iniciales bajas y titulación lenta hasta la respuesta deseada. (Sit, 2006).

A pesar de aseveraciones tales con respecto al tratamiento con psicofármacos, existe poca información científica basada en evidencia, acerca de cuáles intervenciones son las más eficaces.

La investigación ha sido muy limitada y no se han realizado ensayos clínicos aleatorizados. Sólo se encontraron 17 estudios sobre tratamiento de psicosis puerperal en la literatura reciente y las muestras han solido ser muy pequeñas - sólo dos estudios contuvieron muestras con más que 10 pacientes. (Bergink, 2012).

Litio

Ha demostrado una reducción de recaídas del 50% a menos del 10% en el período posparto inmediato. (Yonkers et al. 2004).

Es una importante opción para el tratamiento y prevención de la psicosis puerperal, así como el tratamiento estándar para trastorno bipolar. Mujeres con historia de psicosis puerperal tienen mejores resultados en profilaxis cuando se inicia inmediatamente después del parto. (Sit, 2006).

Demostó ser efectivo en un estudio de casos en que fue empleado como monoterapia y en dos estudios en que se usó como terapia adyuvante. (Bergink, 2012).

Se recomienda la monitorización de pruebas de función tiroidea y renal, así como niveles séricos a los 5 días de iniciado. El rango terapéutico ronda 0,4-1,0 mEq/L a las 12 horas posdosis. (Sit, 2006).

Posibles efectos secundarios incluyen sedación, trémor, disfunción renal, aumento de peso, náusea y vómito. Se debe evitar el uso concomitante de tiazidas, antiinflamatorios no esteroideos e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, ya que podrían alterar el balance hídrico o interferir con la excreción renal de Litio. (Sit, 2006).

Deshidratación e hiponatremia conllevan un alto riesgo de toxicidad con Litio. (Sit, 2006).

Se secreta en la leche materna y los niveles que se alcanzan son cercanos a la mitad de los niveles en el suero materno. La disminuida aclaramiento renal de los neonatos puede elevar los niveles séricos. Efectos a largo plazo en los infantes son desconocidos. (Yonkers et al. 2004).

Ácido valproico, Carbamazepina, Oxcarbazepina, Lamotrigina

Todos éstos, anticonvulsivantes con indicaciones aprobadas para su uso en trastorno bipolar. No se encontró estudios específicos para su uso en psicosis puerperal.

Antipsicóticos

La administración de olanzapina, en monoterapia o en combinación con un antidepresivo o un estabilizador del humor, se asoció con una disminución del riesgo de episodios afectivos posparto (18%), en comparación con el tratamiento exclusivo con antidepresivos o estabilizadores (57%) y con la ausencia de farmacoterapia (71%). (Franco, Goikolea, García-Esteve, Imaz, Benabarre y Vieta 2008).

El efecto de antipsicóticos se ha descrito en 4 reportes de casos, para los cuales resultaron efectivas la clorpromazina, la clozapina y la pimozida. (Bergink, 2012).

Terapia electro-convulsiva (TEC)

Desde la instauración de la TEC como la piedra angular del tratamiento, la tasa de mortalidad en mujeres puérperas durante una admisión psiquiátrica bajó de 9/14 entre 1927 y 1941, a 1/23 entre 1942 y 1961. (Robinson y Stewart, 1986).

Las mujeres con psicosis puerperal respondieron más robustamente, más rápido y tuvieron una remisión más completa de los síntomas afectivos y psicóticos que las mujeres con psicosis no puerperales. (Robinson y Stewart, 1986).

Un beneficio adicional es la mayor disminución en la ideación suicida y un menor riesgo de readmisiones. (Robinson y Stewart, 1986).

Es una opción ideal para pacientes en quienes han fallado varios fármacos, para aquellas que no pueden esperar el inicio de acción retrasado de ciertas drogas, para quienes presentan efectos adversos intolerables y para quienes requieren un alivio rápido y efectivo de los síntomas debido a grandes alteraciones en el autocuidado, la cognición y el juicio que amenazan su seguridad y bienestar. (Sit, 20006).

Tres estudios recientes han explorado la influencia de la TEC en la psicosis puerperal. Uno de ellos demostró que indujo remisión del cuadro en pacientes quienes habían resultado refractarias a clorpromazina. Una serie de casos reportó que mujeres con PP

refractaria describieron resultados positivos con TEC y un estudio retrospectivo encontró una mejor respuesta clínica de mujeres con PP en comparación con mujeres con psicosis no-puerperal. (Bergink, 2012).

Estrógenos

Sigue siendo un área incierta el tratamiento con reemplazo estrogénico y se encuentra todavía en estudio. Hallazgos previos sugieren una posible eficacia en la prevención y el tratamiento de mujeres cuidadosamente seleccionadas en las que los niveles pretratamiento de estrógenos se acercaban a los de una mujer menopáusica.

Luego del tratamiento estas mujeres experimentaron una resolución rápida y significativa de los síntomas afectivos, psicóticos y cognitivos. La respuesta al tratamiento tuvo una correlación cercana con la restauración de niveles estrogénicos normalizados que fuesen apropiados para mujeres en edad reproductiva. A pesar de que esos reportes fueron convincentes, un ensayo reciente no pudo replicar los resultados. (Sit, 2006).

4.6.13. Diagnóstico diferencial psiquiátrico

Basado en los elementos clínicos que se resaltaron en el apartado correspondiente, establezco un diferencial básico que incluye aquellas condiciones en las que se presenta la psicosis como elemento definitorio y aquellas en las que corresponde con un factor asociado.

En el primer grupo entrarían básicamente los trastornos psicóticos primarios y en el segundo grupo los cuadros afectivos severos con psicosis y los trastornos cognitivos. Por tanto, en lo referente a las presentaciones clínicas diferenciales de la psicosis puerperal, me remito a los 3 grupos en que se subdividieron los casos en estudio.

- Trastorno psicótico primario (expuesto de manera exhaustiva en las secciones previas del documento).
- Trastorno afectivo clásico con psicosis
 - Depresión severa con psicosis
 - Manía con psicosis
- Cuadro confusional

Esta sección está basada en el capítulo de psicosis en trastorno bipolar y de psicosis en depresión mayor del texto ya citado *“El espectro de los trastornos psicóticos”*, editado por Fuji y Ahmed (2007).

Con respecto al Trastorno Afectivo Bipolar (TAB):

Los elementos psicóticos son comunes en el trastorno bipolar y ocurren en aproximadamente la mitad de los pacientes diagnosticados con esa condición. Usualmente se manifiestan durante la fase maniacal y pueden ser congruentes o no con el humor. Se presentan con mayor frecuencia conforme más temprano haya sido su edad de inicio. En edades tempranas se encuentran más alucinaciones auditivas,

mientras que en los de aparición tardía (de más rara incidencia) predominan las visuales, somáticas y olfatorias. (Yurgelun-Todd D., 2007).

En fase depresiva hay una disminución en la atención focalizada y en el comportamiento motivado o dirigido hacia algún objetivo. En fase maniacal es frecuente un afecto elevado, expansivo o irritable, usualmente acompañado por alteración en el procesamiento cognitivo, niveles elevados de energía, aumento en el impulso sexual y en el nivel de actividad, presura del habla y del pensamiento, así como distractibilidad. La mayoría de casos con síntomas psicóticos con congruentes con el humor y si no lo son, suelen remitir en no más que una semana. (Yurgelun-Todd D., 2007).

Los síntomas psicóticos en el trastorno bipolar predicen un peor pronóstico funcional y se asocian con hallazgos estructurales y neurofisiológicos similares a los encontrados en la esquizofrenia (en contraste con aquellos con TAB sin historia de psicosis). De hecho, existe una asociación de riesgo heredofamiliar recíproco entre esos trastornos, lo cual cuestiona la visión Kraepeliana de una clasificación dicotómica de las psicosis. (Yurgelun-Todd D., 2007).

Depresión mayor con psicosis:

Casi el 15% de los individuos que cumplen criterios para depresión mayor en su vida tienen historia de elementos psicóticos y su evaluación está subestimada. De estos, las mujeres tienen una representación más prominente y la mayoría de los pacientes deprimidos con elementos psicóticos tienen síntomas congruentes con el humor

(75%). Los delirios son más comunes que las alucinaciones y los contenidos suelen ser de culpa, castigo, persecución, hipocondriasis, pobreza y nihilismo. (Smith et al. 2007).

La detección puede ser dificultosa porque los pacientes suelen reservarse para ellos mismos sus pensamientos y sus emociones. Las presentaciones tardías se asocian con etapas prodrómicas de la enfermedad de Alzheimer y se ha encontrado (en la depresión mayor con psicosis en general) alteraciones en la regulación del eje hipotalámico-hipofisiario-adrenal y una actividad disminuida de la dopamina-beta-hidroxilasa. Se recomienda el tratamiento con antidepresivos y antipsicóticos (en combinación) o terapia electro convulsiva. (Smith et al. 2007).

- Sólo 15% de los casos han presentado síntomas psicóticos.
- Según el ECA (*Epidemiologic Catchment Area study*) las mujeres tienen un riesgo discretamente mayor que los hombres.
- Inicio temprano se asocia con TAB, mientras que el inicio tardío comúnmente representa etapas prodrómicas de una enfermedad demencial.
- Presentación típica incluye elementos psicóticos congruentes con el humor, retraso psicomotor y rápida instauración del cuadro.
- Elementos incongruentes con el humor predicen un peor pronóstico.

Delirium

El Delirium es un síndrome neurocomportamental causado por la disrupción transitoria de la actividad neuronal normal debido a alteraciones sistémicas. El

sensorio de describe como fluctuante (en realidad es el nivel de alerta y vigilia lo que fluctúa), haciéndole incapaz, a pesar de recibir información externa, de integrarla correctamente y producir respuestas adecuadas para el medio. (Maldonado, 2008).

Se ha visto niveles basales aumentados de cortisol y en general una hiperactivación del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal en pacientes con Delirium, así como alteraciones en los receptores de glucocorticoides y de hormona tiroidea, que provocan cambios en factores de transcripción y posteriormente en la síntesis y liberación de neurotransmisores y de enzimas que aseguren un adecuado metabolismo, deviniendo así en niveles bajos de energía y una tendencia hacia la apoptosis. (Maldonado, 2008). También se han implicado otros mecanismos que incluyen la falla oxidativa (en la respiración celular) debido a hipoxia, anemia e hipoperfusión como causantes de esa disrupción y de la consecuente muerte neuronal. (Maldonado, 2008).

La homeostasis de Serotonina y Acetilcolina se ve comprometida. En general, disminuyen a nivel central, lo cual genera dificultades en el mantenimiento del nivel de alerta, de vigilia y de atención. Se produce también un desbalance de Dopamina y Norepinefrina, las cuales aumentan en algunas regiones y provocan hiperactivación y síntomas psicóticos. (Maldonado, 2008).

Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR fueron adaptados a una escala con el fin de mejorar el aspecto operativo. El resultado fue el *Confusion Assessment Method* (CAM) el cual es fácil de pasar, tiene una sensibilidad del 94-100% y una especificidad del 90-

95%; se ha convertido en el *gold standard* para la detección y el diagnóstico de Delirium y cuenta con una variación que ha sido validada para la población hispana: el CAM-S. (González, 2004). A continuación se presenta dicha escala.

Confusion Assessment Method (CAM)

1. Inicio agudo y curso fluctuante

Viene indicado por responder de forma afirmativa a las siguientes cuestiones:

¿Hay evidencia de un cambio del estado mental del paciente con respecto a su estado previo hace unos días?

¿Ha presentado cambios de conducta el día anterior, fluctuando la gravedad?

2. Inatención

Viene indicado por responder de forma afirmativa a la siguiente cuestión:

¿Presenta el paciente dificultades para fijar la atención? (p.ej. se distrae fácilmente, siendo difícil mantener una conversación; las preguntas deben repetirse, persevera en una respuesta previa, contesta una por otra o tiene dificultad para saber de qué estaba hablando).

3. Desorganización del pensamiento

Viene indicado por responder de forma afirmativa a la siguiente cuestión:

¿Presenta el paciente un discurso desorganizado e incoherente, con una conversación irrelevante, ideas poco claras o lógicas, con cambios de tema de forma impredecible?

4. Alteración del nivel de conciencia

Viene indicado por responder de forma afirmativa a otra posibilidad diferente a un estado de “alerta normal” en la siguiente cuestión:

¿Qué nivel de conciencia (como capacidad de ser influido por el entorno) presenta el paciente?

Alerta (normal)

Vigilante (hiperalerta)

Letárgico (inhibido, somnoliento)

Estuporoso (difícil despertarlo)

Comatoso (no se despierta)

El diagnóstico de *Delirium* por el CAM requiere de una respuesta afirmativa para los puntos 1 y 2, más alguno de los otros dos.

(Tomado de Lázaro-Del Nogal y Ribera-Casado, 2009).

5. MARCO METODOLÓGICO

5.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente es un estudio transversal tipo descriptivo que se basa en un análisis de las variables cuantitativas y cualitativas encontradas en los expedientes de salud del Hospital Nacional Psiquiátrico, de todas las pacientes egresadas con diagnósticos equiparables con “Psicosis Puerperal” según su codificación en la CIE-10, desde enero del 2005 hasta julio del 2013.

Por definición, conlleva la imposibilidad de controlar las variables y de provocar modificación alguna de los sujetos de estudio y de sus registros médicos. El mismo, parte del hallazgo de un diagnóstico realizado y registrado como tal en la hoja de egreso de los expedientes de la población en estudio, para una evaluación posterior de la información que se hubo constatado de manera explícita en ellos (o que puede ser inferible según lo permita cada caso particular). Toma en cuenta variables que en principio son objetivables, medibles y comparables, las cuales se exponen con detalle y bajo la lupa del análisis de asociaciones estadísticas.

5.2. ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio del presente trabajo se enmarca con especial predilección dentro de los aspectos clínico-semiológicos de las pacientes a quienes se les estableció el diagnóstico de *psicosis puerperal*. Se relaciona también con cuestionamientos críticos de la clasificación nosológica predominante en la psiquiatría actual (en el contexto de

la utilizada en el Hospital Nacional Psiquiátrico), a partir de la tipificación sindrómica de cuadros con presentaciones heterogéneas que se catalogan con las mismas designaciones diagnósticas, y las consecuencias que esto podría acarrear.

En el plano físico, la revisión de expedientes tuvo lugar, en su totalidad, en el área de archivo clínico del Hospital Nacional Psiquiátrico.

5.3. UNIDADES DE ANÁLISIS O SUJETOS DE ESTUDIO

La población se tomó de la base de datos de egreso del área de Registros Médicos del Hospital Nacional Psiquiátrico. Consiste en la totalidad de las pacientes femeninas egresadas con los diagnósticos de la CIE-10 compatibles con “Psicosis Puerperal” (55 casos en total).

Además de 6 casos adicionales, 3 correspondientes con el diagnóstico de Episodio Depresivo Severo con Psicosis y 3 con Episodio Maniacal con Psicosis, para una descripción y comparación cualitativa de las características de mayor frecuencia encontradas en los demás casos examinados, para determinar similitudes y diferencias entre presentaciones de psicosis puerperal y presentaciones típicas de los síndromes afectivos clásicos con síntomas psicóticos.

5.4. CRITERIOS DE SELECCIÓN

Se toma en cuenta los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Inclusión

- Diagnóstico de psicosis puerperal o afines constatados en el expediente de salud del Hospital Nacional Psiquiátrico, ya sea como diagnóstico principal y/o secundario(s).

- Diagnóstico principal de trastorno psicótico (esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico breve, trastorno psicótico compartido, trastorno psicótico no especificado) asociado con diagnóstico secundario de posparto o puerperio.
- Episodio maniacal con psicosis como diagnóstico principal y posparto o puerperio como diagnóstico secundario.
- Episodio depresivo severo con síntomas psicóticos como diagnóstico principal y posparto o puerperio como diagnóstico secundario.
- Haber egresado con los diagnósticos supracitados durante el período de enero 2005 a julio 2013.

Exclusión

- Diagnóstico de síndrome demencial.
- Diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias.
- Diagnóstico de trastorno psicótico inducido por enfermedad médica.
- Internamiento posterior al año del último parto.
- Diagnóstico de retraso mental moderado a severo.
- Diagnóstico de trastorno disociativo.
- Diagnóstico principal de psicosis (cualquier tipo) sin especificación etiológica, con diagnóstico secundario de intoxicación por alguna sustancia psicoactiva y/o diagnóstico de alguna enfermedad médica que produzca psicosis secundaria. (Posteriormente, se evaluará más a fondo este punto, al revisar si el cuadro clínico es el descrito por la literatura para la intoxicación de la

sustancia en cuestión y/o si la enfermedad médica se encuentra activa y podría ser una causa etiológica factible según lo descrito por la literatura).

5.5. FUENTES DE INFORMACIÓN

Base de datos del área de registros médicos y estadística del HNP.

Información obtenida de los expedientes de salud mediante el instrumento de recolección de datos (elaborado por el investigador).

Libros, revistas, artículos científicos y otros documentos físicos o virtuales, tomados de la Biblioteca del HNP, de la biblioteca personal del investigador y de las bases de datos electrónicas PubMed y DynaMed.

5.6. CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Las variables en estudio incluyen factores clínico-semiológicos, epidemiológicos, fisiológicos, sociodemográficos, psicológicos, farmacológicos y ambientales, sobre el desarrollo (o la asignación) y la evolución del diagnóstico de psicosis puerperal.

Se enumeran en el siguiente cuadro:

Tabla 3. Variables incluidas en el estudio y su distribución según la dimensión a la que pertenecen.

Sociodemográficas	Gineco-obstétricas	Antecedentes personales patológicos	Antecedentes Patológicos Familiares	Factores Psicosociales	Datos de la hospitalización y de la evolución
Edad	Edad de menarca	Historia de síntomas afectivos perimenstruales	Trastornos psicóticos primarios	Embarazo planeado	Síntomas de ingreso
Estado civil	Primípara	Historia de síntomas psicóticos perimenstruales	Trastornos depresivos	Embarazo deseado	Fluctuación marcada de los síntomas
Escolaridad	Múltipara	Episodios depresivos	Trastorno afectivo bipolar	Soporte familiar	Examen Mental al ingreso
Ocupación	Número de gestas	Episodios maniacales	Trastornos ansiosos	Problemas conyugales	Examen físico alterado al ingreso

Estado laboral	Abortos	Trauma Craneoencefálico	Psicosis puerperal	Abuso sexual	Laboratorios de ingreso alterados
Religión	Anticoncepción actual	Enfermedad cerebrovascular	Enfermedad cerebrovascular	Violencia física	Exámenes de gabinete de ingreso alterados
Estado económico	Complicaciones en el último parto	Epilepsia	Epilepsia		Tratamiento usado
Lugar de nacimiento	Edad gestacional al nacimiento del último hijo	Farmacodependencia	Enfermedades autoinmunes		Intervención de Psicología
Lugar de residencia	Peso al nacer del último hijo	Enfermedades autoinmunes	Enfermedades metabólicas		Intervención de Trabajo Social
Vive sola	Talla al nacer del último hijo	Enfermedades metabólicas	Cáncer		Visitas de familiares/red de apoyo primaria
	Control prenatal	Cáncer	Esclerosis Múltiple		Pruebas psicológicas
	Tratamiento profiláctico con Hierro	Esclerosis Múltiple	Enfermedades neurodegenerativas Infecciones en SNC		Trastorno y/o rasgos de personalidad identificados
	Tratamiento profiláctico con Acido Fólico	Enfermedades neurodegenerativas	Infecciones en SNC		Diagnósticos posteriores
	Complicaciones obstétricas en el último parto	Infecciones en SNC			Ingresos posteriores
	Fecha del último parto				Nuevas psicosis puerperales

Tabla 4. Operacionalización de variables en estudio de acuerdo con el objetivo general.

Objetivo específico	Variable/ Categoría de análisis	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Definición instrumental	Fuente
Examinar las características semiológicas y psicológicas, así como su comportamiento en el tiempo, de las pacientes diagnosticadas con psicosis puerperal o su codificación equivalente en la CIE-10, según la revisión de sus expedientes clínicos, en el Hospital Nacional Psiquiátrico, dentro del período comprendido entre enero 2005 y julio 2013.	Descripción clínico-semiológica de la Psicosis Puerperal. Evolución diagnóstica posterior a un episodio de Psicosis Puerperal.	Se ha considerado a la Psicosis Puerperal como parte de un continuo de los trastornos del puerperio y como la forma de presentación inicial de un TAB; sin embargo contiene características clínicas que la diferencian, que la subdividen y que sugieren una similitud con otros síndromes neuropsiquiátricos, como el Delirium.	Relación existente con otros trastornos afectivos y psicóticos. Es posible que sea una entidad en sí misma derivada de los cambios fisiológicos del puerperio y que se componga de subtipos heterogéneos. Posible subregistro / clasificación inadecuada y/o diagnóstico inadecuado.	Diagnósticos de egreso que contemplen la Psicosis Puerperal y evaluación cuidadosa de las descripciones clínicas contenidas en los expedientes de la población en estudio.	Instrumento de recolección de datos de autoría propia. Escala de detección de Delirium (CAM). Ambas completadas con la información disponible en los registros médicos. Aplicación de los criterios diagnósticos de la CIE-10 para las patologías en estudio.	Expedientes de salud del HNP de la población en estudio.

Tabla 5. Operacionalización de variables en estudio de acuerdo con el objetivo específico I.

Objetivo específico	Variable/	Definición	Dimensión	Definición	Definición	Fuente
---------------------	-----------	------------	-----------	------------	------------	--------

	Categoría de análisis	conceptual	operacional	instrumental
Identificar los factores sociodemográficos, psicológicos, obstétricos y fisiológicos que aparecen con mayor frecuencia en los registros médicos, de Psicología, Trabajo Social, Enfermería y de laboratorio de la población en estudio.	Señalar los factores biopsicosociales asociados con el diagnóstico de Psicosis Puerperal.	Hay factores biopsicosociales asociados a la Psicosis Puerperal que se encuentran consistentemente en la literatura. Cambios hormonales, situaciones estresantes y rasgos de personalidad obsesivos conforman los más frecuentes en esos dominios.	Establecimiento de posibles asociaciones estadísticas con factores conocidos y/o desconocidos que puedan sentar las bases para la determinación de nuevos factores de riesgo y procurar una adecuada prevención y abordaje de la patología.	Partiendo del diagnóstico de Psicosis Puerperal, recopilar los factores biopsicosociales anotados en el expediente y expresarlos en forma de razones, proporciones y frecuencias. Empleo del instrumento propio de recolección de datos, el cual permite completar una base de datos de Excel con las variables y los resultados, la cual servirá para la creación de tablas de frecuencia mediante Epi Info 3.5.1 y un posterior análisis multivariado de aquellas con una asociación más fuerte, mediante Egret for Windows, para efectuar una comparación entre ellas.

Tabla 6. Operacionalización de variables en estudio de acuerdo con el objetivo específico II.

Objetivo específico	Variable/Categoría de análisis	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Definición instrumental	Fuente
Reconocer los diferentes tipos de presentación de psicosis puerperal que se describen en los expedientes de salud, en caso de haber una diferenciación tal.	Tipificación sindrómica de la presentación clínica de la Psicosis Puerperal.	Hay estudios internacionales que sugieren la heterogeneidad en la posible etiología y presentación clínica de las Psicosis Puerperales, que permite subdividirla en 3 categorías.	Diagnóstico inadecuado que puede llevar a un manejo inadecuado y a la exposición a intervenciones y acciones clínicas que conllevan riesgo de efectos adversos y estigma social.	Partiendo de los hallazgos de mayor frecuencia en las variables independientes evaluadas, determinar si se agrupan en clusters definidos de signos y síntomas.	Con base en los resultados del análisis estadístico de las variables en estudio, aparear los grupos de ellas que compartan elementos clínicos que permitan una tipificación, con base en los propuestos en la literatura.	Expedientes de salud del HNP de la población en estudio. Base de datos propia obtenida de ellos y los resultados que se deriven del análisis estadístico con las herramientas informáticas mencionadas.

Tabla 7. Operacionalización de variables en estudio de acuerdo con el objetivo específico III.

Objetivo específico	Variable/Categoría de análisis	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Definición instrumental	Fuente
Definir la evolución en el tiempo según se registre en el expediente clínico, que tienen los diagnósticos de psicosis puerperal realizados en el Hospital Nacional Psiquiátrico tras el egreso de un internamiento en que se formulase dicho diagnóstico.	Diagnósticos constatados en el expediente clínico y su evolución en el tiempo a partir de un diagnóstico de Psicosis Puerperal en términos de cambios en la codificación inicial, en la aparición de comorbilidades y en la	Se describe en la literatura, tanto internacional como nacional relacionada con la materia, una alta propensión hacia futuros diagnósticos de trastornos afectivos posterior a un primer episodio de Psicosis Puerperal. El hallazgo estadístico que	Posibles diagnósticos basados en premisas incorrectas, que etiquetan y estigmatizan a las pacientes, quienes se pueden ver sometidas a efectos adversos de medicamentos y a la subestimación del funcionamiento	Registrar la propensión diagnóstica constatada en los expedientes según la evolución cronológica y cotejarlo con la presencia de los criterios diagnósticos de la CIE-10 que la sustentan.	Anotar en la base de datos los diagnósticos registrados, con un orden cronológico. Empleo de la CIE-10 para la verificación del cumplimiento de sus criterios diagnósticos.	Base de datos a partir de la información obtenida de los expedientes clínicos del HNP, con el instrumento de recolección de datos.

<p>instauración de trastornos crónicos bien definidos, ya sea del espectro afectivo como del espectro psicótico.</p>	<p>relaciona Psicosis Puerperal con Trastorno Afectivo Bipolar, sobre todo, ha propiciado la asunción de que la primera es un subproducto de la segunda.</p>	<p>interepisódico de una condición que podría ser completamente transitoria.</p>
--	--	--

Tabla 8. Operacionalización de variables en estudio de acuerdo con el objetivo específico IV.

Objetivo específico	Variable/ Categoría de análisis	Definición conceptual	Dimensión	Definición operacional	Definición instrumental	Fuente
<p>Discutir el diagnóstico diferencial de la psicosis puerperal en el marco de lo encontrado en los casos del Hospital Nacional Psiquiátrico durante el período en estudio.</p>	<p>Mencionar los diagnósticos diferenciales de la Psicosis Puerperal y discutir acerca de la concordancia clínica con unos u otros según los hallazgos semiológicos encontrados en los registros de la población en estudio.</p>	<p>La heterogeneidad clínica del cuadro de Psicosis Puerperal sugiere múltiples posibles etiologías, que podrían corresponder con diversas patologías. De ahí la necesidad de orientar el diagnóstico hacia esas posibilidades etiológicas y comparar los elementos que se suman o restan para la confirmación o el descarte de las principales entidades que forman parte del diferencial: Trastornos Psicóticos Primarios crónicos, Trastornos Afectivos, Trastornos Disociativos, Delirium, Trastorno Psicótico Transitorio.</p>	<p>Realizar el ejercicio del diagnóstico diferencial y observar si los hallazgos permiten la asignación de otros diagnósticos, para asegurar una adecuada especificidad de dicha asignación y/o si existe la necesidad de emplear nuevos métodos para depurar los diagnósticos y descartar las otras posibilidades.</p>	<p>Someter a la prueba de cotejo con los criterios diagnósticos de la CIE-10, los hallazgos clínicos más relevantes encontrados, incluyendo elementos semiológicos, como de laboratorio y gabinete.</p>	<p>Usar los registros de las características clínicas incluidas en la base de datos que se construirá, para verificar el cumplimiento o no de los criterios diagnósticos de la CIE-10 para las patologías que forman parte del diferencial de la Psicosis Puerperal.</p>	<p>Instrumento de recolección de información. Matriz informática (base de datos) con las variables de caracterización clínica (descripción semiológica y resultados alterados de laboratorios, gabinete y pruebas psicológicas).</p>

5.7. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Una vez depurada la población (mediante los criterios de selección), se creó una base de datos mediante la utilización de Microsoft® Excel® 2011 para Mac, para anotar la presencia o ausencia de las variables a estudiar y la descripción de las características de interés (al momento del (de los) internamiento(s) con diagnóstico de psicosis puerperal). Los datos de cada sujeto fueron asignados a un número cuya codificación es de conocimiento único del investigador. Una vez concluido el estudio se borró ese código y los resultados se presentan sólo en forma de frecuencias y medidas de

asociación relativas a subgrupos de población. No se publicó el conjunto de variables correspondientes con cada sujeto particular, para evitar así comparaciones que puedan llevar a una posible identificación y salvaguardar de esa forma la identidad de las participantes.

Se verificó el cumplimiento de los criterios diagnósticos de la CIE-10 para cada una de las entidades clínicas anotadas en los criterios de inclusión y exclusión, así como para las patologías incluidas en el diagnóstico diferencial (se revisó si la clínica anotada coincide con otros diagnósticos de la clasificación utilizada, además de los que se enumeran en la sección de diagnósticos), partiendo de que se incluyen los criterios necesarios para establecer los diagnósticos pertinentes y se deja constancia en el expediente de la existencia o ausencia de los mismos.

El instrumento de recolección de información es a la vez la base de datos. En una hoja de cálculo de Microsoft® Excel®, se diseñó una matriz para ingresar la información.. Se titula “Instrumento de recolección de información para el proyecto de graduación sobre psicosis puerperal” y consta de una guía inicial que estratifica las variables y posibles respuestas, con una distribución en el eje vertical, desde la columna A – fila 1, hasta la columna F, fila 98. A partir de la fila 100, se encuentran los encabezados de las variables por anotar, empezando por el título de usuaria (donde corresponderá anotar el número de cada caso, debidamente codificado) y los títulos de cada variable con una distribución secuencial sobre el eje horizontal, de forma continua, hasta la columna

CP. La información allí contenida se exportó a los paquetes de análisis estadístico que se mencionan a continuación.

Se aplicó el instrumento *Confusion Assessment Method* (CAM) para la detección del síndrome neuropsiquiátrico llamado *Delirium*. Se intentó la medición de los ítems según lo documentado en el expediente, ya que a pesar de que la escala es de uso clínico directo, la información que se recaba en el expediente suele contener lo necesario para completarla. Consta sólo de cuatro ítems, con un total de cinco preguntas por responder. Todas ellas se incluyen en la Historia Clínica de ingreso en el HNP y en el apartado del Examen Mental que se hace al ingreso y en las evaluaciones posteriores. El instrumento se incluye al final del marco teórico, en el apartado en que se trata el diagnóstico diferencial - *Delirium*.

En caso de que un expediente carezca de la información completa para contestar las cinco preguntas del instrumento, se descarta para el análisis.

La evolución en el tiempo es determinada solamente por la progresión diagnóstica según el orden cronológico que se consigne en los diagnósticos de egreso de hospitalizaciones posteriores en caso de haberlas habido, o bien en la hoja de diagnósticos de la sección de consulta externa del expediente clínico. No se aplicará todo el instrumento a cada hospitalización posterior, sino sólo se revisará el cumplimiento de los criterios diagnósticos para psicosis puerperal, para síndrome

afectivo con psicosis clásico (estas dos, según CIE-10) y para síndrome confusional agudo (según CAM).

Se utiliza Epi Info 3.5.1 para realizar las tablas de frecuencia según la variable analizada (siendo la Psicosis Puerperal la variable independiente y todas las incluidas en el cuadro anterior, las variables dependientes). Aquellas que demuestren las frecuencias de aparición más altas, serán evaluadas más a fondo.

Se emplea el software Egret for Windows® para realizar un análisis multivariado que permita comparar posibles variables consideradas como factores de riesgo entre las pacientes con psicosis puerperal versus una población equivalente de pacientes sin diagnóstico de psicosis puerperal (no para establecer relaciones causales directas, sino para hacer estimaciones que permitan alguna aproximación teórica).

A continuación las variables según categoría y sus respectivas agrupaciones de respuestas posibles de acuerdo con lo que contempla el instrumento de recolección de datos. (Datos extendidos de las dimensiones y definiciones conceptuales y operacionales).

Tabla 9. Datos extendidos de la operacionalización de las variables, según su categorización en el instrumento de recolección de datos. Características sociodemográficas.

Variables		Categorías
Características sociodemográficas de las participantes en el estudio.	Edad	<15 años
		15-30 años
		30-45 años
		>45 años
		Información no disponible
	Estado civil	Casada
		Soltera
		Divorciada
		Unión Libre

	Viuda Información no disponible
Escolaridad	No escolarizada Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Universitaria incompleta Universitaria completa Información no disponible
Ocupación	Ninguna Ama de casa Asalariada Trabajadora independiente Información no disponible
Estado laboral	Desempleada Empleada Pensionada Información no disponible
Religión	Ninguna Católica Cristiana Testigo de Jehová Evangélica Mormona Budista Otra Información no disponible
Estado económico	Mala Regular Estable Buena Muy buena Información no disponible
Lugar de nacimiento	Costa Rica Otro país Información no disponible
Lugar de residencia	San José Alajuela Cartago Heredia Puntarenas Guanacaste Limón Otro País Información no disponible
Vive sola	Sí No Información no disponible

Tabla 10. Datos extendidos de la operacionalización de las variables, según su categorización en el instrumento de recolección de datos. Antecedentes ginecoostétricos.

	VARIABLES	CATEGORÍAS
Antecedentes Gineco-obstétricos	Edad de menarca	Valor numérico Información no disponible
	Primípara	No Sí Información no disponible
	Número de gestas	Valor numérico Información no disponible
	Abortos	No Sí Número

	Información no disponible
Anticoncepción actual	No Sí Estrógenos conjugados orales De depósito Información no disponible
Complicaciones en el último parto	No Sí Cuáles Información no disponible
Edad gestacional al nacimiento del último hijo	Pretérmino Término >41 semanas Información no disponible
Peso al nacer del último hijo	Bajo peso Adecuado para edad gestacional Macrosómico Información no disponible
Talla al nacer del último hijo	Baja Adecuada para edad gestacional Macrosómico Información no disponible
Control prenatal	No Sí Mes de gestación en que inició Información no disponible
Tratamiento profiláctico con Hierro	No Sí Información no disponible
Tratamiento profiláctico con Acido Fólico	No Sí Información no disponible
Complicaciones obstétricas en el último parto	No Sí Información no disponible
Fecha del último parto	DD/MM/AA Información no disponible

Tabla 11. Datos extendidos de la operacionalización de las variables, según su categorización en el instrumento de recolección de datos. Antecedentes personales patológicos.

Variab	Categorías
Antecedentes personales patológicos	No Sí Información no disponible
Historia de síntomas afectivos perimenstruales	No Sí Información no disponible
Historia de síntomas psicóticos perimenstruales	No Sí Información no disponible
Episodios depresivos	No Sí Información no disponible
Episodios maniacales	No Sí Información no disponible
Episodios psicóticos no perimenstruales	No Sí Información no disponible
Trauma craneoencefálico	No Sí Información no disponible
Enfermedad cerebrovascular	No Sí Información no disponible
Epilepsia	No Sí Información no disponible
Farmacodependencia	No

	Sí Información no disponible
Enfermedades autoinmunes	No Sí Información no disponible
Enfermedades metabólicas	No Sí Información no disponible
Cáncer	No Sí Información no disponible
Esclerosis Múltiple	No Sí Información no disponible
Enfermedades neurodegenerativas	No Sí Información no disponible
Infecciones en SNC	No Sí Información no disponible

Tabla 12. Datos extendidos de la operacionalización de las variables, según su categorización en el instrumento de recolección de datos. Antecedentes heredofamiliares.

Variab	Categorías
Antecedentes heredofamiliares	No Sí Tipo Información no disponible
Trastornos depresivos	No Sí Tipo Información no disponible
Trastorno afectivo bipolar	No Sí Tipo Información no disponible
Trastornos ansiosos	No Sí Tipo Información no disponible
Psicosis puerperal	No Sí Información no disponible
Enfermedad cerebrovascular	No Sí Información no disponible
Epilepsia	No Sí Información no disponible
Enfermedades autoinmunes	No Sí Información no disponible
Enfermedades metabólicas	No Sí Información no disponible
Cáncer	No Sí Información no disponible
Esclerosis Múltiple	No Sí Información no disponible
Enfermedades neurodegenerativas	No Sí Información no disponible

Infecciones en SNC	No Sí Información no disponible
--------------------	---------------------------------------

Tabla 13. Datos extendidos de la operacionalización de las variables, según su categorización en el instrumento de recolección de datos. Factores psicosociales.

VARIABLES	CATEGORÍAS
Factores psicosociales	No
	Sí
	Información no disponible
Embarazo planeado	No Sí Información no disponible
Embarazo deseado	No Sí Información no disponible
Soporte familiar	No Sí Información no disponible
Problemas conyugales	No Sí Información no disponible
Abuso sexual	No Sí Información no disponible
Violencia física	No Sí Información no disponible

Tabla 14. Datos extendidos de la operacionalización de las variables, según su categorización en el instrumento de recolección de datos. Características semiológicas y diagnósticos de seguimiento.

VARIABLES	CATEGORÍAS
Datos de la hospitalización y de la evolución	Descripción
Fluctuación marcada de los síntomas	No
	Sí
Examen Mental al ingreso	Información no disponible
	Descripción según apartados
al ingreso	Apariencia general, actitud y comportamiento
	Lenguaje
al ingreso	Velocidad
	Articulación
al ingreso	Pronunciación
	Prosodia
al ingreso	Disfasia/Afasia
	Tipo
al ingreso	Mutismo
	Conación
al ingreso	Hipobulia
	Normobulia
al ingreso	Hiperbulia
	Afecto
al ingreso	Cuantitativo
	Hipotimia
al ingreso	Eutimia
	Hipertimia
al ingreso	Cualitativo
	Displacentero
al ingreso	Tipo
	Placentero
al ingreso	Tipo
	Pensamiento
al ingreso	Producción
	Real

	Irreal
Curso	Coherente Bradipsiquia Taquipsiquia Bloqueos Incoherente Disgregación Asociación laxa de ideas Asociación por consonancia Fuga de ideas Circunstancial Tangencial Verbigeración Ensalada de palabras
Contenido	Ideas delirantes De referencia Persecutorias Mágicas Experiencias de pasividad (inserción, control del pensamiento, posesión) De difusión del pensamiento De grandeza Celotípicas Erotomaníacas Somáticas Ideas sobrevaloradas De minusvalía De desesperanza De culpa Hipocondríacas Místicas Ideas prevalentes Ideas obsesivas De contaminación Dudas obsesivas De horror y agresividad De daño hacia el infante Necesidad de orden determinado Ideas suicidas Ideas homicidas Infanticidas
Sensopercepción	Sin alteración Ilusiones Pseudoalucinaciones Alucinaciones Sentido Simples Complejas Contenido
Estado de conciencia	Alerta Somnolencia Confusión u obnubilación Estupor Coma
Orientación	Persona Lugar Tiempo
Atención	Hipoprosxia Hiperprosxia Distráctil
Concentración	Hipotenaz Normotenaz

	Hipertenaz Memoria Cálculo Abstracción Juicio crítico Alterado No alterado Introspección Presente Ausente
Examen físico alterado al ingreso	No Sí Descripción Información no disponible
Laboratorios de ingreso alterados	No Sí Descripción Información no disponible
Exámenes de gabinete de ingreso alterados	No Sí Descripción Información no disponible
Tratamiento usado	Sin medicación Con medicación Antidepresiva Ansiolítica Hipnótica Neuroléptica Estabilizadora del ánimo Otros (Anotar el medicamento específico)
Intervención de Psicología	No Sí Información no disponible
Intervención de Trabajo Social	No Sí Problema social Apoyo Información no disponible
Visitas de familiares/red de apoyo primaria	No recibió visitas Sí recibió visitas Cantidad/frecuencia Calidad: interacción Información no disponible
Pruebas psicológicas	No realizadas Sí Resultados relevantes
Trastorno y/o rasgos de personalidad identificados	No Sí Tipo Información no disponible
Diagnósticos posteriores	No Sí Tipo (anotar diagnóstico CIE-10)
Ingresos posteriores	No Sí Cantidad
Nuevas psicosis puerperales	No Sí Cantidad Características clínicas relevantes Síndrome afectivo típico Síndrome confusional

5.8. ASPECTOS BIOÉTICOS

Cabe señalar que tanto para la formulación del estudio como para su ejecución, el investigador se asegura de velar por el respeto de los principios de bioética que rigen el proceder de la investigación clínica dentro de la institución.

Principio de no maleficencia

Se basa, someramente, en evitar un perjuicio que se derive de las acciones ejecutadas u omitidas que se desprendan del estudio, ya sea de forma directa como indirecta. El diseño del presente protocolo contempla sólo la observación y análisis de la información contenida en los expedientes de salud de la población seleccionada. No conlleva intervenciones y/o modificaciones directas en el estado actual de los sujetos, ni procura daño alguno a las personas a quienes pertenecen los datos que aparecen en los registros.

Las variables se recogen en una base de datos anónima y de igual manera se publican los resultados, asegurando así la incapacidad de identificar a los sujetos y la protección de su información básica y clínica.

Principio de beneficencia

Procura que las acciones efectuadas con el planteamiento y la realización del estudio generen consecuencias beneficiosas para quienes se dirige el mismo. El análisis de la información que se pretende recoger tiene la intencionalidad de esclarecer cuestiones clínicas pertinentes a un adecuado diagnóstico, clasificación, tipificación y por ende

una apropiado manejo de las personas con casos similares. Da cabida a posteriores investigaciones con metodologías estadísticas más robustas que permitan confirmar las hipótesis planteadas y con base en ello proponer protocolos de prevención, detección y tratamiento de patologías de esa índole.

Principio de justicia

La justicia consiste en dar a cada quien lo que le corresponde. En este caso, el estudio incluye a toda la población con el diagnóstico consignado de la patología que es evaluada. La condición merecedora de estudio es el diagnóstico de Psicosis Puerperal y se incluyó a la totalidad de la población cuyo expediente lo contenga (y que no cumpla con los criterios de exclusión, ya que podrían provocar resultados confusos). Por esto, no hubo alguna discriminación y/o distribución anómala o injusta de los recursos.

Principio de autonomía

La capacidad que poseen las personas de tomar sus propias decisiones no se vio comprometida con este protocolo, ya que los sujetos de estudio no tienen una participación directa y activa en el mismo. Se basa sólo en la información que está contenida en los expedientes de salud del Hospital Nacional Psiquiátrico, mismos que pertenecen a la Caja Costarricense de Seguro Social. Debido a esto, no se accedió a ellos hasta obtener la respectiva aprobación de las instancias a las cuales le compete (a saber, en el caso de este nosocomio: el CLOBI y las jefaturas de hospitalización y de

consulta externa, ya que los datos que ahí se imprimen tienen lugar en los dos escenarios).

Queda claro también que no existen conflictos entre ellos en este caso en particular.

No es necesario reducir alguno para hacer valer otro.

El investigador declara que no existe patrocinio alguno o conflicto de intereses y que el diseño vela por la protección de los derechos de los sujetos incluidos en la población de estudio.

Nota aclaratoria

El tutor inicial de la tesis fue el Dr. Rodolfo Salazar Fonseca, quien debido a su actual puesto de trabajo fuera de la institución, le impide corresponderse con la tutoría institucional. Por esto la Dra. Gloria Elena Salazar Monge asumió el puesto en su lugar.

A pesar de que pertenece al CLOBI, no existe tampoco conflicto de interés alguno, debido a que al momento de asumir su rol en esta investigación, la misma ya había sido aprobada por ese comité y el trabajo de campo ya estaba hecho.

6. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En una búsqueda preliminar, el área de archivo clínico y estadística del Hospital Nacional Psiquiátrico proporcionó los datos estadísticos de los casos presentados en los tres rubros que competen a la psicosis puerperal, de aquellos disponibles en la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima edición.

Estos son el O99.3 (*trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, el parto y el puerperio*), el F53.0 (*trastornos mentales y del comportamiento leves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte*) y el F53.1 (*trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte*).

El período de revisión comprende desde el primer semestre del año 2005 hasta el primer semestre del año 2013. Cabe resaltar que para efectos de extrapolar los resultados de la estadística hospitalaria a un nivel nacional se cuenta con la ventaja de que el HNP es un hospital nacional, es decir, de referencia para todo el territorio costarricense. Debido a que los casos de psicosis puerperal se manejan habitualmente a nivel intrahospitalario (por lo aparatoso de los síntomas) y a que la gran mayoría de los casos de psicosis de difícil manejo se derivan a ese centro, sería esperable que la mayoría de los casos de psicosis puerperal del país hagan su paso por el HNP.

A continuación, la distribución del número de casos según el año y el diagnóstico de egreso.

Tabla 15. Distribución de los egresos por año con diagnóstico de trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, el parto y el puerperio en el Hospital Nacional Psiquiátrico desde el año 2005 hasta el primer semestre del 2013.

Año	Número de casos
2005	7
2006	0
2007	0
2008	2
2009	1
2010	4
2011	4
2012	6
I - 2013	7
TOTAL	31

Fuente: Programa SESS, Área de REDES, Hospital Nacional Psiquiátrico. Elaboración propia.

Tabla 16. Distribución de los egresos por año con diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento leves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte, del Hospital Nacional Psiquiátrico desde el año 2005 hasta el primer semestre del 2013.

Año	Número de casos
2005	1
2006	2
2007	1
2008	1
2009	3
2010	2
2011	2
2012	1
I - 2013	1
TOTAL	14

Fuente: Programa SESS, Área de REDES, Hospital Nacional Psiquiátrico. Elaboración propia.

Tabla 17. Distribución de los egresos por año con diagnóstico de trastornos mentales y del comportamiento graves, asociados con el puerperio, no clasificados en otra parte, del Hospital Nacional Psiquiátrico desde el año 2005 hasta el primer semestre del 2013.

Año	Número de casos
2005	2
2006	2
2007	0
2008	2
2009	1
2010	0
2011	1
2012	0
I - 2013	2
TOTAL	10

Fuente: Programa SESS, Área de REDES, Hospital Nacional Psiquiátrico. Elaboración propia.

En concordancia con los objetivos planteados, se abordan primero los resultados generales de la selección de la muestra y se describe el perfil general de mayor ocurrencia de las variables revisadas en los casos de psicosis puerperal.

De los 55 casos iniciales que podían incluir un diagnóstico compatible, sólo 22 de ellos cumplieron con los criterios de selección.

La siguiente es la distribución de los 33 casos excluidos y la razón por la cual no se tomaron en cuenta para el estudio. (Entre paréntesis, el número de casos por diagnóstico).

Según su relación con el embarazo

- Embarazo actual en el momento del internamiento (17)
 - Episodio depresivo sin psicosis (5)
 - Episodio depresivo con psicosis (1)
 - Reacción de ajuste con ánimo depresivo (3)
 - Toxicomanía activa (2)
 - Reacción por estrés agudo (1)
 - Trastorno psicótico agudo (1)
 - Diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada (1)
 - No historia de psicosis (2)
 - Historia de psicosis y hallazgos sugestivos de Lesión Espacio-ocupante en encéfalo (1)
- No especificador posparto ni cumplimiento con el período puerperal establecido (1)
- Posparto (11)

- Depresión posparto sin psicosis (9)
- Diagnóstico concomitante de sífilis (1)
- Reacción de ajuste con ánimo depresivo en el posparto (1)

Según diagnósticos previos

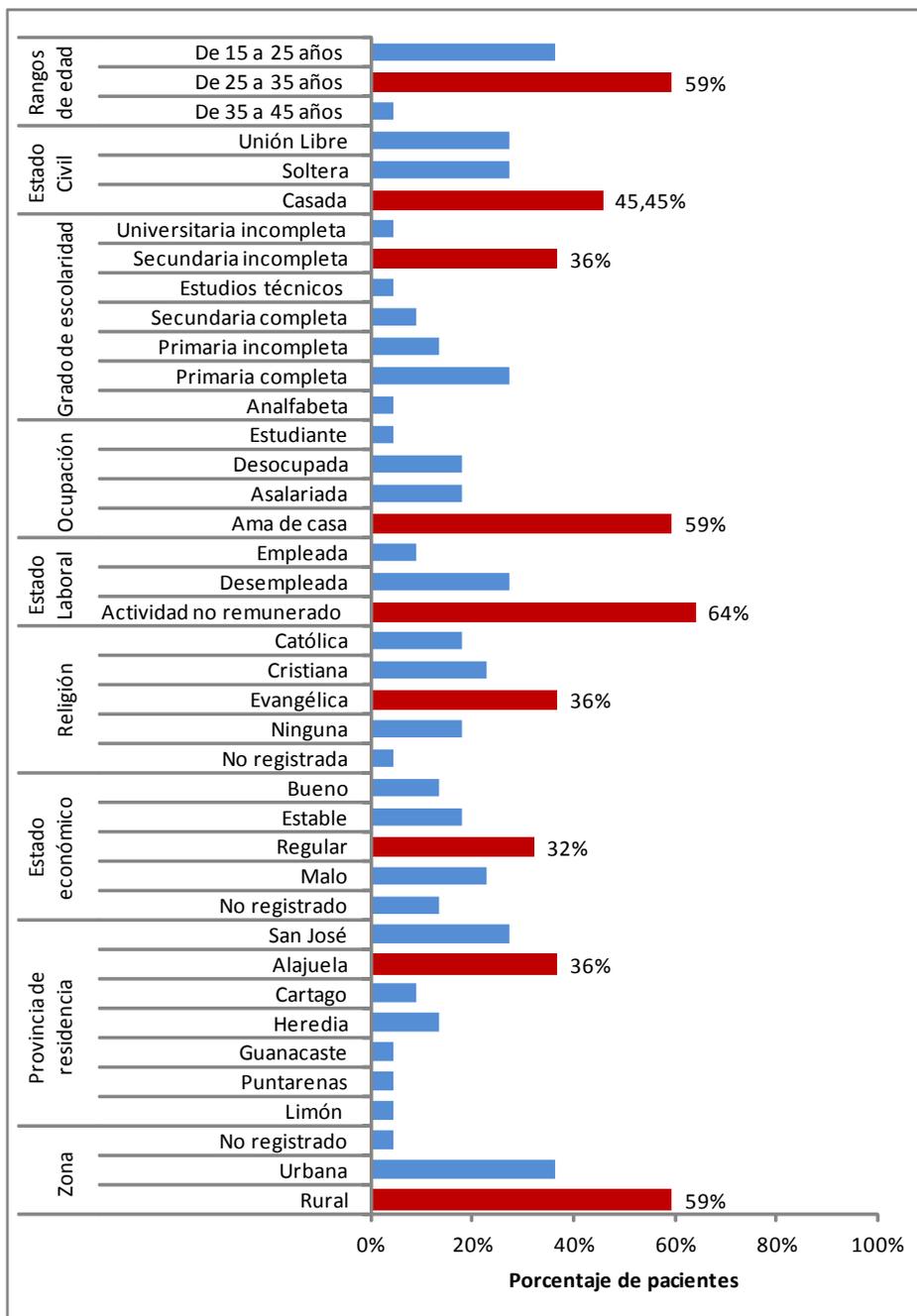
- Diagnóstico de trastorno esquizoafectivo previo al internamiento en el período puerperal (2)

Según la confirmación de la presencia de psicosis

- Ausencia de psicosis, sin algún otro hallazgo de importancia (1)
- Ausencia de psicosis con alteraciones conductuales producto de retraso mental y de farmacodependencia (1)

A continuación se exponen los resultados pertinentes a los 22 casos incluidos en el análisis estadístico. Para una fácil visualización, se presentan primero las variables según los subgrupos que componen cada perfil: sociodemográfico, ginecoobstétrico, heredofamiliar, personal patológico, psicosocial, clínico y evolutivo-pronóstico.

Gráfico 1. Perfil Sociodemográfico de pacientes con diagnóstico de psicosis puerperal, según variable de estudio, Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica.



Fuente: Registros Médicos y Estadística del HNP.

Se incluyen todas las variables sociodemográficas evaluadas, para así resaltar del total (en color rojo) aquellas que se presentaron en un porcentaje mayor. Los datos numéricos de interés se encuentran a la diestra de las barras horizontales en las que hubo

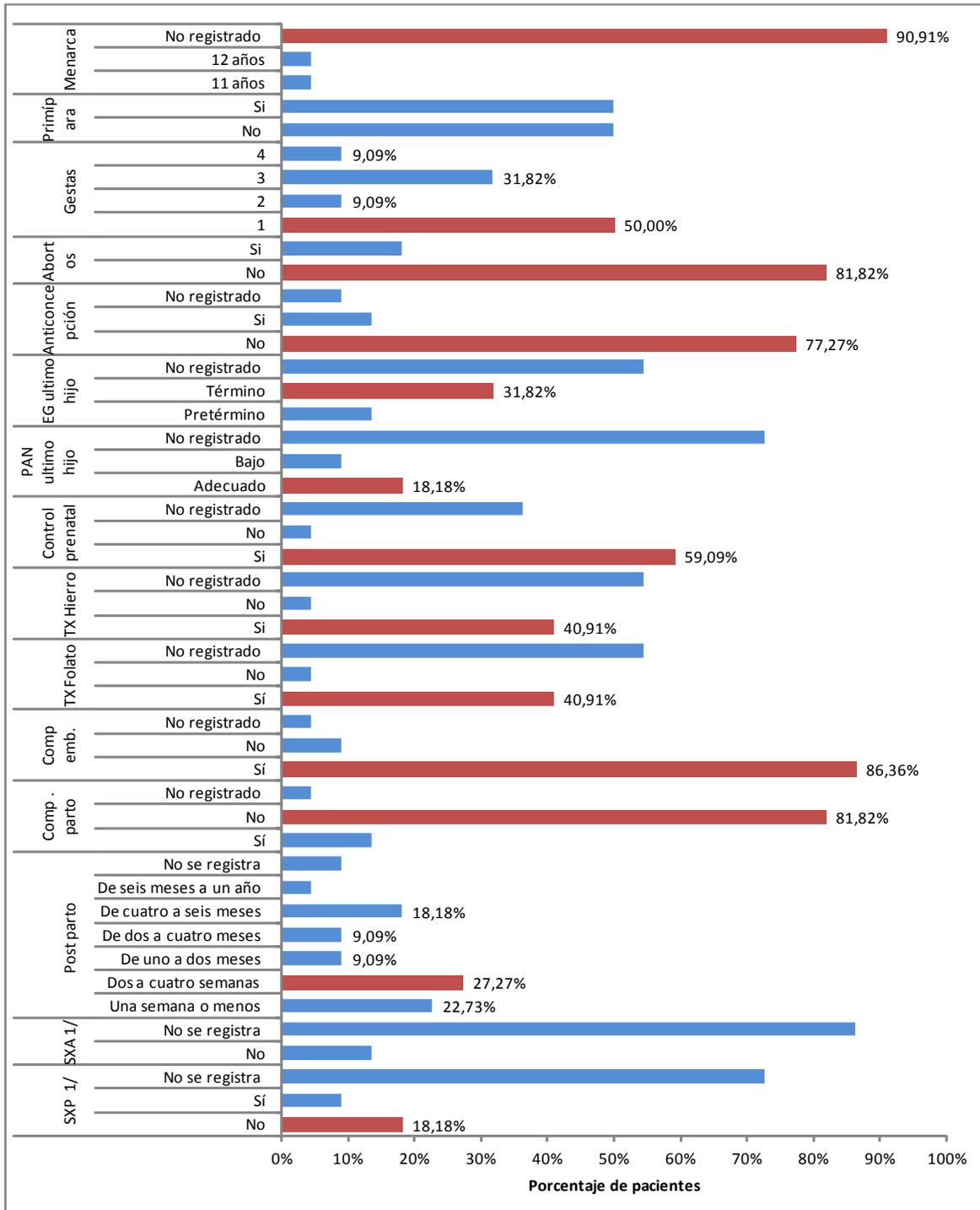
predominancia. En términos generales, éste es el perfil de la mayoría de mujeres internadas en el HNP por psicosis puerperal en el período en estudio:

Mujer joven (de 25 a 35 años), casada, con nivel de escolaridad secundaria incompleta, ama de casa, con actividades ocupacionales no remuneradas, de religión Evangélica, con estado económico regular, vecina de Alajuela y residente en una zona rural.

Se distinguen diferencias con respecto a los factores de mayor ocurrencia en estudios previos, pero se mantiene el elemento que en la literatura internacional ha demostrado más peso y factibilidad: la edad (alrededor de un 85% de los casos entre los 18 y los 30 años en el estudio de Maradiegue, 2009).

Cabe suponer que los demás factores parecen corresponderse más con las variables sociodemográficas predominantes en nuestro país que con un influjo de mayor riesgo.

Gráfico 2. Perfil ginecobstétrico de pacientes con diagnóstico de psicosis puerperal, según variable de estudio, Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica.



Nota: 1/ XSP = Síntomas Psicóticos Perimenstruales, SXA= Síntomas Afectivos Perimenstruales

Fuente: Registros Médicos y Estadística del HNP.

Con respecto al perfil ginecoobstétrico, en la mayoría de casos no se registró la edad de la menarca. La importancia de esa información radica en que marca el inicio de un período en la vida de la mujer en que hay mayor producción estrogénica cuyos efectos pueden influir en el desarrollo de cuadros afectivos y ofrecer una cierta protección contra sintomatología psicótica.

El 50% de los casos no había tenido embarazos previos y la mayoría de casos de psicosis puerperal por número de gestas se presentó después de la primera gesta (50%). La psicosis puerperal apareció después del segundo parto en 9,09%; después del tercero en 31,82% y después del cuarto en 9,09% de la población en estudio.

Esta información sugiere que la precipitación de la psicosis puerperal no parece depender mayoritariamente del puerperio en sí. Si así fuese, habría un aumento en los porcentajes de casos conforme hubieren más partos. En cambio, todo aquello que rodea al proceso que inicia con el primer embarazo se demarca con mayor fuerza.

Los cambios fisiológicos propios del posparto no se espera que cambien con el tiempo y con la repetición del proceso. Es factible entonces la inferencia de que, al menos para un primer episodio de psicosis puerperal, los factores psicológicos ejercen más peso.

La gran mayoría no contabilizaba abortos hasta el momento, ni empleaba algún método anticonceptivo; la mayoría de los casos en que se documentó la edad gestacional del recién nacido (ya que predominó la ausencia de registro) fue de término. El mismo

fenómeno (escaso registro) sucedió con el peso al nacer (PAN), que fue adecuado para la mayoría de casos en los que se anotó.

Debido a que la mayoría de casos se presentó en el contexto de la primiparidad, resulta congruente el hallazgo de que no se encontrase historia de abortos previos.

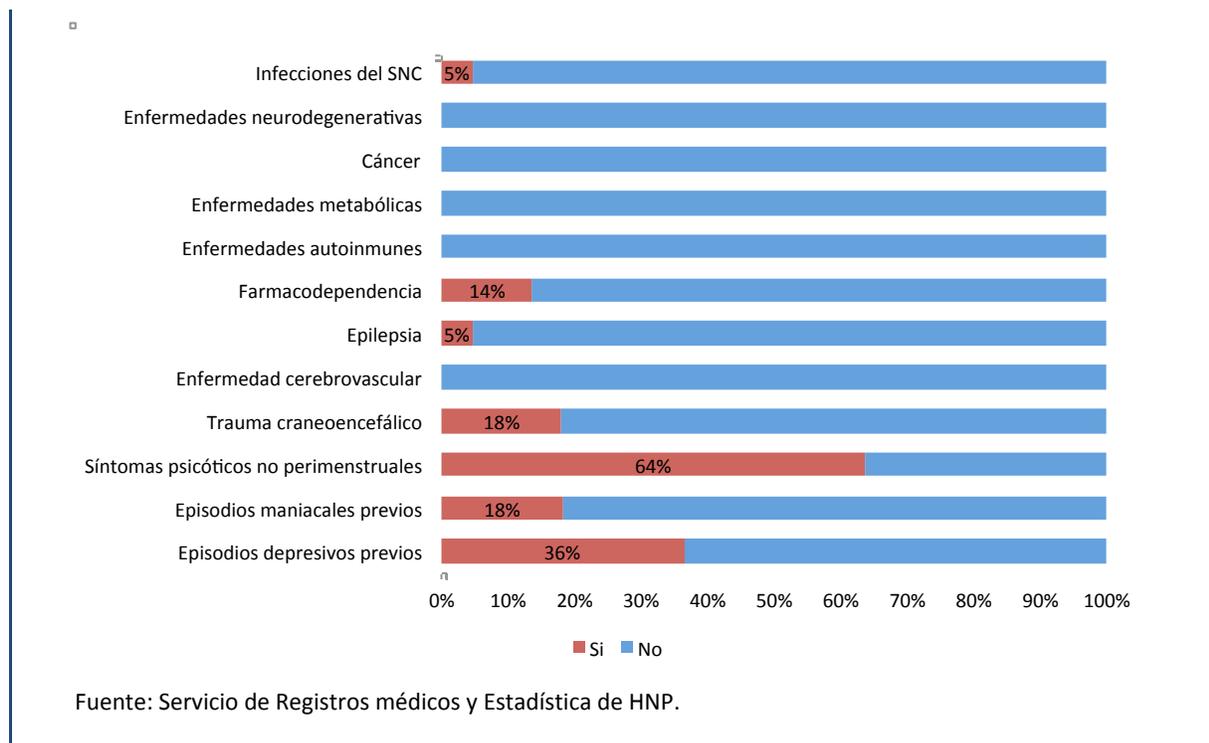
Un mayor porcentaje de casos recibió control prenatal y en la mayoría no se consignó el uso de tratamiento profiláctico con hierro y ácido fólico, pero en los que sí se documentó fue mayoritario su uso. Hubo complicaciones (de índole físico y/o psíquico) durante el embarazo o durante el parto en la avalladora mayoría (86,36% y 81,82% respectivamente).

El 50% de los casos se presentó en las primeras cuatro semanas posparto, cuyo pico ocurrió entre la segunda y la cuarta semana (27,27% del total). En los períodos subsiguientes hubo una segunda elevación en la ocurrencia de psicosis (18,18% del total) entre los meses cuatro y seis posparto, después de un intervalo de relativa estabilidad.

Los cambios que acompañan al primer mes posparto se relacionan con una mayor ocurrencia general de psicosis puerperal (quizás con una condición patológica específica a posteriori, ya que el siguiente período de aparición ocurre varios meses después y supondría una fisiopatología distinta y por tanto una entidad patológica distinta).

Predomina un registro ausente de sintomatología psiquiátrica afectiva y psicótica en relación con la menstruación. Ello puede llevar a la invisibilización de cuadros compatibles con psicosis menstruales y otros por el estilo, que brindarían indicadores de importancia para la sospecha de un riesgo elevado de sufrir una psicosis puerperal.

Gráfico 3. Antecedentes personales patológicos de las pacientes con diagnóstico de psicosis puerperal, según variable de estudio, Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica.



El gráfico 3 muestra el porcentaje de presencia (en rojo) versus ausencia (en azul) de cada antecedente personal patológico en el total de la población en estudio. Es por esto que los valores por variable (antecedente específico) no son complementarios, como sí lo son aquellos de ambos colores en cada barra horizontal.

El antecedente personal patológico con mayor presencia fue el de síntomas psicóticos no perimenstruales, que se obtuvo en el 64% de la población en estudio. Cabe rescatar que

de ellos, cuatro de los casos (18,18% del total) presentaron dichos síntomas en el transcurso del último embarazo. En dos de los casos (9,09%), esos síntomas se asociaron con sintomatología depresiva previa (uno de los cuales también había ocurrido en un período posparto). En uno se había sospechado influencia de drogas psicoactivas y en uno había historia de un episodio maniaco con psicosis. Sobre el resto no se contó con especificación más allá del solo registro de la historia de síntomas psicóticos previos.

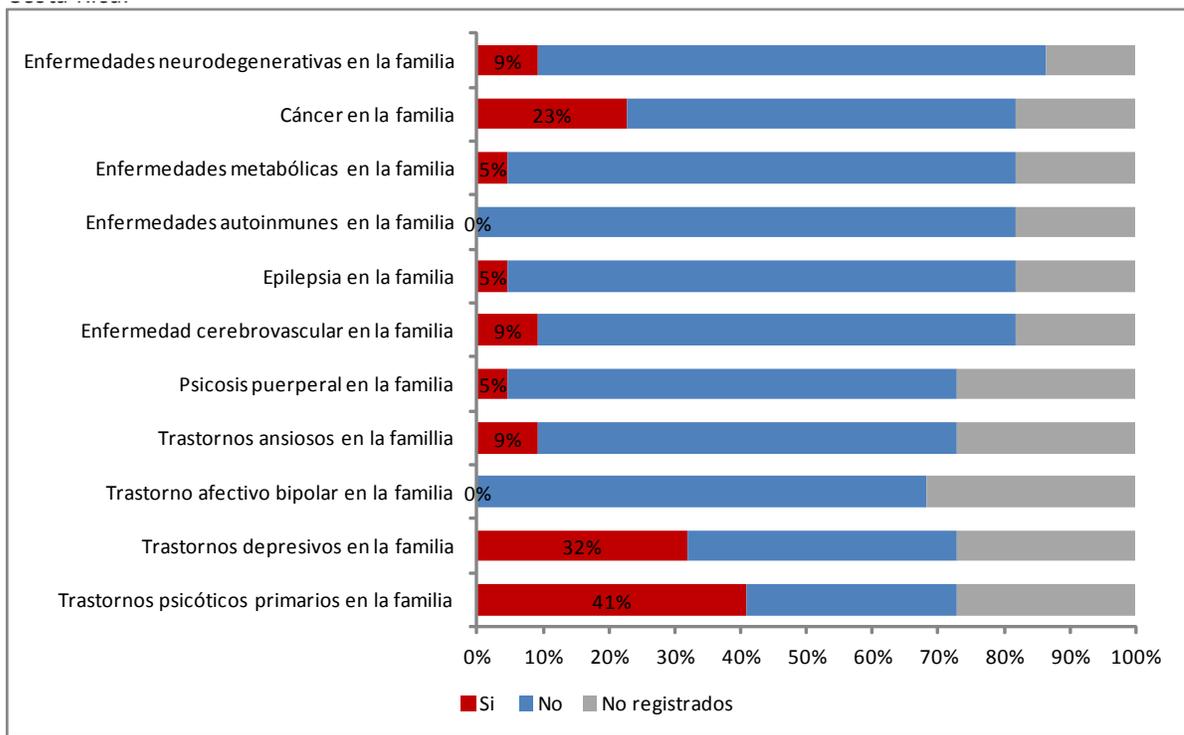
Le siguieron en el orden de presentación los episodios depresivos previos, en el 36% de los casos, y los episodios maniacales previos, en el 18%. Estos resultados apuntan hacia una mayor importancia de antecedentes personales psiquiátricos en la psicosis puerperal, en comparación con los antecedentes personales de patología física, los cuales fueron escasos. El mayor porcentaje con historia de alguno de ellos fue el de trauma creaneal, que alcanzó un 18%. (Vélgase la aclaración de que ninguno de los padecimientos físicos tuvo evidencia de estar activo o de haber dejado secuelas que explicasen el cuadro durante el internamiento que se revisó).

La literatura internacional revisada destaca como uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de psicosis puerperal, el antecedente de psicosis puerperal previa. En los estudios nacionales, Maradiegue (2009) señaló que el principal antecedente personal de las pacientes egresadas con depresión y psicosis posparto fue la depresión, en un 40,0%. Sólo el 18,3% tuvo antecedente personal de trastornos afectivos posparto y ninguna tenía antecedente de psicosis.

Esto contrasta con los resultados obtenidos en el presente estudio, en el que sólo uno de los casos contaba con un historial positivo de psicosis puerperal y el antecedente personal psiquiátrico predominante no fue la depresión. La explicación se relaciona quizás con el hecho de que el estudio anterior incluyó los diagnósticos de depresión y de psicosis posparto en el análisis (51,6% y 38,7% de los diagnósticos de egreso, respectivamente). Por esto se halló con mayor frecuencia el antecedente de depresión, el cual se relaciona con la mayoría de los diagnósticos de egreso reportados.

Se podría suponer que son distintas las predisposiciones para uno y para otro (depresión posparto y psicosis puerperal). Esto ejemplifica por qué con la psicosis puerperal no ocurre una sucesión escalonada de riesgo con cada nuevo episodio, como sí ocurre con el trastorno depresivo recurrente. Ello sugiere un distanciamiento en la fisiopatología.

Gráfico 4. Antecedentes heredofamiliares patológicos de las pacientes con diagnóstico de psicosis puerperal, según variable de estudio, Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica.

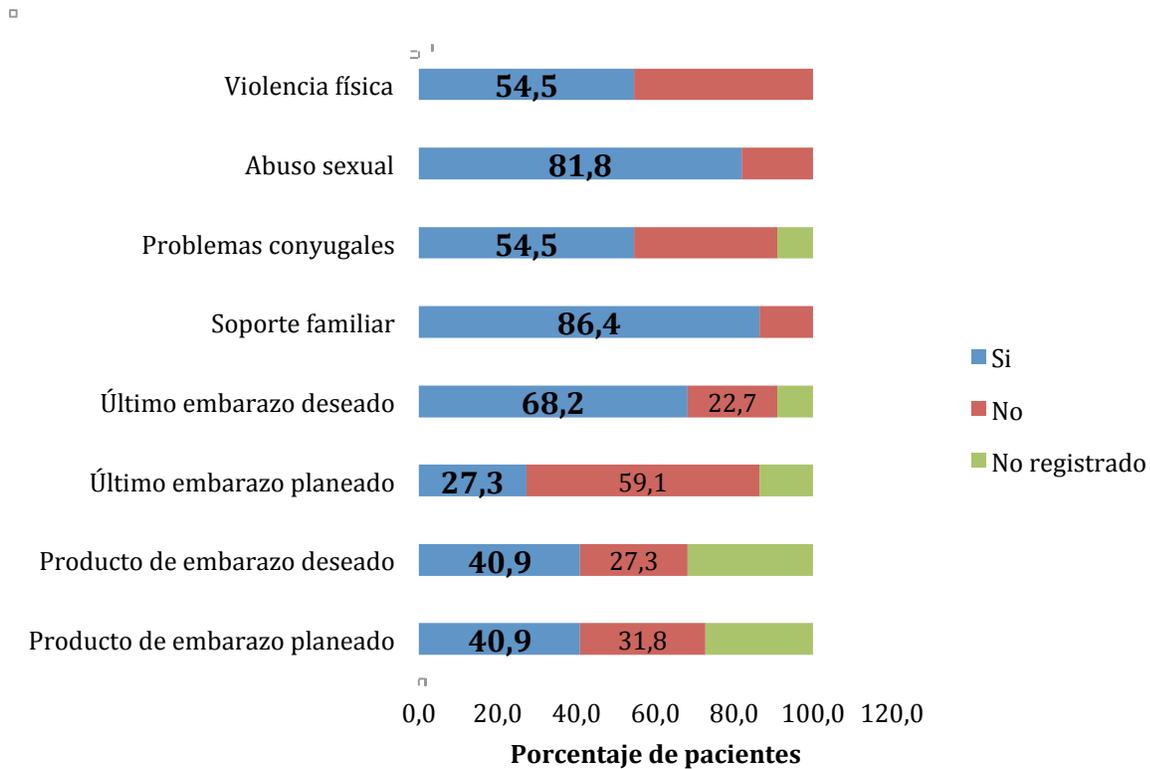


Fuente: Registros Médicos y Estadística del HNP.

Predominan aquí también los antecedentes de padecimientos psiquiátricos frente a los físicos. El que se presentó con una mayor representación porcentual fue el antecedente de trastornos psicóticos primarios en la familia (primer grado de consanguinidad), que alcanzó un 41%. Le siguió el antecedente de trastornos depresivos en la familia, con un 32%.

Curiosamente, a pesar de que se evidenció un importante subregistro, el antecedente de trastorno afectivo bipolar en la familia estuvo ausente en la población estudiada y sólo en un 5% existió anotaciones con respecto a psicosis puerperales en la familia, los cuales se han asumido históricamente como parte de los factores que se asocian con mayor riesgo.

Gráfico 5. Perfil de antecedentes psicosociales de las pacientes con diagnóstico de psicosis puerperal según variable de estudio, Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica.



Fuente: Registros Médicos y Estadística, HNP.

Los resultados de este gráfico indican que en la mayoría de los casos hubo antecedentes de violencia física (54,5%), de abuso sexual (81,8%) y de problemas conyugales (54,5%). Esto sugiere que los estresores psicosociales son de considerable importancia en la psicosis puerperal, a pesar de que exista algún grado de soporte familiar, el cual se evidenció en el 86,4%.

Otro elemento circunstancial de peso resultó ser el antecedente de no haber planeado el último embarazo, el cual se presentó en el 59,1%. Como ya se discutió en el marco teórico, las implicaciones de la maternidad conllevan grandes cambios tanto a nivel

físico, como a nivel psíquico y ambiental, por lo que el proceso de adaptación a dichos cambios sin alguna preparación puede resultar en un estresor por sí solo. Sumado a esto, en el 22,7% hubo rechazo frente al embarazo, lo cual incrementa la lucha intrapsíquica que se debe librar.

Por último, las condiciones de la propia concepción de las usuarias en estudio, en términos de si fueron producto de un embarazo planeado y/o deseado, delinea una minoría de casos (40,9% para cada grupo) en que se tuvo certeza de que el enunciado resultó positivo.

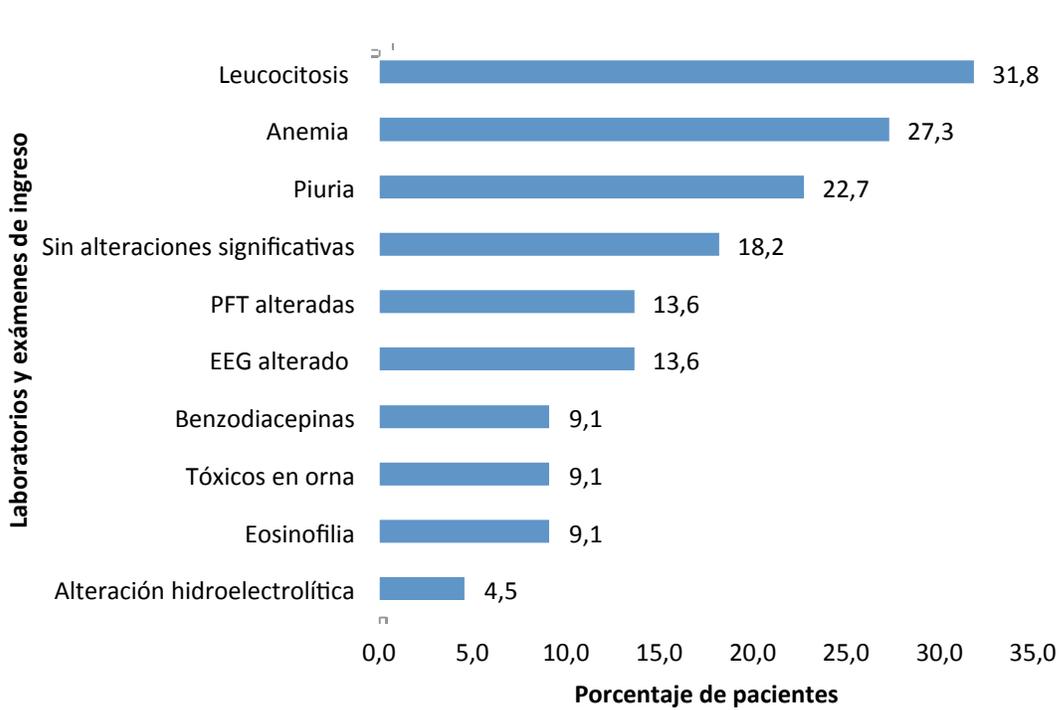
Los resultados que siguen corresponden con las variables semiológicas. Debido a lo extensivo del total de variables, me limitaré a esbozar el perfil de la mayoría porcentual en que se presentaron las variables de interés.

- Fluctuación marcada de los síntomas 50%
- Apariencia general desaliñada 63,6%
- Actitud de suspicacia 40,9%
- Comportamiento desorganizado 86,4%
- Taquilalia/verborrea 27,3%
- Mutismo 22,7%
- Hiperbulia 45,5%
- Hipertimia 86,4%
 - Displacentera (afecto ansioso/depresivo) 45,5%
 - Placentera (júbilo, euforia, exaltación) o labilidad afectiva 31,7%

- Afecto incongruente/inapropiado 22,7%
- Pensamiento irreal 86,4%
- Curso incoherente 36,4%
- Contenido delirante místico 31,8%
- Alucinaciones auditivas 54,5%
- Desorientación en alguna esfera 27%
- Hipovigil 36,4%
- Hipotenaz 68,2%
- Memoria de corto plazo conservada 45,5% (31,8% alterada)
- Memoria de largo plazo conservada 68,2% (9,1% alterada)
- Cálculo conservado 36,4% (18,2% alterado)
- Abstracción conservada 40,5% (18,2% alterada)
- Juicio crítico alterado 90,9%
- Introspección ausente 81,8%

El análisis de las variables semiológicas limitadas al perfil general es dificultoso, debido a que contiene elementos muy polimorfos. Es por esto que se subclasificaron en 3 grupos, los cuales se discutirán más adelante.

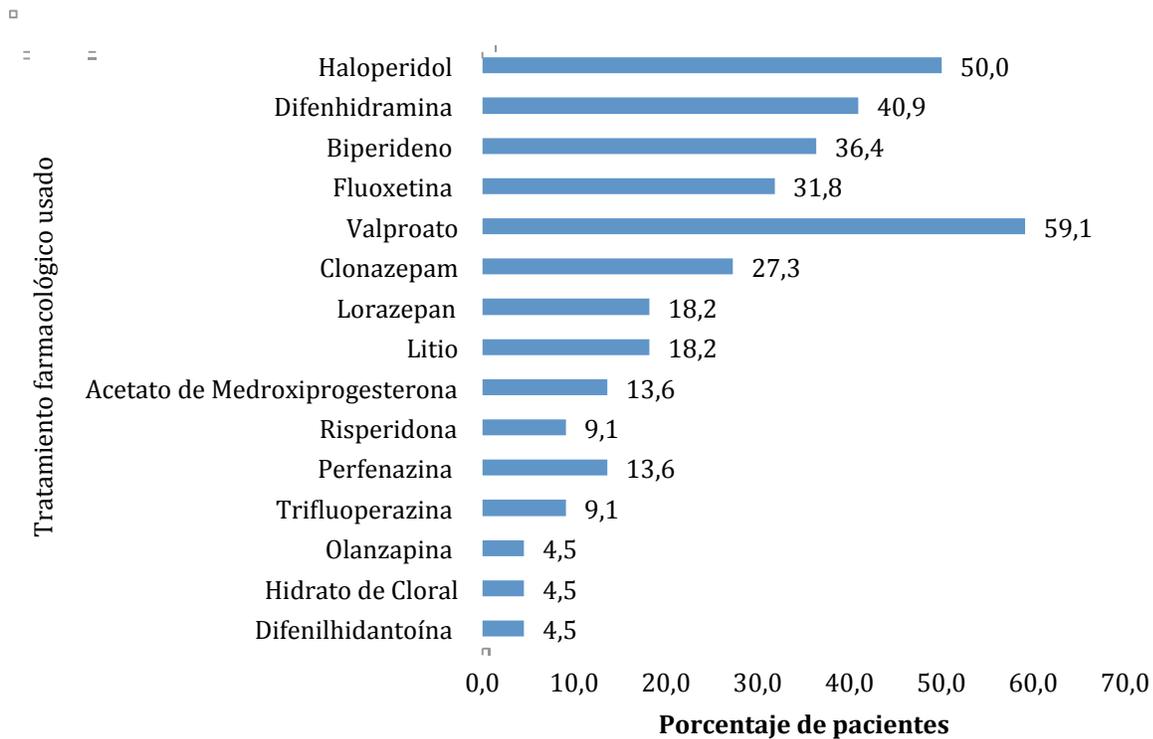
Gráfico 6. Porcentaje de alteraciones en exámenes de laboratorio al ingreso de las pacientes con diagnóstico de psicosis puerperal, Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica.



Fuente: Registros Médicos y Estadística, HNP.

En un porcentaje importante de usuarias se encontró la presencia de leucocitosis, anemia y piuria; sin embargo, los hallazgos fueron inespecíficos y carecieron de una magnitud suficiente para influir en el cuadro clínico global. A pesar de ello, se mantiene la tendencia con respecto a que existe una frecuente asociación de la psicosis puerperal con algunas alteraciones en los estudios de laboratorio.

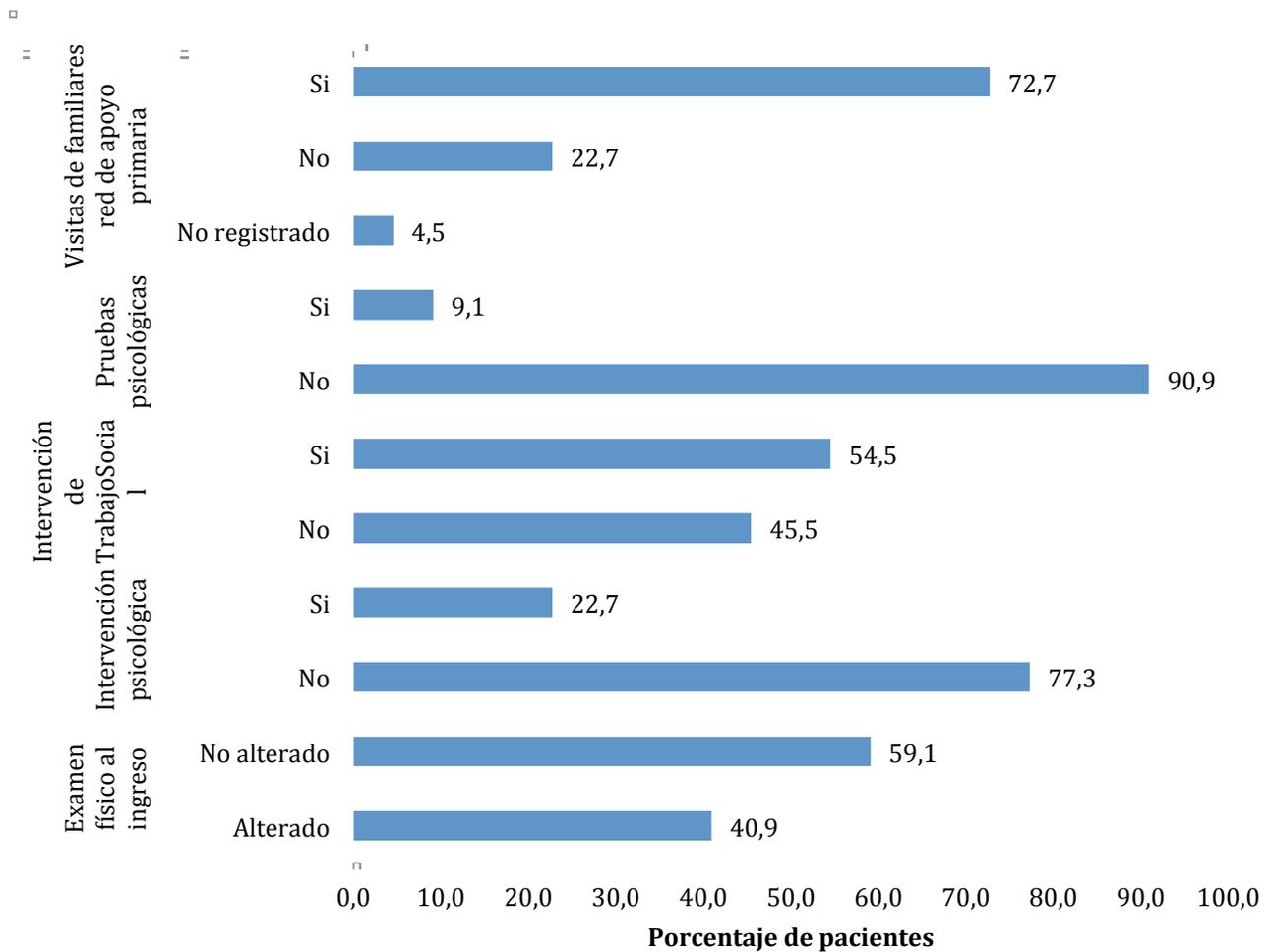
Gráfico 7. Tratamiento farmacológico usado en las usuarias con diagnóstico de psicosis puerperal, porcentaje según fármaco, Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica.



Fuente: Registros Médicos y Estadística, HNP.

El valproato fue el fármaco más usado (59,1%), seguido por haloperidol (40,9%), biperideno (36,4%), fluoxetina (31,8%) y clonazepam (27,3%). En conjunto, del total de 22 usuarias del estudio, se empleó un regulador del estado de ánimo en 17 de ellas y un antipsicótico en 19. En comparación con los datos de los estudios anteriores, se ha evidenciado una tendencia a usar más estabilizadores del humor, tal y como se había hecho constar en las recomendaciones de dichos estudios.

Gráfico 8. Otras intervenciones intrahospitalarias realizadas a las usuarias con diagnóstico de psicosis puerperal, según variable específica en estudio, Hospital Nacional Psiquiátrico, Costa Rica.



Fuente: Registros Médicos y Estadística, HNP.

A pesar de la importancia de los factores psicodinámicos en juego y de los beneficios pronósticos que ofrece la red primaria de apoyo, las intervenciones psicológicas y sociales resultaron escasas. Cerca de la mitad de los casos no fue abordada por Trabajo Social y menos de un cuarto recibió intervención psicológica.

Las alteraciones encontradas en el examen físico del 40,9% de los casos fueron menores y no podrían explicar el cuadro global.

Como ya he comentado en varias ocasiones, desprendí de la literatura tres subgrupos de presentación clínica en la psicosis puerperal que parecen diferenciarse: uno que es

comparable con una psicosis primaria (con o sin síntomas afectivos), otro que se compagina con un trastorno afectivo primario con psicosis y el último, que supone similitudes con el síndrome confusional agudo. A pesar de la escasa cantidad de casos, algunas variables mostraron diferencias significativas entre subgrupos.

Se obtuvo un total de 7 casos de los 22 totales de psicosis puerperal que se correspondieron con la clasificación en un síndrome afectivo con psicosis.

Debido a que la muestra es muy pequeña, se considerará la mención de sólo aquellas ocurrencias de variables predominantes en al menos 4 del total de 7, lo cual corresponde con la mayoría.

- No hubo fluctuación de los síntomas (5)
- Actitud confianzuda, desinhibida, agitada, inapropiada (5)
- Comportamiento desorganizado (5)
- Taquilalia/verborrea (4)
- Hiperbulia (5)
- Hipertimia (7)
- Ideas delirantes – no se alcanzó mayoría absoluta, pero considero importante la distribución en ideas delirantes místicas (3), de grandeza (1), paranoides (1) y de muerte (1).
- Taquipsiquia (4)
- Pensamiento irreal (5)
- Afecto eufórico, jubiloso, exaltado o lábil (5)
- Hipotenaz (5)

- Hipervigil (4)
- Orientada en 3 esferas (5)
- Hiperalerta (4)
- Alucinaciones auditivas (4)
- Introspección ausente (5)
- Juicio crítico alterado (6)
- Abstracción conservada (4)
- Cálculo conservado (4)
- Memoria de largo plazo conservada (7)
- Memoria de corto plazo conservada (6)

Psicosis primaria con o sin síntomas afectivos – total 8 casos

- Ausencia de fluctuación de los síntomas (5)
- Apariencia general desaliñada (6)
- Actitud suspicaz (4)
- Comportamiento desorganizado (7)
- Lenguaje sin alteraciones (5)
- Hipobulia (5)
- Hipertimia (5)
- Afecto displacentero (4)
- Afecto aplanado, incongruente, inapropiado (4)
- Pensamiento irreal (7)
- Bradipsiquia (4)

- Incoherente (4)
- Trastorno formal del pensamiento (3)
- Contenido de las ideas delirantes – asociadas con el bebé (1), celotípicas (1), místicas/paranoides (1)
- Alucinaciones auditivas (4)
- Alerta (6)
- Orientada en 3 esferas (4)
- Hipotenaz (4)
- Memoria de corto plazo no valorable (4)
- Memoria de largo plazo no valorable (4)
- Cálculo no valorable (4)
- Abstracción no valorable (4)
- Juicio crítico alterado (7)
- Introspección ausente (7)

Casos compatibles con un síndrome confusional según la aplicación de los criterios de CAM – total 7 casos

- Fluctuación marcada de los síntomas (6)
- Desaliñada (5)
- Actitud suspicaz (5)
- Comportamiento desorganizado (7)
- Hiperbulia (4)
- Hipertimia (7)

- Hipotenaz (6)
- Hipovigil (5)
- Mínoría orientada en 3 esferas (3)
- Hiperalerta (4)
- Alucinaciones auditivas (4)
- Memoria de corto plazo alterada (5)
- Memoria de largo plazo conservada (5)
- Juicio crítico alterado (7)
- Introspección ausente (6)

Del total de variables, aquellas que tuvieron mayor significancia estadística para la diferenciación en estos tres subgrupos clínicos fueron:

Edad

Mayoría de casos <20 años se presentó en el síndrome afectivo, le sigue la psicosis primaria y el grupo con edades mayores fue el de síndrome confusional.

Promedio de 21,4 años para el afectivo, 24,4 años para la psicosis primaria y 30,7 para el síndrome confusional.

Primiparidad

El total de los casos del síndrome afectivo, 6/7 casos en el síndrome confusional y 5/3 casos en el síndrome psicótico primario.

En el síndrome afectivo, la totalidad era primípara, la mayoría en el síndrome confusional (5/7) se ubicó en la tercera gesta y la psicosis primaria tuvo una distribución similar en el número de gestas desde la primera hasta la cuarta.

Historia personal de episodios maniacales previos

Ningún caso en los síndromes confusional y psicótico primario, 4 casos en el síndrome afectivo.

Síntomas psicóticos no perimenstruales

Casi la totalidad de los casos de psicosis primaria y casi la totalidad de los del síndrome afectivo, en contraste con casi ninguno del síndrome confusional.

Conación

Hiperbulia en el síndrome afectivo, hipobulia en el síndrome psicótico e hiperbulia en el síndrome confusional.

Afecto

Hipotimia en 3 casos de psicosis primaria

Atención

Hipovigil en 5 casos del síndrome confusional y mayoría del síndrome afectivo hipervigil.

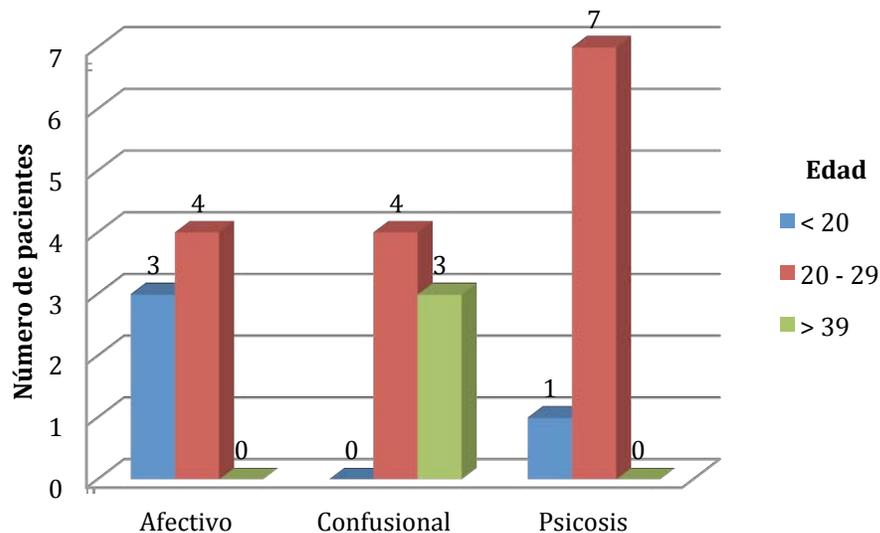
Diagnósticos posteriores

Psicosis – (4) Esquizofrenia Indiferenciada, (1) Esquizofrenia Paranoide, (3) TEA.

Confusional – (5) Ninguno registrado y (1) Trastorno psicótico orgánico.

Afectivo – (3) Ninguno registrado, (3) TAB y (1) TEA.

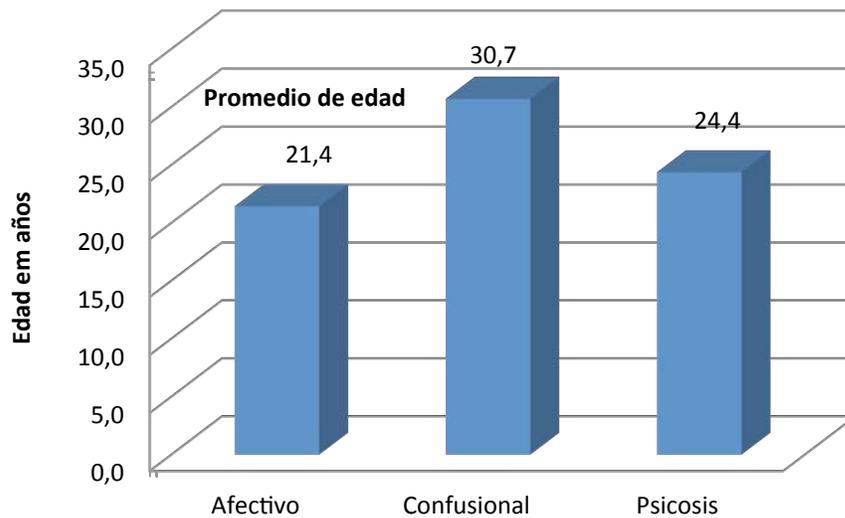
Gráfico 9. Distribución de la variable edad en las subcategorías clínicas de psicosis puerperal.



Fuente: Registros Médicos y Estadística, HNP.

Se observa aquí la distribución según grupo de edad para cada asignación sindrómica. Hay un claro predominio general de edades jóvenes en los cuadros afectivos (grupo de <20 años y de 20-29 años). Para el caso de las psicosis primarias se demarcó con preponderancia el grupo de 20-29 años. Por último, el grupo de asignación sindrómica de cuadro confusional contuvo los únicos casos que sobrepasaron los 39 años de edad. Esto concuerda con el hecho de que estos cuadros se suelen presentar en personas de mayor edad.

Gráfico 10. Distribución del promedio de edad en las subcategorías clínicas de psicosis puerperal.

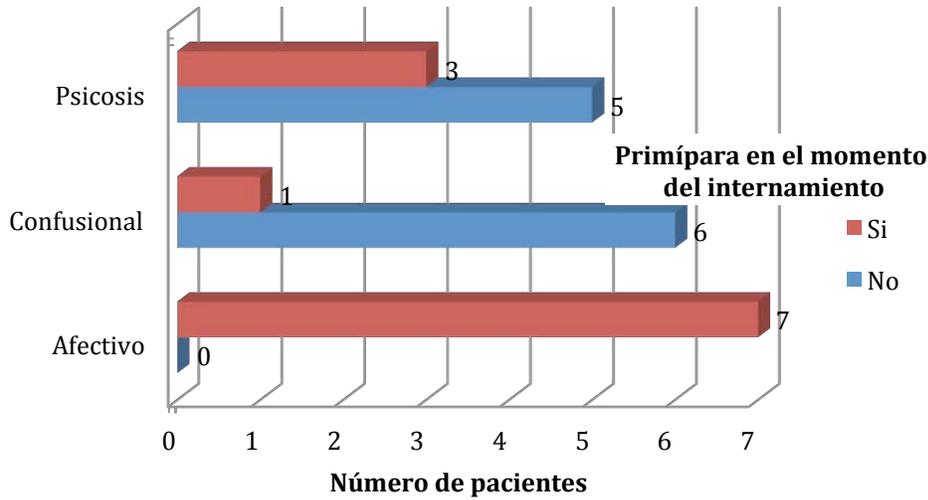


Fuente: Registros Médicos y Estadística, HNP.

Los cuadros afectivos puerperales se dieron más cercanos al inicio de la edad reproductiva. Es posible que esto obedezca a factores fisiológicos relacionados con los cambios hormonales que en general hacen que los cuadros afectivos presenten un pico de aparición en esas edades. Por otro lado, la falta de experiencia y de recursos en general para afrontar las demandas de la vida colocan a la población más joven en condiciones de mayor riesgo de desarrollar cuadros afectivos, debido a las demandas psicológicas y sociales que les confieren las circunstancias. Es más probable que sean primigestas, sin experiencia, con inseguridades y con cierta dependencia de alguna otra persona para su manutención, por lo que afrontar los retos que implica la maternidad en ese período puede resultar más amenazante y dificultoso.

En el caso de los otros dos grupos es posible que los factores de más peso sean primordialmente fisiológicos y en relación directa con las patologías subyacentes.

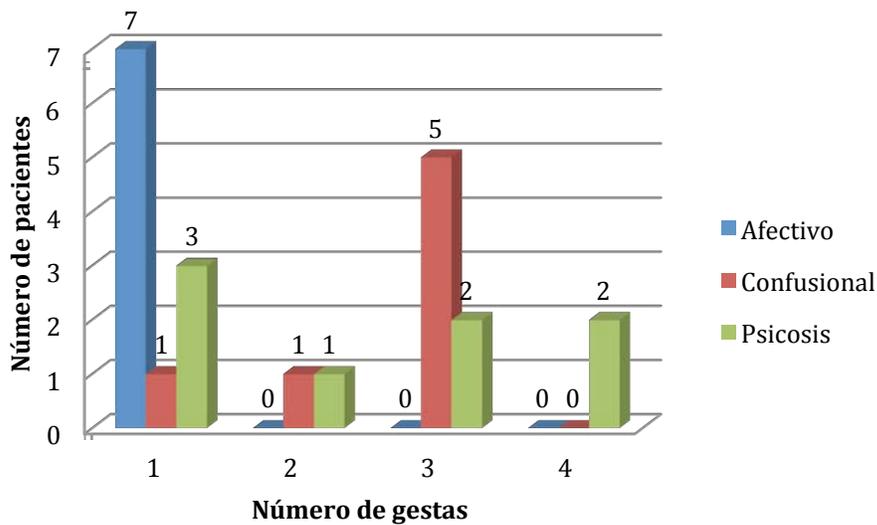
Gráfico 11. Distribución de la variable primiparidad en el momento del internamiento en las subcategorías clínicas de psicosis puerperal.



Fuente: Registros Médicos y Estadística, HNP.

Hubo un claro predominio de la primiparidad para los casos que recibieron la asignación de síndrome afectivo clásico con psicosis. Esto va de la mano con lo que se comentó acerca de una edad de presentación más temprana y cómo es probable que los factores psicosociales sean de más peso para los casos de psicosis puerperales de tipo afectivo.

Gráfico 12. Distribución de la variable número de gestas en las subcategorías clínicas de psicosis puerperal.

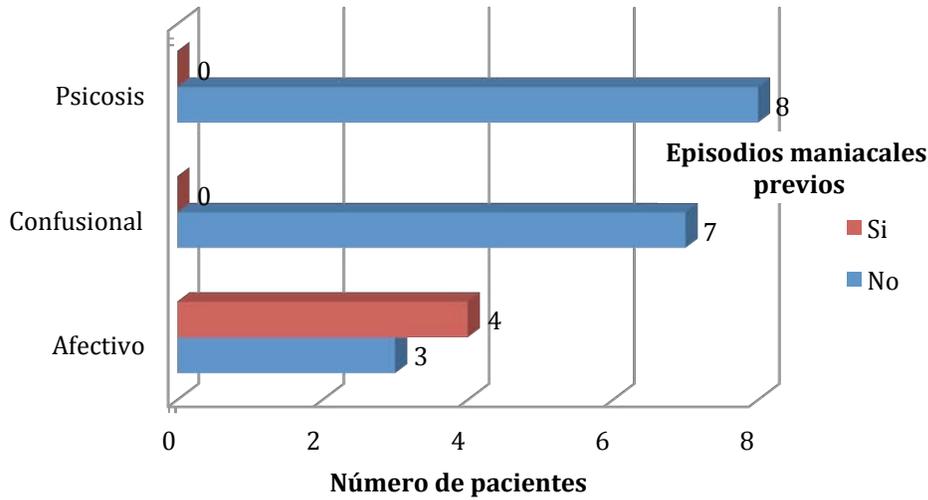


Fuente: Registros Médicos y Estadística, HNP.

En este gráfico se vislumbra la misma y marcada diferencia de primeras gestas en usuarias con psicosis puerperal de tipo afectivo. Resulta curioso que para los cuadros confusionales hubiese un pico de presentación después de la tercera gesta y parece incidental. Caso contrario, habría de conjeturar que en los casos de psicosis primarias hay mayores períodos de alteración en el juicio, lo cual puede influir en la toma de decisiones con respecto a la reproducción y por eso fue el único grupo representado en la categoría de 4 ó más gestas.

Gráfico 13. Distribución de la variable episodios maniacales previos según subcategoría clínica de la psicosis puerperal.

□

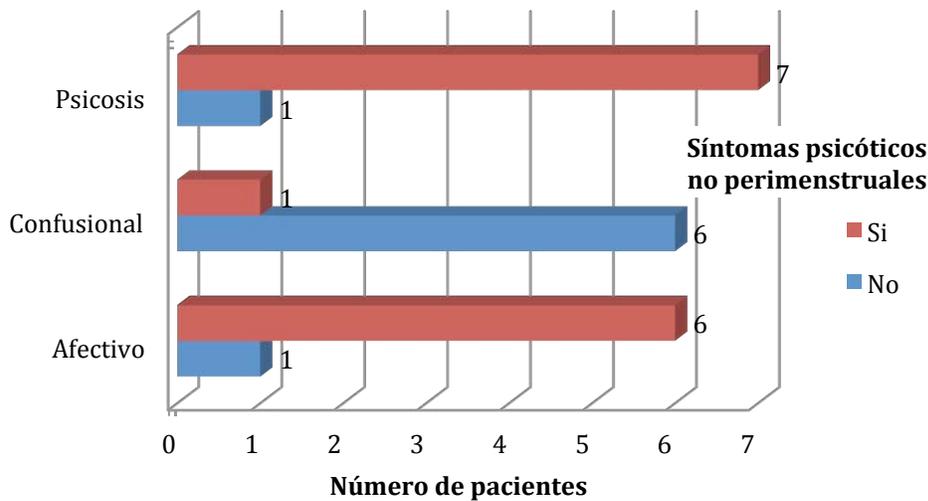


Fuente: Registros Médicos y Estadística, HNP.

Congruente con la hipótesis, los únicos casos con antecedentes de cuadros maniacales previos se asignaron al grupo de síndrome afectivo de las psicosis puerperales. Los otros dos grupos carecieron de representación en esa variable.

Gráfico 14. Distribución de la variable síntomas psicóticos no perimenstruales en las subcategorías clínicas de psicosis puerperal.

□



Fuente: Registros Médicos y Estadística, HNP.

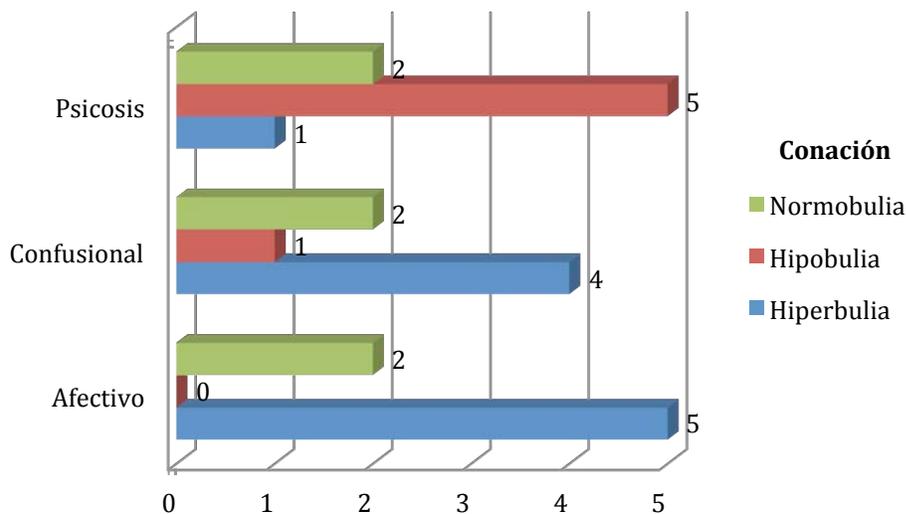
Aquí se muestra como hubo un predominio de antecedentes de psicosis no perimenstrual en los casos de psicosis puerperales del tipo correspondiente con las psicosis primarias, lo cual es esperable.

Curiosamente, hay una alta representatividad también en el grupo de síndrome afectivo, lo cual podría sugerir que existe en ellas de por sí cierta susceptibilidad para el desarrollo de síntomas psicóticos, frente a aquellos casos de cuadros afectivos que no desarrollan psicosis.

El caso del grupo de psicosis puerperales de tipo confusional contuvo sólo un caso con antecedente de síntomas psicóticos no perimenstruales. Ello podría indicar que es el grupo con menor predisposición para el desarrollo de tales síntomas (siendo que contiene a los casos con mayor edad, por cuanto han pasado más tiempo en conjunto libres de ese tipo de síntomas).

Gráfico 15. Distribución de la variable conación según las subcategorías clínicas de psicosis puerperal.

□



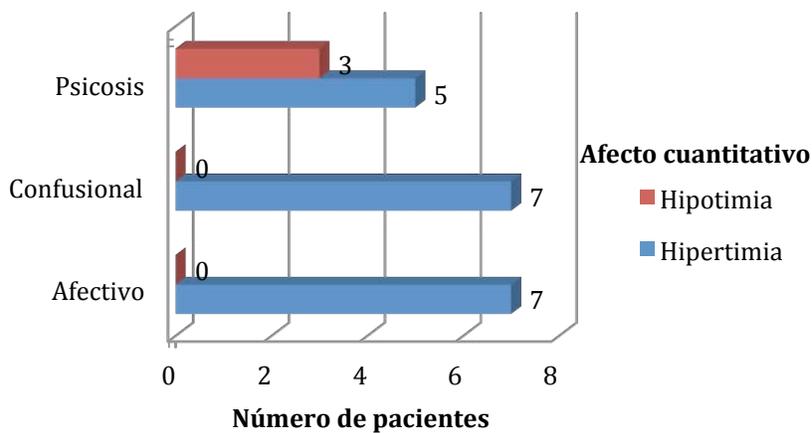
Fuente: Registros Médicos y Estadística, HNP.

También, como es de esperar debido a la existencia de síntomas negativos, el grupo en el que se presentó con mayor frecuencia la variable hipobulia fue el de las psicosis primarias.

La mayoría de cuadros afectivos presentó hiperbulia y los cuadros confusionales se distribuyeron de forma uniforme (recordemos que el nivel de actividad en los cuadros confusionales tiende a fluctuar, lo cual puede generar un sesgo o bien ser un indicador de esa fluctuación).

Gráfico 16. Distribución de la variable afecto cuantitativo en las subcategorías clínicas de psicosis puerperal.

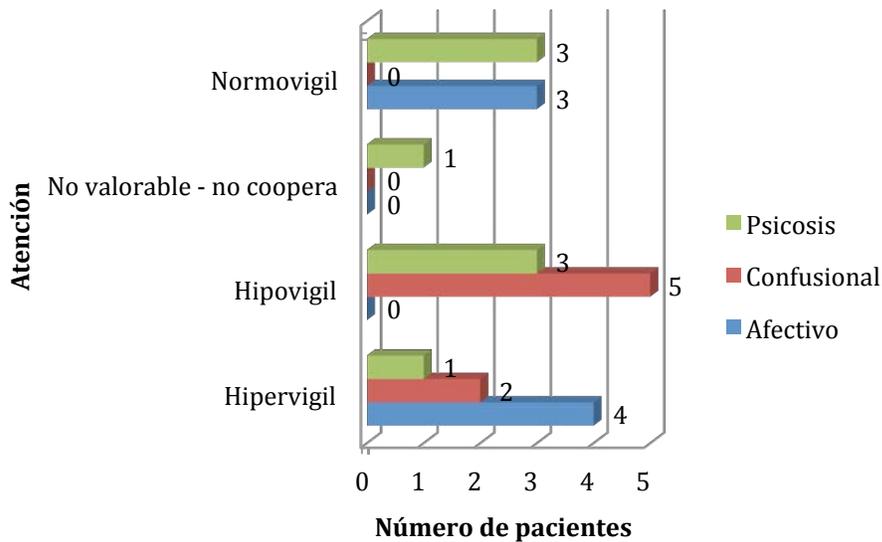
□



Fuente: Registros Médicos y Estadística, HNP.

De manera similar, la mayor representación de casos con hipotimia se mantuvo en el grupo de tipo psicosis primarias, con una mayoría absoluta de la hipertimia en los otros dos grupos.

Gráfico 17. Distribución de la variable nivel de alerta y atención, según las subcategorías clínicas de psicosis puerperal.

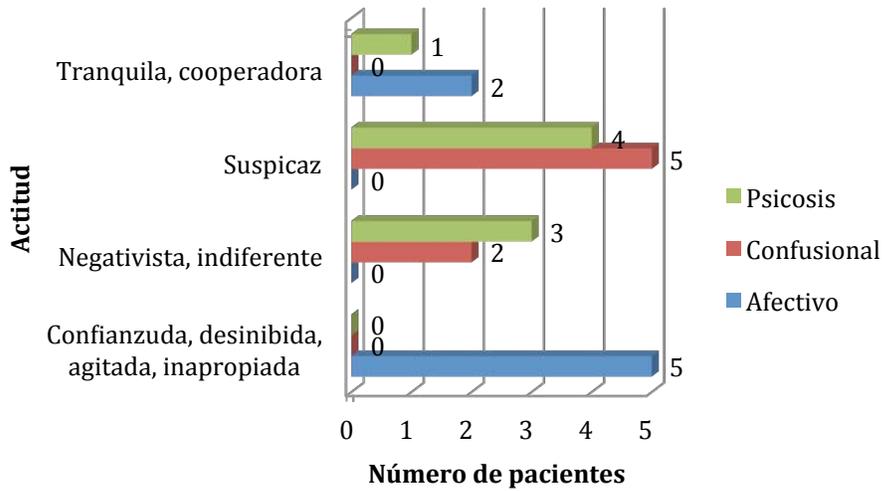


Fuente: Registros Médicos y Estadística, HNP.

La mayoría de los casos en que estuvo presente la variable de hipovigilia se dio en el grupo de tipo confusional, con el mayor número de casos por variable en comparación con las otras categorías. Esto probablemente obedece a la característica del cuadro confusional que le confiere una alteración en el sensorio - en el nivel de conciencia y el nivel de alerta. No obstante, el mismo grupo estuvo representado también en la categoría de hipervigilia, lo cual habla también de esa variabilidad y fluctuación potenciales y características del síndrome.

Por otra parte, el grupo de psicosis primarias no tuvo una distribución desigual y en el grupo afectivo primario predominó la hipervigilia y no hubo casos con hipovigilia. Lo mismo para el caso del grupo confusional, para el que no hubo casos de normovigilia, lo cual indica que es mayor la alteración del nivel de atención y alerta en los casos de la tipología confusional vs las psicosis primarias y afectivas primarias.

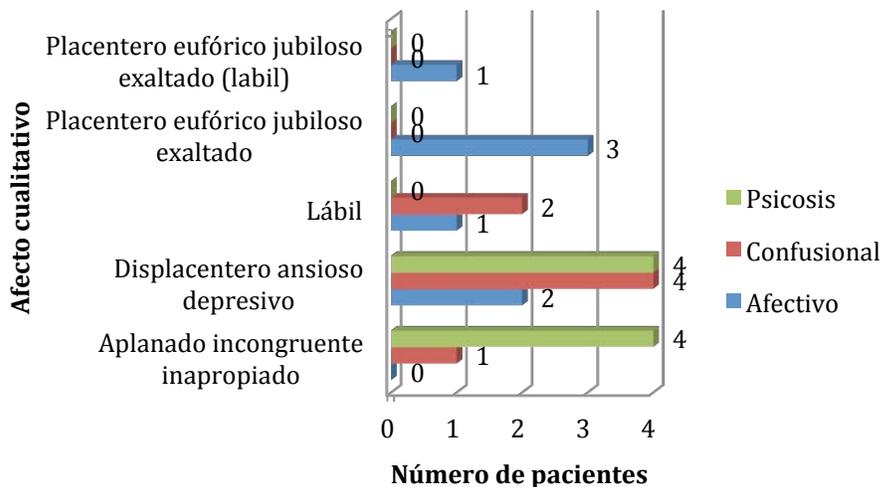
Gráfico 18. Distribución de la variable actitud según subcategorías clínicas de psicosis puerperal.



Fuente: Registros Médicos y Estadística, HNP.

El único grupo que registró una actitud confiada/desinhibida/inapropiada fue el de subtipo afectivo. La mayoría de casos confusionales y psicóticos primarios se mostró suspica o negativista/indiferente.

Gráfico 19. Distribución de la variable afecto según las subcategorías clínicas de psicosis puerperal.

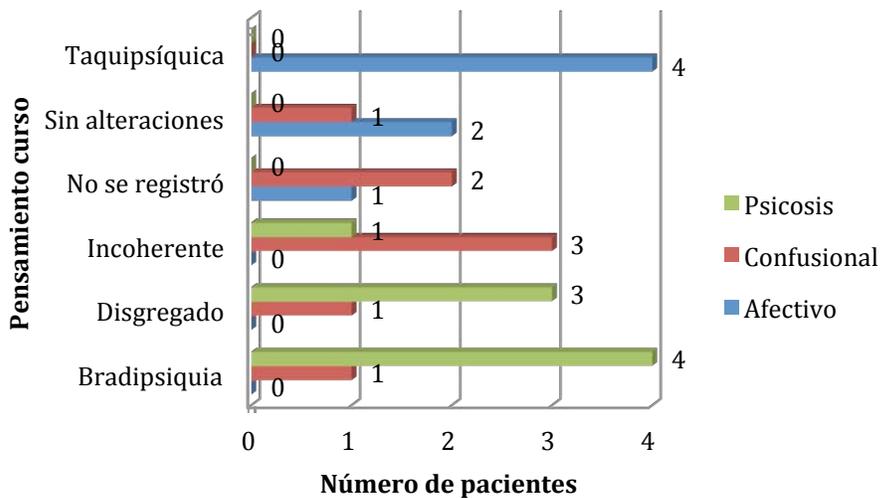


Fuente: Registros Médicos y Estadística, HNP.

El único subgrupo que registró casos de una clara hipertimia placentera fue el de tipología afectiva. En la psicosis primaria se presentaron por igual el afecto displacentero y el afecto aplanado/incongruente/inapropiado. En el caso del subtipo confusional, se presentó con mayor frecuencia el afecto displacentero, pero tuvo también representación en las categorías de aplanamiento/afecto inapropiado y labilidad afectiva (que sigue sugiriendo una clínica polimorfa y fluctuante).

Gráfico 20. Distribucion de la variable curso de pensamiento según subcategorías clínicas de psicosis puerperal.

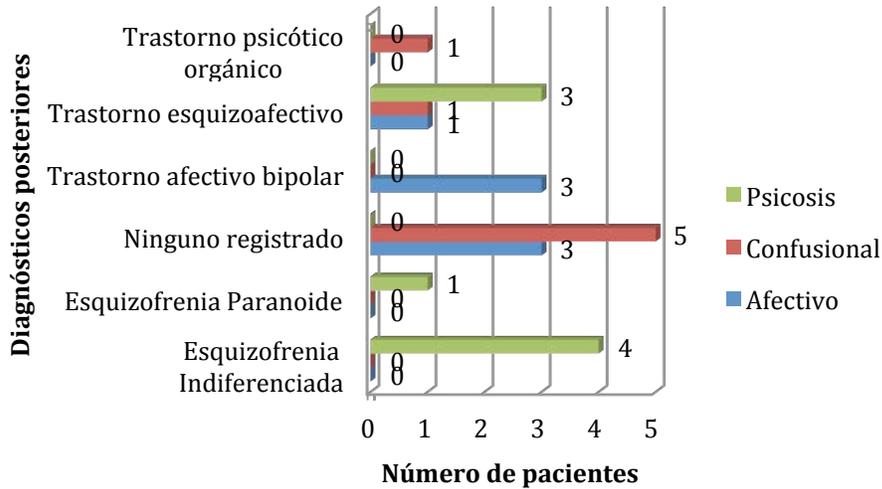
□



Fuente: Registros Médicos y Estadística, HNP.

Con respecto a la variable del curso de pensamiento, hubo una mayor representación del cuadro confusional en la categoría incoherente, así como en las categorías disgregación y bradipsiquia para el caso de las psicosis primarias, en contraste con la taquipsiquia, la cual se presentó en su mayoría en los cuadros afectivos. El único subgrupo que no registró casos en la categoría sin alteraciones fue el del tipo confusional.

Gráfico 21. Distribución de los diagnósticos posteriores según las subcategorías clínicas de psicosis puerperal.



Fuente: Registros Médicos y Estadística, HNP.

Este gráfico que indica los diagnósticos posteriores según la asignación en los subgrupos sindrómicos resulta muy congruente con lo esperable de acuerdo con cada presentación clínica.

A manera de ejemplo, la mayoría de casos del subgrupo confusional no presentó diagnósticos (internamientos) posteriores, lo cual resulta sugestivo de padecimientos autolimitados, de buen pronóstico y que no siguen un curso crónico. Acorde también con lo esperado de la presentación clínica para la afección subyacente, hubo un caso de este subgrupo con un diagnóstico posterior de trastorno psicótico orgánico. Sólo un caso se salió de lo esperable y siguió un curso hacia el diagnóstico de un trastorno esquizoafectivo.

El subgrupo de psicosis primarias se mantuvo dentro de los márgenes de diagnósticos posteriores congruentes con su asignación sindrómica. Todos los casos fueron después catalogados como esquizofrenia (paranoide e indiferenciada) o trastorno esquizoafectivo.

El caso del subgrupo afectivo primario fue el único que tuvo casos catalogados luego como trastorno afectivo bipolar. Tres de los 7 casos no recibió un diagnóstico posterior y sólo uno se clasificó luego como un trastorno esquizoafectivo, que no corresponde a su asignación sindrómica.

El diagnóstico posterior de trastorno esquizoafectivo fue el que presentó menor estabilidad en su asignación sindrómica según la presentación clínica de la psicosis puerperal en curso al momento del internamiento, lo cual es signo de que representa un mayor reto diagnóstico o bien que es víctima de un sobrediagnóstico en el que se carecen los elementos necesarios para una adecuada asignación. En todo caso, es comprensible que sea el que contenga mayor variabilidad sindrómica, ya que contiene una diversidad semiológica a la que probablemente se subyace una fisiopatología común a varias entidades.

7. CONCLUSIONES

- Las mujeres son más propensas a desarrollar cierta psicopatología en comparación con los hombres. Diferencias biológicas, psíquicas y sociales comandan esa propensión.
- La maternidad marca un hito en la vida de una mujer.
- El puerperio es tierra fértil para el desarrollo de padecimientos psiquiátricos.
- Uno de los cuadros más severos y complejos que comprende ese período es la psicosis puerperal, la cual tiene repercusiones drásticas para las madres que la padecen, para sus hijos (as) y para el resto de su familia.
- La psicosis puerperal implica una interacción de multitud de factores que se incluyen dentro de variables sociodemográficas, ginecoobstétricas, heredofamiliares, patológicas y psicológicas, las cuales podrían incidir en un mayor riesgo para su desarrollo.
- No ha habido estudios que contemplen una comparación estadística de todas las variables de cada una de esas esferas.
- No se han dilucidado etiologías y fisiopatología específicas de la psicosis puerperal.
- Hasta el momento, aquellas variables que se han relacionado con mayor frecuencia con la psicosis puerperal son la edad joven, la primiparidad y los antecedentes heredofamiliares y personales de psicopatología afectiva y/o psicótica.
- La alta asociación de psicosis puerperal con antecedentes personales y/o familiares de trastorno bipolar ha llevado a la inferencia de que es parte de ese

espectro, por lo que se pueden estar sesgando los análisis estadísticos que se deriven de estudios en los que se le incluye como parte de los trastornos afectivos.

- La literatura científica rigurosa es escasa en cuanto a estudios con buen diseño metodológico sobre el tratamiento de la psicosis puerperal.
- Debido a la heterogeneidad del cuadro clínico, la nosología actual ha sido insuficiente para su adecuada clasificación.
- Es posible delimitar al menos tres tipos bien diferenciados de presentación clínica de psicosis puerperal: una que se presenta como una psicosis primaria, otra que se presenta como una psicosis afectiva y otra que se presenta como un síndrome confusional.
- El apareamiento de variables en el presente estudio para cada uno de esos subtipos demostró un agrupamiento congruente con los factores de riesgo, evolución y pronóstico que corresponden con las entidades clínicas a las cuales se asemejan semiológicamente esos subgrupos.
- El estudio de la psicosis puerperal según subtipos clínicos podría ofrecer en el futuro una mejor elucidación de la fisiopatología en juego, así como facilitar la aplicación de terapéuticas congruentes con ello y más eficaces.
- Además de los aspectos biológicos, una visión integradora de la mujer, tomando en cuenta su conformación psíquica y el proceso que la ha llevado a ocupar su papel actual en la sociedad, nos proveerá de mejores herramientas para ayudarle a mantener su salud mental y física.

8. Recomendaciones

“El abandono de la mujer a sus sufrimientos y la falta de apoyo psicológico en esos momentos, tiene indudables repercusiones sobre la capacidad de atender y ocuparse de su bebé, de desarrollar sus funciones maternas. Esto confirma sus sentimientos de incapacidad, aumentando su insatisfacción, lo que entretiene y alarga el círculo cerrado de sufrimiento de la mujer”. (Santos, 1993).

En aras de cortar con ese círculo se proponen las siguientes estrategias:

- Abogar por una formación de grado y posgrado que sea incluyente e integradora en cuanto a las disciplinas de las que se nutre: ciencias médicas, antropología, psicología, psicoanálisis, sociología, filosofía; así como por una mayor criticidad que promueva propias y nuevas formulaciones con respecto a la solución de los problemas que afligen a los individuos y a la sociedad en general.
- Considerar a la mujer en todas sus dimensiones y darle el lugar de sujeto que merece en la práctica clínica psiquiátrica, para procurar así un abordaje que vaya más allá de un episodio de psicopatología.
- Hacer notar el impacto de los padecimientos mentales a nivel nacional mediante reportes periódicos que se eleven a las instancias superiores de la Caja Costarricense de Seguro Social y que se divulguen a toda la población, para de esa forma promover un mayor accionar estatal en la materia.
- La clave del cambio progresivo está en la educación. Campañas educativas en los diferentes centros de salud y a través de medios de comunicación masiva podrían conscientizar a la población general acerca del problema, y propiciar así una más

fácil detección de los casos, ya que las mismas personas que lo padezcan y sus allegados podrían identificarlo y acudir por ayuda a un centro de salud.

- Protocolizar una intervención médica y psicosocial en todos los centros de salud que cuenten con el recurso profesional necesario, como parte del proceso de acompañamiento en la vía hacia la maternidad de la mujer costarricense.
- Más allá de una detección y un tratamiento tempranos, la consigna es identificar factores de riesgo y modificarlos si es posible; identificar factores protectores y potenciarlos; y partir del hecho de que algunas acciones podrían tener un efecto universal en la población de madres, como lo serían programas de preparación para las demandas de la maternidad y psicoterapias grupales para aquellas mujeres con factores de riesgo.
- Considerar la aplicación de internamientos conjuntos madre e hijo(a).
- Protocolizar una intervención psicológica para todos los casos de psicosis puerperal durante el internamiento psiquiátrico, ya que este estudio demostró una notable carencia en ese sentido.
- Incluir el especificador posparto o puerperal en los diagnósticos consignados en el expediente de salud, para facilitar la futura investigación en la materia.

9. BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th edn, text revision. Washington, DC: *American Psychiatric Association Press*.
- Bergink et al. (2011). Prevalence of autoimmune thyroid dysfunction in postpartum psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 198:264-268.
- Bergink, V. (2012). *First-onset Postpartum Psychosis*. Tesis para optar por el grado de doctor de la Universidad de Rotterdam, Holanda.
- Bernard L. et al. (2007). Incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior prepregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations. *Archives of General Psychiatry*; 64:42-48.
- Brew, M. F. y Seidenberg, R. (1950). Psychotic reactions associated with pregnancy and childbirth. *Journal of Nervous Mental Disorders*. Cruickshank. *Canadian Medical Association Journal*, 1950.
- Brand, S. y Brennan, P. (2009). Impact of Antenatal and Postpartum Maternal Mental Illness: How are the Children? *Clinical Obstetrics and Gynecology*. Lippincott Williams and Wilkins., Volume 52(3):441-455.
- Brewer, Colin. (1977). Incidence of post-abortion psychosis: A prospective study. *British Medical Journal*, 1, 476-7.
- Brockington I. (2005). Menstrual psychosis. *World Psychiatry* (4)1:9-17.

- Burt, Vivien R y Hendrick, Victoria C. (2007). *Manual Clínico de Salud Mental de la Mujer*. Barcelona: Ars Médica.
- Campos Villegas, Enid. (2005). *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 trastornos afectivos mayores*. (Trabajo final de graduación para optar por el grado de especialista en Psiquiatría). Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
- Chacón Echeverría, Laura. (2008). *Maternidad y psicosis*. San José: Editorial Universidad de Costa Rica. Primera Edición.
- Chen, Helen. Singapore Medicine Journal. 53 (5). 2012.
- Correa Donoso, Eduardo; Jadresic Marinovic, Enrique. *Psicopatología de la mujer*. Segunda Edición. Mediterráneo. Chile. 2005. Capítulo 7. Psicosis Menstruales. P. 123-136.
- Correa, E. y Fernández, A. (2005). Neurobiología de la diferenciación sexual del sistema nervioso central. En: Correa, E. y Jadresic, E. (Ed.), *Psicopatología de la mujer*. (123.136). Segunda Edición. Santiago: Editorial Mediterráneo Ltda.
- Crow T.J. (2000). Invited commentaries on: Obstetric complications and schizophrenia/affective psychoses. *British Journal of Psychiatry*, 176:527-529.
- Dörr, Otto. Fenomenología del ser mujer. En: Correa, E. y Jadresic, E. (Ed.) *Psicopatología de la mujer*. Segunda Edición. Santiago: Editorial Mediterráneo Ltda.
- Franco C, Goikolea JM, García-Esteve L, Imaz ML, Benabarre A, Vieta E. (2008). Tratamiento de los trastornos mentales en la mujer embarazada. *Jano Extra* N. 1.714

- Fuji, D.E. y Ahmed, I. (2002). Characteristics of psychosis due to traumatic brain injury: An analysis of case studies in the literature. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 14, 130-40.
- Fujii, D.E. y Ahmed, I. (Ed.). (2007). *The Spectrum of Psychotic Disorders: Neurobiology, Etiology, and Pathogenesis*. Cambridge University Press.
- Ganjekar S, Desai G, Chandra PS. A Comparative study of psychopathology, symptom severity, and short-term outcome of postpartum and nonpostpartum mania. *Bipolar Disorder*. 2013.
- García, María Teresa y Otín, Raúl (2007). Sobre la psicosis puerperal. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, Vol. 27(100):501-506.
- Gastó C., Vallejo J. *Manual de diagnóstico diferencial y tratamiento en psiquiatría*. Segunda edición. Masson. Barcelona, 2001.
- Gautam, Shiv; Nijhawan, Madhu y Gehlot, P.S. (1982). Postpartum Psychiatric Syndromes – an analysis of 100 consecutive cases. *Indian Journal of Psychiatry*, 24(4).
- González M. (2004). Instrument for detection of Delirium in general hospitals: adaptation of the confusion assessment method. *Psychosomatics*, 45:5.
- Gray, John. (1992). *Los Hombres son de Marte, las Mujeres son de Venus*. Nueva York: Harper Collins.
- Harlow L., Vitonis A., Sparen P., Cnattingius S., Joffe H., y Hultman C. (2007). Incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior prepregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations. *Archives of General Psychiatry*, 64:42-48.

- Hays, P. (1978). Taxonomic map of the schizophrenias, with special reference to puerperal psychosis. *Britis Medical Journal*. Volume 2(6139): 755-757.
- Hay P. (2009). Post-partum psychosis: Which women are at highest risk?. *PLOS Medicine*, Vol. 6; issue 2:130-131.
- Hemphill, R. E. (1952). Incidence and Nature of Puerperal Psychiatric Illness. *British Medical Journal*, 2(4796): 1232-1235.
- Janna L. Kim. (2007). From Sex to Sexuality: Exposing the Heterosexual Script on Primetime Network Television. *Journal of Sex Research*, Vol 44, No 2, 145-157.
- Jones et al. (2007). Bipolar affective puerperal psychosis: genome-wide significant evidence for linkage to chromosome 16. *American Journal of Psychiatry*, 164:1099-1104.
- Kandel S., Fainstein V., Maizel S. (2006) Postpartum hospitalization of psychotic parents with their infant: A case study. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. Vol 43 No. 1:21-27.
- Kessler RS, McGonagle KA, Swartz M, Blazer DF et al. (1993). Sex and depression in the National Comorbidity Study. *Journal of Affective Disorders*, 29:85-96.
- Kinsella, M; Monk, C (2009). Impact of Maternal Stress, Depression and Anxiety on Fetal Neurobehavioral Development. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. Volume 52. Number 3, 425-440. Lippincott Williams & Wilkins.
- Kisa C1, Aydemir C, Kurt A, Gülen S, Göka E. (2007). Long term follow-up of patients with postpartum psychosis. *Turk Psikiyatri Derg*. 18(3):223-30.
- Klompshouwer, Jean-Luc. *Puerperal Psychosis*. (1993). Tesis de graduación para optar por el grado de doctor de la Universidad Erasmo de Rotterdam. Holanda.
- Lasa A. (1993). Sobre los fundamentos del psiquismo. *Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. N. 15/16.

- Lázaro-Del Nogal, Ribera-Casado J.M. (2009). Síndrome confusional (delirium) en el anciano. *Psicogeriatría*. Viguera Editores, 1 (4):209-221.
- Lewin J. (2006) Acute and transient psychotic disorders and puerperal psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 189:468.
- Loudon, I. (1988). Puerperal Insanity in the 19th Century. *Journal of the Royal Society of Medicine*. Volume I. 81(2): 76–79.
- Luna, Iris. (2005). Belleza, mujer y psicopatología. En: Correa, E. y Jadresic, E. (Eds.) *Psicopatología de la mujer*. Segunda Edición. Santiago: Editorial Mediterráneo Ltda.
- Maldonado, J. (2008). Pathoetiological model of Delirium: a comprehensive understanding of the neurobiology of Delirium and an evidence-based approach to prevention and treatment. *Critical Care Clinics*. 24:789-856.
- Maradiegue, S. (Octubre 2009). *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*. (Trabajo final de graduación para optar por el grado de especialista en psiquiatría). Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Molina M., Núñez J.L. (2013). *Sexualidad femenina y psicosis: un acercamiento desde una propuesta psicoanalítica*. Trabajo de investigación para optar por el título de especialista en psiquiatría. Universidad de Costa Rica, San José, Costa Rica.
- Marland, Hilary. (2003). *Maternity and Madness: Puerperal Insanity in the Nineteenth Century*. Centre for the History of Medicine, University of Warwick. Inglaterra.

- McClellan, John. (July 2011). Clinically Relevant Phenomenology: The Nature of Psychosis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. Volume 50. Number 7.
- McNair, F. E.; Essondale, B.C. (December, 1952). Psychosis Occurring Postpartum: Analysis of 34 Cases. *Canadian Medical Association Journal*. Volume 67.
- Mistral, Gabriela. (1978). Gabriela Mistral Piensa en... *Selección de Prosas y prólogo de Roque Esteban Scarpa*. Santiago: Editorial Andrés Bello.
- Montecino S. (1996). Conceptos de mujer y género. En: Montecino S, Rebolledo L. (Eds.) *Conceptos de Género y Desarrollo*. Programa Interdisciplinario de Estudios de Género. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Santiago de Chile.
- Montecino S. (2003). *Mitos de Chile. Diccionario de Seres, Magias y Encantos*. Santiago: Editorial Sudamericana.
- Munk-Olsen T., Munk Laursen T., Mendelson T., Pedersen C., Mors O., Bo Mortensen P. (2009). Risk and predictors of readmission for a mental disorder during the postpartum period. *Archives of General Psychiatry*. Vol. 66. No. 2:189-195.
- Myland D. Neurología clínica para psiquiatras. Sexta Edición. Masson. Barcelona, 2008.
- Nugent K, Paksarian D, Mojtabai R. (2011). Non-affective acute psychoses: Uncertainties on the way to DSM-V and ICD-11. *Curr Psychiatry Rep*. 13(3):203-210.
- O'Keane, V. Recurrence of post-partum and non-post-partum psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 2005, 187:288-289.
- Organización Mundial de la Salud. (1993). *Declaration on the Elimination of Violence Against Women*. (Reporte oficial). Recuperado en: <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>

Organización Mundial de la Salud. (2000). *Indicators for monitoring the millenium development goals: Definitions, rationale, concepts, and sources*. New York: United Nations. Recuperado en:

<http://www.undp.org/content/india/en/home/library/hdr/thematic-reading-resources/poverty---mdgs/indicators-for-monitoring-the-millennium-development-goals---def.html>

Organización Mundial de la Salud. (2000). *The World's Women 2000: Trends and statistics*. (Reporte oficial No.: XVII. 14). New York: United Nations. Recuperado en: <http://unstats.un.org/unsd/demographic/products/indwm/wwpub2000.htm>

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Mental Health: New understanding*. Geneva: New Hope. Recuperado en: <http://www.who.int/whr/2001/en/>

Pandurangi, Anand K. (2010). Acute brief psychosis – an organic syndrome? En: Perminder S. Sachdev y Matcheri S. Keshavan (Eds.) *Secondary Schizophrenia*. Cambridge University Press, 380-389.

Pantoja Murillo, I. (Enero 1995). *Factores de riesgo en la psicosis post-parto*. (Trabajo de final de graduación para optar por el grado de especialista en psiquiatría). Universidad de Costa Rica. San José.

Pedros A, Martí J, Gutiérrez G, Tenías JM, Ruescas S. (2009). Estabilidad diagnóstica y pronóstico a dos años de episodios psicóticos agudos. *Actas españolas de psiquiatría*. Vol 37(5):245-251.

Post, R.M. y Kopanda, R.T. (1976). Cocaine, killing, and psychosis. *American Journal of Psychiatry*, 133, 627-34.

- Post-partum psychosis. Sin autores listados. (Julio, 1956). *British Medical Journal*. 14;2(4984):89-90.
- Puerperal Psychosis (sin autores listados). (1966, December 3). *British Medical Journal*; 2(5526): 1342-1343.
- Rasetti R, Weinberger D. (2011). Intermediate phenotypes in psychiatric disorders. *Curr Opin Genet Dev*. 21(3):340-348.
- Robertson E., Jones I., Sayeed H., 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.
- Robertson E., Jones I., Doshi M., Haque S., Holder R., Brockington I. y Craddock N. (2006). Obstetric variables associated with bipolar affective puerperal psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 188, 32-36.
- Robinson, E. y Stewart, D. (1986). Postpartum psychiatric disorders. *Current Review. Canadian Medical Association Journal*. Vol. 134, 1: 31-37.
- Rodríguez Ruiz, Nuria. (2011). Planta de puérperas: ¿Se acaba la patología y los problemas después del parto? Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.
- Rosenwald, G. y Stonehill, M. (Marzo-abril, 1972). Early and Late Postpartum Illnesses. *Psychosomatic Medicine*. Volume 34.
- Sachdev, P. (1998). Schizophrenia-like psychosis and epilepsy: The status of the association. *American Journal of Psychiatry*, 155, 325-36.

- Sadock, Benjamin James; Sadock, Virginia Alcott y Ruiz, Pedro. (2009). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Ninth Edition. Volumen II. Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Williams. Philadelphia. Pp: 1801 y 2553.
- Santos, C. (1993). Prevención de los trastornos psíquicos del puerperio y de su repercusión sobre las funciones maternas. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia infantil*. VII Congreso Nacional, Salamanca, 1993. Prevención e intervención precoz en psicopatología infantil. *Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. No. 15 y 16, 21-46,
- Sato, M., Numachi, Y., y Hamamura, T. (1992). Relapse of paranoid psychotic state in methamphetamine model of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 18:115-22.
- Sen AK. (2003). Missing women: Revisited. *British Medical Journal*, 327:1297-98.
- Shaner, A. et al. (1998). Sources of diagnostic uncertainty for chronically psychotic cocaine abusers. *Psychiatric Services*, 49, 684-90.
- Sin autores listados. Sesiones Clínicas de Ginecología, 2007. MIR.
- Sit et al. (2006). A Review of Postpartum Psychosis. *Journal of Women's Health*. Volume 15, November 4, Mary Ann Liebert, Inc.
- Smith et al. (2007). Psychosis in major depression. En: Fujii, D. y Ahmed, I. (Eds.) *The Spectrum of Psychotic Disorders: Neurobiology, Etiology, and Pathogenesis*. Cambridge University Press. 156-194.
- Spinelli M. (2009). Postpartum psychosis: Detection of risk and management. *American Journal of Psychiatry*, 166,4:405-408.

- Stewart, Donna. (2005). La salud mental de la mujer en el mundo. En: Correa, E. y Jadresic, E. (Eds.) *Psicopatología de la Mujer*. Segunda Edición. Santiago: Editorial Mediterráneo Ltda.
- Stowe, Zachary. (2009). Psychiatric Disorders in Pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. Volume 52. Number 3, 423-424.
- Tolman DL, Kim JL, Shcooler D y Sorsoli CL. (2007). Rethinking the associations between television viewing and adolescent sexuality development: bringing gender into focus. *Journal of adolescent health*. Volume 40 (1): 84. 9-16.
- UNICEF. (2000). *Domestic Violence against Women and Girls. Innocent Digest 6*. Recuperado en: <http://www.unicef-irc.org/publications/213>
- UNICEF. (2003). *The State of the World's Children 2004- Girls, Education and Development*. Recuperado en: http://www.unicef.org/sowc04/files/SOWC_04_eng.pdf
- Valdimarsdóttir U., Hultman C., Harlow B., Cnattingius S. y Sparén P. (2009) Psychotic illness in first-time mothers with no previous psychiatric hospitalizations: a population-based study. *PLOS Medicine*. Volume 6, Issue 2.
- Wieck, A. et al. (September, 1991). Increased sensitivity of dopamine receptors and recurrence of affective psychosis after childbirth. *British Medical Journal*. Volume 303.
- WFMH. (1996). *World Mental Health Day Planning Kit*. En: Health WfM. *Women and Mental Health*. Virginia: World Federation for Mental Health Secretariat. Recuperado en: [http://books.google.co.cr/books?id=li4CFoHg4LkC&pg=PT450&lpg=PT450&dq=\(1996\).+World+Mental+Health+Day+Planning+Kit.&source=bl&ots=p78mOdi-hL&sig=aIKTdfvy7BVYdLn8Vz_xsKU5gt0&hl=en&sa=X&ei=3WlyUs_mIZSosQSXioGY](http://books.google.co.cr/books?id=li4CFoHg4LkC&pg=PT450&lpg=PT450&dq=(1996).+World+Mental+Health+Day+Planning+Kit.&source=bl&ots=p78mOdi-hL&sig=aIKTdfvy7BVYdLn8Vz_xsKU5gt0&hl=en&sa=X&ei=3WlyUs_mIZSosQSXioGY)

DQ&redir_esc=y#v=onepage&q=(1996).%20World%20Mental%20Health%20Day%
20Planning%20Kit.&f=false

Yonkers K et al. (2004). Management of bipolar disorder during pregnancy and the postpartum period. *American Journal of Psychiatry*; 161:608-620.

Yurgelun-Todd Deborah. (2007). Psychosis in bipolar disorder. En: Fujii, D. y Ahmed, I. (Eds.) *The Spectrum of Psychotic Disorders: Neurobiology, Etiology, and Pathogenesis*. Cambridge University Press. 137-155.