



PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN HUMANA

www.elsevier.es/rprh



REVISIÓN

Psicosis puerperal. Panorama general sobre su diagnóstico, etiología e interpretación



P.J. González-Castro^{a,*}, F. Hulak^b, S.R. Sigales-Ruiz^c y M. Orozco-Guzmán^d

^a Departamento de Psicología, Universidad de Monterrey, Monterrey, México

^b Departamento de Psicoanálisis, Universidad Paris VIII, St. Denis, París, Francia

^c Departamento de Psicología, Universidad de Colima, Colima, México

^d Departamento de Psicología, Universidad Michoacana de San Nicolás Hidalgo, Morelia, México

Recibido el 19 de agosto de 2015; aceptado el 8 de marzo de 2016

Disponible en Internet el 14 de abril de 2016

PALABRAS CLAVE

Psicosis puerperal;
Trastornos del
posparto;
Diagnóstico puerperal

KEYWORDS

Puerperal psychosis;
Postpartum disorders;
Postpartum diagnosis

Resumen Ya en 1858, Louis-Victor Marcé estimó que de una a dos mujeres por cada 1,000 sufrirán un quiebre psicótico en el periodo puerperal; actualmente este porcentaje se conserva. A pesar de que el estudio de los trastornos psíquicos en el periodo puerperal, más precisamente sobre la psicosis posparto, no es reciente, no existe actualmente consenso sobre su etiología ni sobre su nosología.

Mediante este artículo se desea realizar una revisión histórica y clínica sobre el debate acerca del diagnóstico, la etiología y las diferentes interpretaciones de los quiebres psicóticos desencadenados en el periodo puerperal a fin de poder brindar un panorama general sobre esta patología que cobra cada vez más interés en la psiquiatría, en la psicología y en la obstetricia. © 2016 Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Puerperal psychosis. General panorama on its diagnosis, aetiology and interpretation

Abstract In 1855, Louis-Victor Marcé estimated that for every thousand births, between one and two women suffer a psychotic breakdown during the puerperal period; this rate remains the same. Despite the extensive history of studies of puerperal psychological disorders, more precisely postpartum psychosis, there is currently no consensus on its aetiology or nosography.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: paolaj.gonzalezcastro@gmail.com (P.J. González-Castro).

The aim of this article is to perform a historical and clinical review of the debate on the diagnosis, aetiology, and interpretation of acute psychosis breakdown triggered during the puerperal period, in order to provide a general panorama of this pathology; a pathology that is gaining more and more interest in psychiatry, psychology, and gynaecology.

© 2016 Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Las primeras observaciones registradas de mujeres que presentaron trastornos psíquicos en el puerperio se remonta al 400 a.C., cuando Hipócrates¹ describió varios casos de mujeres que días después de haber dado a luz fueron invadidas por una fiebre intensa, delirios, alucinaciones, dolores e insomnio. Para Hipócrates, el delirio se explicaba por un desvío al cerebro de los loquios. Los sangrados vaginales eran frecuentes indicadores de un desequilibrio en los fluidos que podía causar incluso la muerte de las mujeres.

A pesar de este antecedente histórico, no es sino hasta mediados del siglo XIX que la alienación mental y la experiencia de la maternidad se reúnen bajo la terminología de «locura puerperal»². Este particular trastorno psíquico acaparó la atención de los alienistas en Francia y un poco más tarde en el Reino Unido. Se observan indicios de este interés en 1819, época en la que Esquirol redactó un artículo fundador de la clínica psiquiátrica perinatal: «*De l'aliénation mentale des nouvelles accouchées et nourrices*», publicado en el primer tomo de su libro *Des maladies mentales*³. Esquirol comprobó la ausencia de lesión anatómica en los casos de alienación mental en el puerperio y señaló el alto riesgo de infanticidio, así como la importancia de las causas morales y de la susceptibilidad personal como etiologías de esta afección. A diferencia de la teoría de Hipócrates, Esquirol encontró como consecuencia de la locura puerperal la supresión de la producción de la leche materna³.

Algunos años más tarde, en 1858, Louis-Victor Marcé publica el primer tratado sobre la locura puerperal⁴. A este eminente discípulo de Esquirol le debemos no solo la continuación del trabajo de su mentor en una intensa lucha por los derechos de los pacientes confinados en los asilos psiquiátricos, sino también el haber sentado las bases del estudio de los trastornos psíquicos de la maternidad y de la relación materno-infantil en una disciplina que actualmente se conoce como psiquiatría perinatal. Es a Marcé a quien también se le debe que en 1980 se fundara en su honor la *Marcé Society for Perinatal Mental Health*, institución ampliamente reconocida en el estudio y prevención de los trastornos psíquicos puerperales⁵.

En la época de la publicación del tratado de Marcé⁴ y los trabajos de Esquirol³, la locura puerperal experimentó las mismas dificultades que lo que en este tiempo se conocía como locura para discernir su nosología, su etiología y la diferencia con los diversos trastornos mentales conocidos en la época. Cabe destacar que el estatuto que se otorgaba al delirio en cada nueva nomenclatura se encontraba en el corazón de este debate, siendo el punto central del diagnóstico por mucho tiempo.

Otro debate que la psiquiatría de mediados del siglo XIX tuvo que enfrentar fue el introducido por Esquirol sobre el dualismo de las parálisis generales. A partir de 1845 la parálisis general fue admitida como una entidad independiente y fue tratada por Esquirol como un mecanismo a 2 caras: la primera, la demencia paralítica pura, en la que la parálisis y el delirio comienzan al mismo tiempo, y del otro lado, la locura paralítica congestiva, en la que el delirio se manifiesta antes de la parálisis². Estas últimas alienaciones sintomáticas dieron entrada al debate sobre las locuras especiales continuado algunos años más tarde por Brierre de Boismont⁶ con su clasificación de las locuras especiales, dentro de las que situó las locuras puerperales. Así, cuando la clasificación de las enfermedades mentales no era suficiente para dar cuenta de la amplia variedad de trastornos mentales sintomáticos sin lesión cerebral, se hizo necesario hacer una separación entre los antiguos tipos de enfermedades mentales, como la manía, el delirio, la melancolía y las diferentes formas de monomanías, y un nuevo grupo de trastornos psíquicos: las locuras especiales⁶. Esta nueva categoría reunía los tipos de trastornos mentales que en su sintomatología eran muy parecidos a los tipos antiguos pero que poseían causas propias y que variaban según los autores. En esta clasificación se encontraban la locura paralítica, la locura puerperal, la locura alcohólica, la locura epiléptica y la locura histérica⁶. Esta nueva categoría no resolvió completamente la dificultad del clínico frente a ciertos fenómenos difíciles de clasificar, y podemos destacar que en un primer momento Charcot⁷ y posteriormente Freud⁸ no distinguían la locura histérica de la locura epiléptica.

Con las locuras especiales se comienza a hacer énfasis en el proceso de la maternidad como causa de la locura puerperal, así como en la prevalencia del delirio y de la confusión en su sintomatología². Del creciente interés de los alienistas franceses por aislar las locuras concomitantes al puerperio, los trastornos mentales puerperales emergieron como una entidad clínica en la nosografía de la época, encontrando así una cierta autonomía y un desprendimiento de las teorías biológicas que resurgiría con gran fuerza años más tarde en las nomenclaturas internacionales.

Es por esta vía que el estudio de las locuras puerperales se extendió poco a poca a síntomas menos agudos que emergen durante el periodo puerperal, como la angustia y la depresión⁹⁻¹¹. El llamado *baby blues* se ha casi normalizado, y ahora es considerado como un componente inherente al nacimiento que tendría una incidencia de entre el 5 y el 80% en los primeros días del posparto y que puede explicarse como un fenómeno adaptativo, a partir de distintas teorías hormonales y psicopatológicas, e incluso se le ha

relacionado con la falta de sueño durante los primeros días del posparto¹¹.

En esta nueva concepción de las maternidades, ciertas teorías han cernido la cuestión del devenir padre por la asimilación a una crisis similar a la de la adolescencia, después de la cual un programa parental podría instalarse en el sujeto, tal como lo muestran los neologismos de *maternalidad*, definido por Racamier¹² como una «crisis de identidad de la personalidad», así como el neologismo de *parentalidad*, definido por Missonnier como aquello que «engloba la sinergia potencial en un espacio conyugal y familiar de 3 procesos indisolubles: (re)devenir madre (maternalidad), (re)devenir padre (paternalidad) y nacer humano»¹³.

El presente artículo pretende dar cuenta del debate actual sobre el abanico de síntomas psíquicos que emergen en el puerperio y que muchas veces se observan solo a través del prisma de las depresiones¹⁴, quedando así los brotes psicóticos puerperales poco estudiados o reducidos al orden de un trastorno del humor¹⁵.

Las psicosis puerperales

En Francia, el término psicosis puerperal agrupó durante mucho tiempo a todos los trastornos psíquicos ligados al embarazo y al puerperio. Prueba de esto es el trabajo de Ey y Brisset⁹, quienes engloban bajo una misma nomenclatura trastornos psicóticos y neuróticos advenidos en el periodo de la concepción hasta el primer año de vida del bebé. No es hasta 1984 que se introduce en la Enciclopedia Médico-Quirúrgica una manera global de concebir los «trastornos psíquicos ligados al periodo puerperal»¹⁶, marcando así una clara distinción entre la depresión del tercer día, la depresión atípica posnatal, la depresión postaborto y la psicosis puerperal, la cual engloba los trastornos psicóticos del embarazo y del posparto. Es esta clasificación la que actualmente se reconoce dentro de la perinatología francesa.

Por lo que respecta a la psicosis puerperal, será el carácter onírico y de confusión, imperantes en la mayoría de casos, la principal característica del diagnóstico dentro de la psiquiatría francesa. Para que una psicosis puerperal sea reconocida como tal, ciertos criterios deben ser confirmados: «Comienzo en las primeras semanas del posparto; síntomas clínicos de una *bouffée délirante* polimorfa con una importante nota confusional, elementos típicos, una sintomatología inconsistente; los temas delirantes se centran en la relación madre-hijo: negación del matrimonio, de la maternidad, negación de la existencia del hijo, creencia de que el hijo pertenece a otra mujer, que está muerto, que lo han robado, que lo han cambiado o que su sexo ha cambiado; la evolución fluctuante y favorable: singularidad»¹⁶.

Dayan¹¹ resalta la presencia casi total de insomnio, de pesadillas, manifestaciones obsesivas, fóbicas o ansiosas. El hecho que vuelve particular la psicosis puerperal en su forma de *bouffée délirante*, aparte de su carácter agudo, es que esta es, en la mayoría de las ocasiones, la primera manifestación psicótica franca en la vida de la mujer. La resolución del delirio es casi espontánea, con un fácil retorno al estado pre-delirante, como lo es por regla general para cualquier *bouffée délirante* ocurrida fuera del puerperio y que es definida como «un síndrome clínico que se caracteriza por un

comienzo agudo, por la intensidad y el polimorfismo del delirio, así como por una evolución favorable. De forma clásica, esta entidad no puede reducirse al campo de la esquizofrenia o de la psicosis maniaco-depresiva. El episodio psicótico agudo traduce una fragilidad, pero también una plasticidad»¹⁷.

La incidencia de quiebres psicóticos durante el puerperio se ha mantenido constante y se presenta en alrededor de uno por cada 1.000 partos. Si bien en la mayoría de los casos la recuperación es total, en un 20% de ellos habrá una incapacidad permanente¹⁸.

La posibilidad de una recaída en futuros partos es muy elevada¹⁹. Entre en el 20-30% de los casos de psicosis puerperal que han tenido un buen seguimiento sufrirán una descompensación durante un futuro nacimiento o bien son el comienzo de una evolución hacia un diagnóstico de esquizofrenia^{11,18,20}. Terp y Mortensen²¹ ha encontrado que una mujer tiene 3 veces más probabilidades de ser hospitalizada por primera vez en una unidad psiquiátrica durante el posparto que en cualquier otro periodo de su vida, teniendo el primer mes del posparto el índice de hospitalizaciones más elevado²².

El 25% de las descompensaciones psíquicas en el puerperio tendrán la característica de una *bouffée délirante aiguë*²⁰. Al lado de estos casos que podríamos llamar psicosis puerperales «puras», la evolución de las descompensaciones en el posparto puede ser también el comienzo de un diagnóstico de esquizofrenia o bien de un trastorno tímico crónico²⁰.

Es necesario precisar que el embarazo también puede implicar el surgimiento de trastornos psíquicos, contrariamente a la idea adquirida de que este sería un periodo protector para el psiquismo^{4,23}. Los quiebres psicóticos durante el embarazo se distinguen de los que ocurren durante el posparto por las características de su irrupción: inicio gradual, caracterizado por inestabilidad, ansiedad y variaciones del humor^{10,18,19}.

El polimorfismo de las psicosis puerperales

Una de las principales características de las psicosis puerperales es la gran variedad de sus manifestaciones sintomáticas: en el posparto, los quiebres psicóticos, junto a la modalidad de franca *bouffée délirante*, pueden presentar características tanto de trastornos profundos del humor, como de trastornos esquizofreniformes. En cualquiera de sus constelaciones sintomáticas, la confusión profunda y el delirio son reconocidos como los síntomas más sobresalientes de la psicosis en el periodo puerperal^{9,24}, así como lo es la mutación tan espectacular de sus síntomas y la relativa facilidad que estos encuentran para desplazarse de una constelación sintomática a otra, o incluso de exhibir características de diferentes constelaciones sintomáticas¹⁰. Es este polimorfismo sintomático el que interroga al clínico, y en palabras de Dayan, «muestra los límites de toda clasificación en psiquiatría»¹¹.

A pesar de la gran variedad de síntomas que se despliegan en los quiebres psicóticos del puerperio, una constante está presente en la mayoría de los casos: la confusión onírica, así como el insomnio y las cefaleas, que se registran desde la época de Hipócrates^{9,11}.

En cuanto a las formas clínicas, la psicosis puerperal puede emerger en cualquier forma de psicosis no orgánica: *bouffée délirante*, psicosis confusionales, trastornos tímicos como manía, depresión aguda o estados mixtos, así como estados esquizofreniformes²⁵, y también en la forma de psicosis aguda¹¹. Son los trastornos tímicos y las psicosis agudas delirantes las formas clínicas más frecuentes; un trastorno «intermedio» encontrado en un tercio de los casos muestra la dificultad de ubicar las psicosis puerperales dentro de la dicotomía kraepeliana de psicosis/trastornos maniaco-depresivos¹¹.

El término francés de *bouffée délirante* engloba los trastornos delirantes asociados a perturbaciones tímicas y a perturbaciones del estado de la conciencia y de la vigilancia. Este cuadro sintomático, que se instala de manera brutal, se encuentra caracterizado por una sintomatología rica y polimorfa. Ey y Brisset⁹ la conciben como un trastorno desestructurante de la conciencia que se encuentra entre las crisis maniaco-depresivas y las psicosis confusionales. El delirio es variado, acompañado por una convicción total y por imágenes oníricas, lo que provoca los tan repentinos cambios de humor que constituyen una de las principales dificultades para diferenciar una *bouffée délirante* de una crisis maniaco-depresiva.

Esta categoría psiquiátrica es poco utilizada en los sistemas de nomenclatura norteamericanos, en donde es conocida como reacción paranoica, delirio o psicosis tóxica, entidades en las que los estados delirantes se encuentran ligados al abuso de sustancias tóxicas o a una afección médica general. Dentro de la nomenclatura francesa lo que predomina es el carácter delirante, sin que se presuponga un carácter infeccioso⁹. Es importante resaltar que el diagnóstico de estado delirante agudo en la psicosis posparto ha tenido un gran impacto en la concepción de esta patología como producto de enfermedades tóxicas o infecciosas, sobre todo bajo la nosología norteamericana, en donde el término «delirium» evoca automáticamente una intoxicación.

La psiquiatría anglosajona preferirá describir las psicosis puerperales bajo la forma clínica de la psicosis delirante que de las *bouffées délirantes*. Una fase prodrómica marca el inicio de la psicosis en el posparto inmediato o bien en los últimos días del embarazo. Trastornos del sueño, insomnio, ansiedad, astenia y llanto son algunos de los síntomas que preceden el brote psicótico. El contacto con la mujer se vuelve distante y esta comienza a mostrar signos de desconfianza¹⁸. La fase de estado se presenta alrededor del décimo día de posparto. Dayan¹¹ resalta la aparición de ilusiones, de alucinaciones, trastornos del humor y un delirio que se organiza en una manera de melancolía lúgubre y persecutoria en torno al bebé, a la familia¹⁸. El infanticidio o el suicidio son posibles, y paradójicamente preservar la relación madre-hijo en estos momentos de gran delirio va a aumentar significativamente la recuperación²⁶.

La manía puerperal tiene por lo general un inicio brutal en las primeras 2 semanas del posparto, y en este periodo representa del 35 al 40% de los trastornos psicóticos del puerperio¹¹. Se caracteriza por la agitación y la desorganización psicótica que impera en la paciente. Los delirios y alucinaciones son frecuentes y se centran en ideas de grandeza, de influencia, ideas de tener una misión divina en el mundo; el delirio erotomaniaco es frecuente en los casos

de manía puerperal⁹. Los estados mixtos por alternancia o intrincación de síntomas son frecuentes; la evolución de una manía a un estado depresivo o mixto se da en el 50% de los casos de manía¹¹.

Los estados melancólicos se caracterizan por una intensa producción delirante o por un episodio confusional en el que los temas principales son el bebé y la filiación: ideas de sustitución, de envenenamiento, negación de la maternidad o del parto. Existen convicciones delirantes de ser una madre indigna o responsable de la presumida muerte del bebé. Existe una fuerte angustia de muerte alrededor de la figura de la madre y del niño, existe un alto riesgo de infanticidio. Los accesos melancólicos que aparecen en el posparto tardío se desarrollan lentamente²⁷ y tienen un pronóstico comprometido, ya que pueden estar ligados a la esquizofrenia²⁴.

Los estados esquizofreniformes en el posparto son formas clínicas similares a la esquizofrenia en pacientes que no habían sido diagnosticadas antes; a diferencia de la esquizofrenia, el estado esquizofreniforme será de una duración más breve y la alteración del funcionamiento social será de carácter inconsistente¹¹. Son estados poco frecuentes en el periodo puerperal y fácilmente confundibles con estados discordantes o delirantes. Cuando la aparición es precoz, el cuadro se presenta como una psicosis aguda o una esquizofrenia distímica, estados marcados por la discordancia ideo-afectiva, agitación delirante, excitación atípica, y/o depresión delirante y alucinaciones auditivas. La duración es de algunos meses y la recuperación, completa.

Las diferentes interpretaciones sobre la psicosis puerperal

La tradición de la medicina hipocrática basada en los desórdenes humorales no ha dejado de ser una línea de investigación de los trastornos psíquicos en el puerperio: en siglo XIX la intoxicación cerebral, con sus síntomas agudos de confusión, delirio y recuperación casi total, estuvo asociada muy estrechamente a la psicosis puerperal. Por ejemplo, Esquirol³ consideraba que un defecto en la secreción láctea, aunado a una predisposición moral, provocaba el quiebre psicótico. El estudio humoral es aún un gran punto de apoyo para la investigación sobre la etiología de la psicosis posparto.

Las complicaciones infecciosas del parto que ocasionaban fuertes fiebres, e incluso la muerte, se confundieron desde la época de Hipócrates con las psicosis posparto. Hoy las fiebres posparto se han vuelto casi inexistentes, lo que nos abre la puerta a otras posibilidades sobre la concepción de los trastornos psíquicos en el puerperio.

Actualmente la ciencia pretende dar cuenta de los trastornos psíquicos del puerperio a través de diversos disfuncionamientos orgánicos. La depresión del tercer día se considera un resultado de las modificaciones en las glándulas endocrinas²⁸. La psicosis puerperal ha sido también explicada por anomalías celulares en el endometrio^{29,30}, por un proceso tóxico caracterizado por una condición física debilitada, por dificultades menstruales, por problemas tiroideos e incluso por un exceso en la vellosoidad de la mujer³¹. Los trastornos psíquicos del posparto se han relacionado también con perturbaciones a nivel hormonal³².

Podemos subrayar un detallado estudio que dio cuenta del gran impacto que la maternidad tiene tanto a corto como a largo plazo en la salud psíquica de las mujeres: en los 90 días posteriores al parto el riesgo de un internamiento psiquiátrico es mucho más elevado que en cualquier otro periodo de la vida de una mujer, y este riesgo permanece alto hasta los 2 años posteriores al parto. Este estudio pone en evidencia la dificultad de considerar la etiología del quiebre psicótico en el puerperio como producto de los cambios hormonales, que en su mayoría se producen en el posparto inmediato³³.

En lo que respecta a las diferentes teorías psicogénicas sobre los quiebres psicóticos posparto, solo retomaremos las ideas más representativas. Zilboorg³⁴, uno de los primeros psicoanalistas que realizó investigaciones en el tema, concluyó que la etiología de esta patología se remonta a la primera infancia, época del complejo de castración, y la venganza de la mujer, en una suerte de retroacción, se activaría con la maternidad. Zilboorg sostiene que en las mujeres que presentan un quiebre psicótico en el puerperio hay un complejo de Edipo no resuelto o una fuerte identificación al padre que invitaría a una regresión anal (en donde se denota también agresión). Un punto muy interesante en este autor es que asoma ya la idea de una estructura psíquica, afirmando que incluso antes del episodio psicótico el sujeto tendría rasgos particulares, y que el acto del nacimiento solo sería un punto nodal del conflicto actuando como agente de la psicosis.

Para Frumkes³⁵, existe una fuerte pulsión incestuosa no resuelta que se impone como barrera a la maternidad en donde se detecta frigididad, un gran vínculo con el padre, predominancia de rasgos esquizoides, una falla en el pasaje de la fase clitoridiana a la fase vaginal en la infancia, así como fuertes actitudes anales, libidinales, masturbación y una homosexualidad latente. Cabe señalar que la discusión sobre la homosexualidad latente en las psicosis será inaugurada por Freud³⁶ con su estudio sobre el presidente Schreber.

Por su parte, Brew y Seidenberg³⁷ encuentran 2 tentativas de destrucción en el origen de la psicosis posparto: una dirigida al plano de la realidad por el camino del infanticidio, y la segunda representa una destrucción en el plano simbólico, teniendo como resultado los delirios, la amnesia del trabajo de parto, las preocupaciones excesivas por el recién nacido y las tendencias al suicidio que se encuentran sobre todo en las mujeres deprimidas. Los autores interpretan estas tentativas de destrucción como una reacción simbólica al carácter homosexual propio de las mujeres que encuentran una desestabilización psíquica en el puerperio. Douglas³⁸ apoya esta teoría de la hostilidad contra el niño como origen de las psicosis posparto. El autor considera que la mujer, al no lograr manejar la hostilidad resentida contra su hijo, provoca una ruptura de la personalidad, emergiendo así la psicosis. Esta interpretación de la psicosis puerperal como una hostilidad hacia el infante no ha de confundirse con la problemática a la que nos confrontan el filicidio o bien el neonaticidio altruista o melancólico, que, a diferencia de la aniquilación de un objeto odiado, en este caso el hijo, la muerte es pensada en el delirio como una salvación de la miseria y los peligros del mundo.

Al lado de estas teorías existen una serie de estudios psiquiátricos en donde el quiebre psicótico se vincula ya no a los primeros años de vida de la madre, sino a factores externos

que actuarían como una predisposición al trastorno. Entre los principales factores de riesgo que Kendell, Chalmers y Platz³³ encontraron para las hospitalizaciones psiquiátricas en los primeros 30 días del posparto se encuentran el no estar casada (ser viuda, separada o divorciada), ser madre primeriza, haber tenido una cesárea, o un producto con muerte perinatal; estar bajo estrés psicológico, tener antecedentes familiares de esquizofrenia o incluso una psicosis puerperal previa incrementaría el riesgo de una reincidencia en el embarazo siguiente; tener un historial psiquiátrico de trastornos tímicos tendría más influencia que tener un historial de esquizofrenia o de depresión.

Dayan¹¹ definirá las psicosis puerperales como un modelo experimental en el que hay un encuentro entre la irrupción de un delirio agudo y de un trastorno afectivo con un evento de la vida o bien un factor estresante. Para el autor, las psicosis puerperales no están constituidas por su especificidad semiológica sino por las condiciones de su inicio.

La psicosis puerperal, ¿una entidad clínica independiente?

El reconocimiento de la psicosis puerperal como entidad clínica no goza de un consenso general, a pesar de que el debate sobre su autonomía es de total actualidad. Si bien la psicosis puerperal es reconocida como una entidad en Francia y en el Reino Unido, se debate aún si este tipo de trastorno psiquiátrico es equivalente a los que ocurren fuera del periodo puerperal. En los países en los que predominan las clasificaciones de la *American Psychiatric Association* (DSM)³⁹ y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIM)⁴⁰, la psicosis posparto no se considera como una entidad clínica sino que el trastorno se clasifica de acuerdo a la sintomatología del cuadro presentado, haciendo solo una especificación complementaria del comienzo del cuadro sintomático en el posparto, si este aparece dentro de las primeras 4 semanas después del nacimiento para el DSM o de las primeras 6 semanas para la CIM.

Dayan¹¹ nota que la proporción de las formas clínicas de la psicosis puerperal variará dependiendo de la nomenclatura que se utilice: bajo la CIM y el DSM el 70% de las formas clínicas serán trastornos tímicos en donde los estados depresivos severos se presentan en un 66% de los casos, mientras que los episodios maníacos se presentan en un 33% de los casos. Las cifras publicadas por estudios europeos demostraron que la proporción se reparte en trastornos bipolares (30%), psicosis agudas (30%) y trastornos de sintomatología intermedia (35%), poniendo así en evidencia que por las nomenclaturas anglosajonas la parte de la subjetividad ha sido reemplazada por una cierta interacción entre biología, evento y psiquismo.

Desde 1926 la cuestión sobre la pertinencia o no de aceptar el término de psicosis posparto como una entidad psiquiátrica independiente fue tema de debate. Strecker y Ebaugh⁴¹ consideraban que era necesario «purificar la nomenclatura psiquiátrica», proponiendo así que la entidad de psicosis posparto debía dejar de ser reconocida, ya que una psicosis puerperal podía ser clasificada en las categorías psiquiátricas ya establecidas. Los casos de supuesta «psicosis puerperal» que habían revisado se acordaban perfectamente en las categorías preexistentes de trastornos psiquiátricos,

razón por la cual consideraban inválido el intento de hacer de la psicosis posparto una categoría independiente.

Por su parte, tanto el DSM como la CIM se han distanciado con el tiempo de los sistemas de pensamiento que encuentran en el acto de la maternidad el principal agente del quiebre psicótico en el puerperio.

En la tercera edición del DSM se podía aún diagnosticar una psicosis puerperal, no como entidad independiente, pero como una psicosis atípica, es decir, dentro de una categoría residual de trastornos que no corresponden a ningún trastorno psicótico específico y cuyas características son los síntomas psicóticos como las ideas delirantes, las alucinaciones, la incoherencia, el pensamiento ilógico, el comportamiento desorganizado o el catatónico. Esta clasificación podría ser posible una vez que se hubiera descartado la presencia de un trastorno mental orgánico, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno paranoico o bien un trastorno afectivo. Ya en su cuarta edición, el DSM-IV preveía que un trastorno del humor podrá ser especificado «con comienzo en el posparto» si el episodio aparecía dentro de las 4 semanas inmediatas de posparto, siendo así el síntoma del trastorno del humor el elemento que eclipsa todo el cuadro clínico en esta edición.

La CIM-9 permite el diagnóstico de «psicosis funcional de posparto» bajo 3 rúbricas: esquizofrenia, estado maniaco o estado depresivo. En esta edición la rúbrica de «psicosis puerperal», contenida en la edición precedente, ha desaparecido. Para la CIM-10 los trastornos psíquicos del posparto se pueden asociar a las categorías de «Trastornos mentales severos y de comportamiento asociados con el puerperio no clasificados», ubicada en la subcategoría de los síndromes del comportamiento asociados con alteraciones fisiológicas y factores físicos. La categoría de «Trastornos mentales y enfermedades del sistema nervioso que complican el embarazo, el parto y el puerperio», se localiza en el capítulo «Embarazo, parto y puerperio»/Otras enfermedades/Otras enfermedades maternas clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, el parto y el puerperio.

A partir de estos sistemas de clasificación de nueva cuenta vemos la dificultad y los límites de la clasificación a los que las psicosis puerperales nos confrontan. Podemos notar la manera en la que estos 2 sistemas de clasificación siguen el pensamiento psiquiátrico del profesor Régis⁴², tal vez no sabiéndolo. Este ilustre médico se opuso rotundamente a la clasificación de las locuras especiales realizada por De Boismont⁶, reduciendo la clasificación de este último a la asociación de una locura simple con un estado mórbido y afirmando que las supuestas particularidades de la sintomatología de las locuras especiales responden al estado mórbido en el que la locura se ha anclado.

Un siglo después, Hamilton¹⁰, totalmente opuesto a esta lógica que llama reduccionista, afirma que la psicosis posparto es una entidad independiente. El autor señala el intento de la psiquiatría por desmembrar la psicosis posparto en sus síntomas fundamentales para así evitar observarla como una entidad independiente. Para él, la cuestión primordial de la psicosis puerperal es su particularidad clínica, la cual no le permite tener un lugar confortable en el sistema de categorías kraepelianas, afirmando que si bien este trastorno tiene muchos puntos en común con las categorías clínicas mayores, es indudable que también posee ciertas características que lo distinguen de otras variedades de

trastornos mentales, como lo es su nosología inestable. Dayan¹¹ adhiere a esta crítica afirmando que la psicosis puerperal parece no poder reducirse a un trastorno del humor y que es evidente que existen ciertas características que hacen imposible clasificarla como un «episodio psicótico breve», considerando simplista que estas clasificaciones otorguen más importancia al carácter tímico que al delirio.

Conclusiones

La presente es una revisión del estudio sobre la descripción sintomática, el origen y las distintas interpretaciones biológicas, sociales y psicológicas sobre los quiebres psíquicos del puerperio a lo largo del siglo ^{xx} y principios del siglo ^{xxi}.

Abordamos la cuestión por 3 vías bajo el marco de las escuelas francesa e inglesa: la psicosis puerperal es considerada una entidad psiquiátrica independiente bajo algunas nomenclaturas psiquiátricas pero no lo es en las nomenclaturas hegemónicas de salud mental. La segunda vía son las diferentes formas sintomáticas bajo las cuales el trastorno puede emerger: confusión aguda, depresión severa sin confusión peor con alto riesgo de infanticidio, delirio agudo o bien manía. Finalmente, encontramos que respecto a las causas de los quiebres psicóticos en el puerperio, diversas teorías existen sin un mínimo consenso: los llamados factores de riesgo, los cambios hormonales y celulares producidos por el parto, incluso ciertas teorías psicodinámicas nos muestran la dificultad de encontrar un consenso ante lo que podemos llamar el enigma de la psicosis desencadenada por la maternidad.

Hacemos la apuesta que el poner la mirada sobre las inconsistencias y las diferencias que se encuentran alrededor de la (in)comprensión de las locuras puerperales abrirá el camino hacia una reflexión que ponga en el centro ya no las discusiones del orden de la nomenclatura, ni las posibles causas biológicas del trastorno, sino una problemática de una mujer con su devenir madre, así como los estragos psíquicos que esto puede traer tanto para ella como para su hijo.

Financiamiento

CONACyT.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Hippocrate. Le Serment; la Loi; de l'Art; du Médecin; Prorrhétiques; le Pronostic; Prénotions de Cos; des Aïrs, des eaux et des lieux; Épidémies l. I et III; du Régime dans les maladies aiguës; Aphorismes; fragments de plusieurs autres traités. (Traduits du grec sur les textes manuscrits et imprimés, accompagnés d'introductions et de notes, par le Dr Ch. V. Daremberg). Paris: Lefèvre; 1843.
2. Claveirole P. La folie puerpérale depuis Louis-Victor Marcé. *J Fr Psychiatr.* 2004;22:7-10.
3. Esquirol JE. Des maladies mentales. Tome I. Paris: Librairie de l'Académie Royale de Médecine; 1938.

4. Marcé LV. *Traité pratique de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*. Paris: l'Harmattan; 2002.
5. The Marcé Society for Perinatal Mental Health [homepage on the Internet]. Brentwood: Marcé Society. [consultado 20 Dic 2014]. Disponible en: <https://marcesociety.com/about/history/>
6. De Boismont B. *Des maladies mentales*. Paris: Librairie Germer-Baillière; 1866.
7. Charcot JM. *Histeria*. Jaén: Ediciones del Lunar; 2003.
8. Freud S. *Histeria*. En J. L. Etcheverry (traduc.), Sigmund Freud: *Obras completas* (vol. 1, pp. 41-76). Buenos Aires: Amorrortu; 1992. (Trabajo original publicado en 1888.).
9. Ey H, Brisset P. *Manuel de Psychiatrie*. 5ème éd. Paris: Masson; 1978.
10. Hamilton JA. The identity of postpartum psychosis. En: Broc-kington I, Kumar R, editores. *Motherhood and Mental Illness*. London: Academic Press; 1982. p. 1-17.
11. Dayan J. *Psychopathologie de la périnatalité et de la parentalité*. Paris: Elsevier Masson; 2014.
12. Racamier P. La mère, l'enfant dans les psychoses du postpartum. *Evol Psychiatr (Paris)*. 1961;26:525-70.
13. Missonnier S. Le champ interdisciplinaire périnatal. En: Missonnier S, editor. *Manuel de psychologie clinique périnatale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012. p. 1-18.
14. Espíndola-Hernández JG, Morales-Carmona F, Díaz-Franco E, Escalante-Varela A, Pimentel-Nieto D, Henales-Almaraz C, et al. Estudio descriptivo de la población psiquiátrica del Instituto Nacional de Perinatología. *Ginecol Obstet Mex*. 2006;74:476-82.
15. Maldonado-Durán JM, Saucedo-García JM, Lartigue T. Psicosis no orgánicas y otros trastornos mentales graves en la etapa perinatal. *Perinatol Reprod Hum*. 2008;22:90-9.
16. Lemperière T, Rouillon F, Lepine JP. *Troubles psychiques liés à la puerpéralité*. Encyclopédie Médico Chirurgicale, Psychiatrie. Elsevier Masson; 1984, 37660-A10.
17. Weibel H, Metzger JY. *Psicosis delirantes agudas*. EMC; 2005.
18. Hamilton J. *Postpartum Psychiatric Problems*. Saint Louis: Mosby; 1962.
19. Davidson GM. Concerning schizophrenia and maniac-depressive psychosis associated with pregnancy and childbirth. *Am J Psychiatry*. 1936;92:1331-46.
20. Presme N. *Psychopathologie psychanalytique de la parentalité en période périnatale: Approche clinique d'une pédopsychiatrie en maternité*. En: Missonnier S, editor. *Manuel de psychologie clinique périnatale*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012. p. 167-228.
21. Terp IM, Mortensen PB. Post-partum psychoses. Clinical diagnoses and relative risk of admission after parturition. *Br J Psychiatry*. 1998;172:521-6.
22. Paffenbarger RS. Epidemiological aspects of paraptum mental illness. *Br J Prev. Soc. Med*. 1964;18:189-95.
23. Bydlowski M. La transparence psychique de la grossesse. *Etudes Freud*. 1991;32:135-42.
24. Hug F, Butts MD. Post-partum psychiatric problems. A review of the literature dealing with etiological theories. *J Natl Med Assoc*. 1969;61:136-9.
25. Dean D, Kendell R. The symptomatology of puerperal illnesses. *British Journal of Psychiatry*. 1981;139:128-33.
26. Main TF. Mothers with children in a psychiatric hospital. *Lancet*. 1958;18:845-7.
27. Deniker P, Lemperière T, Guyotat J. *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*. Paris: Masson; 1990.
28. Arlot S. Intérêt et pertinence des bilans neuroendocriniens en post-partum immédiat. En: Guillaumont C, editor. *Les troubles psychiques précoces du post-partum*. Ramonville Sainte-Ange: Érès; 2002.
29. Delay J, Corteel A, Boittelle G. Hypoluthéinie révélée par les biopsies cyto-hormonales dans une psychose du post-partum. *Ann Med Psychol*. 1946;104:183-8.
30. Delay J, Corteel A, Boittelle G. Explorations cyto-hormonales au cours des psychoses du post-partum. *Ann Endocrinol*. 1947;8:447-51.
31. Kilpatrick E, Tiebout H. A study of psychoses occurring in relation to childbirth. *Am J Psychiatry*. 1926;83:145-59.
32. Nott P, Franklin M, Armitage C, Gelder M. Hormonal changes and mood in the puerperium. *Br J Psychiatry*. 1976;128:379-83.
33. Kendell R, Chalmers J, Platz C. Epidemiology of puerperal psychoses. *Br J Psychiatry*. 1987;150:662-73.
34. Zilboorg G. Post-Partum Schizophrenias. *J Nerv Ment Dis*. 1928;68:370-83.
35. Frumkes G. Mental disorders related to childbirth. *J Nerv Ment Dis*. 1934;79:540-52.
36. Freud S. Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente. En J. L. Etcheverry (traduc.), Sigmund Freud: *Obras completas* (vol. 11, pp. 1.76). Buenos Aires: Amorrortu; 1992. (Trabajo original publicado 1911.).
37. Brew M, Seidenberg R. Psychotic reaction associated with pregnancy and childbirth. *J Nerv Ment Dis*. 1950;111:408-23.
38. Douglas G. Psychotic mothers. *Lancet*. 1956;267:124-5.
39. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico y estadístico (DSM-IV)*.
40. CIM-10. *Classification internationale des maladies: 10ème révision*, Paris: Masson; 1993.
41. Strecker E, Ebaugh F. Psychoses occurring during the puerperium. *Arch Neur Psychiat*. 1926;15:239-52.
42. Régis E. *Manuel pratique de médecine mentale*. Paris: Octave Doin; 1885.