



## Psicosis Postparto

**Dra. Leticia María Rueda\***

**Dra. Sara Murillo\*\***

\*Médico Residente de Segundo año, Postgrado de Psiquiatría, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

\*\* Médico Psiquiatra Asistencial del Hospital Psiquiátrico Dr. Mario Mendoza. Presidenta de la Sociedad de Salud Mental de la Mujer.

**Resumen:** Durante el embarazo y el puerperio se producen una serie de cambios bioquímicos, psicológicos y sociales que ocasionan una mayor vulnerabilidad para la aparición de los trastornos psíquicos en la mujer. Los trastornos del estado de ánimo en el postparto acontecen de una manera frecuente en las primeras semanas tras el parto y representan considerables repercusiones tanto para la propia mujer, que ve disminuido su nivel de salud y su capacidad para experimentar el gozo de la maternidad, como por los posibles efectos negativos en el desarrollo de los hijos y el deterioro de las relaciones conyugales y familiares. La psicosis postparto es una enfermedad aguda y grave, es una emergencia médica; que ocurre en 1-2 de cada 1.000 nacimientos. Aparece generalmente de forma brusca entre el tercer y el noveno día postparto, aunque puede iniciarse incluso en el sexto mes. Las madres durante este periodo podrían cometer filicidio, se estima que son las atacantes en el 72% de todos los casos de parricidio.

**Palabras Claves:** psicosis postparto, parricidio; infanticidio, filicidio

**Summary** During pregnancy and the postpartum period are a series of biochemical, psychological and social cause increased vulnerability to the onset of mental disorders in women. The mood disorders in a postpartum occur frequently in the first weeks after birth and represent significant implications both for the woman, which diminished their level of health and ability to experience the joy of motherhood, as about possible negative effects on the development of children and the deterioration of marriage and family relations. Postpartum psychosis is an acute and severe, is a medical emergency that occurs in 1-2 per 1,000 births. It usually appears abruptly between the third and ninth day postpartum, although it can appear even in the sixth month. Mothers during this period could commit filicide, are estimated to be the attackers in 72% of all cases of parricide.

**Keywords:** Postpartum Psychosis, parricide, infanticide, filicide

### **Introducción**

El embarazo y el puerperio son períodos decisivos para el desarrollo de un nuevo ser y para establecer la estructuración de una vinculación futura entre la madre y el hijo.

Durante el embarazo y de forma fisiológica, aparecen en la mujer modificaciones afectivas que tienen que ver con los cambios hormonales que se producen en su organismo y con las expectativas vitales y fantasías ante el nacimiento de su hijo. Contrariamente a las imágenes idealizadas de la maternidad, los meses inmediatamente siguientes al nacimiento de un hijo se caracterizan por importantes episodios de patología mental y filicidios.

En el puerperio se produce un cambio en la situación personal de la mujer y es precisa una readaptación psicológica ante esta nueva etapa.

Estos cambios son más aparentes en un primer embarazo, si bien no son exclusivos del mismo y pueden reproducirse en cierta medida ante cada nueva maternidad.

El postparto es un período en el que existe un riesgo excepcionalmente elevado de recurrencia de depresión, manía u otras psicosis en mujeres con trastornos bipolares sobre todo, pero también con cualquier otra alteración psicológica o psiquiátrica.

Aproximadamente el 80% de las mujeres experimentan alguna fluctuación en el humor entre el período anteparto y el postparto, sólo

10-20% tienen criterios DSM-IV de depresión mayor y tan solo el 0.1-0.2% muestran signos de psicosis. <sup>(2)</sup>

### **Antecedentes Históricos**

Hipócrates realizó la primera descripción de enfermedades mentales asociadas al posparto. Consideró que algunas apreciaciones sobre las características clínicas de la manía, asociadas a la lactancia, se trataban de *delirium* asociado a “sepsis puerperal”, o como locura causada por el flujo excesivo de sangre al cerebro entidad relativamente común en la antigua Grecia.

En los siglos XVIII y XIX, la literatura médica alemana y francesa introdujo los primeros reportes sistemáticos de casos sobre locura puerperal.

En el año 1818, Jean Esquirol realizó la primera descripción detallada de 92 casos de psicosis puerperal.

En 1829, Robert Gooch, reportó la psicosis puerperal en su informe *Enfermedades propias de las mujeres*.

En 1856, el médico francés Victor Louis Marcé, en su libro *Traite de la Folie des Femmes Enceintes “Locura de las mujeres embarazadas, de partos recientes y de las nodrizas de leche”*; caracteriza de manera sistemática la enfermedad mental durante el postparto, él fue el primero en sugerir que los cambios fisiológicos durante el puerperio influían en el estado de ánimo materno. En 1969, B. Pitt caracterizó

un tipo de depresión leve asociada al postparto. <sup>(1)</sup>

### **Características de los Trastornos en el Postparto**

Se han descrito cuatro tipos distintos de reacciones psicopatológicas en el puerperio:

#### 1. Síndrome de estrés postraumático.

Con una prevalencia del 1%. Se presenta normalmente entre las 24 y 48 horas después de un parto dificultoso. Predomina la ansiedad asociada con pesadillas e imágenes recurrentes de la experiencia vivida. El cuadro es pasajero y la sintomatología suele desaparecer en poco tiempo, siendo escasas las ocasiones en las que se cronifica y precisa tratamiento psiquiátrico específico.

#### 2. Los «blues» del puerperio.

Estado de ánimo melancólico y que puede ser poco manifiesto, larvado y por lo tanto pasar incluso desapercibido. Su frecuencia según algunos estudios es tan elevada que puede alcanzar el 50-70% o incluso el 80% de los nacimientos. De comienzo generalmente alrededor del tercer día postparto, su duración no suele superar la semana, por ello y por la leve sintomatología no suele ser necesaria la hospitalización. Incluso se podría considerar como una variante de comportamiento normal de la mujer en el postparto. El síntoma más constante es la presencia de llanto inmotivado. No obstante, la intensidad de la

sintomatología es un factor predictivo de su transformación en depresión postnatal. Si dura más de un mes se debe valorar el riesgo de cronificación. En su génesis parecen intervenir sobre todo factores ambientales, sociales o culturales.

### 3. Depresión postparto.

Múltiples estudios epidemiológicos demuestran que la depresión mayor es aproximadamente dos veces más frecuente en mujeres que en hombres y que su primer pico aparece durante los años de fertilidad. Según Lempérière, los factores de riesgo de esta denominada depresión atípica del embarazo son:

- Edad de la madre (más frecuente antes de los 20 años y después de los 30 años).
- Problemas familiares graves en la infancia de la madre.
- Antecedentes de separaciones precoces de sus padres (en la madre).
- Problemas psiquiátricos previos al embarazo.
- Problemas psiquiátricos o psicológicos durante el embarazo.
- Actitud negativa frente al embarazo (embarazo no deseado, dudas sobre la eventual interrupción voluntaria del embarazo en el inicio de la gestación).
- Tensiones en la pareja durante el embarazo.
- Severidad de los "blues" postparto.

- Acontecimientos desfavorables que generen ansiedad vividos durante el período del puerperio.

La depresión postparto es una patología muy frecuente si tenemos en cuenta que entre 10 y 15% de las mujeres desencadenan un síndrome depresivo dentro de los primeros 2-3 meses postparto, siendo la complicación médica más frecuente de este período. Historia previa de trastorno depresivo, condicionamientos sociales y sucesos vitales estresantes pueden incrementar el riesgo de depresión postparto. Sin embargo, el 10% de las mujeres que tienen una depresión postparto carece de antecedentes, el 25% tiene antecedentes depresivos y un 50% tiene antecedente de depresión puerperal.

### 4. Psicosis postparto.

La frecuencia es alrededor de 1-2/1000 nacimientos; otros autores elevan estas cifras a 3 por 1000 nacimientos. La mayor parte de estas psicosis incluyen trastornos afectivos. Los síntomas inician entre la segunda y la tercera semana postparto, con una correlación con los trastornos bipolares de 70 a 80% y una tasa de recurrencia de 30 a 50%.<sup>(3)</sup>

La psicosis puerperal se define como un episodio de manía o de psicosis precipitado por el nacimiento de un bebé.

Entre sus características clínicas, se encuentran: labilidad afectiva, alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, lenguaje desorganizado,

desorientación, confusión, delirios y trastornos de sueño.

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

Entre los factores de riesgo destacan: primer hijo, episodios previos de psicosis puerperal, alteraciones psiquiátricas inherentes en la mujer y cesárea.<sup>(3)</sup>

Kendell et al. Utilizando datos sobre 54.000 nacimientos durante un período de 12 años, encontraron que las admisiones psiquiátricas eran siete veces más frecuentes en los primeros 30 días después el parto que en el período previo al embarazo, lo que sugiere que los factores metabólicos

Podrían estar involucrados en la génesis de la psicosis postparto. También encontraron que entre las pacientes que desarrollaron psicosis postparto, el 72% -80% tenían trastorno bipolar o trastorno esquizoafectivo y el 12% tenía esquizofrenia.

Chandra et al, encontró que la mayoría de las mujeres con psicosis postparto (53%) tenían ideas delirantes que estaban relacionados con el bebé, tales como la idea de que alguien mataría al bebé o que el bebé se vería perjudicado por la leche materna.

Oosthuizen et al, comparo 20 mujeres con psicosis posparto y 20 mujeres con trastorno bipolar encontró que las primeras tenían cambios rápidos e intensos de estado de ánimo, más confusión, y más delirios de control, tales como el sentirse bajo la influencia de una fuerza irresistible que les hizo actuar completamente fuera de su propio control.<sup>(4)</sup>

Brockington encontró que el 31% de las mujeres sufrieron un episodio posterior. El riesgo es por lo tanto, uno de cada cinco embarazos subsiguiente. Las mujeres con psicosis más graves podrían tener un mayor riesgo.

Protheroe, encontró que la tasa de recurrencia en mujeres con signos de esquizofrenia fue del 47%, con un riesgo 24% después de cada embarazo.<sup>(5)</sup>

### ***Etiopatogenia***

#### **Factores de Predisponentes**

Entre ellos están la historia de trastorno depresivo mayor o de trastorno disfórico premenstrual, historia familiar de trastornos del estado de ánimo, embarazo no deseado, historia de amenaza de aborto, parto pretérmino, cesárea, el ser madre soltera o la disfunción de pareja, la baja autoestima materna, el bajo nivel socioeconómico, los embarazos no deseados o no planeados, y la imposibilidad de lactar o el cese temprano de la lactancia.

La evidencia clínica y estudios genéticos apoyan la hipótesis de que la mayoría de los casos de psicosis puerperal son manifestaciones de un trastorno afectivo previo en el que el puerperio actúa como desencadenante y los genes actúan como importante factor de aumento de susceptibilidad. La naturaleza del desencadenante puerperal es desconocida pero en vista de la brusca aparición en un momento en el que los cambios psicológicos son debidos fundamentalmente a cambios biológicos, hormonales sobre todo, es importante tener en cuenta el papel de los estrógenos, al ser éstos las hormonas que sufren mayor alteración en este momento.

Cuando la patología previa es un trastorno bipolar, la probabilidad de aparición de alteraciones psicóticas en el puerperio se eleva al 25%.<sup>(6)</sup>

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

La síntesis del estriol resulta de la actividad metabólica del hígado fetal; éste se produce en altas concentraciones durante el embarazo. Los estudios en animales han demostrado que el estradiol incrementa la acción neurotransmisora de la serotonina, al aumentar su síntesis y disminuir su recaptación. La brusca disminución en los niveles de estradiol posterior al

posparto, podría explicar teóricamente la depresión posparto<sup>(3)</sup> Los niveles elevados de estrógenos durante el embarazo estimulan la producción de la globulina fijadora de hormona tiroidea, lo que conduce a un aumento en la fijación de T3 (triyodotironina) y T4 (tiroxina), así como a una caída simultánea de T3 y T4 libre. En consecuencia, la hormona estimulante de la tiroides (TSH) aumenta para compensar la baja cantidad de hormonas tiroideas libres.

**Hormonas tiroideas.** La incidencia de la función tiroidea anormal aumenta levemente después del parto. En los seis meses posteriores al parto, las mujeres experimentan algún tipo de disfunción tiroidea, entre un 7 y 23% comparado con un 3 a 4% en la población general.

Jones y Craddock encontraron que la psicosis post-parto afectada al 74% de las madres con trastorno bipolar.<sup>(7)</sup>

Los niveles de progesterona caen bruscamente entre las primeras 24 horas y los niveles de estrógeno disminuyen cuando la placenta es expulsada. Los niveles séricos de prolactina aumentan progresivamente a lo largo de embarazo, aunque la acción de la hormona a estimular y mantener la lactancia está bloqueada por estrógeno, siempre y cuando la placenta este en útero.

Los niveles de cortisol, que se elevan tanto en el plasma y la orina; durante el embarazo, disminuye

considerablemente en las 4 horas post-parto.<sup>(6)</sup>

### ***El parricidio***

Estudios europeos y norteamericanos coinciden en que el parricidio se da en un 4% de todos los homicidios resueltos.

Dentro de las civilizaciones antiguas el infanticidio era considerado como un medio para eliminar todos aquellos niños que nacían con defecto físico. Los niños eran asesinados o abandonados para morir desnutridos o devorados por animales, fuera para el equilibrio de sexos, medidas económicas en las grandes poblaciones, por ser personas que no pueden soportar largas caminatas, por motivos religiosos, o por el derecho del padre el reconocer o no el derecho de vivir de su hijo (“Jus vital et nasci” – Roma).<sup>(8)</sup>

Luego se impondrían limitaciones al poder del patriarca, convirtiéndose entonces en delito el dar muerte a la propia madre, hijos o hermanos.

El parricidio se ha clasificado como: neonaticidio la muerte de un hijo en las primeras 24 horas, infanticidio cuando el niño tiene entre un día y un año y filicidio para los mayores de un año, es cometido principalmente por mujeres, madres jóvenes, en su mayoría sin patología psiquiátrica, pero en contextos socioeconómicos adversos, tales como: embarazo no deseado, ser madre soltera, vivir aún con sus padres y presentar serias dificultades financieras.

El resto de las madres, ya sean infanticidas o filicidas, en general son casadas o están viviendo con su pareja, presentan patología psiquiátrica importante, especialmente de la esfera anímica, incluida la depresión y la psicosis post-parto.<sup>(9)</sup>

Algunos estudios describen hasta un 76% de episodios psicóticos al momento del delito, mientras otros reportan que la primera causa de infanticidio sería la depresión postparto.

Además, en los casos de filicidios o infanticidios, habría otras causas relacionadas al hecho, como enfermedades del hijo o problemas maritales. También se ha visto que la mayoría de estas madres consumen alcohol y/o cocaína antes y después del parto. Otra causa, pero infrecuente es el síndrome de Munchausen por poder.<sup>(8)</sup>

Una clasificación que agrupa a las madres que matan a sus hijos, y que sintetiza lo expuesto anteriormente, es la que han hecho autores como Resnick y D’Orban y que tipifica a estas mujeres en cinco grupos: El filicidio materno obedece a cinco motivaciones básicas:

a) el filicidio altruista, la madre mata a su hijo por amor; considera que lo mejor para el niño es su muerte (p. ej., una madre con ideación suicida puede querer que su hijo huérfano no tenga que enfrentarse a un mundo intolerable, o bien una mujer que sufre psicosis puede creer que está

salvando a su hijo de un destino peor que la muerte).

b) el filicidio por psicosis aguda, la madre padece un cuadro de psicótico y asesina a su hijo sin que exista para ello un motivo comprensible (p. ej., una madre puede obedecer órdenes alucinatorias de matar a su hijo).

c) el filicidio por maltrato mortal, el fallecimiento del niño no suele ser un resultado buscado; se debe a la acumulación de problemas derivados del abuso infantil, la negligencia y el síndrome de Munchausen por poderes.

d) el filicidio del niño no deseado, la madre considera que su hijo es un estorbo.

e) el filicidio por venganza hacia el cónyuge, que tiene lugar cuando una madre asesina a su hijo con el objetivo específico de causar daño emocional al padre del niño.<sup>(10)</sup>

Sin embargo, algunos autores han encontrado limitaciones a esta clasificación por su subjetividad y han aparecido nuevas clasificaciones que se basan no sólo en la motivación sino también en la intencionalidad y la enfermedad mental.

Bourget y Gagné propusieron los siguientes tipos de madres filicidas: las que presentan una patología mental (el hecho puede ser realizado con o sin intención), las que maltratan de forma fatal (hecho accidental), las filicidas por venganza conyugal (hecho intencional), las altruistas

(intencional), y otras o no especificadas.

Para las clases anteriores se debe especificar si el delito se asocia a suicidio, abuso de sustancias y si era predecible o no.<sup>(11)</sup>

Con respecto al filicidio cometido por padres, no existe evidencia concluyente para decir si éste sería más, igual, o menos frecuente que el filicidio materno. También resulta controversial si éste sería o no parte de violencia intrafamiliar. Se han observado en este grupo altas tasas de suicidio posterior al acto (60-86%), y en la mayoría de ellos, la presencia de trastornos depresivos al momento del hecho. Un tercio estaría cursando un episodio psicótico al momento del ataque, especialmente aquellos que dan muerte a todo el núcleo familiar. Cabe señalar como dato de importancia que los padres adoptivos cometerían más filicidio que los padres biológicos.<sup>(12)</sup>

Adinkrah expone que el 62% de todos los homicidios en hijos de 0 a 5 años en EE.UU, desde 1976 hasta 1998 fue cometido por los padres; que en Australia eso ocurrió en el 70% y que en Canadá dos tercios de los homicidios de niños fueron cometidos por uno de los padres. Las estadísticas inglesas registran 56% de los niños murieron en manos de sus padres.

En otras sociedades, como Fiji, el filicidio es un componente importante de la violencia fatal: 13,9% de todos los homicidios, en el país en el periodo de estudio (13 años) fueron

filicidios; las madres fueron las atacantes en el 72%.

En India el filicidio materno es un fenómeno estrechamente vinculado a la preferencia por el hijo varón y se manifiesta en la utilización masiva del recurso del aborto selectivo para terminar los embarazos de fetos femeninos, como también en la desproporcionada mortalidad de infantes niñas; la dramática preferencia también se vislumbra en el precio inferior que se le adjudica a la partera por asistir un parto de niña y en la tarifa adicional para su exterminación.<sup>(13)</sup>

### **Conclusiones:**

1. El parricidio es un hecho impactante, que genera múltiples repercusiones en la sociedad, afortunadamente corresponde a un delito poco frecuente. Sin embargo, es un hecho relativamente mayor entre los pacientes psiquiátricos, siendo para el médico psiquiatra y los trabajadores de la salud mental de suma relevancia el conocimiento de este tema, tanto para el tratamiento de estos pacientes una vez ocurrido el hecho, como para la identificación y posible prevención de dichos actos.

2. Los programas de salud mental deben realizar esfuerzos para trabajar con la mujer que padece enfermedad mental establecida y aquellas con antecedentes psiquiátricos no tratados, detectar los hijos en riesgo, trabajar con la red de apoyo y realizar seguimiento a los casos de mujeres

que piensen en embarazarse y con las que efectivamente, lo hagan.

3. El diagnóstico inicial a considerar en una mujer que presenta psicosis postparto es el trastorno bipolar.

### **Bibliografía:**

1. Warner R, Appleby L, Whitton A, Faragher B. Demographic and obstetric risk factors for postnatal psychiatric morbidity. *Br J Psychiatry* 2006; 168(5): 607-11.
2. Riecher-Rossler A, Fallahpour M. Postpartum depression: *Acta Psychiatr Scand* 2008; 108: 51-6.
3. Carter A, Garrity-Rokous E, Maternal depression and comorbidity. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2010; 40:18-26.
4. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, Grant BF, Hasin DS. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2008; 65:805-815.
5. Canadian Medical Association journal, 2006 January 1; 134(1): 31-37. Postpartum psychiatric disorders.
6. Jones I, Craddock N. Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry* 2006; 158:913-7.
7. Jones I, Craddock N: Familiality of the puerperal trigger in bipolar disorder: results of a family study. *Am J Psychiatry* 2009;158:913-917



# POSTGRADO DE PSIQUIATRIA

---

REVISTA HONDUREÑA DEL POSTGRADO DE PSIQUIATRIA

8. Am J Psychiatry 166:4, April 2009  
Postpartum Psychosis: Detection  
of Risk and Management  
Margaret G. Spinelli, M.D.
9. Taguchi H. Maternal filicide in  
Japan: analyses of 96 cases and  
future directions for prevention.  
Seishin Shinkeigaku Zasshi 2007;  
109 (2): 110-27.
10. Resnick P. Murder of the  
newborn: a psychiatric review. Am  
J Psychiatry 2010; 126: 1414-20.
11. Bourget D, Gagné P. Maternal  
filicide in Québec. J Am Acad  
Psychiatry Law 2002; 30: 345-51.
12. Weekes-Shackelford VA,  
Shackelford TK. Methods of  
filicide: stepparents and genetic  
parents kill differently. Violence  
Vict 2004; 19 (1): 75-81.
13. Adinkrah M. When Parents Kill:  
An Analysis of Filicides in Fiji. Int  
J Offender Ther Comp Criminol  
2001; 45(2): 144-158