
Estudio piloto del trastorno mental puerperal severo*

CAMILO ALBERTO PEREZ, ANA LUCRECIA RAMIREZ

Este trabajo se realizó para definir los diagnósticos clínicos de 25 pacientes hospitalizadas por trastorno mental puerperal severo en instituciones de salud mental del Departamento de Antioquia, entre febrero de 1992 y octubre de 1993 y determinar si existe asociación significativa entre los diagnósticos más frecuentes y algunas variables demográficas, obstétricas y psiquiátricas. A cada paciente se le hizo una entrevista estructurada para establecer el diagnóstico clínico según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM III R). Los dos diagnósticos más frecuentes se cruzaron con las variables; ellos fueron: episodio maníaco de trastorno afectivo bipolar (TAB) (14 pacientes; 56%) y trastorno psicótico sin especificar (TPSE) (7 pacientes; 28%). No se halló asociación significativa entre estos diagnósticos, y las variables en consideración. Sí se la demostró entre hospitalización en los primeros 15 días del posparto y cualquiera de los siguientes: Trastornos Afectivos, Trastornos Psicóticos y TPSE ($p < 0.05$). Se propone la existencia de un subgrupo de los trastornos mentales puerperales, específico de este período, en el cual predominan los sínto-

mas delirantes, alucinatorios, de confusión y perplejidad y cuya aparición tiene lugar en los 15 primeros días del posparto.

PALABRAS CLAVE

TRASTORNO MENTAL PUERPERAL SEVERO
TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR
TRASTORNO PSICOTICO SIN ESPECIFICAR

INTRODUCCION

La enfermedad mental severa es una complicación rara del posparto. Hipócrates describió el caso de una mujer que luego de un parto gemelar se tornó inquieta y delirante y falleció 17 días después (1). Esquirol, en 1845, al describir la psicosis posparto, destacó el mayor riesgo de enfermedad mental en ese período (2). Marcé, en 1858, describió 310 casos y propuso la existencia de un síndrome psi-

DOCTOR CAMILO ALBERTO PEREZ, Residente, Departamento de Psiquiatría; DOCTORA ANA LUCRECIA RAMIREZ, Profesora de Cátedra, Departamento de Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Distinguido con el Premio al mejor trabajo libre en el Congreso Nacional de Psiquiatría, Medellín, octubre de 1993.

quiátrico puerperal, caracterizado por confusión y asociado con diversas manifestaciones psicóticas (3). Kraepelin, por el contrario, consideró al puerperio, simplemente, como un factor desencadenante de enfermedad mental (4).

Fondeur (5) y Protheroe (6) concluyen que la enfermedad mental puerperal no difiere de la que ocurre en otras épocas y no dudan al afirmar que la psicosis puerperal ocurre en mujeres predispuestas a psicosis de tipo esquizofrénico o maníaco depresivo. Dean y Kendell (7) consideran a las perturbaciones mentales del puerperio como similares a los trastornos funcionales que ocurren en otras épocas, pero no excluyen que algunos casos sean específicos del puerperio. Varios autores (3,8-10) encuentran ciertas características clínicas en pacientes con psicosis puerperal y la consideran como una entidad nosológica aparte. Katona (11) estima al puerperio como una poderosa influencia patoplástica y propone la existencia de subgrupos de población propensos a enfermedad afectiva, que tienden a hacer brotes específicamente en el puerperio.

Hasta la fecha persiste la controversia sobre si la enfermedad mental posparto es una categoría diagnóstica aparte o un conglomerado de diversos trastornos desencadenados por el estrés del parto. El DSM III R, la CIE 9 y la CIE 10 no consideran a la psicosis posparto como una categoría diagnóstica específica. Inwood (12) divide los trastornos psiquiátricos posparto en tres tipos: I: psicosis posparto (puerperal o reactiva breve). II: trastorno de ajuste con ánimo deprimido (*blues* posparto). III: trastorno afectivo mayor posparto (depresión mayor, neurosis posparto o reacción neurótica).

Este estudio pretendió definir los diagnósticos clínicos, según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM III R) (13), de pacientes hospitalizadas por trastorno mental puerperal severo (TMPS) en instituciones de salud mental del departamento de Antioquia y determinar si existe asociación entre los diagnósticos y diversas variables demográficas, obstétricas y psiquiátricas

MATERIALES Y METODOS

El estudio se llevó a cabo entre febrero de 1992 y octubre de 1993 e incluyó pacientes que residían en Antioquia, se ajustaban a la definición de TMPS y

habían sido hospitalizadas por el mismo en alguna de las instituciones que disponen de camas hospitalarias para atender pacientes psiquiátricos.

Se definió como TMPS a la serie de signos y síntomas de índole psiquiátrica manifiestos en mujeres durante los primeros 90 días posparto y que por su severidad ameritan hospitalización. Se analizaron las siguientes variables:

1. **Demográficas:** edad, escolaridad, ocupación, madresolitarismo y procedencia.

2. **Obstétricas:** número de gestaciones, forma de terminación de la gestación, muerte perinatal, parto prolongado y difícil y sitio de atención del parto.

3. **Psiquiátricas:** antecedente personal de atención psiquiátrica por trastorno mental puerperal u otro; antecedente familiar de atención psiquiátrica.

4. **Otras:** días transcurridos entre el parto y la hospitalización.

Inicialmente se dieron información y motivación acerca del estudio en las instituciones seleccionadas. La evaluación de las pacientes que cumplían los criterios para inclusión se hizo durante las dos primeras semanas de hospitalización. En un formulario diseñado por los investigadores se consignaron la información general acerca de la paciente y las variables ya enumeradas; como instrumento de diagnóstico clínico se utilizó la versión para el paciente de la Entrevista Clínica Estructurada para el Manual Diagnóstico y Estadístico (SCID-P) (15).

Se determinaron los diagnósticos y su frecuencia así como la frecuencia de cada una de las variables. Luego se cruzaron en forma separada los dos diagnósticos más frecuentes con dichas variables en busca de correlación. También se cruzaron con éstas los trastornos del estado de ánimo (TAB y depresión con síntomas psicóticos) y los trastornos psicóticos (TPSE y Trastorno Esquizo Afectivo). La significancia estadística ($p < 0.05$) se determinó por medio de la prueba de Fisher mediante el programa Epi Info.

RESULTADOS

Se captaron 25 pacientes; de ellas 23 fueron del Hospital Mental de Antioquia y 2 del ISS (Bello,

Antioquia). Los diagnósticos establecidos fueron los siguientes: episodio maníaco de Trastorno Afectivo Bipolar (TAB) (14 pacientes; 56%); Trastorno Psicótico sin Especificar (TPSE) (7 pacientes; 28%); Trastorno Esquizo Afectivo Tipo Depresivo (1 paciente 4%); Depresión Mayor con Síntomas Psicóticos (2 pacientes, 8%) y Psicosis Asociada a Epilepsia (1 paciente, 4%). Dos pacientes tuvieron el diagnóstico asociado de Fobia Simple y una el de dependencia de estimulantes (pasta básica de cocaína). De las 14 pacientes con TAB 11 tenían síntomas psicóticos que en 7 eran incongruentes con el estado de ánimo; dos de las 7 tuvieron sintomatología de confusión o perplejidad. De las 7 pacientes con con TPSE cuatro presentaron confusión o perplejidad.

Días transcurridos entre el parto y la hospitalización

La hospitalización más temprana tuvo lugar el mismo día del parto y correspondió a la paciente con psicosis asociada a epilepsia; la más tardía se produjo 112 días después del parto pero la paciente se incluyó en la casuística porque llevaba 30 días sintomática. La información sobre el tiempo transcurrido entre el parto y la aparición de los síntomas no se registró por no considerarla confiable. El tiempo promedio transcurrido fue 23, 51 y 20 días para las pacientes con TAB, TPSE y otros diagnósticos, respectivamente.

Edad, escolaridad, ocupación y procedencia

Ocho pacientes tenían 20 años o menos y otras cuatro 31 años o más; las 13 restantes se encontraban entre 21 y 30 años. La edad promedio fue 24.3 años.

Una paciente era analfabeta, 11 habían cursado algunos años de primaria y 13 tenían educación secundaria incompleta.

Había 20 desempleadas, 3 semiocupadas, 1 obrera y 1 artesana.

Doce pacientes procedían del área metropolitana de Medellín y 13 de otros municipios de Antioquia; ocho de éstas vivían en zonas rurales.

Madresolitarismo

Seis pacientes (24%) experimentaron madresolitarismo; en una de ellas esto ocurrió en el posparto.

Variables obstétricas

Hubo 10 (40%) primigestantes; 24 (96%) partos vaginales y una cesárea por parto prolongado y difícil; ninguna muerte perinatal; 22 (88%) partos hospitalarios y 3 (12%) domiciliarios.

Antecedente personal o familiar de atención psiquiátrica

Dos pacientes (8%) tuvieron antecedente de atención por trastorno mental puerperal (TMP); once (44%) habían sido atendidas por otro trastorno psiquiátrico; cuatro (16%) recibieron atención por la presencia simultánea de TMP y otro trastorno psiquiátrico. Las ocho pacientes restantes (32%) no tenían antecedentes personales de atención psiquiátrica.

Sólo 8 pacientes (32%) tenían antecedente familiar de atención psiquiátrica.

Estadía hospitalaria

La duración promedio de la hospitalización fue 33.7 días.

Análisis estadístico

No se encontró asociación significativa entre los diagnósticos Trastornos Afectivos (TAB y Depresión Mayor), Trastornos Psicóticos (TPSE y Trastorno Esquizoafectivo) y las diferentes variables analizadas. Al cruzar el diagnóstico de TPSE y la variable Confusión y/o Perplejidad se obtuvo un valor p de 0.06; igual resultado dio el cruce de Trastornos Psicóticos (TPSE y Trastorno Esquizoafectivo) con la variable Madresolitarismo.

Solo fueron estadísticamente significativas las correlaciones Trastornos Afectivos y hospitalización en los primeros 15 días posparto; Trastornos Psicóticos (TPSE y Trastorno Esquizoafectivo) y hospitalización en los primeros 15 días posparto y TPSE y hospitalización en los primeros 15 días posparto.

DISCUSION

En concordancia con lo descrito en la literatura (10,16,17) nuestros resultados confirman el predominio de los trastornos afectivos en el puerperio. Fue

llamativo encontrar síntomas psicóticos en 11 de las 14 pacientes con Trastorno Afectivo Bipolar y que en 7 de ellas fueran incongruentes con el estado de ánimo. En los trastornos afectivos que ocurren en épocas diferentes al puerperio no es tan claro el predominio de los síntomas psicóticos. Esta diferencia puede ser motivo de estudios futuros.

Dado que en este trabajo se emplearon los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM III R) no es posible comparar nuestros resultados con respecto al TPSE con los de otros trabajos que clasificaron según el RDC o la CIE 9 (10,13,17-19).

A pesar de que este es un trabajo descriptivo y de casuística reducida la falta de correlación entre los dos diagnósticos más frecuentes y las diversas variables está en desacuerdo con lo reportado por Kendell y colaboradores (18); en efecto, estos autores hallaron incrementado el riesgo de admisión psiquiátrica o contacto psiquiátrico, o ambos, en pacientes no casadas, en las que tenían el primer hijo, en las que terminaban la gestación por cesárea o cuando había muerte perinatal. La discrepancia de resultados puede dar lugar a estudios adicionales de la asociación entre TMPS y estas variables.

La correlación significativa del TPSE con hospitalización en los primeros 15 días del posparto y un valor p de 0.06 al correlacionar TPSE con la sintomatología de Confusión y/o Perplejidad sugieren la posible existencia, en el grupo de los TMPS, de dos subgrupos de pacientes: uno con trastorno específico del puerperio y otro conformado por trastornos psiquiátricos funcionales; en éste los eventos del parto y el puerperio contribuirían a hacer a las pacientes más susceptibles a desarrollar el fenómeno, como lo han propuesto Dean y Kendell (11).

Fue llamativo encontrar que sólo 5 de las 17 pacientes con antecedente personal de atención psiquiátrica habían tenido atención ambulatoria; este hallazgo, asociado al alto riesgo de hospitalización por enfermedad mental durante el primer mes posparto, permite proponer la importancia de indagar sobre antecedentes personales de hospitalización por enfermedad mental, durante el control prenatal y aun al ingreso para la atención del parto; así se podrían detectar tempranamente las pacientes con mayor riesgo de enfermedad mental puerperal e iniciar un tratamiento profiláctico o un método de control sintomático después del parto.

REPORTE DE CASOS REPRESENTATIVOS

Caso N° 1

Mujer de 32 años, multigestante, que inició síntomas psiquiátricos a los 8 días de un parto gemelar y fue hospitalizada un día después. Presentaba como manifestaciones llamativas confusión, desorientación, perplejidad, falsos reconocimientos, labilidad afectiva, bloqueos del pensamiento, transmisión del pensamiento, alucinaciones auditivas y conductas desinhibidas. Once años antes, en otro parto, había tenido también un trastorno mental que ameritó hospitalización. Su madre, luego de un parto gemelar, tuvo alteraciones mentales que requirieron tratamiento hospitalario.

Caso N° 2

Mujer de 26 años, multigestante, que inició sintomatología un mes después del parto. Presentaba labilidad afectiva, irritabilidad, confusión y perplejidad; eran además muy llamativas las ideas nihilistas y las experiencias de despersonalización y desrealización. En 1987, al final del tercer mes del posparto, había presentado un cuadro clínico de iguales características por el cual fue hospitalizada. No tenía antecedentes familiares de atención psiquiátrica.

SUMMARY

SEVERE PUERPERAL MENTAL ILLNESS

Twenty five patients were hospitalized with severe puerperal mental illness, between February 1992 and October 1993, in mental institutions of Antioquia, Colombia. We studied them in order to establish their diagnoses and to determine associations between them and several demographic, obstetric and psychiatric variables. Diagnoses were established according to the Diagnostic and Statistical Manual (DSM III R). Fourteen patients (56%) had the Manic subtype of Bipolar Disorder; seven (28%) suffered from NOS Psychotic Disorder; two patients presented Major Depression with Psychotic symptoms; a case was found of each of the following: Depressive type of Schyzoaffective Disorder and Psychosis associated with epilepsy. No association was found between the two most

frequent diagnoses and the analyzed variables but it did exist ($p < 0.005$) between each of the following and the need to hospitalize during the first 15 days of the puerperium: Affective Disorders, Psychotic Disorders and NOS Psychotic Disorder.

On the basis of our findings we propose the existence of a specific subgroup of puerperal mental illnesses, that appears during the first fifteen post partum days; the predominant symptoms are delirium, hallucinations, confusion and perplexity.

BIBLIOGRAFIA

1. HAMILTON J. Post partum psychiatric problems. St Louis: CV Mosby, 1962. 126 p.
2. ESQUIROL J, HUNT K. Mental maladies: a treatise on insanity. New York: Hafner Publishing Co, 1965.
3. MARCE L. Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices. Paris: Bailliere, 1958.
4. KRAEPELIN E, BARELAY RM. Maniac depressive insanity and paranoia. 8th ed. Edinburg and Livingstone, 1921.
5. FONDEUR M, FIXSEN C, TRIEBEL WA, WHITE MA. Post partum mental illness: controlled study. *Arch Neurol Psych* 1957; 77: 503-512.
6. PROTHEROE C. Puerperal psychoses: a long term study 1927-1961. *Br J Psych* 1969; 115: 9-30.
7. DEAN C, KENDELL RE. The symptomatology of puerperal illness. *Br J Psych* 1981; 139: 128-133.
8. HAYS P, DOUGLAS A. A comparison of puerperal psychosis and the schizophreniform variant of maniac depression. *Acta Psych Scand* 1984; 69: 177-181.
9. KADRMASA, WINOKUR G, CROWE R. Post partum mania. *Br J Psych* 1979; 135: 551-554.
10. BROCKINGTON IF, CERNIK KF, SCHOFIELD EM, et al. Puerperal psychosis: phenomena and diagnosis. *Arch Gen Psych* 1981; 38: 829-833.
11. KATONA C. Puerperal mental illness. Comparisons with non puerperal controls. *Br J Psych* 1982; 141: 447-452.
12. INWOOD DG. The spectrum of post partum psychiatric disorders. In: Recent advances in post partum psychiatric disorders. Washington: American Psychiatric Press Inc, 1985: 2-18.
13. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3th ed revised. Washington: American Psychiatric Association, 1987.
14. SEMPERTEGUI F. Criterios para definir una escala de categorías ocupacionales. Lactancia materna en el Ecuador. Sociedad Ecuatoriana de Pediatría, 1979.
15. SPITZER RL, WILLIAMS JBW. Structured clinical interview for DSM III R. Patient version (SCID-P 7/1/85). Biometrics Research Department. New York State Psychiatric Institute. New York.
16. DAVIDSON J, ROBERTSON E. A follow up study of post partum illness, 1946-1978. *Acta Psych Scand* 1985; 71: 451-457.
17. MELTZER E, KUMAR R. Puerperal mental illness. Clinical features and classification: a study of 142 mother and baby admissions. *Br J Psych* 1985; 147: 647-654.
18. KENDELL R, CHALMAN J, PLATZ C. Epidemiology of puerperal psychosis. *Br J Psych* 1987; 150: 662-673.
19. SHOEB IH, HASSAN GA. Post partum psychosis in the Assir region of Saudi Arabia. *Br J Psych* 1991; 157: 427-430.