



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República
Facultad de Psicología

Trabajo final de grado. Modalidad ensayo académico

**La psicosis puerperal: aportes sobre una entidad
invisibilizada**

Estudiante: María Clio Olivera García

CI: 4.817.119-8

Tutor: Prof. adjunto Dr. Jorge Bafico Álvarez

Revisora: Prof.^a adjunta Mag. Geraldina Pezzani di Falco

Montevideo, Uruguay

Mayo de 2024

Agradecimientos

En este momento tan especial, de cierre y apertura, los agradecimientos son inmensos e inabarcables dado el escueto espacio. Envío un abrazo y llevo en mi corazón a todas y todos quienes me acompañaron en este hermoso viaje. Muy especialmente, quisiera mencionar a mi hijo Valentino, a mi padre Oscar, a Martina, Graciela, y a mis entrañables amistades, entre ellas Ine y Leo. A la UdelaR y nuestra hermosa casa de estudios, la Facultad de Psicología. Allí conocí geniales facuamigos que se transformaron en amistades de la vida, entre ellas Sebita. S, Lu, Mati y Seba. A Sabrina e Iván, psicólogos que me acompañaron en diferentes momentos de mi vida y con los que me enamoré de esta hermosa profesión. A Fernando y Adriana Molas, psicólogos y docentes llenos de vocación. A mi tutor Jorge, también mi docente durante casi toda la carrera, con quien aprendí mucho sobre las psicosis, pero también sobre cosas tan importantes que no están en los libros, como ser el respeto por los pacientes. Mi construcción en relación a la temática aquí desarrollada, comenzó mucho antes de la escritura de este trabajo y a su lado. Gracias por aceptar ser mi tutor y habilitar a materializar mi deseo en este lindo y disfrutable proceso de TFG. Acompañándome y poniendo a disposición lo que estaba a su alcance. A mi revisora Geraldina, quien también fue parte de mi formación en relación a la temática y agradezco que forme parte de este trabajo dada su sabiduría, experiencia y vocación con las mujeres del hospital Vilardebó. A todas aquellas mujeres que compartieron sus singulares experiencias de la maternidad conmigo.

A todas y todos, mis gracias. Siempre infinitas y llenas de amor.

Índice

Introducción	4
Psicosis	5
Trastornos mentales en relación al embarazo, parto y puerperio. Reseña histórica	8
Psicosis puerperal: vertientes conceptuales y características principales	9
Epidemiología	10
Etiopatogenia y factores de riesgo	111
Factores genéticos y biológicos	13
Factores psicosociales	14
Factores psicodinámicos	14
Clínica	16
Las psicosis puerperales gravídicas	17
Las psicosis puerperales posparto	17
Las psicosis puerperales tardías	18
Las psicosis postaborto	18
El delirio en las psicosis puerperales	19
El rol de la maternidad y la psicosis puerperal	20
Diagnóstico	24
Tratamiento	25
Tratamiento psicofarmacológico	26
Terapia electroconvulsiva	26
Abordaje psicoterapéutico y psicosocial	27
Pronóstico	29
Conclusiones	30
Referencias bibliográficas	33

Introducción

Se considera a la psicosis puerperal como el trastorno mental más grave que se puede presentar durante el embarazo, parto y puerperio. En estos periodos vinculados a la reproducción, las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad psíquica, donde se incrementan los riesgos de padecer enfermedades mentales. Los trastornos psíquicos perinatales suelen estar infradiagnosticados y pueden tener consecuencias de gran alcance tanto para la madre como para el bebé. En el caso específico de las psicosis puerperales, el suicidio e infanticidio aparecen como los riesgos más fatídicos, por lo cual requieren de una atención urgente (Sharma y Sommerdyk, 2014; Rai, Pathak y Sharma, 2015).

Este trabajo aborda dichos episodios psicóticos transitorios en distintas dimensiones, dando cuenta de las diferentes vertientes conceptuales y sus dificultades en cuanto a los consensos nosológicos, los puntos de encuentro y las líneas de fuga en relación a la temática, su impacto en el diagnóstico y los obstáculos para este. El análisis recorre las fluctuaciones teóricas y su desarrollo durante el tiempo, incluyendo las concepciones clásicas y aportes contemporáneos. Se abordan las psicosis desde la perspectiva psicoanalítica lacaniana, se contrastan distintos autores y se problematiza en torno a la maternidad, sus aspectos psicodinámicos y su rol en las psicosis puerperales.

A lo largo del ensayo se destacan aspectos clínicos y psicopatológicos, así como también la articulación de las intervenciones interdisciplinarias y la importancia de las unidades especializadas que integran a la madre y al bebé en el tratamiento, y se analiza el impacto y las consecuencias de dichas crisis en relación a lo vincular. Desde un posicionamiento que integra las dimensiones biológicas, psicológicas y ambientales se da cuenta de los tratamientos aplicados habitualmente en distintas disciplinas, donde el abordaje psicoterapéutico y psicosocial ocupa un lugar central en el tránsito de estas crisis, su recuperación y seguimiento. La importancia de los factores de riesgo, detección temprana, diagnóstico y la implementación de un tratamiento oportuno se fundamentan en diversas producciones científicas al respecto, en donde estos aspectos se configuran como indispensables para minimizar los daños y potenciar los pronósticos favorables.

Psicosis

Para conceptualizar las psicosis desde el enfoque teórico psicoanalítico, cabe dirigirse inicialmente a Freud, autor fundador de dicha corriente. Ya avanzada su producción teórica, publica en 1924 *El yo y el ello* y otras obras, en donde se encuentra “Neurosis y psicosis”, escrita en 1923. En este texto se vale de su segunda tónica y problematiza en relación al origen y la prevención de las psicosis. Conceptualiza lo que considera la distinción más importante entre ellas y da cuenta de que “la neurosis es el resultado de un conflicto entre el yo y su ello, en tanto que la psicosis es el desenlace análogo de una similar perturbación en los vínculos entre el yo y el mundo exterior” (Freud, 1924/1993, p. 155).

Freud (1924/1993), para desarrollar su teoría, remite al concepto *amentia* de Meynert (como se citó en Freud, 1924/1993), el cual refiere al cuadro más extremo de la psicosis: la confusión alucinatoria aguda. En esta la interacción entre la percepción y el mundo exterior se ve afectada, siendo nula o ineficaz. Habitualmente, son dos las formas conocidas con las que el mundo exterior gobierna al ello. En primera instancia, sucede a través de las percepciones actuales, desde las cuales es posible la formulación de nuevas percepciones. En una segunda instancia, lo que Freud (1924/1993) denomina “tesoro mnémico de percepciones anteriores”, entendido como “mundo interior, un patrimonio y componente del yo” (p. 156). Cuando sucede la *amentia*, además de no formularse nuevas percepciones, también se despreja al tesoro mnémico del mundo interno, que hasta el momento representaba al mundo exterior como su copia.

La teoría freudiana plantea que en esta instancia es indiscutible el hecho de que el yo elabora un nuevo mundo interior y exterior, el cual se basa en las mociones de deseo del ello. Esta ruptura con el mundo exterior tiene su origen en la frustración insoportable de un deseo prohibido por la realidad. Esta etiología de las psicosis, dadas por el incumplimiento de deseos perpetuamente indomables de la infancia, termina siendo una frustración externa, que se origina, sin embargo, en una instancia interna dentro del superyó, la que reemplaza el pedido de la realidad.

En relación con dicho conflicto, la posibilidad de la aparición de un producto patógeno dependerá directamente del accionar del yo, pues, si este es capaz de contener al ello, permanecerá dentro de las demandas de la realidad. En cambio, si es dominado por el ello, en consecuencia, será arrancado de esta. La participación del superyó complejiza la situación dadas sus propias características, ya que en sí mismo coexisten influjos del ello y del mundo exterior, que es, además, el ideal a alcanzar por el yo. Las formaciones delirantes han sido concebidas como

un parche colocado en el lugar donde originariamente se produjo una desgarradura en el vínculo del yo con el mundo exterior... En el cuadro clínico de la psicosis los fenómenos del proceso patógeno a menudo están ocultos por los de un intento de curación o de reconstrucción, que se les superponen (Freud, 1924/1993, p. 157).

En la obra de Jacques Lacan las psicosis poseen un lugar central a lo largo de su producción teórica. Se destacan *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad* (1933), su *Seminario 3* (1956) y el escrito "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis" (1966), en donde plantea que, para su antecesor Freud, el campo de las psicosis se divide en dos (la paranoia y la parafrenia), y que en el ámbito psiquiátrico estas corresponden a lo que siempre se llamó *locuras*.

Lacan (1933) critica el paralelismo psicofísico imperante. Plantea que las psicosis son un *enigma* y que son posibles aun en ausencia de lesiones orgánicas o de déficit en las capacidades, fundamentando esto con el caso "Aimée". Allí adhiere a nociones de Spinoza (1980, como se citó en Arenas, 2019) y se distancia de las concepciones clásicas de la psiquiatría y del posicionamiento de Clérambault (1920, como se citó en Arenas, 2019). Este último es considerado como un "feroz defensor de una concepción organicista extrema" (Lacan, 1956, p. 14) y reconocido por sus destacados aportes a la psiquiatría como ser el síndrome de automatismo mental y los posteriores fenómenos elementales como manifestaciones características de las psicosis.

Lacan (1956) realiza una distinción entre las psicosis y la locura. Con una mirada estructuralista, en su icónica frase "no es loco quien quiere sino quien puede" esboza que solo es posible el desencadenamiento de lo que se conoce como locura (producciones alucinatorias y delirantes) en cierta estructura dada: la psicótica. En otras palabras, la locura solo puede manifestarse en dicha estructura y, aunque no se desencadenen fenómenos alucinatorios o se presenten producciones delirantes, el sujeto no deja de ser psicótico.

Este autor teoriza a la estructura de la psicosis como resultante de lo que denomina la *forclusión del Nombre-del-Padre*. La forclusión es un concepto que parte del ámbito jurídico, el cual Lacan (1957) utiliza para dar cuenta del mecanismo que opera en la psicosis. En relación con esto, Lacan (1966) retoma el concepto freudiano *Verwerfung* (1894) y señala que

la *Verwerfung* será pues considerada por nosotros como forclusión del significante. En el punto donde, ya veremos cómo, es llamado el Nombre-del-Padre, puede pues responder en el Otro un puro y simple agujero, el cual por la carencia del efecto metafórico provocará un agujero correspondiente en el lugar de la significación fálica (p. 534).

Detalla que

...a saber, la forclusión del Nombre-del-Padre en el lugar del Otro, y en el fracaso de la metáfora paterna, donde designamos el defecto que da a la psicosis su condición esencial, con la estructura que la separa de la neurosis (p. 550).

Así, dicha forclusión produce un agujero en lo simbólico, ya que la metáfora paterna no logra inscribirse, dándose el rechazo del principal significante en la cadena de significantes. En estos casos, el S (asujeto) no podrá tener lugar como \$ (sujeto tachado-deseante) por el significante de la castración. Dor (1992) señala que “basta con que el significante amo Nombre del Padre no advenga en el proceso de esa sustitución metafórica, para que toda la relación que el sujeto mantiene con el orden simbólico resulte proporcionalmente perturbada” (p. 30).

Ante los efectos de la forclusión, los fenómenos en la psicosis no tienen la estructura de la cadena significativa. Presentan la estructura de una cadena rota, en donde el significante no es simbólico. A esto, los síntomas y las formaciones del inconsciente no se constituyen como retornos de lo reprimido, sino que se dan los fenómenos elementales que reeditan la estructura del significante forcluido. Lacan (1956) señala que lo forcluido en lo simbólico retorna en lo real, pudiendo conceptualizar entonces a la psicosis como un déficit en lo simbólico (Urriolagoitia, 2012).

Con relación a la psicosis, Bafico (1997) señala que habitualmente se comprende

como la aparición de fenómenos de psicosis o mejor dicho como manifestaciones alucinatorias o constitución del delirio.

La clínica psicoanalítica no es una clínica descriptiva fenomenológica, sino que es una clínica estructural, entendiendo como estructura un grupo de elementos que forman un conjunto co-variante...

A partir de esto tenemos un primer punto para pensar las psicosis de otra forma a la descriptiva fenomenológica (p. 114).

En la misma línea, Chollet (2019) señala que “desde el psicoanálisis se desprende que la sintomatología del sujeto no responde a causalidades lineales, sino que está determinada por la complejidad que encarna el concepto de estructura psíquica” (p. 5).

Trastornos mentales en relación al embarazo, parto y puerperio.

Reseña histórica

La identificación de la psicosis con relación al puerperio remonta a la época grecorromana, con Hipócrates en el 460 a. de C. y por Sorano de Éfeso en el 100 d. de C. Este último las señala como parte de la “frenitis aguda”, entendida como “enfermedad mental aguda, acompañada por fiebre aguda, movimientos sin sentido de las manos y pulso pequeño y pleno” (Ackerknecht, 1962, p. 14). El cuadro también presenta alteraciones en el sueño, como ser pesadillas o insomnio, dolores hipocondrios, de cabeza o de diafragma. Al respecto, cabe destacar que la nominación *frenitis* etimológicamente alude a “enfermedad del diafragma” (Dicciomed, s. f., definición 2). Sorano estima que no hay un único y específico signo como precursor de la frenitis, pero que, frente a la combinación de tales síntomas, puede preverse su eclosión, lo cual considera relevante dadas las características delicadas de la enfermedad (Ackerknecht, 1962). Posteriormente, a lo largo de los siglos, las concepciones en relación con las áreas de afección de la enfermedad se diversificaron según distintos autores.

El cuadro de la frenitis representaba un estado agudo o transitorio, opuesto al de la *locura convencional* (manía), el cual daba cuenta de diversos cuadros de delirio y agitación. Sin embargo, estos cuadros se combinaban, y era la fiebre la base sobre la que se certificaba la locura. La melancolía, en cambio, se refería a una afección prolongada en el tiempo. En los conjuntos patológicos aislados del corpus hipocrático, entendidos como frenitis, manía, melancolía y epilepsia (a excepción de esta última), no se separaron ni sistematizaron en cuanto a sus causas, diagnósticos, pronósticos y tratamientos (Martínez, 1991, como se citó en Vaschetto y Gutiérrez, 2020).

Es a fines del siglo XVIII y principios del XIX cuando comienzan a describirse específicamente los cuadros psicóticos puerperales y a categorizarse las patologías ligadas a la maternidad. En Francia se destacan Pinel (1801), reconocido por sus reformas en los centros de alienados mentales, y Esquirol (1838), quien describió más de cien casos de psicosis puerperales. Este último señaló en sus escritos que la frecuencia de estos cuadros era mucho mayor a las cifras existentes en los hospitales psiquiátricos, ya que, en ellos, no era habitual el alumbramiento por aquellos años (Trede, Baldessarini, Viguera y Bottero, 2009, como se citó en Olza Fernández, García Esteve, Lasheras y Farré, 2011). En Estados Unidos encontramos a Mac Donald (1847), en Inglaterra a Webster (1848) y en Alemania a Fürstner (1875).

El médico francés Louis-Victor Marcé, quien se formó como psiquiatra en el hospital psiquiátrico fundado por Esquirol, publicó en 1858 el libro *Traité de la Folie des femmes*

enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices (Tratado sobre la locura de las mujeres embarazadas, recién paridas y de las nodrizas). Se considera a este referente texto monográfico como el primer tratado de psiquiatría perinatal, donde se problematizan los aspectos etiopatogénicos y nosológicos de los trastornos mentales con relación al embarazo, el parto y el puerperio (Monchablón y Peralta, 1995; Olza Fernández et al., 2011; Vaschetto y Gutiérrez, 2020). Es a finales del siglo XIX cuando se comienza a instalar esta categoría de los estados mórbidos en el embarazo y puerperio en Colombia y Argentina, relacionada directamente a las políticas de maternidad y la fuerte tendencia a la institucionalización del parto en esta época histórica (Vaschetto y Gutiérrez, 2020).

En 1965, Henri Ey, destacado referente de la psicopatología y reconocido por la integración de elementos del psicoanálisis y la psiquiatría en su producción teórica, aborda las psicosis puerperales en su *Tratado de psiquiatría* con un enfoque biológico y psicosocial, destacando el aspecto multidimensional de la etiología de las afecciones psiquiátricas.

Es a finales de los años 70 cuando los profesionales especializados en salud mental perinatal Channi Kumar, James Hamilton e Ian Brockington formaron una sociedad internacional interdisciplinaria, enfocada en el abordaje de los trastornos mentales relacionados con el embarazo y el nacimiento. La Sociedad Marcé, nombrada así en recuerdo al icónico autor Louis-Victor Marcé, realizó en julio de 1980, en la ciudad de Manchester, la primera reunión internacional sobre trastornos mentales del puerperio, en clave de la comprensión, la prevención y el tratamiento de estos trastornos (Olza Fernández et al., 2011).

Psicosis puerperal: vertientes conceptuales y características principales

A la hora de conceptualizar la psicosis puerperal son múltiples las visiones al respecto y existen variables teóricas con relación a su inicio acerca del parto. La corriente francesa-anglosajona la concibe como una entidad específica, mientras que la americana (DSM/CIE) la considera como una psicosis afectiva que se desencadena en el periodo del posparto.

Ey (1965) destina íntegra y exclusivamente el capítulo IV de su libro *Tratado de psiquiatría* para abordar las psicosis puerperales como una entidad específica. Allí plantea que los “trastornos psico-puerperales son diversos” y señala a las psicosis puerperales como “todos los accidentes psiquiátricos del embarazo, el puerperio y del aborto” (p. 625). En esta apreciación,

al incluir el periodo gestacional, su interrupción, el postalumbramiento y la lactancia (identificada como episodio tardío), amplía el rango en los cuales podrían desarrollarse estas psicosis. Todos ellos relacionados directamente a la reproducción en la mujer. Ey (1965) señala la diversidad del cuadro, indicando que puede oscilar desde una reacción neurótica leve hasta una psicosis de largo transcurso.

Treinta años después, Monchablón y Peralta (1995) conciben como descripción clásica de la psicosis puerperal a una psicosis confusional (*amencia*, según la literatura germana). Esta presenta una irrupción brusca en mujeres sanas que han dado a luz en un periodo de hasta dos semanas. En los 2000, Clifford William Allwood, Michael Berk y Wilhelm Bodemer la definen como un episodio psicótico, grave y dramático, con un importante impacto en términos de morbilidad, desarrollo psicológico del infante y relación conyugal, y que se desarrolla dentro de los noventa días posteriores al parto.

Actualmente, son dos las vertientes conceptuales predominantes en relación con la psicosis puerperal. Por un lado, el DSMV (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), que las ubica dentro de los trastornos psicóticos breves con inicio en el periparto, durante el embarazo o en las primeras cuatro semanas después del parto. Por otro, el CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2023), que establece un capítulo independiente para las patologías perinatales, en donde se describen los trastornos mentales con síntomas psicóticos en el embarazo, parto y puerperio.

Epidemiología

Los estudios epidemiológicos de Kendell et al. (1987) y Munk-Olsen et al. (2006) destacan que las mujeres tienen más probabilidades de ser ingresadas en una unidad psiquiátrica después del parto que en cualquier otro momento de sus vidas (como se citó en Doucet, Dennis, Letourneau y Blackmore, 2009). Las pacientes menores de 25 años son las que integran el 81 % de los síndromes psiquiátricos en el postparto (Rai, Pathak y Sharma, 2015).

Dadas las diferencias en la nosografía utilizadas internacionalmente en relación con la psicosis puerperal, existen discrepancias en la nomenclatura diagnóstica que figura en las estadísticas. En las inglesas se señalan las psicosis afectivas, en las norteamericanas las psicosis esquizofrénicas puerperales y en las francesas las psicosis puerperales como *bouffée délirante* (Moure, 1997).

A la hora de establecer cifras en relación con la frecuencia de la ocurrencia de estos episodios, cabe destacar la noción de Rai, Pathak y Sharma (2015), quienes destacan que las psicosis puerperales son infradiagnosticadas. Ey (1965) plantea que la mayoría de los autores admiten un caso cada trescientos partos, que representan el 4 % del total de las mujeres ingresadas en hospitales psiquiátricos. Sin embargo, Monchablón y Peralta (1995) plantean que la mayoría de los autores admiten que las psicosis puerperales se presentan en uno o dos casos cada mil partos, dentro de los cuales el 80 % emerge en las dos primeras semanas, representando el 2,8 % del total de las mujeres ingresadas en hospitales psiquiátricos. Ambas producciones teóricas coinciden en que las cifras arrojan que la mayor parte de los episodios se producen durante el posparto (80 %), le sigue el periodo de la lactancia (psicosis de la lactancia o psicosis tardía) y en una menor incidencia las psicosis gravídicas, producidas durante la gestación.

Etiopatogenia y factores de riesgo

La psicosis puerperal no escapa a la condición de muchos trastornos mentales, donde la fuerte tendencia del modelo médico hegemónico es encontrar una causa específica de índole genética o biológica para el origen de estos episodios. Aún hoy no hay evidencia que respalde una causa específica de corte biologicista. Cabe destacar que, a la hora de desarrollar la etiopatogenia, no posicionarme desde la concepción del ser humano (en este caso, la mujer) como una integralidad es un error, el cual decantaría perjudicialmente en una mirada fragmentaria y reduccionista a la hora de conceptualizar y abordar las psicosis puerperales.

En este capítulo se encontrarán separados los factores genéticos, biológicos, psicosociales y psicodinámicos a modo exclusivamente organizacional, ya que me posiciono desde la mirada de Carrasco (como se citó en Amorín, 2012), donde el ser es una unidad biopsicoambiental (Amorín, 2012). Lo biológico refiere a las disposiciones biológicas y no implica solamente lo innato, leyes inmanentes del desarrollo. Lo psicológico alude a los procesos de conocimiento, al desarrollo de la inteligencia y al desarrollo de la afectividad en conjunción con la sexualidad. Y, por último, la dimensión ambiental incluye lo social, lo cultural y lo ecológico, integrando las variables fisicoquímicas. Se vincula al medio y al contexto en el cual el sujeto se encuentra inmerso. Esta triangulación conceptual está en constante interrelación e interjuego, y es la naturaleza del ser.

“El ser humano es un ser concreto en situación, esto significa que la persona es inseparable de la situación en la que vive” (Carrasco, 1983, p. 119). Dicha situación se configura por diferentes variables, como el espacio, el tiempo, los hechos y acontecimientos que se dan en la existencia del ser. Estas variables correlacionadas entre sí se encuentran determinadas por el proceso histórico que antecede y configura cualitativamente la situación.

Carrasco (1983) plantea al ser como “ser en Situación” en donde “la historia es un desarrollo longitudinal en el tiempo, la Situación es un corte transversal en el curso de dicho desarrollo” (p. 119). Esta concepción implica visualizar simultáneamente al ser como “sujeto y objeto de la historia, producto y productor de la misma, receptor y transformador potencial de la situación en que vive” (Carrasco, 1983, p. 119). La situación como estructura sintetizadora integra las contradicciones de la historia, las realizaciones y los acontecimientos, siendo así reflejados y proyectados en cada individuo. El concepto “ser en Situación” da cuenta del individuo como “reflejo de la situación en la que vive” (Carrasco, 1983, p. 119).

En el análisis etiológico de los episodios psicóticos puerperales prima lo multifactorial, en donde se incluyen aspectos genéticos, biológicos, psicosociales y psicodinámicos como posibles predictores y/o potenciales para el desencadenamiento. Sin embargo, no se han establecido jerarquías que definan cuáles son necesarios o suficientes para el brote. La guía del National Institute for Health and Care Excellence (NICE) plantea que el riesgo de psicosis perinatal es del 0,1 al 0,25 %, ascendiendo hasta un 50 % en casos con trastorno bipolar (Taylor, Paton y Kapur, 2009).

Entre los factores de riesgo asociados se destaca la primiparidad con una prevalencia de hasta 50 %, dado que el primer embarazo supone un mayor estrés (Calvo Medel, 2016). También se encuentran complicaciones perinatales, natales o cesárea, antecedentes de depresión y ansiedad, especialmente; antecedentes de enfermedades psicóticas, episodio previo de trastornos puerperales y antecedentes familiares de enfermedades psiquiátricas; madres solteras, escasas redes de apoyo o conyugales, aislamiento social, historia de abuso sexual, rasgos de personalidad vulnerable y acontecimientos vitales estresantes, especialmente durante el embarazo y cerca del parto (Rai et al., 2015). Dichos factores son los que más se visualizan en este tipo de accidentes.

Ey (1965), en este aspecto, destaca el factor situacional de la mujer. Lo define como un factor integrado por componentes tanto psicosociales como biológicos, en donde se pone en juego la personalidad de la implicada, aunque dichos aspectos siempre deben tenerse en cuenta aparte de los factores genéticos, hormonales y toxiinfecciosos. Sin embargo, Vallejo Ruiloba (2011) señala a los trastornos afectivos como la causa más frecuente para el desarrollo de las psicosis

puerperales. Allí sintetiza las cuatro hipótesis planteadas por Waldmann (como se citó en Vallejo Ruiloba, 2011) con intenciones de justificar el cuadro. Estas son: “1. Síndrome de debilidad emocional hiperestésico; 2. reacción anómala frente a las nuevas responsabilidades; 3. consecuencia de las rápidas variaciones hormonales; 4. expresión de una psicosis subyacente” (Vallejo Ruiloba, 2011, p. 608).

Factores genéticos y biológicos

No se ha podido establecer una alusión específica a ciertos genes implicados en la génesis de la psicosis postparto. Ey (1965) plantea la importancia del terreno mental previo (degeneración mental) de la mujer en la que se desarrolla el cuadro, donde varios autores del siglo XIX conceptualizan que este tipo de accidentes solo salen a la luz en portadoras de una “tara psiquiátrica latente” (Ey, 1965, p. 626). Allí, la psicosis puerperal no sería más que una “evolución psicótica”. Las relaciones genéticas más significativas se encuentran en familias con herencia maníaco-depresiva. Calvo Medel (2016) observa que hasta un 60 % de las mujeres que padecen psicosis puerperal poseen antecedentes familiares con trastornos afectivos, especialmente en hermanas y madres con trastorno posparto (Rai et al., 2015).

Con relación al embarazo, este es un acontecimiento de gran importancia que afecta múltiples dimensiones de la vida de la mujer. En el aspecto biológico, produce modificaciones en el metabolismo en varias áreas, y se encuentra, en las modificaciones endocrinas, una correlación con los trastornos mentales (Ey, 1965).

En cuanto al parto, en la primera y segunda etapa descienden notablemente los niveles de progesterona. Tras la expulsión de la placenta, sucede lo mismo con los estrógenos. Estos últimos repercuten en el sistema monoaminérgico, en la dopamina y la serotonina, que influyen en la sintomatología afectiva y psicótica (Rai et al., 2015).

El aspecto hormonal cobra relevancia, sobre todo tras el parto, dada la abrupta caída hormonal que caracteriza este momento, en el cual los valores vuelven a la normalidad con rapidez. Esto tiene influencia en la depresión posparto, donde son más vulnerables las mujeres con antecedentes de depresión posparto o con trastornos afectivos. Sin embargo, no hay evidencia de correlación del impacto hormonal en los episodios de psicosis puerperal (Bloch et al., 2000; Ey, 1965).

Factores psicosociales

El embarazo modifica las condiciones y las perspectivas de vida de la mujer implicada y su entorno. Si este llega a término y se da la maternidad, suceden múltiples factores estresantes a nivel psicológico. Rai et al. (2015) señalan, entre ellos, la nueva imagen corporal, la reconfiguración de las relaciones familiares y con su pareja (si tiene), sus nuevas responsabilidades y cómo es percibida por la sociedad. Cabe destacar que aún no existe evidencia que identifique al parto en sí mismo como un factor de estrés psicosocial que repercuta en el desencadenamiento de psicosis posparto (Jones, Chandra, Dazzan y Howard, 2014).

Al parecer, en relación con las sociedades primitivas, en estas se conoce poco acerca de las psicosis puerperales. Según trabajos etnográficos y de la sociología, hay factores que influyen en el comportamiento de la mujer con respecto a su maternidad, señalándose el lugar de la mujer en la sociedad, la estructura sociofamiliar y la naturaleza de la relación entre madre e hijo. Ey (1965) apunta que este tipo de estudios esbozan que “la actitud de la mujer hacia la secuencia concepción-embarazo-parto-lactancia-maternidad juega un papel fundamental en el determinismo de los accidentes” (p. 627).

Factores psicodinámicos

Dado que las psicosis puerperales estadísticamente se producen en su mayoría en el puerperio, la maternidad representa un factor central a desarrollar desde el aspecto psicodinámico. Al respecto, Moure (1997) destaca el rechazo al niño como un factor con fuerte presencia en este tipo de episodios psicóticos. Dicho rechazo se presenta tanto de forma consciente (un hijo no deseado) como inconsciente, siendo este último el tipo de rechazo más frecuente. Ey (1965) plantea que la maternidad remueve y actualiza las dificultades de la integración psicosexual de la mujer.

Freud (como se citó en Lujambio, 2016) desde el psicoanálisis señala que la sexualidad femenina y la maternidad están enlazadas. Aparentemente, el desarrollo sexual de una mujer decanta en la maternidad. Esto es, de alguna manera, algo esperable, e incluso el ideal de la sexualidad adulta en la mujer (Lujambio, 2016). Freud (1933/1992) plantea que en la “identificación-madre” de la mujer, se pueden distinguir dos estratos: “el preedípico, que consiste en la ligazón tierna con la madre y la toma por arquetipo, y el posterior, derivado del complejo de Edipo, que quiere eliminar a la madre y sustituirla junto al padre” (p. 124). Ninguno de dichos estratos se supera lo suficiente en el curso del desarrollo de la mujer. Por otro lado, la fase de la ligazón preedípica es la que va a repercutir en el futuro de la mujer. En esta se prepara la

incorporación de las cualidades con las que posteriormente la mujer “cumplirá su papel en la función sexual y costeará sus inapreciables rendimientos sociales” (p. 124). Es frecuente que solo el hijo varón reciba “lo que el varón pretendía para sí” (p. 124).

Freud (como se citó en Lujambio, 2016) plantea que la mujer, en el nacimiento de su primer hijo, al enfrentarse a su propia maternidad, puede revivir una identificación con su madre, identificación que la mujer se había opuesto hasta el matrimonio (Lujambio, 2016).

El rechazo inconsciente que habita en la madre con relación al hijo se desprende de la ambivalencia que caracteriza en sí mismo el vínculo madre-hijo. Dicho rechazo es arremetido por los sentimientos de culpabilidad y el amor maternal existente, generando un factor esencial en el desencadenamiento de las melancolías puerperales. Moure (1997) hace referencia a las ideas de Recamier (como se citó en Moure, 1997). Dicho psicoanalista francés plantea que estas depresiones están relacionadas a la reactivación del conflicto oral, el cual la mujer revive frente a la maternidad, y se da allí una doble identificación: con su hijo y con su propia madre. Dicha identificación simbiótica de la madre con el hijo respalda la rabia melancólica puerperal, que, en los casos más extremos, puede conducir al suicidio e infanticidio.

Las experiencias infantiles de estas mujeres les generan oposición a la identificación e imitación de sus propias madres como modelo, lo cual conjuga la falta de un plan de acción para hacer frente a las demandas de la maternidad, y ocasiona confusión y malestar emocional en la mujer por la fragmentación de sus sentidos de identidad y competencia. Estas mujeres, aún muy comprometidas con su rol maternal, no saben cómo accionar en relación con los cuidados y demandas de su hijo (Moure, 1997). Estas impostergables y urgentes demandas del bebé en múltiples dimensiones para su bienestar integral, la necesidad de que estas sean satisfechas asertivamente y la ausencia de un modelo a seguir con el cual se coincida y adhiera para poder apuntalarse generan una presión aún mayor en la situación. La sensación de fracaso, frustración e inseguridad en sí misma son moneda corriente en estas nuevas madres.

Moure (1997) señala que la mujer accede a planes de acción suministrados por las propias figuras maternas significativas e imágenes externas: “si su propia madre fue considerada modelo materno insuficiente, esta progresiva identificación suscita conflicto, porque la nueva madre, a su vez, se ha sentido rechazada. Esta identificación da lugar, con frecuencia, al rechazo del bebé por la madre” (p. 5). Guyotat (1980, como se citó en Moure, 1997) aborda la noción de *filiación*, señalando que esta se conceptualiza en función de tres ejes: el biológico, el simbólico (legal o instituido) y el psíquico (afectivo, imaginario o narcisista) (Guyotat, 1980, como se citó en Golse y Moro, 2021). Para este autor, los trastornos psíquicos que se dan durante el embarazo o en el

alumbramiento tienen origen en un conflicto en la madre, donde se contrasta el objeto imaginario de embarazo, el niño deseado y el niño nacido (Guyotat, 1980, como se citó en Moure, 1997).

Clínica

Las psicosis puerperales se identifican como los episodios psicóticos transitorios que se desencadenan en mujeres embarazadas, puérperas, con o sin bebé nacido vivo, durante la lactancia e incluso el postaborto, como Ey (1965) ha señalado. No se incluyen dentro de las psicosis puerperales los episodios psicóticos transitorios en mujeres con un antecedente o trastorno previo, los cuales pueden desencadenarse con mayor facilidad en los procesos anteriormente mencionados vinculados a la reproducción (que podrían ocurrir o no) en el ciclo vital de cualquier mujer. En estos casos, dichos episodios psicóticos refieren al trastorno base ya existente, configurándose como una nueva descompensación o expresión de este.

Una de las características principales de las psicosis puerperales es su polimorfismo en lo que refiere a las variantes de sus manifestaciones sintomáticas. Sin embargo, el delirio y la confusión profunda se presentan como los síntomas más reconocidos en estos episodios (González-Castro, Hulak, Sigales-Ruiz y Orozco-Guzmán, 2016). Monchablón y Peralta (1995) plantean seis puntos que las caracterizan a modo general. En el primero se encuentra la desorientación con intervalos lúcidos, la perplejidad y las rápidas oscilaciones en el nivel de conciencia. En el segundo señalan el trastorno psicomotor, el cual puede presentar desde la agitación hasta un agudo enlentecimiento y estupor. Dicho trastorno es acompañado consecuentemente de una variación en la comunicación verbal, donde se encuentran desde rápidas asociaciones de palabras (agrupaciones por como suenan, sin relacionamiento con congruencia en torno al significado) hasta mutismo. En cuanto al tercer punto, indican disturbios afectivos con ansiedad polimorfa, en donde a veces se alterna con estado de felicidad extasiante o disturbios afectivos más estables como la manía y la depresión. En el cuarto punto establecen la aparición de falsas identificaciones, ilusiones, pseudoalucinaciones y alucinaciones. En el quinto punto se encuentran los delirios o delusiones con un habitual contenido relacionado a la maternidad. En el último punto destacan la fluctuación en el tiempo de todo el cuadro. Dayan (2014, como se citó en González-Castro et al., 2016) señala la existencia muy habitual de pesadillas, insomnio y manifestaciones obsesivas o fóbicas, así como también los delirios místicos religiosos y la perplejidad (Calvo Medel, 2016).

La sintomatología general, anteriormente detallada, se estrena irrumpiendo en la vida de la mujer de un modo abrupto, en donde es habitual la agudeza en el cuadro. Calvo Medel (2016) señala que, clínicamente, este se puede presentar de un modo similar a las psicosis cicloides, los *bouffées* delirantes o psicosis delirantes agudas.

Las psicosis delirantes agudas (en adelante PDA) también son conocidas como *bouffées* delirantes, psicosis alucinatorias agudas o estados oníroides. “Se caracterizan por la eclosión súbita de un delirio transitorio polimorfo en sus temas y manifestaciones” (Ey, 1965, p. 237). Se desencadenan principalmente en mujeres jóvenes, algunas veces luego de una emoción o un *surmenage*. El delirio irrumpe bruscamente en una especie de instantaneidad, presentándose ya constituido en todas sus partes, lo que se denomina *delirio súbito* (Magnan, 1886, como se citó en Ey, 1965). Este delirio es polimorfo y carece de sistematización, su temática puede cambiar de forma súbita y es vivido como una experiencia irrefutable. En cuanto a las alucinaciones, son ricas y numerosas, generalmente psíquicas, como ser el eco del pensamiento y los actos impuestos. También con frecuencia se dan alucinaciones auditivas e importantes cambios de humor de manera constante. Estos últimos pueden pasar por momentos expansivos y exaltados de corte maníaco y otras veces estar próximos a la melancolía, expresándose en las ideas de muerte o mutismo. La lucidez parece intacta, aunque existe una desestructuración de la conciencia. Este primer episodio, de corta duración, puede ser único en la vida de una persona o tomar otro destino en caso de su repetición. El pronóstico varía según múltiples aspectos a evaluar, como ser la duración del episodio, la respuesta al tratamiento y el automatismo mental, entre otras cuestiones (Ey, 1965).

Las psicosis puerperales gravídicas

Estas presentan su desencadenamiento durante el embarazo y se producen, estadísticamente, entre el 15 % y 20 % de las enfermas, cifras marcadamente inferiores en comparación a los desencadenamientos en el posparto. No hay especificaciones en cuanto a una mayor frecuencia relacionada a algún periodo del embarazo en particular. Las características clínicas que presentan son las generales del cuadro, el cual es agudo y presenta una fase inicial de confusión mental (Ey, 1965).

Las psicosis puerperales posparto

Estas son las que se desencadenan habitualmente entre el segundo y el décimo día después del alumbramiento. Representan ampliamente el mayor porcentaje de los casos de psicosis

puerperales. Su comienzo es brutal, en donde, sin un periodo premonitorio ni causas infecciosas que emerjan del examen médico general, la confusión mental se presenta de forma súbita. En caso de fiebre, en estos cuadros generalmente se debe al estado de agitación o deshidratación, pero no a otras causas anatómicas. Se despliega un estado confusional que puede variar desde obnubilación hasta estupor. Habitualmente el estado confuso-onírico es de corte ansioso. Estos aspectos en la observación aparentan ser independientes, ya que pueden darse profundos estados confusionales con mínima experiencia oniroide y, contrariamente, una escasa desorientación espaciotemporal en estados oníricos profundos. Dicho conjunto de síntomas representa una desorganización total de la experiencia actual. La confusión y angustia en la mujer se mezclan con la experiencia onírica dando lugar al característico polimorfismo del cuadro, en donde se suceden fases o etapas con aspectos maníacos, melancólicos e incluso catatónicos. La puérpera experimenta una secuencia “de escenas no encadenadas, que se suceden como secuencias inacabadas. Por lo general tristes, fúnebres, incluso terroríficas, estas escenas expresan un estado de ansiedad que, como la confusión, es de una profundidad variable: de la perplejidad al terror” (Ey, 1965, p. 630).

Monchablón y Peralta (1995) señalan que la perplejidad es un aspecto que se ve con mayor frecuencia en las psicosis de este periodo.

Las psicosis puerperales tardías

Estas psicosis puerperales están relacionadas con la lactancia, ya que se dan en un periodo más distanciado al parto. Por tal motivo, también se las llama *psicosis puerperales de la lactancia*. Suceden en menor medida, ya que estadísticamente ocupan entre el 5 % y 15 % de los casos. Dichos episodios se desencadenan en distintos momentos de la lactancia, ya sea en el curso de los primeros meses, al instaurar la lactancia mixta (materna y artificial) o posterior a su cese. En cuanto a la sintomatología, poseen las mismas características generales, en donde predominan los estados confuso-oníricos con mayor o menor profundidad y variabilidad (Ey, 1965).

Las psicosis postaborto

Henri Ey (1965) incluye dentro de los distintos periodos que se pueden dar las psicosis puerperales a las que siguen a un aborto. Las llama psicosis del *post-abortum* y señala que poseen las mismas características sintomáticas que las anteriormente detalladas. En estas circunstancias el autor destaca el importante monto de angustia que acontece en la mujer. En el caso de una interrupción voluntaria del embarazo, dicha angustia no se sucedería por el acto de

abortar en sí mismo, sino por el embarazo no deseado. David et al. (1985, como se citó en Rondón, 2009), Gaynes (2005, como se citó en Rondón, 2009) y Robinson y Stewart (1993, como se citó en Rondón, 2009) señalan que las cifras reportadas de psicosis posparto son mayores que las de alteraciones severas posaborto, detallando que estas últimas rondan el 0,2 por mil.

El delirio en las psicosis puerperales

En los aspectos clínicos de las psicosis puerperales mucho resuena la figura de la *perplejidad* dentro de la sintomatología como algo que aparece frecuentemente en las mujeres con este tipo de episodios. Bafico (2020) señala que esta se presenta en la etapa inicial del desencadenamiento de las psicosis:

Tiene que haber una perplejidad para que luego se genere un delirio. Es el momento de confrontación con un puro agujero donde el sujeto no entiende nada, está absorto. La perplejidad aparece ante la pregunta formulada por la falta del significante, que pone en tela de juicio al conjunto de significantes, ¿qué quiere decir esto para el que no lo entiende? Que al psicótico de afuera le viene una pregunta y el sujeto no la puede responder, y lo que se genera es una forclusión, un agujero en el que necesariamente hay que hacer algo con eso. El sujeto tiene la sensación de haber llegado al borde del agujero (p. 205).

Freud (1913/1986) concibe al delirio como un intento de curación y señala que “una percepción interna es sofocada, y como sustituto de ella adviene a la conciencia su contenido, luego de experimentar cierta desfiguración, como una percepción de afuera” (p. 61). En cuanto al delirio persecutorio detalla que “la desfiguración consiste en una mudanza de afecto; lo que estaba destinado a ser sentido como amor es percibido como odio desde afuera” (p. 61). En relación a esto, Bassols (2004) plantea que “cuando el sujeto delira está respondiendo con un andamiaje más o menos consistente al vacío vertiginoso del sinsentido que se ha abierto en su existencia” (p. 5).

Lacan (1933) señala que “el delirio es por sí solo una actividad interpretativa del inconsciente” (p. 178), lo cual da cuenta de la ausencia de una función y que no hay que interpretarlo. El delirio es la interpretación del sujeto, una construcción, una elaboración como intento de cura.

El delirio permite construir lo que Lacan llama una metáfora delirante que introduce una estabilización en la relación del significante y el significado. La interpretación delirante da sentido

a los fenómenos elementales enigmáticos, a los fenómenos que permanecen fuera de sentido. El delirio es una invención de saber, la fabricación de otro significante, S_2 , que abre hacia la interpretación de lo que quiere decir S_1 (Solano-Suárez, 2023, p. 17).

Ritti (1877, como se citó en Maleval, 1998) plantea que en muchos casos el delirio tiene como punto de partida un hecho verosímil o verdadero. En la misma línea, cabe destacar que en las psicosis puerperales la temática delirante se caracteriza por presentar una correlación con los acontecimientos de la vida de la mujer en ese momento. Diversa bibliografía al respecto, investigaciones y casos clínicos hacen foco en el delirio, el cual gira en torno al acontecimiento de la maternidad, el alumbramiento y el bebé. Lemperière, Rouillon y Lepine (1984, como se citó en González-Castro et al., 2016) señalan como delirios recurrentes la negación de la maternidad o la negación de la existencia del bebé. Creencias de que le han robado al hijo, de que ha muerto, de que pertenece a otra mujer o de que se lo han cambiado. Básicamente las ideas se centran en la relación madre-hijo y la familia, donde también se niega el matrimonio.

Muchas veces la madre puede creer que su bebé fue robado por familiares peligrosos, que tiene un tumor en el vientre o que está en riesgo, que ha sido sometida a embrujos y maleficios, hipnotizada o drogada, y arremete contra la angustia en conductas de intento de curación mágica (Moure, 1997).

Guyotat (1980, como se citó en Moure, 1997) señala que, en estos casos, aparece el signo del “tirabuzón”. En este, por momentos, la mujer alterna entre periodos delirantes y periodos en donde reconoce a su hijo. Los actos suicidas o de infanticidio son un riesgo presente en las psicosis puerperales, y son aún mayores las probabilidades en casos de explícita agresividad o de indiferencia hacia el hijo. Dichos actos trágicos impactan por la brutalidad de su realización.

El rol de la maternidad y la psicosis puerperal

La maternidad implica un duelo personal en la vida de la mujer desde muchos aspectos. Uno de los duelos que abunda en las producciones teóricas que refieren a la maternidad es el de la imagen corporal. Cabe señalar que dicho factor se desprende de las lógicas patriarcales en las que se encuentra inmersa cada persona nacida dentro de dicho sistema social. En este duelo sucede cierto rechazo a la propia imagen corporal, la cual se fundamenta en los estereotipos y modelos hegemónicos de belleza imperantes, que repercuten en forma de presiones sociales sobre la autopercepción de la mujer y su autoestima. Es habitual y contraproducente que la

puérpera también atraviese, junto con los múltiples cambios integrales que le acontecen en su maternidad, un proceso de aceptación y empatía con su propio cuerpo, que, no olvidemos, acaba de dar batalla reproduciendo a otro ser humano.

Posicionar el duelo de la imagen corporal en un rol protagónico en este abordaje aportaría a una mirada que banaliza lo que atraviesa la mujer, contribuye al aumento de información que enfatiza dicho factor como un problema a solucionar y reproduce consecuentemente dichas lógicas y estereotipos, considerando que en estos se minimiza a una cuestión estética lo que implica el complejo acto de dar vida. Correr la mirada habitual de la corporalidad (en donde pareciera que el mensaje es la definición de la mujer por cómo se ve) es un posicionamiento reivindicador e indispensable, que favorece el poder visualizar el entramado de las profundas complejidades que acontecen en la vida de la nueva madre. Es conveniente contribuir a quitar cargas, fomentar y divulgar las miradas que hagan énfasis en otros aspectos, como ser aquellos que visualicen, validen y acompañen el arduo esfuerzo de la mujer y sus necesidades en este proceso vital, el cual se caracteriza por ser de gran demanda y desgaste en su integralidad física y psíquica, donde también, generalmente, la ambivalencia se hace presente con coexistentes sentimientos de amor y gratificación.

Muchas de las mujeres, luego de transitar el embarazo y el parto, atraviesan el puerperio en el marco de una pérdida perinatal. Dichas situaciones, potencialmente traumatogénicas, representan un momento altamente doloroso y estresante en la vida de la mujer que gestó y de la figura paterna, si la hay. Ambos progenitores enfrentan, ante estos trágicos e inesperados sucesos, una gran angustia y conflictos psíquicos que pueden tener consecuencias a largo plazo y que impactan negativamente en la salud mental de ambos. Gaitán-Gómez, Morera Villani, Zuluaga González y Barrero Castro (2023) destacan la ansiedad y la depresión como las consecuencias más habituales que se dan en estos casos.

Frente a una pérdida perinatal, la mujer no se enfrenta a los duelos que implica la maternidad, sino al duelo de su bebé y de la expectativa de su propia maternidad. Estos brutales accidentes inesperados también representan un factor de riesgo para el cercano desencadenamiento de una psicosis puerperal, o, como señala Fernández Ordóñez (2021), los síntomas de estrés postraumático perduran en el tiempo y se pueden reactivar posteriormente, incluso luego de un nuevo embarazo exitoso.

Ya Marcé en 1858 señalaba que el embarazo y puerperio representan periodos de específica vulnerabilidad psíquica para las mujeres, destacando el cansancio, las preocupaciones, ansiedades, obsesiones y desesperanzas por las que atraviesan las gestantes y puérperas. Desarrolló al detalle la importancia de los trastornos afectivos en el puerperio, su prevalencia y

la importancia de su prevención. Refutó así la noción tradicional que ubica al embarazo como un potencial agente benefactor para la salud mental de mujeres con un trastorno psíquico, las cuales son aún más vulnerables en dichos momentos, con un mayor riesgo de muerte fetal y aborto espontáneo. También destacó la importancia de la lactancia, en la cual la mujer que amamanta se encuentra en un estado puerperal prolongado, e indicó que su interrupción abrupta puede causar descompensación psíquica en las madres (Trede et al., 2009, como se citó en Olza Fernández et al., 2011).

Estudios factoriales (Brockington, 1990, como se citó en Monchablón y Peralta, 1995) correlacionan la aparición de la psicosis con los niveles de estrés durante el embarazo o el parto. Monchablón y Peralta (1995) señalan que, en su estudio, las pacientes presentaban altos niveles de estrés previos al estallido de la psicosis, y destacan como factores importantes trastornos en el vínculo marital. Dichos datos son innovadores, ya que la mayor parte de la producción teórica al respecto generalmente relaciona el estrés con episodios depresivos puerperales y no con las psicosis puerperales. En la misma línea, Dayan (2014, como se citó en González-Castro et al., 2016) conceptualiza las psicosis puerperales como el encuentro de la irrupción de un delirio agudo con un factor estresante o un trastorno afectivo por un evento de la vida, por lo cual, dichas psicosis estarían constituidas por las condiciones de su inicio y no por una especificidad semiológica.

Defey (2017), con relación al estrés en el embarazo, señala que abunda la información con dudosa “validación científica”, en donde se esboza casi permanentemente una repercusión negativa o daño al bebé como consecuencia del estrés materno. Dichas concepciones representan un gran peso psíquico para las embarazadas, sobre todo en situaciones adversas, como ser el nacimiento de un hijo con un defecto congénito o una pérdida perinatal. En estos casos, las puérperas suelen presentar un convencimiento acerca de que la causa de estos accidentes refiere a alguna situación estresante que vivieron durante el embarazo y no pudieron gestionar, responsabilizándose de la situación. Mujeres que transitan un proceso de duelo durante la gestación suelen encontrarse en una desesperada disyuntiva, en donde poseen una gran angustia por la pérdida del ser querido y la presión del entorno, el cual señala que dar lugar a dicha angustia puede dañar a su hijo. Es real que existe un notorio incremento en los nacimientos anticipados a la fecha probable del parto, durante la semana siguiente a una situación de estrés agudo y de alta intensidad, pero gran parte de la información que circula en abundancia repercute negativamente en los temores e inseguridades que presentan habitualmente las embarazadas, y genera, en consecuencia, estrés en ellas.

Defey (2017) plantea que son más asertivas las miradas y los abordajes que promuevan la ayuda y el acompañamiento de la gestante frente a las situaciones estresantes, quitando el foco de los fantasmas de posibles daños, ya que estos generan altos niveles de culpa y preocupación en la embarazada. El estrés en el embarazo en algunos casos presenta un efecto perjudicial sobre el feto y en otros no. La popular idea de que la embarazada siempre debe estar alegre para no dañar a su bebé genera presión constante en las gestantes.

En resumen, la maternidad representa un factor bisagra, un sensible cambio biopsicoambiental en la vida de las mujeres, tanto en las madres primerizas como en las que ya son madres, dado que un nuevo alumbramiento siempre implica una nueva experiencia y desafíos. En las primeras, su vida comienza a reconfigurarse desde otro lugar, con una nueva identidad y un nuevo rol social y familiar. Este duelo, naturalmente, causa dolor y angustia. Es habitual que la integridad personal de la mujer quede relegada por las nuevas demandas externas que se le presentan desde múltiples áreas. Esta nueva normalidad requiere de un proceso de adaptación, circunstancia en la que se conjugan las subjetividades de la reciente madre en relación a las propias expectativas, las sociales y familiares, las demandas del bebé y el sentimiento de culpabilidad frente a la aparición del anhelo de su anterior vida. Los ideales que romantizan cómo debe ser vivido el embarazo y la maternidad suelen impactar al contrastar con la realidad y los acontecimientos que transitan las mujeres en estos procesos, en donde, como señala Defey (2017), se espera que las mujeres estén “dispuestas a suspender todo lo que sea necesario de sus vidas personales y profesionales en aras del cuidado de ‘Su Majestad, el bebe’, como lo llamaba Sigmund Freud” (p. 272).

Bafico (2020) señala que

la aparición clínica de la psicosis se muestra como una eclosión desencadenada por alguna pregunta para la que el sujeto no encuentra respuesta. La eclosión de la psicosis toma consistencia de perplejidad: quien la padece es incapaz de darle un significado y vive la experiencia por fuera de toda posibilidad de comunicarla (p. 142).

En relación con lo anterior, se tiene presente el aspecto multidimensional de la etiología de las afecciones psiquiátricas y que aún hoy no existe evidencia que respalde una causa específica para dar respuesta al desencadenamiento de las psicosis puerperales, en donde aparecen los factores genéticos, biológicos y psicosociales de un modo integral como potenciales para su desencadenamiento. Ey (1965) señala que se desencadenan principalmente en mujeres jóvenes, algunas veces luego de una emoción. De esta manera, la maternidad en su complejidad de duelo e hito bisagra marca un antes y un después en la vida de una mujer. Con sus cambios

integrales, donde se incluyen los biológicos y psicosociales, me atrevo a preguntarme lo siguiente: en una gestante o puérpera de estructura psicótica ¿esto podría llegar a configurarse como ese acontecimiento en el cual la mujer, al tener que dar cuenta del rol maternal y lo que implica, se encuentra desbordada o perpleja frente a la situación y no puede dar respuesta a esta? Tal vez, en algunos de estos casos en los que se produce un desencadenamiento de psicosis puerperal, la demanda de la maternidad, los aspectos psicodinámicos que encarna y el monto de angustia que genera resultan un acontecimiento avasallante y puede asociarse a esas situaciones en las psicosis exentas a las del puerperio, donde aparece la perplejidad y se desencadenan.

Diagnóstico

Estudios recientes han arrojado evidencia con respecto a la existencia de signos prodrómicos en las psicosis puerperales (Novo-Gueimonde et al., 2000). La detección de dicha semiología en un modo precoz es clave para un asertivo abordaje interdisciplinario en pro de salvaguardar la vida y el bienestar integral de la mujer y su bebé. Un diagnóstico oportuno representa mayores probabilidades en la efectividad de los tratamientos y mejores pronósticos favorables, evitando un mayor daño. Es menester la intervención inmediata en dichos episodios, en donde se destacan las distorsiones psicosenoriales observadas (Novo-Gueimonde et al., 2000).

Generalmente, en este tipo de episodios son los servicios de ginecología y obstetricia quienes solicitan la interconsulta con el área de salud mental, ya que la mayoría de los casos se desencadenan muy próximos al alumbramiento. Para el diagnóstico siempre se incluye una exploración somática y diversos análisis que descarten otras entidades de origen fisiológico como causales de la sintomatología psicótica (Calvo Medel, 2016). Entre ellas, Ey (1965) destaca la eclampsia y la tromboflebitis. Estas complicaciones del embarazo y posparto presentan, en un principio, alteraciones del humor, ofuscación de la conciencia y trastornos neuropsíquicos, y se necesitan análisis clínicos para un diagnóstico diferencial. También se recaba la información más completa posible proveniente de la familia y el equipo médico con relación al estado previo de la mujer y las circunstancias en las que se desarrolló el embarazo y el parto (Calvo Medel, 2016).

Las principales características para el diagnóstico de una psicosis puerperal como tal, según las conceptualizaciones de la corriente francesa, serán los síntomas clínicos clásicos de una *bouffée* delirante. El debut de una nota confusional importante, el onirismo (centrado en la

relación madre-hijo), su comienzo en días o semanas siguientes al parto y un cuadro fluctuante deben estar presentes para dicho diagnóstico (González-Castro et al., 2016).

Si bien se señala que la presentación clínica de la manía o las psicosis afectivas son similares a las de las psicosis puerperales, algunos investigadores destacan que estas últimas presentan una mayor severidad en cuanto a la perplejidad y la confusión (Calvo Medel, 2016).

Es necesario evaluar episodios, diagnósticos y enfermedades previas, ya que dicho cuadro, como señalé anteriormente, podría ser una nueva descompensación de patologías ya existentes y no representar una psicosis puerperal. Estos antecedentes y el desarrollo del cuadro en el tiempo sustentan el diagnóstico diferencial, donde se destacan el trastorno psicótico breve, el trastorno esquizoafectivo, la depresión mayor con síntomas psicóticos, la psicosis maníaco-depresiva y la esquizofrenia (Calvo Medel, 2016; Moure, 1997). Solo la evolución de la mujer a largo plazo permite afianzar el diagnóstico (Moure, 1997).

Tratamiento

Los episodios de psicosis puerperales son emergencias psiquiátricas, las cuales pueden tener consecuencias fatídicas. Las características del cuadro pueden variar hora a hora y, por tal motivo, lo más recomendable es la hospitalización de la madre, incluso en los casos de mujeres con un gran apoyo familiar y redes de contención. La finalidad de dicha institucionalización es salvaguardar la integridad de la madre y el bebé en este episodio de crisis aguda e implementar un tratamiento (Calvo Medel, 2016).

En varios países existen unidades psiquiátricas materno-infantiles, especiales para la hospitalización de mujeres con enfermedades mentales en el posparto. En estas unidades especializadas se ingresa a la madre con su bebé para un abordaje integral y en conjunto. Tienen como objetivo atender las emergencias psiquiátricas de la madre y brindarle apoyo para desarrollar su maternidad, y cuidar también las necesidades del bebé. En estas intervenciones se promueve evitar el prolongado y total distanciamiento entre madre e hijo, siempre salvaguardando la integridad de ambos, dadas las negativas consecuencias que esto genera, como ser los trastornos del apego. Dichas unidades materno-infantiles aún no están implementadas en todos países por sus costos (Chandra, Desai, Reddy, Thippeswamy y Saraf, 2015). Uruguay es uno de ellos, en donde la madre es hospitalizada en una unidad o establecimiento psiquiátrico sin su bebé. A pesar de esto, los abordajes se caracterizan por ser interdisciplinarios.

Tratamiento psicofarmacológico

En las psicosis puerperales los fármacos utilizados son los que se recetan habitualmente para los cuadros con similares características, pero fuera del contexto del puerperio (Moure, 1997). La lactancia natural es un factor a tener en cuenta en varios aspectos del abordaje. Inicialmente, suele ser suspendida como medida cautelar debido a la crisis delirante y el riesgo de autolesión, agresión o infanticidio. El amamantamiento también implica una importante demanda y pérdida del sueño nocturno en la madre. Dicha falta de descanso impacta en una mayor inestabilidad del estado de ánimo y no es un aspecto favorable para la recuperación en este proceso de intensa vulnerabilidad psíquica. Otro factor a tener en cuenta en relación con la lactancia es la excreción del fármaco en la leche y su efecto en el lactante. Por tal motivo, los fármacos utilizados deben ser seleccionados con recaudo (Moure, 1997; Rai et al., 2015).

El litio es un fármaco importante para el tratamiento de las psicosis puerperales. Sin embargo, se desaconseja su uso en embarazadas inmediatamente luego del parto y en madres que amamantan, ya que causa toxicidad en el lactante. Es eficaz para disminuir las tasas de recaída en embarazos posteriores, aunque aún no es clara la pertinencia de su administración (Rai et al., 2015). Si se utilizan otros fármacos, como ser las butirofenonas, fenotiazinas, los antidepresivos tricíclicos o carbamazepina, es necesario el monitoreo en el bebé para identificar posibles efectos colaterales o sedación (Moure, 1997).

Las mujeres que eligen amamantar después de una mejoría deben ser informadas acerca de los posibles efectos adversos. Dicha decisión debe tomarse luego de la evaluación de los riesgos y beneficios para la madre y el bebé. La olanzapina y la quetiapina son los fármacos más aceptables, en relación con los efectos adversos en lactantes, según una revisión de datos reciente (Rai et al., 2015).

Terapia electroconvulsiva

La micronarcosis o terapia electroconvulsiva suele producir una rápida mejoría en relación con las ideas delirantes en las mujeres con psicosis puerperal, y es, por lo tanto, la indicación más frecuente en estos casos (Moure, 1997; Rai et al., 2015).

Ey (1965) señala que, en el caso de las psicosis puerperales gravídicas, el electrochoque es una terapia aplicable, ya que es bien tolerada por las embarazadas y no produce riesgo uterino. En el caso de las mujeres en puerperio, si hay un bebé lactante, los riesgos se asocian a la medicación administrada para la relajación muscular y la anestesia, necesarias para la terapia

electroconvulsiva. Sin embargo, dichas sustancias son de acción corta, por lo tanto, es habitual que la transmisión al bebé sea mínima (Rai et al., 2015).

Del estudio de Brew y Seidenberg (1950) se desprende la recomendación de evitar la utilización de electrochoque hasta después de cuatro semanas de acontecido el alumbramiento, ya que hacerlo puede generar complicaciones, como ser el desplazamiento de un émbolo por el torrente sanguíneo en casos de tromboflebitis previa no detectada.

Olza Fernández, Serrano Drozdowskyj y Muñoz Labián (2011) resaltan la importancia de utilizar tratamientos en las emergencias psiquiátricas con puérperas con los cuales se pueda reanudar la lactancia luego de las crisis, destacando sus beneficios. Señalan que las hormonas principalmente vinculadas a la lactancia son la prolactina y la oxitocina. Estas también desempeñan un papel central en múltiples funciones, entre ellas se destaca la adaptación del cerebro de la madre. Fomentan conductas de protección, agudizan la capacidad discriminativa auditiva y poseen efecto ansiolítico. Con cada pico de oxitocina se produce un sentimiento amoroso, lo que favorece que la madre busque cercanía con su bebé. Aumenta los sentimientos de confianza y bienestar, incrementando la autoestima. Mejora la memoria social y fomenta el interés por las relaciones sociales.

Abordaje psicoterapéutico y psicosocial

Las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales son fundamentales tanto durante el curso de la psicosis puerperal como después del episodio. Dicho acompañamiento integra también al entorno familiar si lo hay.

Los abordajes son recomendables como medida preventiva si existen factores de riesgo en las embarazadas y puérperas. Frente a signos prodrómicos, hay que implementarlos de modo urgente, aplicando, principalmente, entrevistas psicoterapéuticas diarias individuales. Si estas no son suficientes, pueden acompañarse, en concordancia con psiquiatría, con dosis mínimas de antipsicóticos, que tendrán como finalidad reducir la angustia en la mujer y habilitarán a poder sostener y llevar a cabo de un mejor modo, y con mayor efectividad, el espacio psicoterapéutico. Los abordajes tempranos promueven la contención del cuadro y permiten mantener el vínculo entre madre e hijo bajo supervisión si no llega a desarrollarse una crisis aguda. Esto es esencial para una recuperación rápida y sostenible del episodio psicótico (Martín Hernández et al., 2023).

Cuando se desencadena el episodio agudo, la relación de la madre con el bebé tiene grandes implicancias en lo que respecta a los aspectos sintomáticos de la clínica, encontrándose presente la negación delirante del matrimonio o del niño. A estos es menester tenerlos en cuenta a la hora de resolver los conflictos que activaron los mecanismos defensivos de la mujer. Por tal

motivo, la intensiva intervención psicoterapéutica va a estar focalizada en la filiación, donde también se destaca que, en estas pacientes, existen antecedentes de acontecimientos traumáticos vinculados a la filiación y alteraciones genealógicas, como ser padre ausente o desconocido, relaciones incestuosas, coincidencia de un nacimiento, muerte o niño fallecido (Calvo Medel, 2016; Moure, 1997).

Guyotat (1980, como se citó en Moure, 1997) señala estos episodios como una “psicosis de filiación que subyace al fantasma de la filiación imaginaria narcisista” (pp. 5-6), en el que el niño no es más que el redoblamiento de la madre, donde se niega la filiación real.

Hipotéticamente, posicionarse desde esta perspectiva terapéutica desarrolla favorables y profundos cambios en el psiquismo de la madre, y dan cuenta de un mejor pronóstico en el tiempo (Novo-Gueimonde et al., 2000; Moure, 1997).

Varios autores (Moure, 1997) adhieren a la importancia de la introducción del bebé en el campo terapéutico, por lo cual remarcan la necesidad de las unidades especializadas en donde estén hospitalizados la mamá y el bebé. Esto representa una imposibilidad en los abordajes a llevar a cabo en los países que no cuentan con estas unidades especializadas. Recamier (como se citó en Moure, 1997) señala que en las internaciones donde solo ingresa la madre sucede una separación total con el bebé hasta que es dada de alta. Esto genera consecuencias negativas al crear un *impasse* en el vínculo y puede desarrollar un estancamiento de este. Destaca que el bebé también debe ser tomado en cuenta como parte de la constitución de dicho vínculo y separado por un periodo de tiempo de su madre. Posteriormente, presentará reacciones de rechazo para con esta, y se configurará así una reanudación compleja en el vínculo entre ambos. Dicho rechazo del bebé impactará directamente en la madre, reafirmando su creencia en cuanto a la incapacidad de amarlo.

Cuando se logran establecer espacios seguros de contacto para ambos, estos momentos deben ser ampliamente acompañados y supervisados por un profesional o equipo técnico competente que evalúe cómo se desarrolla la situación y las repercusiones del encuentro. Es ideal aprovechar estos espacios para fomentar y alentar, con extremo recaudo, la competencia de madre en los cuidados del bebé, sin dejar de acompañar el encuentro en ningún momento.

El vínculo debe reiniciarse de forma progresiva, generalmente en la participación de los cuidados o en el amamantamiento, siempre poniendo énfasis en la observación de posibles gestos de agresividad o angustia en la madre. En ciertas unidades especializadas se cuenta con una “madre sustituta”, la cual acompaña a la puérpera y al bebé, facilitando la posibilidad de una identificación positiva en la puérpera, función continente y modelo a seguir (Moure, 1997). Esta figura oficiará de posible modelo a seguir por la madre no solo en lineamientos en cuanto a

modelo de acción con relación al cuidado del bebé, sino también brindando una figura de identificación, distinta a la maternal conocida en sus experiencias infantiles, la cual ha generado oposición o rechazo.

Es oportuna la elaboración de una estrategia previa al alta que integre posibles planes de acción enfocados en la reducción de estresores, sueño adecuado y el seguimiento en salud mental. La psicoeducación y el soporte psicosocial es elemental no solo para la madre, sino para el entorno familiar si lo hay, en pro de manejar conocimientos en cuanto a la situación clínica, factores de riesgo y prevención de posibles nuevos episodios, puerperales o no (Calvo Medel, 2016). La información brindada debe seleccionarse con criterio, siendo la justa y adecuada al momento y situación particular del caso. Un exceso podría generar ansiedades y estresores, lo cual sería contraproducente para la mujer y su entorno. En los casos de ausencia de redes familiares o afectivas, también previo al alta, es apropiada la articulación de intervenciones en domicilio con equipos técnicos de referencia o institucionales.

Luego de la estabilización de la madre, es fundamental continuar con el espacio psicoterapéutico individual enfocado en el proceso adaptativo a las nuevas responsabilidades y del seguimiento de la situación. La incorporación a grupos psicoterapéuticos también ha presentado múltiples beneficios en los acompañamientos (Calvo Medel, 2016). Abordar el impacto de este primer episodio psicótico en la vida de la mujer, sus repercusiones, fortalecer su autoestima, sus capacidades, problematizar construyendo en cuanto rol de la maternidad en su vida y la gestión del estrés son las directrices esperables en la intervención en una primera instancia de adaptación.

En cuanto a la gestión del estrés como factor preventivo, es pertinente fortalecer el grado de mentalización de la mujer, ya que, como señala Defey (2017), este es un factor determinante a tener en cuenta en relación con la capacidad de gestionar el estrés y su impacto.

Pronóstico

Generalmente, el pronóstico de estas psicosis es favorable, con cifras entre el 70 % y el 80 % de los casos luego del tratamiento. En cuanto a dicha remisión, se puede apreciar que el delirio se extingue casi de un modo espontáneo y la mujer retorna al estado predelirante. Esta característica se corresponde con la regla general de las *bouffées* delirantes que no ocurren en el puerperio. En la misma línea, las hospitalizaciones tienen una duración prácticamente igual a

las que se dan en los episodios psicóticos de similares características, pero que no se dan en el puerperio (Ey, 1965; Moure, 1997; González-Castro et al., 2016).

La velocidad en la remisión del cuadro y la calidad de la curación de la mujer son factores favorables en el pronóstico. La sintomatología psicótica puede reaparecer durante algunos meses, pareciendo corresponder a los ciclos menstruales. En algunos casos, los episodios pueden aparecer durante uno o dos años (Ey, 1965). Entre el 10 % y el 15 % de los casos de psicosis puerperal se cronifican, evolucionando a una esquizofrenia (Moure, 1997). Aquí, el episodio de psicosis puerperal puede representar el primer episodio de esquizofrenia con debut en el puerperio. Por tal motivo, el diagnóstico de psicosis puerperal solo se establece con el pasar del tiempo y la evolución del cuadro.

Existe una elevada posibilidad de una recaída con episodios maníacos o depresivos. Cuando una mujer presenta una psicosis puerperal tiene mayores posibilidades de una recaída en un próximo embarazo. Las cifras esbozan entre un 50 % y 60 % de recurrencia, por lo cual, es oportuno informarle de esta tendencia, y en caso de encontrarse nuevamente embarazada, es fundamental el inicio de un acompañamiento psicoterapéutico. La pérdida de sueño cerca del nuevo alumbramiento es un factor preventivo a aplicar, ya que puede evitar el desencadenamiento de una nueva psicosis puerperal. Algunos autores recomiendan la administración profiláctica de litio inmediatamente al parto en estas mujeres, pero aún no existe un consenso al respecto. Siempre es necesaria la elaboración de estrategias y herramientas para la detección precoz (Moure, 1997; Calvo Medel, 2016).

Calvo Medel (2016) señala que los casos de psicosis puerperales no tratadas arrojan cifras que esbozan un 4 % de infanticidio y un 5 % de suicidio.

Conclusiones

Es un hecho que existe una falta de consenso en relación con los criterios nosológicos y diagnósticos en cuanto a la psicosis puerperal como entidad específica (Sharma y Sommerdyk, 2014; Rai et al., 2015). Dicha característica impacta directamente en las cifras estadísticas que dan cuenta de su prevalencia. Se considere a la psicosis puerperal como entidad específica, o como una nueva descompensación o estreno de psicosis afectiva desencadenada en lo perinatal, dichos cuadros requieren de abordajes específicos dada la complejidad de la situación y sus riesgos. Los cuales son aún mayores en el posparto, donde peligra tanto la integridad de la madre como la del bebé.

Las psicosis puerperales no se caracterizan por poseer una abundante producción teórica y divulgación; Rai et al. (2015) señalan que están infradiagnosticadas. Estos episodios suelen alcanzar visibilidad en impactantes titulares de noticias, cuando no son atendidos y suceden fatídicos sucesos como el suicidio o infanticidio. Es importante desestigmatizar la temática generando la divulgación de esta y de otros escenarios posibles en relación con las psicosis puerperales. La existencia de una mirada protagonista en clave de la importancia de la salud mental en lo perinatal se presenta como un desafío a conseguir en pro de contrarrestar el infradiagnóstico y los fatídicos desenlaces.

Sin dudas, la maternidad representa un factor de cambios integrales y de gran magnitud en la vida de las mujeres, tanto biológicos como psicosociales. Con sus implicaciones psicodinámicas y sus características, es un momento de gran vulnerabilidad psíquica en donde es más probable el desencadenamiento de algún problema de salud mental en las mujeres (Marcé, 1858, como se citó en Olza Fernández et al., 2011). En la misma línea, aunque aún no están establecidos cuáles de los factores son necesarios o suficientes para un brote psicótico puerperal, es clave la detección temprana de los signos prodrómicos. La atención, evaluación y acompañamiento en salud mental en las embarazadas y puerperas, incluidos en los controles habituales de la gestación, se presentan potencialmente como oportunos, preventivos y beneficiosos. Más necesarios aún en aquellas mujeres que presentan factores de riesgo o antecedentes de trastornos mentales o episodios previos. La detección temprana permite la implementación de abordajes precoces y la planificación de un tratamiento, lo cual representa una reducción en los riesgos y eleva la efectividad de los tratamientos, una remisión más veloz del cuadro y potencia los pronósticos favorables (Novo-Gueimonde et al., 2000; Martín Hernández et al., 2023).

Las estrategias y abordajes a aplicar requieren fuertemente de lo interdisciplinar. En el caso del tratamiento psicofarmacológico, debe evaluarse su posible impacto en la lactancia y el vínculo temprano y sus consecuencias a futuro entre la madre y el bebé (Moure, 1997; Rai et al., 2015). Las intervenciones psicoterapéuticas y psicosociales han demostrado jugar un papel central y eficaz en cuanto a la prevención y el tratamiento en las psicosis puerperales, tanto durante el curso de estas como después del episodio, y son aún mejores los resultados en los abordajes integrales que incluyen al bebé, madre y entorno familiar incorporando la psicoeducación (Calvo Medel, 2016).

En pocos países existen unidades especializadas de internación materno-infantil para abordar estos accidentes psiquiátricos (Chandra, et al., 2015). Dichos centros representan mejores pronósticos con relación al impacto y las consecuencias de estas crisis en la madre, el

bebé, su vínculo y el entorno familiar (Recamier, como se citó en Moure, 1997). Estos centros evitan la separación total del bebé con la madre, brindando a su vez un espacio de supervisión total y evitando riesgos en la integridad de ambos. También abordan la dimensión del cuidado del bebé brindando un sitio seguro para este. Las separaciones de las puérperas y sus bebés suelen causar gran angustia, preocupación y culpa en los momentos de lucidez en la madre. La iatrogenia en todos los abordajes y tratamientos implementados es un factor importante a evaluar.

En Uruguay, al momento, no existe producción científica que arroje cifras de la prevalencia o morbilidad de episodios psicóticos desencadenados en mujeres durante el embarazo, parto y puerperio. Consecuentemente, tampoco existen políticas públicas, protocolos o abordajes específicos a aplicar en estos casos ni centros especializados de salud mental materno-infantil. Las mujeres con episodios psicóticos en el puerperio son ingresadas en centros de salud mental y los bebés quedan por fuera de la intervención al cuidado de algún familiar cercano. Este abordaje segmentado no presenta especificidades en el seguimiento en cuanto al amparo del bebé. Las articulaciones con equipos especializados en protección de derechos de la infancia que intervengan suelen presentar demoras para la urgencia de la situación.

El desarrollo del presente ensayo configura un suelo teórico que me invita a continuar explorando teóricamente la temática y evaluar la posibilidad del desarrollo de una pertinente línea de investigación y producción de conocimiento de la situación a nivel nacional.

Referencias bibliográficas

- Ackerknecht, E. H. (1962). *Breve historia de la psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Eudeba.
- Amorín, D. (2012). *Cuadernos de psicología evolutiva. Tomo I. Apuntes para una posible psicología evolutiva*. Montevideo: Psicolibros.
- Arenas, M. C. (2019). La crítica del joven Lacan al paralelismo psicofísico en “De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad”. *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, 22(3), 497-519.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-5*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Bafico, J. (1997). Clínica del pasaje al acto. El hombre al que no lo dejaban contar las vacas. En Autor (Comp.), *Manifestaciones de las psicosis*. Montevideo: Editorial Roca Viva.
- Bafico, J. (2020). *El origen de la monstruosidad*. Madrid: Aguilar.
- Bassols, M. (2004). *Jacques Lacan y el sujeto de la locura*. Conferencia realizada en el 41.º Congreso de Filósofos Jóvenes sobre Filosofía y Locura, Barcelona.
- Brew, M. F. y Seidenberg, R. (1950). Psychotic reactions associated with pregnancy and childbirth. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 111(5), 408-423.
- Bloch, M., Schmidt, P.J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L. y Rubinow D.R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *The American Journal of Psychiatry*, 157(6), 924-930.
- Calvo Medel, D. (2016). *Psicosis postparto: una revisión bibliográfica*. Charleston: Createspace Independent Publishing Platform.
- Carrasco, J. C. (1983). *Seminario de psicología crítica alternativa*. Montevideo: Artes Gráficas.
- Chandra, P. S., Desai, G., Reddy, D., Thippeswamy, H. y Saraf, G. (2015). The establishment of a mother-baby inpatient psychiatry unit in India. Adaptation of a Western model to meet local cultural and resource needs. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(3), 290-294.
- Chollet, F. (2019). *Psicosis. Estructuración y tratamiento posible* (Trabajo final de grado). Facultad de Psicología, Universidad de la República, Uruguay.
- Defey, D. (2017). The Effects of Stress on Pregnancy: A Not-So-Evident Association Revisited. En L. C. Edozien y P. M. S. O'Brien (Eds.), *Biopsychosocial Factors in Obstetrics and Gynaecology* (pp. 271-279). Cambridge: Cambridge University Press.
- Dicciomed. (s. f.). Frenitis. En *Dicciomed: diccionario médico-biológico, histórico y etimológico*. Recuperado de <https://dicciomed.usal.es/palabra/frenitis>

- Dor, J. (1992). Primera parte. La infraestructura subjetiva y su tópica. En G. Klein (Trad.), *Introducción a la lectura de Lacan II. La estructura del sujeto* (pp. 17-44). Buenos Aires: Gedisa.
- Doucet, S., Dennis, C. L., Letourneau, N. y Blackmore, E. R. (2009). Diferenciación e implicaciones clínicas de la depresión posparto y la psicosis posparto. *Revista de Enfermería Obstétrica, Ginecológica y Neonatal*, 38(3), 269-279.
- Ey, H. (1965). *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Toray-Masson.
- Fernández Ordóñez, E. (2021). *Duelo perinatal y trastorno de estrés postraumático en una gestación posterior a una pérdida gestacional* (Tesis doctoral, Universidad de Málaga). Recuperado de <https://hdl.handle.net/10630/20944>
- Freud, S. (1986). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (Dementia paranoides) descrito autobiográficamente (1911 [1910]). En J. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 12, pp. 1-76). Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1913).
- Freud, S. (1992). 33.^{era} conferencia. La feminidad. En J. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 22, pp. 104-125). Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1933).
- Freud, S. (1993). Neurosis y psicosis (1924 [1923]). En J. Etcheverry (Trad.), *Obras completas* (Vol. 19, pp. 151-159). Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Trabajo original publicado en 1924).
- Gaitán-Gómez, O. L., Morera Villani, H. S., Zuluaga González, D. y Barrero Castro, A. (2023). Consecuencias en la salud mental de los padres ante un diagnóstico de muerte fetal o neonatal: revisión sistemática. *Enfermería Investiga*, 8(1), 53-63.
- Golse, B. y Moro, M. (2021). Un quatrième axe de la filiation: la filiation narrative. *Journal de la Psychanalyse de L'enfant*, 11(1), 91-115. <https://doi.org/10.3917/jpe.021.0091>
- González-Castro, P. J., Hulak, F., Sigales-Ruiz, S. R. y Orozco-Guzmán, M. (2016). Psicosis puerperal. Panorama general sobre su diagnóstico, etiología e interpretación. *Perinatología y Reproducción Humana*, 30(1), 24-30.
- Jones, I., Chandra, P. S., Dazzan, P. y Howard, L. M. (2014). Bipolar disorder, affective psychosis, and schizophrenia in pregnancy and the post-partum period. *The Lancet*, 384(9956), 1789-1799.
- Lacan, J. (1933). *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. Siglo XXI Editores: México D. F.
- Lacan, J. (1956). *El seminario. Las psicosis. Libro 3*. Barcelona: Ediciones Paidós.

- Lacan, J. (1957). *El seminario. Las psicosis del inconsciente. Libro 5*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Lacan, J. (1966). De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis. En *Escritos II*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Lujambio, M. M. (2016). *Embarazo y maternidad una aproximación desde el psicoanálisis* (Trabajo final de grado). Recuperado de <https://hdl.handle.net/20.500.12008/8495>
- Maleval, J. C. (1998). *Lógica del delirio*. Barcelona: Ediciones del Serbal.
- Martín Hernández, P., Tena Campos, M., Claver Escanilla, E., Muniesa Ciércoles, M., Gotor Delso, P. y López Delpón, M. (2023). Revisión bibliográfica sobre la psicosis puerperal. Prevención y tratamiento. *Revista Sanitaria de Investigación*, 4(12). Recuperado de <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/revision-bibliografica-sobre-la-psicosis-puerperal-prevencion-y-tratamiento/>
- Monchablón, A. y Peralta, M. (1995). Psicosis puerperales. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 4(15). Recuperado de http://www.alcmeon.com.ar/4/15/a15_04.htm
- Moure, R. (1997). *Las psicosis puerperales*. Recuperado de https://agp.serglo.es/uploadedFiles/AGP.r8ms4/fileManager/junio_1997_03.pdf
- Novo-Gueimonde, L., Teijelo, A. I., Sánchez-Sánchez, M. M., García Robles, R. M., Tejerizo García, A., Leiva, A., ... y Tejerizo López, L. C. (2000). Psicosis posparto. *Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia*, 27(10), 386-390.
- Olza Fernández, I., García Esteve, LI., Lasheras, G. y Farré, J. M. (2011). La sección española de la Sociedad Marcé: impulsando la salud mental perinatal. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (100), 50-54.
- Olza Fernández, I., Serrano Drozdowskyj, E. y Muñoz Labián, C. (2011). Lactancia para psiquiatras. Recomendaciones sobre el empleo de psicofármacos en madres lactantes. *Archivos de Psiquiatría*, 74(2), 1-16.
- Organización Mundial de la Salud. (2023). *Clasificación internacional de enfermedades para las estadísticas de mortalidad y morbilidad. CIE-11*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Rai, S., Pathak, A. y Sharma, I. (2015). Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management. *Indian Journal of Psychiatry*, 57(2), 216-221.
- Rondón, M. B. (2009). *Resultados de la investigación sobre las consecuencias emocionales y psicológicas del aborto inducido*. Lima: Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Promsex).

- Sharma, V., Mazmanian, D., Palagini, L. y Bramante, A. (2022). Psicosis posparto: revisando la fenomenología, nosología y tratamiento. *Revista de Informes de Trastornos Afectivos*, 10, 1-8.
- Sharma, V. y Sommerdyk, C. (2014). Postpartum psychosis: What is in a name? *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(12), 1081-1082.
- Solano-Suárez, E. (2023). Delirios y despertares. Una lectura estructural del delirio. *Virtualia*, (42), 15-20.
- Taylor, D., Paton, C. y Kapur, S. (2009). *Las pautas de prescripción de Maudsley*. Florida: Prensa CRC.
- Urriolagoitia, G. (2012). La estructura de la psicosis como consecuencia de la forclusión del nombre-del-padre. *Ajayu*, 10(2), 163-171.
- Vallejo Ruiloba, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Elsevier.
- Vaschetto, E., y Gutiérrez, J. (2020). Las locuras puerperales: una lectura comparada entre Argentina y Colombia, 1880-1950. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 27(4), 1245-1263. doi:10.1590/s0104-59702020000500012