

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/257512584>

Psiquiatría y embarazo: la madre y el niño

Article · December 2002

DOI: 10.1016/S1283-081X(02)71894-8

CITATIONS

0

READS

168

2 authors:



[jean-michel darves-bornoz](#)
Paris University Hospital, France

34 PUBLICATIONS 641 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



[Philippe Gaillard](#)
University of Tours

64 PUBLICATIONS 805 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Ariane 3 [View project](#)



Liaison psychiatry [View project](#)



EMC - Ginecología-Obstetricia

[Volume 38, Issue 1](#), 2002, Pages 1-8



Psiquiatría y embarazo: la madre y el niño

Author links open overlay panel [Jean-Michel Darves-Bornoz](#) (Ancien chef de clinique-assistant, psychiatre des Hôpitaux habilité à diriger des recherches), [Philippe Gaillard](#) (Professeur des Universités praticien hospitalier) [Andrée Degiovanni](#) † (Professeur des Universités)
[Show more](#)

[https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(02\)71894-8](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(02)71894-8) [Get rights and content](#)

Resumen

La perinatalidad constituye por lo general un período feliz de maduración para la mujer y su compañero. Sin embargo, en ciertos casos la tensión psicológica de ambos, habitualmente benéfica, y la frágil singularidad del ser humano pueden desencadenar una vulnerabilidad psíquica o psicotraumática para la madre, el padre o el niño. En ese caso, existe un riesgo muy importante para cada uno de ellos y el desarrollo psicológico del niño puede resultar afectado insidiosamente por esta experiencia.

- **Previous** article in issue
- **Next** article in issue

Palabras clave

embarazo
postparto
perinatalidad

desarrollo psíquico del niño

Introducción

El embarazo constituye una etapa singular de la existencia, en la cual intervienen, además, profesionales médicos especializados. Por eso, aun si los síntomas o las causas no son específicos, la aparición de trastornos psiquiátricos en este marco tan particular justifica que se estudie la dinámica perinatal ^[40].

Si se considerara la tendencia al suicidio como un indicador suficiente de la gravedad en psiquiatría, se podría pensar, como era tradicional, que la procreación protege de la enfermedad mental; en efecto, los estudios muestran que la mortalidad por suicidio se divide por tres durante el embarazo ^[43] y por dos en el año que sigue al parto ^[26].

Sin embargo, deben subrayarse tres puntos con respecto a estas constataciones. En primer lugar, la tasa de suicidio no ha sido siempre baja en la mujer encinta, en particular antes de la legalización de la contracepción y del aborto voluntario, sobre todo cuando el embarazo se producía fuera del matrimonio y cuando la mujer disponía de pocos medios para obtener ayuda. La soltería y la pobreza constituyen aún hoy factores de riesgo de suicidio perinatal ^[26]. En segundo lugar, las cifras globales ocultan el caso del período de la adolescencia, durante el cual los embarazos parecen llevar a un aumento de las tasas de suicidio. El tercer punto concierne las mujeres en las que durante el período perinatal se desarrolla o se agrava un trastorno mental, con tanta intensidad que un tratamiento sin internación no puede controlar el estado psíquico después del parto; en estos casos, el riesgo suicidario experimenta un aumento muy importante (del 50 al 100 %) en el año que sigue al parto ^[6]. Las causas traumáticas de estas muertes, como la violación ^[30] o la pérdida traumática de un hijo ^[6], constituyen un motivo que no se toma en cuenta suficientemente.

Estado psíquico habitual durante el proceso de procreación

El proceso de procreación se acompaña de una reorganización en el plano de la identidad en la mujer y su compañero. La futura madre moviliza todas sus capacidades para adaptarse a los cambios profundos de su mundo interno y externo ^[20].

Esta elaboración de un nuevo equilibrio narcisístico pone en juego las identificaciones anteriores, en particular a su propia madre, y oscila entre un movimiento regresivo de repliegue sobre sí misma y un amplio movimiento de proyección hacia el porvenir.

La «preocupación maternal primaria» ^[71] lleva a un estado regresivo de simbiosis con el niño que va a nacer, incluyendo al mismo tiempo una gran agudeza de percepción de las necesidades del niño y una disociación que anula en gran parte la carga afectiva del mundo exterior. En la mujer, esta identificación con su hijo moviliza imágenes internas de la infancia, como por ejemplo sus vínculos con su propia madre, e incluso imágenes de un traumatismo personal antiguo o reciente. Ciertas manifestaciones del primer trimestre, como las náuseas o la aversión a ciertos alimentos y el deseo de otros, son el reflejo de la atención a su propio cuerpo y a las cenestias.

La disociación fisiológica coexiste desde la concepción, con una representación del niño como un ser diferenciado. Como defensa contra esta alteridad reconocida, el niño se vuelve portador de ideales grandiosos, como los llama Kohut ^[35]. Más tarde, éstos serán generadores en el hijo de una buena estima de sí mismo o bien, al contrario, difíciles de soportar, según que, explícita o implícitamente, sean más o menos conminatorios.

Fuera de toda afección psíquica caracterizada, las futuras madres tienen dificultades para encontrar un equilibrio psíquico entre estas dos vertientes. Por ejemplo, como contrapunto a los ideales, ciertas mujeres dudan de sus capacidades para dar a luz y para ser luego madres, con un miedo que aumenta a medida que se acerca el nacimiento. En los casos de los embarazos en jóvenes adolescentes, puede predominar el deseo de estar encinta (como una manera de superar de manera narcisística la rivalidad con su propia madre), asociado con una negación del embarazo real y de las necesidades que éste implica.

En cuanto al padre, la consciencia de la mortalidad lo lleva ante todo a lo grandioso, la perpetuación de una estirpe y la transmisión de un nombre. Sin embargo, en los hombres también existe el deseo de una regresión fusional, como en su compañera y en su madre. Por eso no es excepcional que el padre presente al comienzo del embarazo todo tipo de manifestaciones somáticas. En general se trata de náuseas y de trastornos

digestivos o alimentarios, por ejemplo el aumento de peso o sensaciones bucales.

Los dos miembros de la pareja salen transformados de este proceso. En efecto, el nacimiento de un niño a veces constituye la salida de una contemplación narcisística que, por su forma paraincestuosa, es análoga a ciertas relaciones hermano-hermana. La aceptación de la mortalidad da lugar a su corolario vivo, el deseo de tener un hijo, que permite superar las imágenes internas de sus propios padres, esta vez sin culpabilidad ni agresividad.

En los casos en que existe un riesgo somático para el niño o para la madre, el peligro genera una intensa ansiedad, que no expresa un exceso de sensibilidad psíquica, sino, al contrario, un buen funcionamiento de los padres. Así, la angustia, que es una señal de alarma, prepara al peligro y protege de él. Amenudo, el padre, más orientado hacia la acción y el alejamiento, huye de la situación sin expresar sus temores y sus sentimientos.

Trastornos psíquicos durante el embarazo

El hecho de promover la investigación en clínica prenatal de los trastornos mentales no impide pensar que el mejor modo de predicción sigue siendo el examen del paciente.

Trastornos del humor

Depresión caracterizada

Las estimaciones de su prevalencia difieren, si bien los expertos la sitúan entre una y dos mujeres de cada veinte ^[31], proporción que no consideran mayor que en la población general de la misma edad ^[9]. Las tensiones repetidas constituyen el factor más corriente, aunque la vulnerabilidad familiar también tiene una influencia, aunque menor ^[14].

No se pueden descartar como irrelevantes, sin haber hecho antes un examen suficiente, el cansancio, la falta de energía, el insomnio o modificaciones en los hábitos alimentarios. Además del suicidio y la mala calidad de la alimentación y del sueño, los riesgos inherentes a las depresiones del embarazo incluyen complicaciones médicas, así como la ingesta incontrolada de medicamentos, tabaco, alcohol o drogas. Se añade

el hecho de que una depresión durante el embarazo constituye un factor de riesgo importante de depresión posnatal.

Enfermedad bipolar maniacodepresiva

El embarazo no parece tener un efecto protector ni precipitante sobre los episodios maníacos o melancólicos. Por ejemplo, las recaídas de pacientes en las 40 semanas que siguen a la interrupción de un tratamiento con litio tienen una frecuencia similar en las pacientes embarazadas ^[67].

Esquizofrenia

Existen pocos estudios sobre la maternidad en las mujeres que padecen esquizofrenia ^[29], a pesar de que la cantidad media de embarazos en estas últimas no difiere de la de otras poblaciones ^[48]. Su estado psíquico parece alterarse más que en el caso de mujeres sin antecedentes psiquiátricos caracterizados ^[46]. Se señala más a menudo una agravación de la enfermedad en las más jóvenes. En cambio, el hecho de ser primípara o de que el entorno social sea desfavorable no parecen modificar particularmente el curso de los trastornos ^[47]. El clínico debe pensar en los escollos del período, dominados por la distanciamiento o la negación del embarazo, y las conductas inadecuadas, irrealistas e incluso francamente peligrosas, cuyo caso extremo es el infanticidio ^[56]. La deriva social que resulta de su enfermedad expone a estas mujeres a numerosos riesgos para ellas mismas y su hijo, debido a su aislamiento social y a sus bajos ingresos. Estos factores dificultan el acceso a la atención médica y refuerzan la vulnerabilidad del embarazo ^[49].

Trastornos ansiosos

La evolución prenatal de los trastornos ansiosos no es del todo conocida. En los trastornos obsesivos compulsivos o en el trastorno de pánico, el impacto del embarazo varía según las pacientes, pero cuando la afección es grave se debe mantener el uso de medicamentos. Sin embargo, parece que globalmente este período exacerba e incluso inaugura los síntomas de los trastornos obsesivos, mientras que las pacientes que padecen trastorno de pánico suelen permanecer más estables ^[3].

Trastornos psicotraumáticos

Los traumatismos psíquicos pasan inadvertidos si no se los busca. En los síndromes traumáticos se asocian, en diversos grados, el post-traumatic stress disorder (PTSD: síndrome secundario a un estrés traumático), la

disociación¹ psíquica o somática (por ejemplo, conversión), fobias y trastornos postraumáticos de la personalidad de tipo depresión narcisística (con poca estima de sí, vergüenza, culpabilidad, sentimiento de vacío y de desvitalización y abandonismo), o con manifestaciones de tipo *borderline*: pasajes al [acto](#) impulsivos, que se materializan en la misma persona o en terceros, inestabilidad de los afectos y del sentimiento de identidad, dificultad para modular un nivel intermedio entre polos extremos, como amado/odiado o ideal/perseguidor.

Un traumatismo puede provocar una amenorrea, pero también puede terminar con una infertilidad. La alegría que resulta de ello no borra ipso facto la preocupación intensa respecto al hijo.

Los traumatismos que se producen antes del embarazo o durante la gestación, generalmente son el resultado de una violación (que puede ser el origen del embarazo), de agresiones físicas tempranas o más tardías, incluso dentro de la pareja. Las reminiscencias de violaciones suscita pánico en la madre, especialmente cuando el feto es de sexo masculino. A veces se instala una fobia importante al parto y es necesaria la cesárea. También puede complicar el embarazo un traumatismo del compañero. Por ejemplo, en el caso de un futuro padre que fue víctima de una violación, los exámenes ginecológicos y el parto de su mujer desencadenan la reactivación de los recuerdos y vivencias anteriores. Las complicaciones somáticas del embarazo también generan un riesgo psíquico articulado alrededor del traumatismo del diagnóstico y de la cronicidad de la amenaza. Por ejemplo, en el caso del VIH, casi una tercera parte de las mujeres seropositivas se enteran de su seropositividad durante el embarazo; el diagnóstico se acompaña de una vivencia de indignidad y de soledad reforzada, a pesar de que la enfermedad está difundida en diversos grupos sociales, por los estereotipos que la asocian con el exceso de placer, con drogas y amantes [\[12\]](#). Otra situación que puede provocar reminiscencias dolorosas es la de la pérdida o alteración duradera de la salud de un hijo anterior [\[37\]](#); que esta alteración haya provocado o no una separación del recién nacido, se produce una asociación mental entre el embarazo actual y el anterior. Algunas veces se interpreta el malestar psíquico durante el embarazo como la consecuencia traumática de un aborto espontáneo [\[39\]](#) o voluntario [\[26\]](#) o incluso de un parto [\[16\]](#).

Trastornos debidos a adicciones

El mayor control de las adicciones durante el embarazo tiene como objetivo influir en el desarrollo obstétrico y en el estado psíquico de la madre, así como prevenir trastornos psiquiátricos o neurológicos del niño (cf infra).

Abuso de sustancias psicoactivas

La adicción a sustancias psicoactivas pone en peligro el embarazo, pero este período puede constituir también una oportunidad para empezar un proceso psíquico de cambio. En las mujeres embarazadas que consumen productos ilegales, el tóxico a veces es menos preocupante que su falta, que puede ser causa de contracciones o incluso de partos prematuros, así como el tabaco, las benzodiazepinas o el alcohol. En estos casos es fundamental, desde el punto de vista obstétrico y psicológico, un tratamiento de sustitución.

Trastornos alimentarios

La [anorexia](#) mental forma parte de una tríada sintomática clásica, que incluye la amenorrea, y en las consultas por infertilidad, una proporción considerable de mujeres padecen anorexia (una de cada 20) o [bulimia](#) (una de cada 10) ^[58]. Sin embargo, este trastorno no excluye el embarazo, que a veces se diagnostica con retraso. Los abortos espontáneos o las complicaciones del embarazo son más frecuentes que en la población general, pero lo mismo se puede decir de todas las mujeres que presentan una patología mental ^[36]. Diversos factores (malnutrición, abuso de tóxicos o de medicamentos, exceso de deporte, control ginecológico irregular) dificultan la correcta evolución del embarazo. Las dificultades obstétricas y psíquicas de este período pueden atenuarse si las conductas alimentarias se normalizan antes de la concepción ^[1]. El médico distingue este tipo de trastornos de los poco frecuentes «vómitos incoercibles del embarazo», que perturban los equilibrios iónicos corporales y que son diferentes, por su intensidad, de las náuseas y vómitos corrientes del embarazo.

Trastornos de la personalidad

En las mujeres que presentan un trastorno de la personalidad, el embarazo, como todo acontecimiento de la vida que requiere una adaptación, puede exacerbar los conflictos con el entorno. Entonces se instala una situación de acumulación de riesgos para la madre y para el hijo (cf infra). La dificultad para responder al cambio sin agresividad hacia los otros y hacia sí mismo aumenta la tensión psíquica y favorece la aparición de patologías intercurrentes del psiquismo o de las conductas.

Como consecuencia, la persona dificulta la actividad médica, debido a su imprevisibilidad, que tiene como corolario respuestas de rechazo por parte del personal que se ocupa de ella.

Otros trastornos del embarazo

Otras dificultades psíquicas se inscriben menos en la psicopatología o son menos frecuentes, pero sin embargo deben ser analizadas por el médico.

Un sueño perturbado no sorprende en la mujer embarazada, que lo relaciona con la incomodidad física. Aun si es mencionado como un signo aislado, a veces se transforma en un hilo de Ariadna en la investigación de una semiología más extensa o en la profilaxis de recaídas psiquiátricas, especialmente en la enfermedad bipolar.

Al contrario, el síndrome de [Münchhausen](#), extremadamente infrecuente, se inscribe fuera de las grandes categorías psicóticas, neuróticas o depresivas. Los estudios de casos que se publican de vez en cuando evocan sobre todo pérdidas de sangre vaginales artificiales, a veces combinadas con una ruptura provocada de las membranas, verdadero maltrato prenatal que a menudo continúa con un maltrato posnatal.

En un falso embarazo o «embarazo nervioso», una mujer (no psicótica) se cree encinta y desarrolla los «signos del embarazo» eventualmente físicos, incluyendo la sensación de movimientos fetales, amenorrea o galactorrea. El falso embarazo no es ni una simulación ni un delirio y representa más bien una conversión. La persona se muestra reticente a la introspección y, para permitirle salvar las apariencias, el médico prefiere desechar la sugestión e imaginar una intervención centrada sobre el síntoma.

La negación del embarazo no desorienta si forma parte del delirio de una mujer psicótica. En cambio, resulta más problemático una mujer encinta que no ignora realmente su estado, pero que «lo olvida» y actúa como si no pasara nada. Su disociación está acompañada por el entorno, que también «ignora» el embarazo y, en los casos extremos, termina con el cuadro de una mujer que consulta por dolor abdominal y que en realidad comienza el parto. El médico se ve entonces confrontado a los problemas que plantea un embarazo que no ha sido controlado y a las razones (traumáticas o neuróticas) del recurso a este mecanismo de defensa. Esta dinámica psíquica puede encontrarse en el embarazo de una adolescente,

si éste no corresponde a una decisión consciente, si teme el juicio moral de los padres o si resulta de un abuso sexual.

Trastornos psíquicos después del parto

Se abordan aquí las categorías posnatales clásicas (*blues*, depresión no psicótica y psicosis puerperal), que se manifiestan sobre todo como trastornos del [humor](#), pero también los otros síndromes psiquiátricos en el contexto del embarazo.

Trastornos del humor

«Blues»

La disforia del *blues* aparece generalmente en los cuatro o cinco días que siguen al parto y probablemente afecta en mayor o menor grado a la mayoría de las mujeres. La persistencia de los síntomas más allá de las dos semanas debe conducir a reconsiderar el diagnóstico, pues una pequeña parte de los casos de *blues* evoluciona hacia una depresión caracterizada [\[15\]](#). La gravedad de la alteración del humor en los días que siguen al parto aparece como un elemento importante de predicción de este tipo de evolución [\[23,74\]](#). Por todo ello, la frecuencia del *blues* del posparto no constituye una razón suficiente como para que se abandone su control.

Depresión posnatal no psicótica

La depresión posnatal no psicótica afecta a una mujer de cada 10 o 20, es decir la misma proporción que en la población general de la misma edad [\[31\]](#). Puede ser la continuación de un *blues* posnatal o desarrollarse de modo insidioso pasadas tres semanas. La paciente aparece a menudo ansiosa y agitada [\[3\]](#). Kendell había constatado que las mujeres que habían sido hospitalizadas anteriormente por depresión, sufrían una recaída en los 3 meses que siguen al parto 100 veces más a menudo que las otras mujeres [\[33\]](#). Hoy en día se reconoce que la depresión posnatal es más probable cuando existen antecedentes de trastornos del humor, traumatismo o tensión crónica, así como en el caso de una alteración tímica prenatal [\[31\]](#). La depresión posnatal se repite generalmente en el embarazo siguiente. Del mismo modo que las depresiones antenatales, las depresiones posnatales generalmente pasan inadvertidas. Al mismo tiempo, la prevención y el tratamiento temprano de la depresión del padre

durante la perinatalidad (que se conocen mejor hoy en día) benefician no sólo a él sino también a la madre y al hijo ^[7].

Psicosis puerperal

La psicosis puerperal, trastorno posnatal muy poco frecuente (menos de dos partos de cada 1 000) no pasa desapercibida, porque los médicos están atentos a ella y conocen su gravedad. Los episodios presentan, según los casos, un aspecto más bien melancólico, maníaco o disociado, pero generalmente constituyen trastornos afectivos que no evolucionan hacia la esquizofrenia. Cerca de las tres cuartas partes de las mujeres sufren una recaída en los embarazos siguientes.

El posparto acelera la aparición de episodios maníacos o depresivos de la enfermedad bipolar. Así, se desarrolla un episodio posnatal en más de un tercio de las pacientes que padecen bipolaridad afectiva. En general, esta fase crítica se produce poco después del parto. El riesgo es mayor en las primíparas, de las cuales solamente una cuarta parte se libra de estos episodios. Los factores que contribuyen a las recaídas son: la juventud de la parturienta, la carencia de apoyo social, especialmente la falta de compañero, y la dificultad para controlar la enfermedad, en particular en el período que precede al embarazo. Un episodio psicótico puerperal expresa sólo en una pequeña minoría de los casos la emergencia de una esquizofrenia.

Esquizofrenia

Las recaídas esquizofrénicas propiamente dichas no son frecuentes en el posparto ^[33]. Los factores que ya se han mencionado como negativos para la bipolaridad (juventud de la embarazada, falta de apoyo social, gravedad de la enfermedad) también contribuyen aquí a la activación del proceso, pero el devenir psíquico de una mujer que padece esquizofrenia con comienzo precoz, primípara o con un mal estado clínico antes de la concepción, no presenta particularidades ^[44,45]. Las hospitalizaciones sirven sobre todo para apreciar, en un contexto de atención adecuada a la enferma, sus aptitudes para criar un hijo. Lamentablemente, esta tarea a menudo está fuera de su alcance. En las mujeres marcadas por una ciclicidad esquizoafectiva, la evolución del trastorno se parece a la de la bipolaridad (más orientada hacia la recaída posnatal), con un mejor pronóstico social que en la esquizofrenia.

Trastornos ansiosos

El posparto parece inaugurar a menudo un trastorno de pánico ^[72]. Cuando el trastorno ya está asentado, este período se caracteriza por el recrudecimiento de los ataques de pánico ^[3]. El comienzo o la agravación de los trastornos obsesivo-compulsivos son aún más importantes que durante el embarazo ^[70].

Trastornos psicotraumáticos

Las personas traumatizadas desarrollan una fragilidad psíquica representada en numerosos cuadros diagnósticos, en especial ansiosos y depresivos, sobre todo si el acontecimiento traumático se ha prolongado en el tiempo ^[19]. Por eso se debe advertir a la futura madre acerca de las posibles complicaciones psíquicas después del parto. A pesar de todo, esta preparación a veces es ilusoria, debido a las modificaciones postraumáticas de la personalidad o a la persistencia de la situación causante. A veces el traumatismo se precipita con el nacimiento, en caso de hospitalización, discapacidad o pérdida del niño. Su elaboración depende mucho de la competencia de los equipos para nombrar lo que ha sucedido.

Trastornos adictivos

Abuso de sustancias psicoactivas

No se puede enfocar el posparto en estas mujeres solamente en términos de la aparición de tal o cual tipo de ansiedad, de depresión, de adicción a drogas nuevas o que habían sido utilizadas en el pasado. Los trastornos intercurrentes son importantes de por sí, pero al mismo tiempo aumentan el sufrimiento en una personalidad que ya está fragilizada por una existencia constantemente dolorosa y sin futuro, y una dificultad permanente para vivir y para ocuparse de un niño.

Trastornos alimentarios

Anorexia, bulimia invalidante, mejoría insignificante de la alimentación durante el embarazo (pero también embarazo imprevisto, o incluso diabetes de gestación) pueden constituir una señal de riesgo psíquico y de la conducta. La posibilidad de tratar un trastorno alimentario antes del embarazo puede reducir las dificultades psiquiátricas posteriores, incluso la depresión. La utilidad de este tratamiento es evidente, ya que sólo un tercio de las pacientes con bulimia consigue liberarse de su adicción después del parto, la mayoría se agrava y una tercera parte desarrolla una depresión posnatal ^[1,50].

Trastornos de la personalidad

La resistencia al cambio en las personalidades patológicas transforma en tensión cualquier situación ordinaria que necesite una innovación de la conducta. En el caso de la maternidad, es como si las causas de tensión se multiplicaran, lo que tiene como consecuencia un estado crónico de tensión. Por eso no sorprende la aparición, hoy en día bien conocida, de numerosos episodios ansiosos o depresivos intrincados con el trastorno de base ^[28]. La causa de la personalidad patológica pudo haber sido un traumatismo, pero luego se repiten otras oportunidades de exposición a traumatismos, triviales (conflictos con la pareja) o menos triviales. Cuando se piensa en las profundas modificaciones de la identidad que supone un nacimiento, se comprende fácilmente cuán complicada es la tarea para estas mujeres.

Embarazos con riesgos para el desarrollo psíquico del niño

Dos tipos principales de etiología determinan este peligro: la organicidad congénita (genética o no) y la esfera de los traumatismos psíquicos; se trata en este último caso de acontecimientos violentos para el psiquismo cuando entran en resonancia con las bases de la subjetividad humana, induciendo distorsiones en el desarrollo de la persona, que no logra encontrar una respuesta psíquica adaptada.

El campo específico de la psiquiatría cubre una gran cantidad de producciones psíquicas atípicas, que se encuentran ya sea en el proceso de desarrollo ya sea, en un momento dado del desarrollo, en forma de un síndrome intercurrente. Dada la amplitud de este campo, no se tratarán aquí las consecuencias deficitarias de las afecciones somáticas de la madre o del niño, salvo para dar algunos ejemplos ilustrativos del recurso al psiquiatra por razones éticas o de prevención.

Recurso al psiquiatra por razones éticas

Para los padres es útil saber que existe un riesgo, por ejemplo de nacimiento prematuro y recibir una ayuda en esa situación. El psiquiatra deberá ayudar a los padres a afrontar esta situación e investigar su capacidad para soportar las heridas psicológicas que se anuncian, trabajo que es imposible si previamente no se han formulado de manera explícita las informaciones factuales. Por cierto, los progresos de la medicina y de la cirugía han atenuado en gran medida las dificultades de salud de los niños

prematurados, pero los estudios recientes muestran una frecuencia preocupante de estos nacimientos [\[66,73\]](#). Las secuelas son tan a menudo discretas como graves, e implican aspectos neurológicos, motores o sensoriales; pueden manifestarse a lo largo del proceso de desarrollo psicológico, especialmente en la escolaridad.

Recurso al psiquiatra para una prevención

El objetivo de prevención se puede ilustrar con el ejemplo de las adicciones. La exposición prenatal al alcohol causa deficiencias y retrasos neurológicos [\[4\]](#). La morfología de la cara (cabeza pequeña, hendiduras oculares pequeñas, labio superior delgado, ausencia de surcos entre la nariz y la boca), del paladar, de las articulaciones, de los dedos o de las uñas alertan al clínico. Estas atipias externas disminuyen durante el crecimiento, pero otras alteraciones, invisibles, inducen una vulnerabilidad (retraso físico y cerebral, baja inmunidad) o una deficiencia (cerebral, renal, cardíaca), hasta el punto de que el abuso prenatal de alcohol llega a afectar muy negativamente a más de un niño de cada 200. Por lo tanto, resulta positivo intervenir ante padres potenciales, incluso adolescentes [\[69\]](#).

Respecto a las adicciones a productos ilegales, los clínicos insisten [\[25\]](#) en que desde hace 30 años no se han constatado efectos teratógenos de la metadona, y también en la diversidad de los efectos a corto plazo sobre el feto de ciertas drogas, como la cocaína [\[32\]](#). Estos efectos son a veces muy inquietantes (prematuridad, peso bajo al nacimiento, dificultades respiratorias, cabeza pequeña, convulsiones) y pueden ser también efectos diferidos, que se conocen mal y que son menos evidentes. La prioridad de la intervención con toxicómanas embarazadas es la información, incluso en los casos en que todavía no se conoce bien el grado de nocividad de un producto.

La salud del feto de una madre anoréxica o bulímica forma parte del problema general de la nutrición, restricción alimentaria y otras estrategias de pérdida de peso que llevan hasta una hipertiroidía artificial, trastornos iónicos y reducción de los movimientos fetales. La malnutrición grave provoca una hipotrofia de pronóstico negativo si afecta no solamente al cuerpo sino también al cerebro, o si se asocia con prematuridad [\[64\]](#). El objetivo después del nacimiento es establecer un espacio de desarrollo psicológico en el que los niños puedan experimentar placer e intercambio con su madre, incluso en los momentos de sus comidas.

Trastornos mentales fuertemente marcados por una organicidad congénita

Los trastornos psíquicos en los cuales los factores etiológicos psicógenos parecen desempeñar un papel secundario deben ser estudiados en su especificidad y actualmente suscitan muchas investigaciones. Se pueden mencionar, por ejemplo, los estudios sobre un elemento causal perinatal en trastornos como la esquizofrenia [\[65\]](#), la enfermedad bipolar [\[8\]](#) o el autismo [\[52\]](#), enfermedades en las que por otra parte los factores genéticos tienen un peso importante. Las investigaciones etiológicas sobre estos trastornos sugieren un encadenamiento de situaciones externas e internas con repercusiones biológicas y psicológicas, que parecen conducir a la génesis diferida de las particularidades neuropsicológicas complejas que se observan. Por ejemplo, las personas psicóticas se caracterizan por sus dificultades para los procesos de mentalización, procesos que requieren, además de una representación de las cosas, una representación de las palabras y «representaciones de representaciones», como las metáforas, o la representación de sí mismo como alguien que actúa, piensa o imagina. Una anomalía genética no permite explicar por sí sola y de manera exhaustiva el cuadro de la etiología de estas particularidades. La idea que parece más razonable actualmente es la de que una epigénesis en cascada, que conduce finalmente a la enfermedad, sería el resultado de «desencadenadores» externos, los cuales, según los estudios recientes, parecen ser de orden infeccioso, nutricional, inmunológico [\[27\]](#) y emocional [\[10,27,51\]](#). Esta hipótesis teórica permite integrar los descubrimientos sobre el genoma, que evidentemente caracteriza de entrada a una persona, pero que también es un mensaje en gran parte no expresado o expresado de manera intermitente. Desde este punto de vista, eminentes autores consideran que ha perdido validez la hipótesis tradicional según la cual las complicaciones obstétricas llevan a ciertos trastornos psiquiátricos graves [\[34\]](#). Globalmente, los progresos científicos todavía dejan muchas preguntas sin respuesta, o con respuestas que no son suficientemente claras como para guiar las actitudes específicas de prevención o de terapéutica en la práctica [médica](#).

Trastornos mentales fuertemente marcados por la psicogénesis

Las causas de traumatismo psíquico, es decir de la intrusión deletérea psicogénica, disminuyen con la edad: en el recién nacido, el traumatismo es omnipresente y contiene una potencialidad crítica sobre los procesos de apego que garantizan el desarrollo psicológico y la regulación de los

afectos. Esto se puede ver en el síndrome de hospitalismo de tipo autístico que Spitz descubrió hace más de 50 años y que se observa aun hoy cuando hay una carencia de apoyo materno ^[60]. Los profesionales que constataron esa perturbación la analizaron en el campo de las «interacciones madre-niño». Wilfred R. Bion, que conocía bien los fenómenos de tipo traumático y también el concepto de identificación proyectiva de Melanie Klein, determinó su mecanismo esencial, que llamó «función α », y lo relacionó con la presencia de la actividad de fantasía de la madre, que le permite dar una significación al niño, el cual es incapaz de formar una representación abstracta de sus materiales psíquicos dispersos.

Planteada de este modo, la etiología traumática se puede aplicar a diversas situaciones. El paradigma es el maltrato, que termina a veces con el infanticidio. Sin embargo, para que el traumatismo del niño muy pequeño se realice, es necesaria la mediación del sufrimiento psíquico, expresado o no, de la madre.

En el maltrato del niño, ciertas heridas psíquicas de los padres, cuando no fueron tratadas por el cuerpo social, se expresan por medio de actos perversos. Generalmente secundarias a traumatismos violentos, esas heridas psíquicas trastornan profundamente su semántica social (por desesperanza respecto al amor materno e idealización de apegos perversos) y provocan además distorsiones que perturban el desarrollo psicológico, intelectual y, finalmente, social. Ese elemento estructural de los padres se asemeja en grados diversos a los síndromes ansiosos y depresivos acompañados por una serie de adicciones y disociaciones intra o somatopsíquicas.

El grado extremo del maltrato es la tentativa de infanticidio (o incluso el infanticidio mismo, que generalmente resulta de un maltrato fatal), que se concentra en las primeras semanas de la vida. Los autores que han elaborado tipologías del infanticidio consideran como elementos fundamentales rasgos que no son psicopatológicos, aun si figuran entre ellos los trastornos mentales. En los hechos, el infanticidio a menudo es el acto de una adolescente que se desarrolla mal en el plano intelectual, cuyo embarazo es muy temprano (e incluso que ya tiene otro hijo) y que no ha recibido una atención correcta en el período prenatal ^[53].

Los trastornos psíquicos maternos caracterizados alteran la capacidad para enviar al niño señales pertinentes, suficientemente perceptibles y unívocas.

Entre ellos predominan los trastornos psicóticos agudos, cicloides o crónicos, que casi nunca pasan desapercibidos, los trastornos del [humor](#) unipolares o bipolares, que pueden ser ignorados, y los trastornos de la personalidad que a su vez pueden ser de origen traumático y que acarrearán igualmente graves consecuencias. En la mayoría de las personalidades patológicas se encuentran tipos negativos de apego materno prenatal, lo que constituye un elemento predictivo de malas interacciones con el niño en el nacimiento e incluso una señal de alarma del maltrato [\[57\]](#). También los traumatismos maternos, sobre todo si fueron prolongados, tempranos, mal asumidos por una familia sin medios morales o económicos y si falta el apoyo social (ausencia del compañero, pobreza, adolescentes), complican el desarrollo de actitudes maternas adecuadas, en relación con la falta de interiorización de imágenes protectoras de los padres (lo que corresponde a una representación realista de la brutalidad de los hechos). La angustia materna, psíquica o somatizada, priva al niño del área de seguridad necesaria para un desarrollo psicológico armonioso. También puede intervenir un sufrimiento similar en el padre del niño.

Otros malestares psíquicos de la madre permanecen en un plano más íntimo y marcan al niño según una clínica diferente, cuya exploración requiere técnicas específicas. En [primer](#) lugar las «tiranías del ideal», ideal respecto a sí misma y al hijo. Se puede mencionar el caso de un niño que es concebido para reemplazar a un hijo muerto o para reencarnar a un antepasado desaparecido, predestinación oculta cuyo testimonio visible es el nombre o el segundo nombre, o bien de un niño al que se exige que realice el sueño insatisfecho de uno de los padres [\[38\]](#). De manera similar, un niño que la madre ha soñado para superar a su propia madre sufrirá de esta idealización, y luego de soledad si para la madre la balanza del narcisismo oscila hacia el otro polo, el miedo o incluso la negación de la maternidad, porque en el fondo, en su fantasía, «madre, sólo hay una»: la suya. El efecto deletéreo sobre el niño de estas identificaciones proviene de que él no las conoce. Una «tiranía del secreto» puede combinarse con las «tiranías del ideal», como en los embarazos que son escondidos, porque son adúlteros, incestuosos o el resultado de una violación. En estos casos, lo que perjudica al niño no es tanto el secreto como la idea de que alguien lo conoce. La perpetuación de este tipo de patología se debe únicamente al desconocimiento de las identificaciones (intergeneracionales o no). Por eso la terapéutica consiste en reconocerlas. En las parejas estériles [\[68\]](#) o de lesbianas [\[62\]](#), la ayuda médica a la procreación

enmascara un ideal que pesa en el niño únicamente si se mantiene en silencio. De no ser así, estos niños parecen tener un desarrollo normal ^[54].

Tratamiento psiquiátrico en las mujeres embarazadas o que amamantan

En la perinatalidad, el psiquiatra siempre prefiere el tratamiento mediante psicoterapia, cualquiera que sea la técnica, para prevenir así una toxicidad medicamentosa que nunca se puede excluir. Nadie pone en duda actualmente la utilidad de las unidades madre-hijo, pero sus indicaciones deben ser planteadas adecuadamente ^[42]. Sin embargo estas elecciones no siempre son posibles ^[24].

El embarazo y el posparto son períodos de vulnerabilidad psiquiátrica, y el dilema, que fue analizado muchas veces ^[5,22], es el siguiente: prescribir, a veces con los riesgos yatrógenos de los psicotropos para la madre y el niño, o no prescribir, con riesgos graves para la madre y para el desarrollo psicoafectivo del bebé.

Según los textos de referencia ^[11] y los diccionarios de los medicamentos para uso de los médicos, ningún psicotropo está exento de riesgo.

Antipsicóticos

—

Teratogénesis: según los estudios prospectivos, las fenotiacinas ^[63] y el haloperidol ^[11] no implican riesgos de malformación; los datos sobre los neurolépticos llamados «atípicos» son tranquilizadores, pero insuficientes.

—

Toxicidad perinatal: un tratamiento con antipsicóticos en posologías elevadas, mantenido hasta el término del embarazo, puede inducir en el recién nacido, en casos excepcionales, una depresión respiratoria o un síndrome extrapiramidal transitorio, siendo más frecuente un síndrome atropínico.

—

Toxicidad a largo plazo en el comportamiento: los escasos estudios son tranquilizadores ^[63].

—

Conducta práctica: el mantenimiento de un tratamiento clásico con neurolépticos, en particular el haloperidol, es aceptable durante el embarazo; se recomienda suspenderlo o disminuirlo una semana antes del parto; se desaconseja el amamantamiento materno, debido a un pequeño pasaje de las butirofenonas y de las fenotiacinas a la leche.

Ansiolíticos

Las benzodiazepinas son las que más se han estudiado.

Teratogénesis: se observa un pequeño aumento de las malformaciones, en particular de las hendiduras labiopalatinas [\[22\]](#).

Toxicidad perinatal: el riesgo de un síndrome del «niño blando», al que puede suceder un síndrome de privación en caso de posologías elevadas, requiere un seguimiento neonatal.

Otros ansiolíticos: meprobamato (afecciones cardíacas) e hidroxicina (hendiduras palatinas) no deben prescribirse durante el [primer](#) trimestre; la buspirona no tiene toxicidad conocida [\[11\]](#).

Conducta práctica: la prescripción de benzodiazepinas rara vez se justifica. En caso de necesidad, se debe recurrir a posologías pequeñas e intermitentes de benzodiazepinas con semivida corta (oxacepam, lorazepam). El amamantamiento materno está contraindicado.

Antidepresores

Teratogénesis: los antidepresores clásicos, de tipo imipramínicos [\[11\]](#), así como un inhibidor selectivo de la serotonina (ISRS), por ejemplo la fluoxetina [\[55\]](#), no son ni teratógenos ni fetotóxicos; los datos son fragmentarios pero tranquilizadores para los otros ISRS, e insuficientes para los otros antidepresores; en caso de exposición a los imipramínicos puede producirse un síndrome atropínico neonatal.

Conducta práctica: en caso de indicaciones precisas (estado depresivo grave, ataques de pánico, trastornos obsesivos), puede justificarse la prescripción de imipramínicos o de fluoxetina; se recomienda la disminución de los primeros, 8 días antes del parto; el amamantamiento materno se desaconseja o bien requiere un seguimiento atento del recién nacido.

Reguladores del humor

Litio

Teratogénesis: se ha confirmado el riesgo de malformación cardíaca, en particular de la enfermedad de Epstein, con una frecuencia que se estima actualmente en el 0,1 % [\[11,13\]](#), lo que está muy por debajo del 11 % que indicaban las primeras publicaciones.

Toxicidad fetal: no existe. La posología debe ser readaptada y disminuida frecuentemente, 1 a 2 semanas antes del parto, para evitar una intoxicación por litio en la madre.

Toxicidad perinatal: está contraindicado el amamantamiento materno; se han observado trastornos transitorios en el bebé (hipotiroidismo, hipotermia, trastornos del ritmo cardíaco), pero son muy poco frecuentes.

Teratogénesis: se observa una anomalía de cierre del tubo neural (AFTN) [\[11.41\]](#) en el 1 al 2 % de los bebés de madres tratadas con ácido valproico y el 0,5 al 1% con carbamacepina [\[59\]](#).

Toxicidad perinatal: con estos mismos productos se han descrito síndromes hemorrágicos y trombopénicos; con la carbamacepina, se desaconseja el amamantamiento.

Abraham S. **Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years**

J Psychosom Res, 44 (1998), pp. 491-502

[ArticlePDF \(75KB\)](#)[View Record in Scopus](#)

Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Indications et modalités de l'électroconvulsivothérapie. Paris : ANAES, 1998

Altshuler L.L., Hendrick V., Cohen L.S. **Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period**

J Clin Psychiatry, 59 (suppl2) (1998), pp. 29-33

[View Record in Scopus](#)

American academy of pediatrics **Fetal alcohol syndrome and alcohol-related neurodevelopmental disorders**

Pediatrics, 106 (2 Pt 1) (2000), pp. 358-361

American academy of pediatrics **Use of psychoactive medication during pregnancy and possible effects on the fetus and newborn**

Pediatrics, 105 (4 Pt 1) (2000), pp. 880-887

Appleby L., Mortensen P.B., Faragher E.B. **Suicide and other causes of mortality after post-partum psychiatric admission**

Br J Psychiatry, 173 (1998), pp. 209-211

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Areias M.E., Kumar R., Barros H., Figueiredo E. **Correlates of postnatal depression in mothers and fathers**

Br J Psychiatry, 169 (1996), pp. 36-41

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Bain M., Juszcak E., McInnery K., Kendell R.E. **Obstetric complications and affective psychoses. Two case-control studies based on structured obstetric records**

Br J Psychiatry, 176 (2000), pp. 523-526

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Bolton H.L., Hughes P.M., Turton P., Sedgwick P. **Incidence and demographic correlates of depressive symptoms during pregnancy in an inner London population**

J Psychosom Obstet Gynecol, 19 (1998), pp. 202-209

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Bolton P.F., Pickles A., Murphy M., Rutter M. **Autism, affective and other psychiatric disorders: patterns familial aggregation**

Psychol Med, 28 (1998), pp. 385-395

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Briggs G.G., Freeman R.K., Yaffe S.J.

Drugs in pregnancy and lactation (5th), Williams and Wilkins, Baltimore (1998), pp. 1-1220

Brival M.L., Crémieux N. **Aspects psychologiques de la prise en charge des femmes atteintes du virus VIH**

Darves-Bornoz J.M. (Ed.), Problématique féminine en psychiatrie, Masson, Paris (2000), pp. 93-105

Cohen L.S., Friedman J.M., Jefferson J.W., Johnson E.M., Weiner M.L. **A reevaluation of risk of in utero exposure to lithium**

JAMA, 271 (1994), pp. 146-150

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Cooper P.J., Murray L. **Postnatal depression**

Br Med J, 316 (1998), pp. 1884-1886

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Cox J.L., Murray L., Chapman G. **A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression**

Br J Psychiatry, 163 (1998), pp. 27-31

[View Record in Scopus](#)

Czarnocka J., Slade P. **Prevalence and predictors of post-traumatic stress symptoms following childbirth**

Br J Clin Psychol, 39 (2000), pp. 35-51

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Darves-Bornoz J.M. **Syndromes traumatiques du viol et de l'inceste**

Rapport de psychiatrie à la 94^e session du congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française, Masson, Paris (1996), pp. 1-264

Darves-Bornoz J.M.

Problématique féminine en psychiatrie, Masson, Paris (2000)

1-270

Darves-Bornoz J.M., Lépine J.P., Choquet M., Berger C., Degiovanni A., Gaillard P. **Predictive factors of chronic post-traumatic stress disorder in rape victims**

Eur Psychiatry, 13 (1998), pp. 281-287

[ArticlePDF \(683KB\)](#) [View Record in Scopus](#)

Degiovanni A. **Aspects psychologiques de la grossesse**

Darves-Bornoz J.M. (Ed.), Problématique féminine en psychiatrie, Masson, Paris (2000), pp. 149-155

Dolovich L.R., Addis A., Vaillancourt J.M., Power J.D., Koren G., Einarson T.R. **Benzodiazepine use in pregnancy and major malformations or oral cleft: meta-analysis of cohort and case-control studies**

Br Med J, 317 (1998), pp. 839-843

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Elefant E., Bavoux F., Vauzelle-Gardier C., Cournot M.P., Assari-Merabtene F. **Psychotropes et grossesse**

J Gynécol Obstét Biol Reprod, 29 (suppl 1) (2000), pp. 43-51

[View Record in Scopus](#)

Fossey L., Papiernik E., Bydlowski M. **Postpartum blues: a clinical syndrome and predictor of postnatal depression?**

J Psychosom Obstet Gynaecol, 18 (1997), pp. 17-21

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Gaillard P., Jonville-Béra A.P., Autret-Léca E. **Traitements psychotropes pendant la grossesse et l'allaitement**

Darves-Bornoz J.M. (Ed.), Problématique féminine en psychiatrie, Masson, Paris (2000), pp. 248-258

Gibier L. **Toxicomanie et grossesse**

Darves-Bornoz J.M. (Ed.), Problématique féminine en psychiatrie, Masson, Paris (2000), pp. 199-215

Gissler M., Hemminki E., Lönnqvist J. **Suicides after pregnancy in Finland, 1987–1994: register linkage study**

Br MedJ, 313 (1996), pp. 1431-1434

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Gorman J.M.

The gene-environment interaction: schizophrenia as an illustrative case, APA, Chicago (2000)

Syllabus and proceedings of the annual meeting of the american psychiatric association (Chicago) 2000:1–313

Guelfi J.D., Corruble E., Duret E., Pham-Scottez A., Purper-Quakil D.

Personnalité et troubles de l'humeur, Doin, Paris (1999)

1–97

Guillem E., Dor E., Lépine J.P. **Le devenir des troubles mentaux pendant la grossesse et le post-partum**

Darves-Bornoz J.M. (Ed.), Problématique féminine en psychiatrie, Masson, Paris (2000), pp. 167-176

Holmes M.M., Resnick H.S., Kilpatrick D.G., Best C.L., Moore J.G., Moreno H. **Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women**

Am J Obstet Gynecol, 175 (1996), pp. 320-324

[View Record in Scopus](#)

Johanson R., Chapman G., Murray D., Johnson I., Cox J. **The North Staffordshire Maternity Hospital prospective study of pregnancy-associated depression**

J Psychosom Obstet Gynaecol, 21 (2000), pp. 93-97

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Keller R.W. Jr, Snyder-Keller A. **Prenatal cocaine exposure**

Ann N Y Acad Sci, 909 (2000), pp. 217-232

[View Record in Scopus](#)

Kendell R.E., Chalmers J.C., Platz C. **Epidemiology of puerperal psychoses**

Br J Psychiatry, 150 (1987), pp. 662-673

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Kendell R.E., McInnery K., Juszcak E., Bain M. **Obstetric complications and schizophrenia. Two case-control studies based on structured obstetric records**

Br J Psychiatry, 176 (2000), pp. 516-522

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Kohut H.

Le soi (1971), PUF, Paris (1974)

1-374

Kumar R.C., Hipwell A.E. **Implications for the infant of maternal puerperal psychiatric disorders**

Rutter M., Hersov L., Taylor E. (Eds.), Child and adolescent psychiatry, Blackwell Scientific, London(1994), pp. 759-775

Larmande C. **Parents confrontés à l'hospitalisation d'un nouveau-né**

Darves-Bornoz J.M. (Ed.), Problématique féminine en psychiatrie, Masson, Paris (2000), pp. 228-236

Lebovici S. **Les liens intergénérationnels: les interactions fantasmatiques**

Lebovici S., Weil-Halpern F. (Eds.), Psychopathologie du bébé, PUF, Paris (1989), pp. 128-142

Lee C., Slade P. **Miscarriage as a traumatic event: a review of the literature and new implications for intervention**

J Psychosom Res, 40 (1996), pp. 235-244

[ArticlePDF \(696KB\)](#)[View Record in Scopus](#)

Lempérière T, Rouillon F, Lépine JP. Troubles psychiques liés à la puerpéralité. *Encycl Méd Chir* (Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37-660-A-10, 1984:1-12

Lindhout D., Meinardi H., Meijer J.W. **Antiepileptic drugs and teratogenesis in two consecutive cohorts**

Neurology, 42 (suppl 5) (1992), pp. 94-110

[View Record in Scopus](#)

Marcelli D. **Unités mère-bébé**

Darves-Bornoz J.M. (Ed.), Problématique féminine en psychiatrie, Masson, Paris (2000), pp. 177-186

Mazruk P.M., Tardiff K., Leon A.C., Hirsch C.S., Portera L., Hartwell N., Iqbal I. **Lower risk of suicide during pregnancy**

Am J Psychiatry, 154 (1997), pp. 122-123

McNeil T.F. **A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group. 1. Clinical characteristics of the current postpartum episodes**

Acta Psychiatr Scand, 74 (1986), pp. 205-216

[CrossRefView Record in Scopus](#)

McNeil T.F. **A prospective study of postpartum psychoses in a high-risk group. 2. Relationships to demographic and psychiatric history characteristics**

Acta Psychiatr Scand, 75 (1987), pp. 35-43

[CrossRefView Record in Scopus](#)

McNeil T.F., Kail L., Malmquist A. **Women with nonorganic psychosis: pregnancy's effect on mental health during pregnancy**

Acta Psychiatr Scand, 70 (1984), pp. 140-148

[CrossRefView Record in Scopus](#)

McNeil T.F., Kaij L., Malmquist A. **Women with nonorganic psychosis: factors associated with pregnancy's effect on mental health**

Acta Psychiatr Scand, 70 (1984), pp. 209-219

[CrossRefView Record in Scopus](#)

McNeil T.F., Kaij L., Malmquist-Larsson A. **Pregnant women with nonorganic psychosis: life situation and experience of pregnancy**

Acta Psychiatr Scand, 68 (1983), pp. 445-457

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Miller L.J., Finnerty M. **Sexuality, pregnancy, and childrearing among women with schizophrenia-spectrum disorders**

Psychiatr Serv, 47 (1996), pp. 502-506

[View Record in Scopus](#)

Morgan J.F., Lacey J.H., Sedgwick P.M. **Impact of pregnancy on bulimia nervosa**

Br J Psychiatry, 174 (1999), pp. 135-140

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Nasrallah H.A.

Psychosis genotypes and phenotypes, Proceedings of the symposium « Managing psychoses across the age spectrum » at the annual meeting of the American Psychiatric Association, Chicago: APA and AstraZeneca (2000)

1–6

O'Leary J.J., Uhlmann V., Wakefield A.J. **Measles virus and autism**

Lancet, 356 (2000), p. 772

[ArticlePDF \(49KB\)](#)[View Record in Scopus](#)

Overpeck M.D., Brenner R.A., Trumble A.C., Trifiletti L.B., Berendes H.W. **Risk factors for infant homicide in the United States**

N Engl J Med, 339 (1998), pp. 1211-1216

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Parks C.A. **Lesbian parenthood: a review of the literature**

Am J Orthopsychiatry, 68 (1998), pp. 376-389

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Pastuszak A., Schick-Boschetto B., Zuber C. **Pregnancy outcome following first-trimester exposure to fluoxetine (Prozac®)**

JAMA, 269 (1993), pp. 2246-2248

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Pitt S.E., Bale E.M. **Neonaticide, infanticide, and filicide: a review of the literature**

Bull Am Acad Psychiatry Law, 23 (1995), pp. 375-386

[View Record in Scopus](#)

Pollock P.H., Percy A. **Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse**

Child Abuse Negl, 23 (1999), pp. 1345-1357

[ArticlePDF \(241KB\)](#)[View Record in Scopus](#)

Resch M., Nagy G., Pinter J., Szendei G., Haasz P. **Eating disorders and depression in Hungarian women with menstrual disorders and fertility**

J Psychosom Obstet Gynecol, 20 (1999), pp. 152-157

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Rosa F.W. **Spina bifida in infants of women treated with carbamazepine during pregnancy**

N Engl J Med, 325 (1991), pp. 674-677

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Rutter M., Andersen-Wood L., Beckett C., Bredenkamp D., Castle J., Groothues C., *et al.* **Quasi-autistic patterns following severe early global privation**

J Child Psychol Psychiatry, 40 (1999), pp. 537-549

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Schou M. **Treating recurrent affective disorders during and after pregnancy**

Drug Safety, 18 (1998), pp. 143-152

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Sintes R., Darves-Bornoz J.M. **Homosexualité féminine et désir d'enfant**

Darves-Bornoz J.M. (Ed.), Problématique féminine en psychiatrie, Masson, Paris (2000), pp. 35-45

Slone D., Siskind V., Heinonen O.P., Monson R.R., Kaufman D.W., Shapiro S. **Antenatal exposure to the phenothiazines in relation to congenital malformations, perinatal mortality rate, birth weight and intelligence quotient score**

Am J Obstet Gynecol, 128 (1977), pp. 486-488

[ArticlePDF \(256KB\)View Record in Scopus](#)

Styne D.M. **Fetal growth**

Clin Pehnatol, 25 (1998), pp. 917-937

[View Record in Scopus](#)

Susser E.S., Brown A.S., Gorman J.M.

Prenatal exposure in schizophrenia, American Psychiatric Press, Washington DC (1999)

1-275

Taylor H.G., Klein N., Hack M. **School-age consequences of birth weight less than 750 g : a review and update**

Dev Neuropsychol, 17 (2000), pp. 289-321

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Viguera A.C., Cohen L.S. **Risk of recurrence of bipolar disorder in pregnant and non-pregnant women after discontinuing lithium maintenance**

Am J Psychiatry, 157 (2000), pp. 179-184

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Weil E., Dayan J. **Désir d'enfant et assistance medicale à la procréation**

Darves-Bornoz J.M. (Ed.), Problématique féminine en psychiatrie, Masson, Paris (2000), pp. 23-34

[View Record in Scopus](#)

Wiemann C.M., Berenson A.B. **Factors associated with recent and discontinued alcohol use by pregnant adolescents**

J Adolesc Health, 22 (1999), pp. 417-423

Williams K.E., Koran L.M. **Obsessive compulsive disorder in pregnancy, the puerperium, and the premenstruum**

J Clin Psychiatry, 58 (1997), pp. 330-334

[CrossRefView Record in Scopus](#)

Winnicott D.W. **La préoccupation maternelle primaire (1956)**

De la pédiatrie à la psychanalyse, Payot, Paris (1969), pp. 285-291

Wisner K.L., Pein D.I.K.S., Hanusa B.H. **Effects of childbearing on the natural history of panic disorder with comorbid mood disorder**

J Affect Disord, 41 (1996), pp. 173-180

[ArticlePDF \(706KB\)](#)[View Record in Scopus](#)

Wood N.S., Marlow N., Costeloe K., Gibson A.T., Wilkinson A.R. **Neurologic and developmental disability after extremely preterm birth. EPICure study group**

N Engl J Med, 343 (2000), pp. 378-384

[CrossRef](#)[View Record in Scopus](#)

Yamashita H., Yoshida K., Nakano H., Tashiro N. **Postnatal depression in Japanese women. Detecting the early onset of postnatal depression by closely monitoring the postpartum mood**

J Affect Disord, 58 (2000), pp. 145-154

[ArticlePDF \(97KB\)](#)[View Record in Scopus](#)

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención del artículo original: Darves-Bornoz JM, Gaillard P, Degiovanni A †. Psychiatrie et grossesse: la mère et l'enfant. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Obstétrique, 5-046-A-10, Psychiatrie, 37-660-A-10, 2001, 8 p.

Se trata aquí de los trastornos disociativos en el sentido de las clasificaciones internacionales de los trastornos mentales; estos trastornos disociativos no tienen relación con las esquizofrenias.

r Masson SAS. All rights reserved.