

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**AFECCIONES PSICOSOMATICAS DE LA GESTACION Y
ESTRUCTURACION DE PERSONALIDAD DEL NEO-NATO**

TESIS

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala,

Por

MARCO CYRANO RUIZ HERRARTE

Ex-Preparador del Departamento de Patología de la Facultad de Ciencias Médicas.

Ex-Interno de Cardiología del Departamento de Consultas Externas del Hospital General.

Ex-Interno del Departamento de Emergencia del Hospital General.

Ex-Interno Rotatorio del Hospital Roosevelt.

Ex-Interno del Servicio de Otorrinolaringología de Hombres del Hospital General.

En el acto de su Investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Mayo de 1,963.



INTRODUCCION

Para aclarar los conceptos vertidos en este trabajo de investigación, debemos observar que la etiología de las disfunciones estudiadas en él, como psicosomáticas, no son exclusivamente emocionales, ni tampoco que la psicoterapia es el único tratamiento eficaz en las afecciones llamadas en esta forma, lo que si es cierto es que en muchos, el tratamiento de los factores emocionales conjuntamente con las medidas médicas usuales, aumenta la eficacia de ambos tratamientos; desde ese aspecto, es pues que enfocamos los problemas de tal naturaleza durante el embarazo.

Pocas dudas pueden existir de que innumerables pacientes acuden al médico, presentando síntomas que traducen un conflicto emocional profundamente situado. Pero muchos de ellos, reconocen en estos síntomas su aspecto aparente, perpetuando así los conflictos neuróticos, que en varios casos es precisamente lo que desea resolver la enferma. Plantear una exploración sobre una base emocional, resulta con frecuencia muy desagradable. Por diversas razones el médico puede eludir el examen de dicho aspecto de la enfermedad, ya que éste puede producir una actitud hostil de la persona examinada. Sin embargo, sorprende observar que existen numerosos pacientes que oponen poca dificultad para aceptar la base psíquica de sus síntomas, pero si se les trata con el debido "TACTO", de lo contrario se fracasará. He aquí, la siguiente anécdota que recuerdo vivamente: Un médico después de inspeccionar el cuello del útero de una señora exclamó: ¡sí! ¡sí! ya la recuerdo a usted... ¿Cómo podría esta pobre mujer encontrar atención para su persona?.

Creo en resumen que la actitud del médico debe consistir en examinar el estado de la mente y el cuerpo, es decir, de la personalidad. Un buen médico debe tener siempre presente que los órganos pélvicos pertenecen a seres humanos, a personalidades.

Por eso, el estudio de la interacción e interdependencia de la mente y del cuerpo, es necesario en todas las especialidades y muy particularmente para comprender los fenómenos de que trata este trabajo, en las afecciones psicosomáticas de la gestación, donde alcanzan su máximo de importancia, o como según podemos ver por los siguientes datos históricos, desde antiguamente lo había alcanzado en este campo.

Utero o matriz, tiene como etimología la voz griega: USTERIJOS; la que se origina de: USTERA, que sirvió como base para el latín: HYSTERICUS.

Esta es la razón por la cual en la antigüedad, los médicos creían que por ser éste el órgano femenino por excepción, una serie de padecimientos de naturaleza psíquica, no eran debidas a otra cosa más que al Hystericus (Utero) centro de donde radiaban las molestias que alteraban el alma de una mujer, específicas para su sexo, pues la teoría arriba expuesta, que explicaba su origen no permitía otra cosa. De allí que crearan el término de HISTERIA, que quiere decir alteración del útero, para calificar tales trastornos.

Como se puede ver por este pequeño esbozo histórico, nuestros antiguos médicos estaban desorientados al creer que el útero era el "Cerebro" que engendraba las enfermedades de tal naturaleza y por lo tanto el hombre no las podía padecer, cuando éste tenía algo similar, se trataba de estar poseído por un "Mal Espíritu". Concepto que gracias a Pinel, 1783 en Francia y luego a Freud, vino a cambiar; pero sin embargo podemos ver que en su raciocinio no andaban tan desorientados, ya que en un buen número de las afecciones psíquicas de la mujer, juegan un papel preponderante, las alteraciones relacionadas con su propio sexo, asimismo en el embarazo, que no es una enfermedad, como en algunas otras que sí lo son, ya que según nuestros conceptos actuales sí puede tener explicación dicho fenómeno, si

pensamos en el ciclo: Soma—>Psiquis—>Soma: o bien: Psi quis—>Soma—>Psiquis.

Por otra parte he creido necesario tomar en éste, no solamente el embarazo mal encauzado como causa de patología, sino también por la importancia que tienen, enfocar algunos aspectos del mismo, como etiología de las afecciones que no sólo padecerá la mujer por este momento, sino quizá por el resto de su vida, así como también discutir la lactancia y en relación con ésto, la interacción madre-niño, de tanto valor y tan íntimamente relacionado con lo otro que en conjunto son parte integrante en la deformación de la personalidad de la madre, o más grave aún, como parte destructora de la buena arquitectura de la futura personalidad del niño, ya que como veremos más adelante, en su desarrollo se manifiestan hechos que están en total desacuerdo con la adaptación de la vida social de un ser.

Parece como si se quisiera abarcar mucho en el presente trabajo de tesis, pero es que no podemos hablar de un tema sin tomar el otro, a menos que desismos dejar incompleto el proceso que como el nombre de la tesis indica, constituye la génesis de psicopatía, que en muchos casos perdura sólo durante el embarazo como psiconeurosis, pero que en otros más desafortunados, alcanzan hasta constituirse en neurosis permanente, que es de más larga duración en la vida de una mujer o del niño.

Cabe pues al aceptar abiertamente con la medicina moderna, que cada día que pasa, es un d'a más en que nos acercamos, no sólo a comprender sino a practicar la verdadera y real medicina humana, en la que además del cuerpo, para diferenciarla de la medicina veterinaria, atendemos el don de humanos: LA PSIQUIS.

Nos queda recibir con gran gusto, de ser así, las palabras que no recientemente dijera Pinel: "Los médicos están

tanto más a la altura de su misión, cuanto más sean y actúen como Psiquiatras".

ORIENTACION, BREVIARIO Y TERMINOLOGIA

Es indispensable dejar bien claros los conceptos con que a nuestro criterio, hemos enfocado los diversos capítulos del presente trabajo, con lo que nos parece se evitarán errores de interpretación y se obtendrán una visión más amplia de su contenido.

Hemos creído necesario tomar el desconocimiento de la vida sexual de una mujer, como etiología en muchas afecciones que más adelante se describirán, porque he tenido la tristeza de escuchar en la historia médica de muchas pacientes embarazadas, que relatan como un hecho común entre de ellas, el que sus experiencias de la vida sexual hayan venido no como una enseñanza previa, sino como un hecho que las ha sorprendido durante una época de su vida, tal es el que un día de la adolescencia se ven alarmadas con una hemorragia vaginal, que al tratar de averiguar su causa han sido informadas que se trata de un fenómeno que se llama menstruación y en igual forma un mal, o un buen día para ellas, se encuentran también sorprendidas porque dicho fenómeno después de tenerlo por cierto tiempo ha desaparecido sin causa aparente, a lo que son informadas por personas no menos inexpertas que ellas, que tal cosa es el resultado de haber quedado embarazadas, cosas que por ser tan vitales y venidas de la ignorancia, son capaces de alterar los mecanismos defensivos de un sinnúmero de alteraciones durante el embarazo. Por eso consideramos necesario darle a este problema cabida como capítulo en este trabajo.

Al referirnos al engrama de la personalidad materna en nuestro medio, entendemos con ello: Las primeras experiencias o adquisiciones que se graban en la mente de una madre potencial, cuando en ese aspecto se encuentran en

"blanco", adquiriendo con ellas una buena conciencia materna, o como más a menudo sucede en nuestro medio, se les forman creencias erróneas de lo que es la sintomatología simpática de la gestación, la idea de que el parto es un serio trauma, la lactancia un disgusto, etc., dando ello origen a serios conflictos emocionales, que como malos fundamentos, los estudiamos en su conjunto como causa desencadenadora de múltiples manifestaciones psicológicas en otro capítulo.

Como se puede deducir, no sería difícil una mala interpretación a la terminología que se presentará por el solo hecho de no saber en qué sentido la hemos empleado. Por ello se hace más que necesario dejar establecidos nuestros conceptos para su desenvolvimiento:

Madres Primíparas y Padres Multíparas Tipo, han sido aquellas madres que además de vivir con cierta bonanza económica, esperan con gran ilusión al primogénito, o a otro hijo más en el caso de las multíparas, agregándose a ésto la felicidad del padre y el resto de la familia, y cierta capacidad de la madre para aceptar el embarazo como fruto del matrimonio.

Madres Accidentales: Las definimos como aquellas que por descuido en sus relaciones subrepticiamente llevadas, o por un asalto del cual han sido víctimas, resultan embarazadas.

Madres Abandonadas: hemos creído necesario clasificar dentro de este grupo, a las que siendo casadas o teniendo un respaldo amoroso o económico marital, son dejadas solas a la ventura de su suerte cuando ya el embarazo se encuentra como un hecho real.

Madres con grave trauma socio-económico, son aquellas como su misma denominación define carecen de medios económicos para la manutención del embarazo y sus

múltiples necesidades fundamentales, agregándoseles en muchas ocasiones el sostén del hogar, con la angustia sobre llevada de que si se les imposibilitara trabajar sucumbirían en la miseria; además incluimos aquí aquellas que carecen de medios sociales adecuados para su desenvolvimiento: diferencias raciales, religiosas, etc.

Madres Problema: tomamos por estas las que por situación especial previa al embarazo, constituyen serio problema durante el mismo tales como las enajenadas mentales, las que en vez de vivir su problema como las otras, lo constituyen para el médico. O bien aquellas que tienen deformidad ósea y por lo mismo van a ser tratadas como problema especial, asimismo conceptuamos dentro de este grupo, aquellas que han tenido cesárea previa, ruptura uterina, etcétera.

Madres Póstumas: que en verdad no son tan abundantes, pero existen con relativa frecuencia para ser consideradas en este estudio y se trata de aquellas que durante su embarazo el esposo fallece por x circunstancia dejando así al futuro hijo engendrado.

Falso Embarazo o Pseudocyesis: aquellas que sin estar embarazadas presentan el conjunto psicosomático sintomatológico de la gestación.

Para los fines de la investigación tomamos como embarazo no deseado todos los casos en los cuales las madres por ser solteras, no quieren manifestar su "falta cometida", o bien las que como casadas se cuidan de conservar en secreto "la infidelidad", o sin ser una mera infidelidad, la situación económica de ese hogar ya no les favorece para pensar en otro hijo. Así como en aquellos matrimonios que por una tensa situación les causa un serio disgusto el hijo que viene. O aquellas cuyas gestaciones anteriores han constituido anomalías congénitas, o patología, y así también aque-

llos embarazos en los cuales la madre siente temor por un mal engrama.

Embarazos Sobre-estimados: es el caso de las madres primigestas añosas o el de las madres solteras añosas, que piensan en ese futuro hijo como la única compañía que tendrán en el mundo. Además incluimos aquí los embarazos que existen después de múltiples pérdidas, o a la inversa que en los anteriores, están aquellas que por una tensa situación en el matrimonio por falta de hijos, ven el embarazo actual como la salvación de su hogar; o bien, el motivo que las puede llevar a establecer un hogar.

Según queda dicho, esos son los grupos y esos los conceptos en que los tomamos para referirnos a cada uno de ellos en el desarrollo del trabajo.

Luego, en el siguiente capítulo hablaremos de la lactancia y el parto como trauma o complacencia. No nos parece que aquí puedan surgir equivocaciones, así que solo desenvolveremos el tema, pero sí consideramos conveniente dejar claro de que en el capítulo: estimación y régimen del neo-nato como estructuración de su futura personalidad, tendremos que tomar para su desarrollo.

- 1.—Las modificaciones de las características hereditarias, por el medio en que se encuentra el feto.
- 2.—Génesis de las emociones fetales, en cuanto afectan las primeras fases del desarrollo de la estructura de la personalidad.
- 3.—Tipo de reacciones fetales y su relación causal con la clase de órgano escogido para la manifestación de las emociones.

Para lograr así concluir claramente el juicio que se tiene desde hace cierto tiempo, de considerar el comienzo de la maduración simultánea con el huevo y la personalidad y

tratar de demostrar que el medio en que se encuentra el feto, incluyendo en él, las emociones de la madre, es capaz de afectar las formaciones indiferenciadas del feto, determinando la alteración del aparato psico-fisiológico fetal.

Teniendo presente este hecho, es posible llegar a una mejor comprensión en la constitución de la personalidad en los primeros tiempos de la infancia, de sus trastornos y de la susceptibilidad del niño a las afecciones psico-somáticas.

Con ésto me parece concluir en forma concreta, con una orientación o brevario, de cual es el contenido del presente trabajo, así como de la terminología en el empleado, para que con base en ello, no haya lugar a dudas ni a un mal entendimiento.

ENGRAMA DE LA PERSONALIDAD MATERNA EN NUESTRO MEDIO

Trataremos de explicar en este capítulo, a la par de cual debe ser un engrama correcto y con base científica, como es el engrama materno en nuestro medio, cosa que es bien diferente y bien importante, ya que estos errores serán la sólida base para una defectuosa personalidad materna y para un defectuoso desarrollo del embarazo, de la lactancia, y aún de la actitud que adopte posteriormente la mujer ya como madre, ante su hijo.

El primer grave problema que existe en nuestro medio, es decirle a la mujer desde antes o cuando ya es visible su embarazo, como primera impresión a veces de su mismo médico, que ya se encuentra ENFERMA, CONCEPTO TOTALMENTE EQUIVOCADO en la medicina actual, la cual acepta tal estado como símbolo de SALUD Y FERTILIDAD DE UNA MUJER, y no como dolencia de una enferma. Analizando cuan delicado es ésto, nos ponemos a pensar que en su gran mayoría las madres guatemaltecas, como decíamos en el brevario, tienen su mente "en blanco", de lo que como fenómeno fisiológico representa el embarazo, ello es susceptible de una cuidadosa enseñanza de los principios fundamentales, en su forma más elemental de la anatomía y fisiología como base de tal proceso natural que sólo puede tener una mujer sana. Con ello se logra dejar como primera experiencia en su mente, que ella se encuentra en la plenitud de su salud; para lograr así que como primera fase, entienda la mujer al embarazo como un estado normal de su vida y descartar la idea de patología o enfermedad de ese estado "inapropiado de su salud".

Con esto se habrá dado un gran paso en la preparación de la mente de la mujer con miras al parto y que con gran seguridad contribuirán a su feliz desemvolvimiento.

Otro aspecto importante, es aclararles desde el inicio lo que es la Sintomatología Simpática; tratar de quitar de sus conocimientos la tan fatal asociación: embarazo-náuseas matutinas, anorexia, polaquiuria, estreñimiento, etc., sin que por ello se trate a la vez de descartar una causa orgánica en la etiología de tal sintomatología, cosa que el perfecto discernimiento del médico aclarará para sí mismo, antes de seguir adelante. Pero eso sí, disociar tajantemente dichos síntomas del embarazo para luego podérselos explicar como situaciones que pueden ocurrir en esta época, complicándola y no como algo *sine qua non*, ya que es muy corriente enterarse de cómo la mayoría los asocian al embarazo. Así, es frecuente oír decir, principiaré dentro de poco, con mis náuseas, con mis insomnios, anorexia, etc., por querer decir, pronto resultaré embarazada, claro está, ¿cómo puede existir en tales condiciones embarazo sano? En la actualidad, ya se está llegando en muchos casos a querer darles a tales trastornos, una significación natural de la gestación y no como complicación de la misma, en su inmenza mayoría de origen psicológicos. Resulta un método muy probatorio para demostrar que no es así, el hecho de que después de excluir, cualquier posible causa física, se investigue convenientemente la actitud del marido y de los familiares más próximos ante la embarazada, y también de si se mostraron contentos de cuando supieron que la paciente iba a tener un hijo, y encontraremos claramente la respuesta de tales problemas "naturales" en la paciente.

Existen como éstos, otro sinnúmero de síntomas y signos que permitan al médico determinar la intensidad que pueden revestir los temores. Ya que la inquietud indica la existencia de un estado hipersensible resultante de temores: en estos casos la paciente nos cuenta que no puede permanecer de pie, que siempre tiene que estar haciendo algo, que espera con impaciencia la vuelta del esposo del trabajo o le cuesta dormirse por la noche. La sobre-exitación de los primeros meses del embarazo se acompaña casi invariablemente de hipertensión neuro-muscular y de pugnas men-

tales entre el miedo y la ecuanimidad, hay mujeres que se quejan de náuseas que les hacen aborrecer el olor o el sabor de las comidas, y otras, cuya sensación de fatiga les hace permanecer tendidas todo el día, lloran sin motivo justificado, en estos casos debe investigarse el origen de los trastornos, ya que constituyen casi siempre síntomas somáticos de perturbaciones psíquicas; qué cosa más hermosa, que en la actualidad estar en capacidad para poder disociar estos trastornos del embarazo, y poder explicarles a las madres, que hay quienes los presentan condicionadas a los múltiples problemas que viven o bien en otros casos más raros, son consecuencia de alteraciones orgánicas, que como tales tienen fácil explicación y por lo tanto fácil tratamiento. Ya que de otra manera no se puede lograr ningún alivio a las manifestaciones expuestas, con sólo la aplicación de drogas, a veces las menos indicadas, cuando se está haciendo caso omiso de su etiología y en algunas ocasiones aumentando, o colaborando a aumentar su tensión emocional.

Agregado a ésto habrá que explicar a la madre que al cabo de la décima-octava o décima-nona semana ella, posiblemente percibirá un aviso de la vitalidad del nuevo ser, debe dársele a ésto el valor que le corresponde, por cuanto constituye el primer signo de la existencia del hijo, volviendo en ese momento la mente de la mujer, más receptibles de los consejos y su atención se trasladará de su cuerpo al niño. El recuerdo de lo pasado es substituido por la realidad de lo presente, desdoblando en ese instante y en forma perfecta, lo que es el embarazo como conjunto de alteraciones; o como símbolo de salud y vida, cosa que es bien distinta de anticiparle que en breve sentirá movimientos que son desagradables, y que se sienten tan extraños que causan la impresión de que algún animal se moviera libremente en el vientre, pues aún cuando parezca que ésto no tiene gran importancia, por el contrario, si la tiene, ya que es en este instante que la madre asociará por primera vez, más si es primigesta, la idea viva de que en su vientre tiene nada más que su hijo, para ir haciendo cada vez más sólidos los



lazos que lo unen a él, y no debilitándolos como sucede muy a menudo, con tales comparaciones que además de absurdas son perjuiciosas para la estructuración del perfecto engrama materno y del futuro del hijo.

Son estos hechos los que mal encausados, o tan solo con prestarles poca atención, van a dejar a, insisto nuevamente, la mente que estaba "en blanco", con el triste y problemático recuerdo, capaz de engendrar múltiples alteraciones, que sobre-agregadas a las arriba descritas por el problema de adaptación al nuevo estado, van a ocasionar desde leves trastornos hasta serios problemas destructores de la felicidad, en esa sagrada fase femenina.

Claro está, que las manifestaciones de que hemos hablado, se les podría dar como base, múltiples explicaciones fisiopatológica y no psico-fisiológicas, que a veces a más de abstractas, resultan aburridas e incomprensibles para quien no quiere darle importancia a los valores supremos humanos.

Así podríamos explicar las náuseas en un 100% por cualquiera de las teorías de alteración del ácido clorhídrico, tan variadas como inciertas todas ellas: al insomnio se le podría atribuir la irritación simpática que existe por el aumento del tamaño del útero, con distorsión de la anatomía íntima de dichas regiones; pero entonces cabría preguntarnos, ¿cómo es posible provocar alteraciones idénticas en quienes no presentan embarazo? ¡Imposible!. Sólo explicándolas por mecanismos psico-fisiológicos, o sean las alteraciones llamadas: Psico-somáticas.

Resumiendo, podría decir que esa es la desafortunada forma que en nuestro medio predomina para preparar a la madre potencial, como se había dicho ya, contribuyendo en toda su magnitud a destruir no sólo la tranquilidad que se debe conservar en esos días sino que provocando náuseas, insomnio, anorexia; síntomas que en realidad merecerían

el calificativo de enfermedad, que tan desacertadamente se les esculpe en la mente, y terminando de contribuir a desafinar podríamos decir, el amor de la madre al hijo, lo cual cada vez se ve con más frecuencia.

No existe nada de más importancia que lo expuesto, pues el hablarle en la época adecuada a la madre futura, que el niño que lleva en sus entrañas reacciona a los pensamientos y sentimientos de ella, y que su cerebro y su mente van siendo modelados para lo futuro por la misma sangre de su cuerpo. Se estará provocando un fenómeno que desperta el instinto maternal, se le hace comprender en esa forma, que es responsable de su hijo y el cuidado con que se prepare para su llegada, constituirá un lazo que contribuirá a unirla a él después de su nacimiento. Porque son estos hechos importantes los que durante el embarazo dan origen a la conciencia maternal, tan traída a menos con las formas populares de analizar y explicar tales fenómenos, que constituyen en sí, el argumento de este capítulo. No debemos olvidar en ningún momento, que estos pensamientos pueden estar enterrados en lo más profundo de su mente, por la ignorancia y el miedo, pero existen. Así es que al médico no le toca crearlos, sino que ponerlos al descubierto, y de esta manera reforzar la confianza de la futura madre en sí misma y aún si lo vemos más despacio, del médico en sí mismo, y lograr con ello una buena psicoprofilaxis de su paciente.

La fe en este hijo que viene y que se ha logrado despertar en las embarazadas, servirá como base para disipar cualquier temor, lo cual coadyuvara a facilitar el parto, tal vez no a lograr que sea sin dolor, que a última hora sería lo menos importante, desde cierto aspecto, si se ha logrado establecer una buena relación entre madre e hijo, antes de la venida de éste, lo cual constituyen la finalidad de estos cuidados: hacer aceptar a la mujer que las limitaciones físicas y sociales que impone el embarazo, pueden ser causa de resentimiento y por este hecho lo rechace, igual sucede en

otros casos, que el niño puede constituir un medio de eludir la situación familiar o a veces social, intolerable, logrando así que en esta situación el marido, o la familia mimen a la madre como a una niña, pudiendo aumentarse con ello las satisfacciones neuróticas de la mujer, con el posible resultado de que rechace al niño como un posible rival.

En general se tratará de que no existan tan malos fundamentos como engrama de la mujer en nuestro medio, por el contrario proporcionarles los conocimientos necesarios, para lograr en ella una mujer embarazada emocionalmente sana, es decir, una futura madre que tenga bien equilibrados los mecanismos psicológicos y abolir todos los trastornos explicados, con lo cual desee un hijo para felicidad de su hogar, sin egoísmo, como una verdadera madre.

PSICOGENESIS DE MULTIPLES MANIFESTACIONES PATOLOGICAS

El embarazo en su inicio casi siempre está acompañado de un complejo sintomático, que mencionamos ya en el capítulo anterior como ajenos a la naturaleza del embarazo; ahora explicaremos por qué estas molestias generalmente son en el primer trimestre.

Son mayores en este período, debido a que, por ejemplo, aquí es cuando la mujer trata de no querer hacer conciencia ella misma de que está perdiendo su forma femenina, desde el punto de vista sexual; además otros muchos procesos de adaptación que son variables según si el niño fue deseado, o se concibió en forma accidental, contra la voluntad de uno de los progenitores o de ambos. Muchos padres procuran en estos casos, adaptarse a las circunstancias creadas, pero la aceptación consciente no indica siempre que se hayan resuelto los conflictos inconscientes. Siendo muy frecuente que en estas ocasiones la repulsión inconsciente del embarzo, se traduzca fácilmente por náuseas y vómitos intensos. Estos síntomas son o pueden ser más pronunciados todavía, si la paciente no es capaz de adaptarse a las limitaciones sexuales y sociales que resultan del mismo; pudiendo aparecer en esta época muchos otros síntomas físicos de origen emocional, tales como palpitaciones, cansancio, dolor de cabeza, esto último, puede explicarse conforme a demostraciones realizadas en otros centros de investigación, que realmente se trata de un dolor muscular originado a nivel de los músculos temporales, debido a espasmo de los mismos como consecuencia de vasoespasmo creado por miedos existentes en la madre, con la consecutiva poca irrigación. Por otra parte es frecuente que estas mujeres lloren fácilmente, se enojen por cualquier observación que se les haga, sean dadas a criticarlo todo, irritables y exigentes.

La ansiedad respecto al embarazo en sí, es un síntoma común, y puede ser debida a una preparación defectuosa, y también como vimos en el análisis del engrama materno, a ideas erróneas o antiguas supersticiones, o porque han oído de otras mujeres que se complacen con explicarles en forma sádica a las jóvenes casadas, sus fastidiosas molestias durante el embarazo, y hasta de las situaciones difícil y de peligro por las cuales han atravesado en el momento del parto, aún cuando éstas sean irreales, con el sólo hecho de dejar satisfechas quién sabe qué tendencias psicopatológicas de las relatantes.

Esto es debido también a que las gestantes presentan en mayor grado sensibilidad a la ansiedad, por un sinnúmero de temores conscientes que se encuentran habitualmente en una embarazada y que son entre otros, los siguientes:

- 1.—Miedo a que el niño nazca con deformidad congénita, débil mental o con alguna otra anomalía. Como se confirma frecuentemente durante la práctica obstétrica, en los diversos centros hospitalarios, al escuchar la primera pregunta de las madres en el instante posterior del parto, para informarse si el niño tiene aspecto normal.
- 2.—Miedo de que se muera el niño durante el embarazo o durante el parto, sobre todo en las madres póstumas.
- 3.—Miedo procedente de las relaciones sexuales: del efecto que puede causar en el esposo su supresión: abandono del hogar, descuido, etc. Del daño que pueden causar en el niño si se continúan; o miedo de deformidad en el niño, por aberraciones previas de la madre.
- 4.—Miedo al parto, por los sufrimientos y lesiones que temen origine éste.
- 5.—Miedo de perder la forma, especialmente si la madre es perfecta en su físico antes del parto.

6.—Miedo de exhibir su embarazo, en mayor grado cuando se trata de madres abandonadas o madres por accidente.

7.—Miedo de la responsabilidad de criar y educar a su hijo.

No es nada raro, observar también que existen mujeres que originen sus temores, en hechos que ocurrieron con anterioridad, como enfermedades invalidantes, las que han tenido partos difíciles, etc., o aquellas que resultan embarazadas después de muchas pérdidas.

Otra causa que ha sido origen de muchos temores, es el factor Rh, debido a haber insistido demasiado en su importancia, con mayor frecuencia en revistas populares, no médicas.

Mi criterio es que no debe informarse a las madres de tal estado, si no es dándoles a la vez las debidas explicaciones y seguridades.

Como se puede apreciar, el obstetra ha contribuido a aliviar los sufrimientos físicos de la mujer, pero sabe muy bien que un elevado porcentaje de las dolencias que observa, son de tal naturaleza que no puede hallárseles una explicación orgánica. Con frecuencia se les concede una indebidamente importancia a alteraciones orgánicas, de poco valor para explicar un estado patológico que afecta a toda la "personalidad".

Antes de Freud y del psicoanálisis, el médico se basaba únicamente en su juicio e intuición para tratar de ayudar a la paciente, pero no es así hoy día, en que se dispone de una ciencia terapéutica mental, que es tan fundamental para la medicina, como la fisiología o la anatomía. Sin embargo, existen todavía muchos médicos, que prescinden a la ligera de las aportaciones de dicha ciencia por estar en la gran mayoría de casos, íntimamente ligada con lo sexual. Vemos pues por desgracia que en medicina, en el campo en

que más objetivos, comprensivos e impersonales procuramos ser, actúa como inhibidor para nosotros el mismo Tabú, que Freud, Pinel y otros violaron.

Dado que el obstetra, el ginecólogo, son los encargados de velar por la salud del aparato genital femenino, deberán estar familiarizados con el desarrollo psíquico inicial de la mujer, que comprende su propia embriología, anatomía, fisiología y patología, las cuales modifican, inhiben y alteran las funciones biológicas. Deberían ocuparse tanto en la estructuración personal de la mujer, como en sus procesos fisiológicos, ya que ambos son inseparables.

No pretendemos con ésto menospreciar la importancia de la base biológica de la naturaleza humana, y la base físi-co-química de la biología, pero debe reconocerse que el mecanismo de la función biológica de un individuo, está influido por su acción y reacción frente al medio, lo que puede dar origen a síntomas psicosomáticos. O sea una franca alteración en las múltiples manifestaciones ante la vida de una persona, alterando con ello, su personalidad primero y su parte orgánica posteriormente, así como en la Ulcera Duodenal, también en otro buen número de afecciones, ante las cuales no analizamos su origen que evidentemente es psicogénico, pues bien sabemos que la personalidad está estructurada, como unidad que es el resultado de las influencias fisiológicas, psicológicas y socioculturales; y que esa fina estructura así como la acción del medio en que éste se desenvuelve, se revelan en la conducta de cada paciente con las alteraciones mencionadas.

Otro ejemplo de disfunciones psicogénicas expuesto por orden de importancia causal: El miedo origina tensión nerviosa y ésta produce dolor. Como el miedo es psíquico, su supresión rompe el ciclo en su base. El dolor puede eliminarse mediante anestesia, y el miedo consciente por un estado de inconsciencia, pero el miedo-tensión nerviosa persiste hasta que se ha logrado un grado profundo de an-

tesia que resulta peligroso para la madre y su hijo. Suprimir el dolor cuando ya se ha constituido, es una medida a veces demasiado tardía y la reaparición de éste por vía psíquica no se evita con la anestesia, por lo tanto el principio básico en la asistencia psicosomática para el parto, es suprimir el miedo.

La analgesia empleada para suprimir el dolor de una mujer no afectada por el miedo es inofensiva para la madre y el niño y generalmente sólo es necesaria durante un corto período, como se ve, es pues bien distinto un parto SIN MIEDO, que un parto SIN DOLOR, ya que si éste existe no puede llegar a causar tanto daño como si existiese el miedo y ésto es lo importante en suprimir.

No debe pasarse por alto el valor de estas observaciones. Para comprenderse de modo completo la reacción somática a la estimulación nerviosa simpática, por medio del aparato carótico-talámico, y sus diversas intensidades en estado de salud y enfermedad. Lo que vendría a dejar claramente expuesto el "secreto mecanismo" de tales alteraciones.

Pensando en ello encontraríamos una fácil explicación de por qué aquellas madres que temen tanto al parto, o bien que han venido temiendo no sólo al parto, sino a su propio embarazo desde el inicio, sean tan pésimas colaboradoras del obstetra, y occasionen gritos de desesperado dolor, desorientándose totalmente, no por cobardes, sino, lo que sucede es que durante el parto las madres propensas al miedo, occasionan hipertono del sistema nervioso simpático, por el mecanismo explicado hace un momento, el cual restringe la llegada de sangre al músculo uterino activo. Esta disminución en el volumen circulatorio origina fuerte dolor en el músculo uterino, que persiste en la contracción y en relajación, durante el trabajo de parto, con el consiguiente aumento de los metabolitos. Este estado por la progresiva irritación que ocasiona, como círculo

vicioso, determina una disminución de la energía muscular que conduce a un espasmo tónico y a una isquemia considerable. Lo que es otro ejemplo en que queda demostrado, que muchas de las dolencias que uno podría creer más somáticas que ninguna, o bien a causa de desperfectos anatómicos, sólo son el final de una serie de mecanismos defensivos de la madre ante el temor o miedo que la embarga, aún cuando ella misma no se dé cuenta, como más corrientemente sucede. Siendo entonces estas molestias una pura afección somática de claro origen PSICOGENICO.

En esa misma forma podemos interpretar como etiología en otros problemas el hecho de que en nuestra sociedad industrial moderna, el anhelo de conseguir prestigio y satisfacción interior, está exaltado por el deseo de destacar en profesiones que antes se consideraban exclusivamente masculinas.

La impresión es que la mujer de nuestros días pocas veces permanece inmune ante la corriente cultural. Hemos observado que como consecuencia de la ansiedad presenta trastornos fisiológicos y que sus dolencias, lamentaciones, infelicidad, etc, han ido en aumento paralelamente, con la frigidez, la esterilidad y otras muchas perturbaciones características de las funciones reproductoras.

Por esto estamos convencidos de que un buen tocólogo, tiene a la vez que ser un buen psicólogo para mitigar las molestias de esa naturaleza durante el embarazo.

Los padecimientos anteriormente analizados, todos ellos de origen psicogénico, constituyen en este capítulo sólo un ejemplo, pero se debe estar capacitado para reconocerlos a todos ellos ya que son un grueso número de molestias, las cuales aunque no parezca, tienen enorme importancia en el adecuado desarrollo del parto así como en el porvenir emocional del niño.

MALA EDUCACION SEXUAL COMO BASE DE SERIOS PROBLEMAS EN LA VIDA ADULTA DE LA MUJER

Aún cuando parezca que los conceptos que se darán en este capítulo sean demasiados rígidos, creemos conveniente que hay que separar la pubertad de la adolescencia, a pesar de que en un buen número de obras, los encontramos como sinónimos. Pero parece que es preferible incluir en adolescencia todos los fenómenos fisiológicos y psicológicos que se producen desde la pubertad y la menarquía, hasta que se alcanza la plena madurez sexual. Como parece que la madurez emocional no sigue un curso paralelo al desarrollo biológico, es este un período de grandes contrastes, cuya evolución y resultado determinan en buena parte la personalidad que tendrá la muchacha al ser adulta.

Al presentarse la adolescencia, la niña no deja su anterior modo de ser para convertirse en una personalidad completamente nueva. Por el contrario perduran como fondo emocional los sentimientos y reacciones encontrados que experimentó en épocas anteriores al desarrollo, aunque completamente inconscientes, estas sensaciones unen su acción a la del proceso biológico de maduración y determinan su evolución posterior. Debemos intentar comprender las fuerzas que actúan en la adolescente y a su influencia sobre la aceptación de la femenidad. Ya que del grado en que la acepte depende que la muchacha pueda convertirse en una mujer sana, capaz de cumplir el destino que por naturaleza le corresponde.

El concepto de lo sexual en Freud, es esencialmente idéntico a la necesidad o tendencia al placer, y como tal tiene una extensión mucho mayor que la función genital pura. Su escuela consideró que el desarrollo psicológico dependía de tal modo de esta necesidad para su evolución normal o patológica, que pudo ser comprendido como sucesión de fases de la libido. Sin embargo, un buen número de re-

conocidos psiquiatras creen que esta teoría de la libido está destinada al olvido, tales como Horney, Sullivan y Thompson. Ellos han creido que no explica las necesidades psíquicas en forma satisfactoria. Pero para nosotros es obvio que no puede establecerse en este momento ningún juicio definitivo sobre el valor de dicha teoría, de la que dudan muchos psicoanalistas.

Aunque bien sabido es que el proceso de desarrollo de la vida sexual de un ser tiene las siguientes fases: período oral, anal, fálico o genital y de la adolescencia, no debe inferirse que aquí entraremos en un detallado análisis de cada uno de ellos, pues la naturaleza del trabajo no lo permite; así que sólo los mencionaremos con sus aspectos más importantes y sus resultados patológicos cuando hay fijación de uno de ellos, ya que el desarrollo de la sexualidad humana es un proceso sumamente complejo. Debe existir una progresión entre la sexualidad infantil, difusa y sin objeto y la conducta sexual del adulto, precisa y dirigida hacia la propagación de la especie. El interés que nosotros vemos es esto, lo encontramos en aquellos cuyo resultado termina siendo problemas ginecológicos u obstétricos, ya que los de naturaleza masculina, no son de este tema.

Para mayor claridad del concepto que damos como ejemplo, abajo expondremos algunas de las principales afeciones:

Esterilidad, la cual sin lugar a dudas, tanto los ginecólogos como los psiquiatras se dan cuenta cada vez más del papel de las emociones como factor coadyuvante básico en la disminución de los nacimientos. Los trastornos emocionales, que actúan como causa o efecto, o ambas cosas a la vez, a través de los cuales, se descubren fácilmente la multiplicidad de motivos, que exponen las mujeres que se hallan físicamente aptas para explicar la falta de hijos. La esterilidad involuntaria y la fecundidad limitada son factores importantes en los coeficientes de natalidad. Como es ló-

gico debemos excluir los casos en los cuales hay una causa obvia de esterilidad, en el resto, siempre se debe de pensar si existe el factor psicógeno como etiología, el cual se presenta con mayor frecuencia entre mujeres de los pueblos civilizados que entre las de los pueblos de un sistema de vida más sencillo.

La medicina clínica ha sido causa en nuestros días de grandes progresos en el mejoramiento de la salud pública, pero hasta el presente el problema de la esterilidad psicógena ha recibido escasa atención, y no debemos de olvidar que la psicología de la esterilidad, voluntaria o involuntaria, es tan importante como la de la multiparidad excesiva. La teoría de que la concepción está sujeta a influencias emocionales no es nueva, pero debería de investigarse actualmente de modo más completo, debido a la creciente atención que los clínicos dedican al fructífero campo psicosomático.

En muchos pacientes se puede demostrar, que si es estéril, y dentro de su tratamiento psiquiátrico; agregan sestantes, vacaciones, etc., a veces se logra un resultado exitoso, pero por desgracia carecemos de datos debidamente comprobados acerca del mecanismo de la esterilidad psicógena. Se han formulado diversas teorías que sostienen la influencia hipotalámica y pineal sobre el lóbulo anterior de la hipófisis, ocasionando alteraciones en la función ovárica y en la ovulación. Estas alteraciones neuroendócrinas han sido consideradas por muchos, como factores etiológicos. La verdadera esterilidad psicógena presupone la falta de disfunciones endócrinas, demostrables por los métodos de que se disponen actualmente. De Lee cree que la esterilidad psicógena se debe a una alteración en el ANLAJE, o esbozo embrionario, correspondiente a la constitución biológicamente heredada del individuo.

La esterilidad en mujeres endocrinológicamente normales, puede deberse a ansiedad crónica, producida entre

otros factores, por el temor al embarazo, las pacientes pueden ser conscientes de este temor, o no. Otra importante teoría es la que supone que las mujeres se dan cuenta inconscientemente de la ovulación, ésto combinado con el temor del embarazo, hace que algunas mujeres eludan el coito durante la ovulación originando así esterilidad. El hecho de que muchas mujeres tengan un fuerte deseo consciente de quedar embarazadas y estén muy disgustadas por su incapacidad para tener hijos, no excluye una posibilidad existente de una repulsión inconsciente al embarazo. Una mujer emocionalmente inmadura, cuya relación inconsciente de hija a padre con el esposo quedarían perturbadas por el embarazo, podría convertirse por eso mismo, en estéril. La mujer de carácter dominante que rehuye la feminidad y asume inconscientemente el papel masculino en el matrimonio, cosa que es bastante frecuente, puede también por el mismo mecanismo rechazar el embarazo, se ha observado en varios casos, un embarazo deseado, después de mucho tiempo, luego de renunciar su esposa a la profesión que la masculinizada. Otro factor que se ha creído de mucha importancia, es que paradógicamente un cambio adverso en las condiciones de vida, puede ocasionar embarazo. Supone dicha teoría que la expiación de los sentimientos de culpabilidad, gracias a las nuevas condiciones de vida, disminuye el estado de tensión nerviosa interna que se oponía a la fecundidad. Y una buena mayoría de estos mecanismos expuestos es porque previamente en la paciente existía, fijación de una de las etapas sexuales de su desarrollo, ya sea ésta la oral, o a veces la anal..

ESTRUCTURACION Y REGIMEN DEL NEO-NATO COMO DETERMINACION DE SU FUTURA PERSONALIDAD

Entre muchos estudios recientes sobre el origen y desarrollo de la tendencia a trastornos psicosomáticos originados en la época fetal, merecen atención especial los trabajos de Sontag, quien opina que la disposición a la manifestación fisiológica de las emociones, o potencial fisiológico, varía mucho en los diversos individuos. Da al tipo de manifestación corporal el nombre de "constitución psicosomática", como conjunto de características determinadas genéticamente y modificadas por las diversas condiciones del medio y por el aprendizaje. Esto es, dicho en otras palabras, que las características fisiológicas de cada individuo probablemente dependan en gran parte no sólo de la determinación genética, sino también de las influencias modificadoras de las condiciones de la existencia intra-uterina. Las características hereditarias pueden ser alteradas por factores ambientales fetales, así como emociones maternas-fetales, privación de oxígeno, medicamentos ingeridos por la madre, nutrición y proceso del parto.

Las perturbaciones de la función glandular en la madre o en el feto, pueden producir modificaciones de carácter permanente en las funciones fisiológicas de la persona. También en este caso el estado en que se encuentra el desarrollo y la maduración cuando se produce la alteración endocrina es de capital importancia para la determinación de la constitución del feto y del tipo de función fisiológica que tendrá lugar, se conoce lo suficiente para que no quieran dudas sobre su gran importancia, de esa misma forma, no sólo las alteraciones endocrinas puede ocasionar consecuencias de tal naturaleza, asimismo, las emociones intensas maternas o una gran fatiga pueden alterar la actividad del feto.

Esta acción puede deberse a modificaciones en la composición sanguínea, tal vez a la proporción de adrenalina o acetilcolina, substancias que se transmiten en la circulación fetal; cuando el estado materno consiste en ansiedad o miedo crónico, la actividad fetal tiende a permanecer elevada.

Existen ciertas diferencias en el comportamiento y la fisiología de los fetos que se encuentran en tales circunstancias. Vemos así que tienen al nacer un peso inferior, en relación con la talla, que el de los niños que no han sido estimulados de modo parecido durante la vida prenatal, lo cual indica que en los fetos hiperactivos, los carbohidratos que generalmente se transforman en grasa, se queman en el curso de movimientos excesivos. Estos niños son hiperactivos e inquietos, y presentan tendencia a la tensión muscular en el nacimiento y propensión a la diarrea e intolerancia a los alimentos.

Tales niños empiezan la vida en malas condiciones, ya que han aprendido a manifestar gran parte de sus sensaciones por medio del aparato gastrointestinal.

A la par que las emociones maternas, como acabamos de ver influyen directamente, así también las emociones fetales tienen importancia, porque es indudable que el feto reacciona a ciertas situaciones intrauterinas de modo análogo al que empleara en la vida post-natal. Se han efectuado las siguientes reacciones:

1.—La reacción de alarma es idéntica a la que se presenta después del nacimiento, se observan movimientos convulsivos de los miembros y opistótonos, que ocurren conjuntamente con un aumento de latidos cardíacos. Estas reacciones se presentan casi siempre que se produce un sonido intenso, lo cual indica que el valor emocional del estímulo encuentra su manifestación en diversas reacciones autónomas del feto.

2.—El feto humano puede reaccionar a estímulos sonoros (Vibraciones de un diapasón en contacto con la piel del abdomen de la madre). Mediante una práctica suficiente puede adaptarse a las vibraciones estimulantes. Como lo demuestra la taquicardia, existe cierto grado de "aprendizaje" en las reacciones autónomas del feto. Este hecho nos demuestra cómo el componente de la emoción, se modifica antes del nacimiento.

Ahora, claro está que en estas experimentaciones se debe tener muy en cuenta que no son de carácter permanente, primero, eso cuando se producen, y luego que en esta época del desarrollo fetal, la frecuencia cardiaca es inestable, así que no es absoluto que sean respuestas psicológicas del niño a las emociones.

En igual forma la falta de oxígeno para el feto, vendrá a ocasionar variaciones en él, pero en este caso, se ha confirmado más desafortunadamente que son de carácter permanente, no reversibles, ya sea ésta falta de oxígeno debido a uno o a varios factores, tales como, para mencionar unos, toxemia eclámptica, glomerulonefritis, mala situación de la placenta, etc.; puesto que las células cerebrales se forman durante las primeras semanas de vida y que la mielinización de las vías nerviosas es posterior, continuando durante la vida fetal, y aún más.

Parece lógico pues, que un suministro deficiente de oxígeno en este período determinará modificaciones de carácter permanente. Estas modificaciones pueden llegar a alterar el comportamiento del niño, así como el funcionamiento del sistema nervioso y de otros órganos. Cabe suponer que las reacciones de los individuos posteriormente frente a situaciones emotivas, pueden ser distintas de las que hubieran sido, en el caso de no haber estado disminuido el aporte de oxígeno al feto.

Como podemos ver, todos éstos son factores que deben de tenerse presentes como peligrosos para la estructuración

de la personalidad del futuro niño, ya que influyen en forma directa, pero antes del nacimiento.

Otro factor de suma importancia para poder enfocar la personalidad del recién nacido, es el proceso biofisiopsicológico, a que es sometido durante el parto el feto, ya que las diversas situaciones que se producen durante el mismo pueden determinar el modo y el grado en que las emociones se manifiestan posteriormente. Ya que si se piensa como Greenacre, las modificaciones que se producen en el proceso del nacimiento, pueden aumentar las reacciones de ansiedad y exaltar el potencial de la misma, determinando en la vida extrauterina una reacción excesiva a los fracasos y a las contrariedades.

Esta observación se puede aplicar a lo que obstétricamente hablando se refiere al tipo de presentación, así como lo es también el descuidar el factor temperatura, anoxemia, presiones y movimientos bruzcos.

Ahora bien, si se acepta que el feto se da cuenta del medio en que se encuentra, deben tomarse en consideración que la vida prenatal es esencialmente "parasitaria"; el feto está alimentado, mantenido en condiciones de bienestar, calentado y protegido contra choques bruzcos. Al producirse el nacimiento, las condiciones cambian radicalmente, el medio en que se encuentra el feto, forma un violento contraste con la anterior vida intrauterina. La protección en que se hallaba, desaparece cuando se rompe el saco amniótico y sale el líquido. Entonces el feto queda sujeto a la acción de las contracciones uterinas, y la cabeza fetal experimenta una constante propulsión a través del conducto pélvico-genital, a consecuencia de los esfuerzos de la madre para expulsar el contenido del útero. Ese cambio en el medio, en las condiciones ambientales pre-existentes, que se producen durante el nacimiento, incluso cuando el feto permanece todavía en el útero, puede dar al niño un sentimiento de rechazamiento y despertar resentimiento e irritabilidad

dad debido al violento contraste de la nueva situación, con las condiciones anteriores de bienestar y seguridad.

Freud, se opone a esta tesis, diciendo que el nacimiento carece de sentido psicológico, él observa que no se ha logrado demostrar que un parto prolongado y difícil se relacione de manera indefectible, con la presentación de neurosis.

Asimismo otros observadores como Mowrer y Kluckholm, están también en desacuerdo con ello, arguyen que los niños que han nacido de operación cesárea, no difieren temperamentalmente de los que han nacido normalmente.

Probablemente el feto es capaz de experimentar más sentimientos emocionales primitivos, de lo que comúnmente se cree. Estos sentimientos o engramas pueden ser factores que contribuyan al aumento de la actividad fetal antes del nacimiento, lo cual puede ser manifestación de las necesidades de nacer y también una protesta contra un confinamiento intrauterino innecesario y prolongado. De todo ésto podemos deducir que la constitución psicosomática y la personalidad del recién nacido son resultado de una completa interacción pre-natal de factores psico-fisiológicos.

Los cambios a que se hace mención, como trauma obstétrico, se deben al proceso del nacimiento en sí, ya que la edad del feto, nada o poco tiene que ver con ello, porque aún cuando el niño prematuro de veinticinco a ventisiete semanas, difieren del niño a término en cuanto al desarrollo corporal, es capaz de reaccionar bastante bien a estímulos nerviosos o neuroendócrinos. Se han observado también que los niños sietemesinos no muestran al llegar al año, diferencia de tipo psicosomático respecto al niño nacido a término. Pudiera creerse que el niño nacido prematuramente y privado de los supuestos beneficios de la existencia intrauterina durante dos meses, debería ser más susceptible a las disfunciones psicosomáticas, pero no parece éste el caso, se-

gún he tenido oportunidad de observarlo personalmente en control llevado a niños nacidos prematuramente, por el Dr. Rafael Montiel, hasta después de un año de edad, siempre que no haya habido trauma obstétrico, como forceps, etc.

Se ha logrado comprobar qué a pesar de que el cólico es generalmente resultado de un trastorno emocional, no aparece en los niños prematuros hasta que llega el tiempo en que debería haber nacido. Este hecho de que no presente este síntoma psicosomático del cólico el niño prematuro, parece indicar que el sistema nervioso no está en él suficientemente desarrollado, para ocasionar los síntomas como reacción en esta forma a los estímulos que normalmente le dan origen.

Desde el punto de vista clínico, parece existir un renovado interés en la teoría de que las actitudes emocionales maternas, pueden influir no sólo en la personalidad del feto, sino también en su estructura. En unas investigaciones Walser, presenta dos casos de monstruos anencefálicos nacidos de mujeres neuróticas, que habían tenido fantasías y sueños en que no veían la cabeza de sus hijos, pero claro está, por interesantes y sugestivos que parezcan estos dos casos no constituyen una prueba para ser aceptada.

Una vez nacido el niño, lo que va a favorecer una buena personalidad o mala, será la forma de cómo éste es tratado por la madre, es decir de la forma en que éste permanezca más o menos tiempo al lado de la madre y de si ella le dá o no de mamar, cuando él lo desea o cuando se lo impongan, ya que la calidad de la relación entre el niño y la madre está determinada en gran parte, por la madurez emocional de la madre, traducida en su actitud respecto de su embarazo y el recién nacido.

Nosotros creemos que una actitud arbitraria e inadecuada ante la satisfacción de las necesidades del niño, durante los dos primeros años de la vida, pueden dar origen a

una sensación de inseguridad y ansiedad, cuyos resultados pueden perdurar toda la vida. Ya que el niño de hoy será el hombre de mañana. El niño convertido en neurótico, por tales disciplinas es luego un padre neurótico, de este modo se perpetúa el estado de generación en generación, CONSTITUYENDO UN CÍRCULO VICIOSO DE INCALCULABLES SUFRIMIENTOS.

A partir de ésto, que se haga interesante tomar algunos datos antropológicos que considero de gran valor, ya que vienen a demostrar que la importancia de la lactancia materna al pecho y las primeras influencias de estar en brazos amorosos, al inicio, intervienen en la formación de la personalidad. Así por ejemplo La Barre, ha estudiado el carácter en oriente, y sostiene que los chinos tienen una madurez poco corriente, y que poseen satisfacción interior y un indestructible buen humor y cree que estas características se deben a haber sido bien cuidados por sus madres, con una excelente relación entre padres e hijos, la madre china se ocupa continuamente de su hijo, en lugar de seguir el sistema occidental de ocupar para ello, manos pagadas. Esto es contrario a lo que sucede en el Japón, donde la educación del niño implica una rígida disciplina.

Esto nos hace deducir que para obtener una base sana para la formación de una madurez emocional firme, debemos de mantener siempre en mente:

- 1.—Supresión de la separación madre e hijo, corriente en las clínicas modernas.
- 2.—Lactancia materna, o cuando de lo contrario, dar siempre el biberón entre los brazos de la madre, arruyando al niño, para causarle la impresión de que se trata del pecho materno.
- 3.—Dar alimento al niño siempre que tenga hambre y se queje, no forzarlo jamás cuando es la "hora" y no tiene hambre.

4.—Abandonar el sistema de enseñar precozmente al niño a regular sus evacuaciones de modo rígido.

Es deber tratar al niño como un ser humano, que por lo menos durante los primeros meses de vida, tiene más derechos que los adultos. De esta manera podría lograrse una raza americana psicológicamente sana mediante cuidados prodigados al niño preconsciente, con cariño, constancia, indulgencia y tolerancia, porque si procuramos corregir el principio, el fin saldrá bien de por sí.

Pero eso sí, no hay que insistir mucho en la lactancia materna a las futuras madres, que por mucha confianza que ésta le tenga a su médico, se niega muchas veces a amamantar a su hijo, por tener la impresión de que se le ha querido coaccionar. Otras veces por el contrario antes de que el médico mencione tal asunto, se oye de las madres, máxime si es multípara, que no ha podido amamantar a los hijos anteriores, ignorando desde luego, que tal vez ha rechazado inconscientemente el papel que le corresponde de alimentar a su hijo y trata de obtener del confidente, que en este caso es el médico, su debida aprobación, para estar de acuerdo con ella, disminuyendo así su sentimiento de culpabilidad.

CASUISTICA, METODO EMPLEADO PARA SU INVESTIGACION, CASOS MODELO

Hemos creído conveniente exponer aquí, la forma de cuál fue nuestro método de investigación para nuestra casuística. Como es lógico comprender, no ponemos aquí más que unos pocos de los casos analizados, para poder ver gráficamente el sistema de clasificación de las madres, el cual nos sirvió para deducir generalidades que son, las que observadas con detenimiento durante toda una práctica obstétrica, nos hicieron despertar el interés para hacer una investigación psiquiátrica de las mismas, para darles a las pacientes, no solo garantía para su atención pre-natal, natal, y del puerperio, sino para la integridad de su persona, y evitar con eso alteraciones patológicas, que en la actualidad no deberían ya, de sufrir las madres.

CASO NUMERO 1

INTERROGATORIO PARA CLASIFICAR A LAS MADRES, SEGUN NUESTROS DIFERENTES GRUPOS EN ESTA INVESTIGACION

ESPOSA:

NOMBRE: María Ortencia
Balcárcel de Velásquez

EDAD: 21 años.

NACIONALIDAD: Guate-
malteca.

RESIDENCIA: 22 Calle N°
0-28, Zona 1.

OCUPACION: Of. Domésti-
cos.

SUELDO: No percibe.

RELIGION: Católico.

RAZA: Indo-Latina.

ESPOSO:

NOMBRE: Romeo Velás-
quez Morales.

EDAD: 26 años.

NACIONALIDAD: Guate-
malteco.

RESIDENCIA: 22 Calle N°
0-28, Zona 1.

OCUPACION: Cobrador.

SUELDO: Q60.00 mensua-
les.

RELIGION: Católico.

RAZA: Indo-Latina.

CONDICION CIVIL: Casada.

- a) Antes del embarazo: sí.
- b) Al inicio del mismo: sí.
- c) Al momento del mismo: sí.

MATRIMONIOS ANTERIORES: Ninguno.

CONDICION CIVIL: Casado..

MATRIMONIOS ANTERIORES: Ninguno.

INTERROGATORIO SOLO A LA MADRE HOGAR PERMANENTE: Sí.

EDUCACION ACADEMICA: Analfabeta.

ESTABILIDAD ECONOMICA: Mala.

- a) Ingresos: Q60.00
- b) Egresos: Q60.
- c) Planificación económica: No.

TIEMPO DE NOVIAZGO: 2 años.

FECHA DE COMPROMISO: Julio del 60.

FECHA DE MATRIMONIO: Diciembre del 61.

INTIMIDAD SEXUAL PREVIA AL MATRIMONIO: No.

CAUSA DETERMINANTE DEL MATRIMONIO: Desamparo. Amor.

ACEPTACION DEL EMBARAZO: Excelente.

- a) Personal: Excelente..
- b) Del cónyuge: Excelente.
- c) De la familia: Excelente.

PERMANENCIA EN EL HOGAR DEL CONYUGE: Constante.

AUSENCIA POR: Trabajo..

INFIDELIDAD MATRIMONIAL: No.

- a) Confirmada: No.
- b) Sospechada: No.

EDAD ACTUAL DEL EMBARAZO: 4 meses.

ANTECEDENTES PERSONALES

MEDICOS: No tiene.

QUIRURGICOS: No tiene.

OBSTETRICOS:

- a) Número de embarazos: 1 con el supuesto embarazo actual.
- b) Resolución:
- c) Tragedias obstétricas previas:

PSIQUIATRICOS:

HISTORIA OBSTETRICA ACTUAL

TIPO DE ATENCION MEDICA: Mixta: Privada-Pública.

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA: Pequeña hemorragia vaginal después de 4 meses de amenorrea.

SINTOMAS SUBJETIVOS: a) Náuseas y vómitos el primer mes de amenorrea.

Julio-Agosto.

Cefalea.

c) Dolor en fosa ilíaca derecha.

d)

SINTOMAS OBJETIVOS: a)

b)

c)

PERSISTENCIA DE LOS MISMOS: Han cedido después de 1 mes de tenerlos.

RELATIVIDAD O EXACERBACION DE ELLOS:

SINTOMAS O SINTOMA COMUN EN SUS EMBARAZOS ANTERIORES:

COMENTARIO MEDICO:

ORIGEN DE SU MOLESTIA ACTUAL: La paciente es recién casada, pero no han podido tener familia, por lo que consulta al médico, quien por la consistencia del útero y el tamaño del mismo, en el examen físico, aún cuando presenta su menstruación la señora, sospecha que se trate de un embarazo, noticia que es recibida con gran felicidad, presentando desde esa fecha amenorrea que ha durado 4 meses, hasta la actualidad. Pero al momento del nuevo examen por pequeña hemorragia vaginal que presentó la paciente, se le dijo que no era embarazo, pero sí casi con seguridad un quiste del ovario, por lo que se interna en el Hospital Roosevelt, para su estudio completo e intervención quirúrgica después.

DISTINTAS FORMAS DE REACCIÓN: La paciente reacciona ante el interrogatorio médico que se le hace, con desconfianza, pues tiene la impresión de que se la ha engañado.

GRUPO EN QUE SE CLASIFICA: Pseudocesis Iatrogénica o sea Falso Embarazo. Nota: La señora al momento se le están completando sus estudios.

LUGAR: Hospital Roosevelt de Guatemala, Fecha: 11/V/63
Hora: 8.

CASO NUMERO 2

INTERROGATORIO PARA CLASIFICAR A LAS MADRES, SEGUN NUESTROS GRUPOS EN ESTA INVESTIGACION:

ESPOSA:

ESPOSO:

NOMBRE: Ana M. Madrid.

EDAD: 20 años.

NACIONALIDAD: Guatemalteca.

RESIDENCIA: 19 Calle 10-38, Zona 1.

OCUPACION: Oficios domésticos.

SUELDO: No percibe.

RELIGION: Católica.

RAZA: Indo-latina.

CONDICION CIVIL: Casada.

A) Antes del embarazo: No.

B) Al inicio del embarazo: No.

C) Al momento del interrogatorio: Sí, pero llevan un mes de estar separados. Matrimonios anteriores: Maritalmente había vivido con un muchacho con quien no tuvo familia.

NOMBRE: Jorge Castro.

EDAD: 20 años.

NACIONALIDAD: Salvadoreño.

RESIDENCIA: El Salvador.

OCUPACION: Relojero ambulante.

SUELDO: Q50.00 por mes.

RELIGION: Dice no tener.

RAZA: Indo-latina.

CONDICION CIVIL: Casado.

INTERROGATORIO SOBRE LA MADRE:

HOGAR PERMANENTE: No.

EDUCACION ACADEMICA: Analfabeta.

ESTABILIDAD ECONOMICA: Mala.

A) Ingresos: 00. B) Egresos: Vive donde unas amigas.

C) Planificación económica: Mala.

TIEMPO DE NOVIAZGO: 4 meses.

FECHA DE COMPROMISO: No hubo.

FECHA DE MATRIMONIO: Noviembre del 62.

INTIMIDAD SEXUAL PREVIA AL MATRIMONIO: Sí, varias veces.

CAUSA DETERMINANTE DEL MATRIMONIO: Embarazo de 3 meses.

ACEPTACION DEL EMBARAZO:

a) Personal: Mala; b) Del cónyuge: Buena. c) familia: mala.

PERMANENCIA EN EL HOGAR DEL CONYUGE: Inconstante.

AUSENCIA POR: Trabajo ambulante, al inicio, ahora por separación de la esposa.

INFIDELIDAD MATRIMONIAL: Sí.

A) Confirmada: Sí. B) Sospechada:

EDAD ACTUAL DEL EMBARAZO: 9 meses.

ANTECEDENTES PERSONALES:

MEDICOS: Negativos.

QUIRURGICOS: Negativos.

OBSTETRICOS:

Número de embarazos: 1.

B) Resolución:

C) Tragedias obstétricas previas:

PSIQUIATRICOS: No.

HISTORIA ACTUAL OBSTETRICA

TIPO DE ATENCION MEDICA: Pública.

MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA: Trabajo inicial de parto.

- SINTOMAS SUBJETIVOS:
- a) Dolor fuerte de cintura, desde el 5º mes.
 - b) Temor a perder el niño por aborto desde el inicio.
 - c) Cefalea.
 - d)

- SINTOMAS OBJETIVOS:
- a)
 - b)
 - c)
 - d)

PERSISTENCIA DE LOS MISMOS: No han cedida a pe-

sar de tratamiento médico, dado en centros Hospitalarios.

RELATIVIDAD O EXACERBACION DE ELLOS:

SINTOMA O SINTOMAS COMUNES EN SUS EMBARAZOS ANTERIORES:

ATENCION PRE-NATAL: No hubo.

COMENTARIO MEDICO:

ORIGEN DE SU MOLESTIA ACTUAL: Según relata ella misma, le principió el temor a perder el niño por aborto, desde que sospechó que el esposo salía muy frecuentemente de su casa por infidelidad, asimismo principió a padecer de cefalea, pero a partir del 5º mes cuando confirmó que el tenía otra mujer, principió con calor, así como severo dolor a nivel de la cintura, el cual no logró aliviarlo ni con tratamiento que se ledió en este mismo hospital, al que consultó por emergencia. Ella supone que teniendo este hijo normalmente él volverá a buscarla, de allí que temiera perderlo.

DISTINTAS FORMAS DE REACCION: Melancolía y desesperación, llora varias veces durante el interrogatorio, sin causa aparente.

GRUPO EN QUE CLASIFICA: Madre Abandonada.

LUGAR: Hospital Roosevelt de Guatemala; FECHA: 12. V. 63. HORA: 17.20.

CONCLUSIONES

- 1.—Es necesario hacer un estudio de la personalidad de la embarazada, a fin de prever las complicaciones emocionales de la gravidez, parto y puerperio, del mismo modo que se hace para prever las complicaciones físicas.
- 2.—La enseñanza pre-natal debe empezar en las solteras. Todas las mujeres deberían verse libres de sentimientos de culpabilidad y de innumerables supersticiones y errores que prevalecen en la financia y adolescencia.
- 3.—Debido a la frecuente creciente de la maternidad en las solteras. Todas las mujeres, deberían ser instruidas para estar libres de complicaciones del tipo psicosomático.
- 4.—Durante el parto las mujeres pasan por estados muy variados, desde el sentirse honradas por su contribución a la humanidad, hasta el miedo a la muerte.
- 5.—Creemos que las náuseas y los vómitos del embarazo son de origen psicogénero en la mayoría de los casos.
- 6.—Es de gran valor hace notar, que como los vómitos del embarazo cesan en su gran mayoría, al tercer o cuarto mes, algunos médicos orientados organísticamente, creen que los factores psíquicos son poco importantes. Pero los psicoanalistas atribuyen su supresión, a que en dicha época se perciben los movimientos fetales, haciendo que la madre se de cuenta de que lo tiene es algo que no deba expulsarse.
- 7.—El tratamiento de tales molestias debe dirigirse a la paciente considerara en su totalidad y no únicamente al síntoma. En estos casos la psicoterapia aún superficial, es lo suficientemente eficaz y no el dar so-

lamente drogas. Es conveniente asociar ambos tratamientos.

- 8.—Con referencia a lo que se dijo del feto, se deduce que las modificaciones adversas del medio pre-natal, tales como la nutrición materna, suministró de oxígeno al feto, y otros estímulos endógenos y exógenos, pueden alterar las características hereditarias del individuo.
- 9.—El proceso del nacimiento, debido a la violencia ejercida sobre el feto y a la anoxia, puede modificar la constitución psicosomática del individuo.
- 10.—El hecho de imponerle al recién nacido horarios fijos, o exigirle estrictamente adaptación a ciertos hábitos como la defecación, micción, etc., son capaces de deformar enormemente la personalidad del niño.

PROPOSICIONES

- 1.—Todo obstetra debería hacerle una exploración psicosomática a las pacientes durante el prenatal, a fin de descubrir o sospechar las alteraciones emocionales.
- 2.—Por lo menos a las pacientes con mayores alteraciones se deberían enviar en consulta con el psiquiatra.
- 3.—Durante el control prenatal la madre debería entrar en contacto con el pediatra, con la doble finalidad de: a) para que conozca la verdadera unidad en que trabaja el equipo del establecimiento en que será atendida, y acrecentar con ello la confianza en la atención médica que se le brinda. b) Para hacerle comprender con la presencia del pediatra, que su estado actual representa el previo advenimiento de su hijo, al cual se le está prestando atención desde ya, y así evitarle los serios conflictos emocionales que la madre sufre, cuando al momento del parto, sin su conocimiento previo, se llama al pediatra, creándole así una angustia insospechada, porque piensa que algo mortal le sucede a su hijo.
- 4.—Que el examen ginecológico, que se practica en los centros hospitalarios durante el prenatal de las pacientes, no se efectúe en la primera visita, sino que se postponga para una de las reconsultas.
- 5.—Acortar lo más posible el tiempo de separación entre madre e hijo durante el post-partum, ya que ésto es de inmenso valor para el bienestar psíquico de la madre y el niño.
- 6.—Procurar establecer como rutina, que el pediatra tenga, cuando ha intervenido en el parto, una entrevista posterior con la madre a fin de evitarle falsas sospechas, que de lo contrario pueden ser la causa de una futura inquietud en el seno del hogar.

MARCO CYRANO RUIZ HERRARTE.

Vo. Bo.

Dr. Ernesto Alarcón E.,
Asesor..

Vo. Bo.

Dr. Octavio Aguilar,
Revisor.

Vo. Bo.

Dr. Carlos Armando Soto,
Secretario.

Imprimase:

Dr. Carlos M. Monsón Malice,
Decano..

B I B L I O G R A F I A

- 1.—S. Freud, Historiales Clínicos. Tomos I y II. Editorial Iztaccihualt. S. A.
- 2.—Carney Landis y Marjorie Belles, La personalidad y la Sexualidad de la mujer físicamente defectuosa. Editorial Americanas.
- 3.—Gustavo Pataluga, Sangre y Sexo. Editorial Hermex.
- 4.—R. H. Rhodes, Hipnosis. Editorial Aguilar.
- 5.—S. Freud, Nuevas aportaciones al psicoanálisis. Editorial Iztaccihualt.
- 6.—De Lee, Tratado de Obstetricia. Editorial Uteha.
- 7.—Bergerson Marcel, Psicología de la primera infancia. Editorial Luis Miracle.
- 8.—C. Amado, Los niños difíciles. Editorial Luis Miracle.
- 9.—Mira y López Emilio, La Mente Enferma, Editorial Servicio Científico Roche.
- 10.—Fritz Kahn, Nuestra Vida Sexual, Editorial Planeta.
- 11.—Chesser Eustace, Amor sin Temores, Editorial Latinoamericana S. A.
- 12.—Alpers Bernard J., Clinical Neurology, Davis Company Publisher.
- 13.—Gaiford and Lightwood, Pediatrics, Butterworths Medical Publications.
- 14.—Rible M. A. Infantile Experience in Relations to Personality Development, Editorial Lee.
- 15.—La Barre, Some observations in the character Structure in the Orient Psych and Medical Publications.
- 16.—Abraham Stone and Lena Levine, The Premarital Consultation: A manual for physicians. Grune & Stratton, publishers.
- 17.—Richard Lee Berstine, Fetal Electrocardiography and Electroencephalography. W. B. Saunders Company.
- 18.—Dejerine J. Sémiologie des Afeccions du Système Nerveux, Masson et Cie.
- 19.—Williams, Obstetrics, Appleton-Century-Crofts Inc.
- 20.—Dorothy Walter Baruch, Sex in Marriage New Understandings, Harper & Brothers, Publishers.
- 21.—Childers A.T. and Hamil B.M., Emotional Problems in Children as related to the Duration of Breast Feeding.
- 22.—Grantly Dick-Read, Childbirth Without Fear, Harper & Brothers Publishers.
- 23.—Isidore Bonstein Psychoprophylactic Preparation for Painless Childbirth, William Heinemann - Medical Books Ltd.
- 24.—Wengraf Fritz, Psychosomatic Approach to Gynecology and Obstetrics, Charles C. Thomas Publisher.
- 25.—Hamilton James Alexander, Postpartum psychiatric problems, The C. V. Mosby Company.
- 26.—Boxton C. Lee, A Study of Psychophysical Methods For Relief of Childbirth Pain, Saunders Company.
- 27.—Reid, A-Textbook of Obstetrics, Saunders Company.
- 28.—Huffman, Gynecology And Obstetrics, Saunders Company.
- 29.—Taylor E. Stewart, Essentials of Gynecology, Lea & Febiger.
- 30.—Parsons and Sommers, Gynecology, Saunders Company.