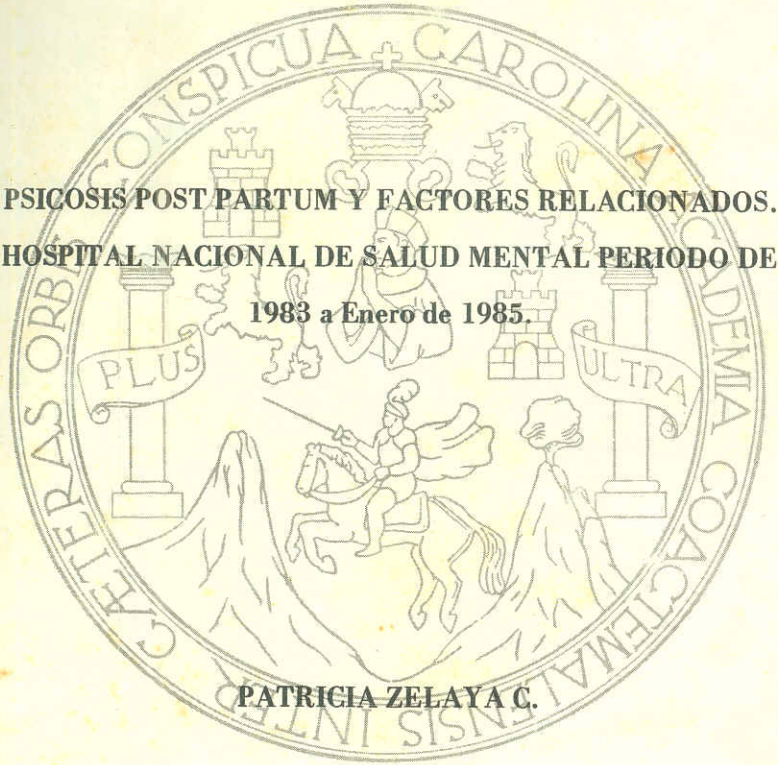
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



PSICOSIS POST PARTUM Y FACTORES RELACIONADOS. HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL PERIODO DE 1983 a Enero de 1985.

PATRICIA ZELAYA C.

CONTENIDO

	Página
INTRODUCCION	1
DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA	3
OBJETIVOS	5
REVISION BIBLIOGRAFICA	7
MATERIAL Y METODOS	49
PRESENTACION DE RESULTADOS 1976 – 1982 Revisión de Papeletas	57
PRESENTACION DE RESULTADOS 1983 enero 1985 Estudio prospectivo	63
ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS	75
CONCLUSIONES	87
RECOMENDACIONES	89
RESUMEN	91
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	93
APENDICES	95

INTRODUCCION

En nuestro país debido al subdesarrollo en todos los campos, el cultural, económico-social, etc. la mujer se ve afectada emocionalmente por factores externos que repercuten en todas sus funciones tanto fuera como dentro del hogar; en los diferentes roles que desempeña dentro de la sociedad. Por otro lado estadísticamente en Guatemala encontramos mas mujeres (madres), que se encuentran solas con sus hijos sin el apoyo moral y económico de un compañero de hogar, que las ayude a enfrentarse a los problemas cotidianos, además la clase de -- trabajo en el área rural es mayoritariamente migratorio, lo que obliga al padre de familia a abandonarla frecuentemente en el transcurso de cada año, esto viene a repercutir en la estabilidad familiar y propiamente emocional de la mujer, quien sufre con más intensidad la - represión religiosa en cuanto al control de la natalidad y afronta sentimientos de culpa al no desear otro embarazo, etc.; por lo anterior decidí que al estudiar la - "PSICOSIS POST PARTUM" (y factores relacionados); no lo haría como un hecho aislado sino como un producto de la misma problemática que afronta la mujer en la actualidad, y que repercute en el proceso de embarazo parto y puerperio.

Al efectuar esta investigación me propuse encontrar la prevalencia en Guatemala del problema, los factores sociales y emocionales que influyen y que generalmente intervienen simultáneamente; además demostrar que su pronóstico es bueno y necesita poco tiempo de - hospitalización. Por otra parte verificar el estado - de nutrición de los pacientes al presentar el problema.

Este estudio fue realizado en el Hospital Nacional de Salud Mental en el período comprendido de los - años 1983 a 1985 (enero).

Con pacientes ingresadas con diagnóstico de Psicosis post partum, sin antecedentes psiquiátricos, y sin otra patología asociada al momento de presentar la entidad. Para complementar el estudio se realizó una revisión de papeletas de pacientes con diagnóstico de Psicosis port partum, que ingresaron en dicho hospital en los últimos 10 años.

Para mejor recopilación de los datos, se elaboró una boleta en donde se detallan las variables a utilizar, además se revisaron las papeletas de las pacientes y el estudio socio-económico de las mismas realizado por el Departamento de Trabajo Social del hospital.

Es importante el estudio de esta entidad ya que aunque no es frecuente, tiene serias repercusiones en el seno de la familia alterando las relaciones madre-hijo, y conyugales así como interfamiliares. Además, espero colaborar con este trabajo para futuras investigaciones mas específicas sobre esta entidad psiquiatrica ayudando así a la mejor comprensión del problema por el médico general y la población común.

DEFINICION Y ANALISIS DEL PROBLEMA

Hay una gran variedad de Psicosis dentro de las entidades psiquiátricas, pero en esta investigación se tomó únicamente la Psicosis post parto; que se define, como la pérdida del contacto con la realidad iniciándose en el período del puerperio exclusivamente, es decir desde inmediatamente después del parto hasta el 40 día inclusive. Si aparece después de este período ya no se considera como psicosis post parto.

Por otra parte hay muchos factores externos que podrían mencionarse, pero solo se tomarán los que presenten mayor importancia para este estudio en particular, siendo los que se toman como factores de riesgo - dentro de la bibliografía consultada, tomando en cuenta que no hay ningún estudio realizado hasta el momento que analice ampliamente estos factores a nivel nacional.

Así que el planteamiento es el siguiente:

Factores emocionales y sociales que influyen en la psicosis post parto.

Factores que se tomaron en cuenta:

Procedencia
Edad
Escolaridad
Situación Económica
Paridad
Deseo de Embarazo
Apoyo Emocional
Temor al parto
Estado Civil
Alimentación durante el Embarazo.

Pacientes que se tomaron para el estudio:

- 30 pacientes ingresadas al pabellon de intensivo de mujeres con diagnóstico de Psicosis post parto, sin antecedentes psiquiatricos y sin otra patología al momento de ingreso.
- En el período de tiempo de los años de 1983 a 1985.

OBJETIVOS

GENERALES:

a. Conocer la prevalencia de la psicosis post partum en el Hospital Nacional de Salud Mental.

b. Conocer los factores sociales y emocionales que influyen en el aparecimiento de la psicosis post partum.

c. Servir de referencia para estudios posteriores más específicos relacionados con la psicosis post partum.

ESPECIFICOS:

A. Determinar el papel de la desnutrición en la psicosis post partum.

B. Demostrar que la psicosis post partum corresponde a una etiología múltiple y nunca es unicausal.

C. Demostrar que la psicosis post partum tiene buen -- pronóstico y el tiempo de hospitalización es corto.

REVISION BIBLIOGRAFICA

Como sabemos el cuerpo de la mujer, se encuentra física y fisiológicamente preparado para procreación, - es por eso que observamos como desde la Menarquía (inicio de la menstruación), cada mes se produce un ciclo - endometrial; el cual tiene por finalidad proporcionar un lugar adecuado dentro del útero para la implatación y - desarrollo del huevo fecundado durante el embarazo.

Vemos así que cada 28 días el ovario sufre cambios que conllevan a la salidad del mismo de un ovulo maduro y listo para fecundar.

Los cambios endocrinos del Ovario se pueden resumir así:

1. Durante la fase preovulatoria o folicular se produce el estradiol en cantidad creciente.

2. En la fase postovulatoria o luteica, se produce progesterona demás de estradiol.

3. Durante la fase premestrual el cuerpo luteo regresa, y se suprimen ambos tipos de hormonas.

Paralelas a estas fases del ovario coexisten -- cuatro estadios del ciclo endometrial que son:

1. Fase de reorganización postmenstrual y de proliferación en respuesta a la estimulación por estrogenos.

2. Fase de secreción glandular abundante, resultante de la acción combinada de la progesterona y de los estrogenos.

3. Fase de esquemia premenstrual y de involución.

4. Menstruación con colapso y descamación de las capas superficiales del endometrio, resultantes de la supresión de las hormonas ovaricas.

En el momento que el ovulo es fecundado dan inicio una serie de cambios en todo el organismo para adaptarse a la nueva situación de la mujer; el embarazo.

El embarazo puede definirse así:

Período comprendido desde la fecundación del ovulo hasta el momento del parto. Dicho estado se caracteriza por signos de probabilidad y de certeza.

La duración normal del embarazo es un promedio de 266 días (38 S) a partir de la ovulación de 280 días (40 semanas) desde el primer día del último período menstrual. (1)

Durante este período la madre experimenta cambios adaptativos considerables; así observamos que tanto el útero, trompas y ovarios, vagina y perineo, pared y piel abdominales, así como las mamas sufren cambios físicos para adaptarse al embarazo; al mismo tiempo ocurren cambios metabolicos múltiples e intensos para poder responder las demandas de la placenta y el rápido crecimiento del feto.

Hay un aumento de peso que en promedio es de 9.6 Kg. durante todo el embarazo, que se atribuye al peso de los productos de la concepción (feto, placenta, útero, líquido amniotico) retención de agua y el depósito de cierta grasa y proteínas.

Hay además alteraciones en el metabolismo de las grasas, proteínas, carbohidratos, minerales; además cambios hematológicos.

Sistema cardiovascular, respiratorio, urinario, gastrointestinal, musculoesqueletico y glándulas endocrinas.

Durante las primeras 12 semanas de embarazo el huevo sufre contínuos cambios que nos llevarán a la formación del feto.

En las semanas restantes se dedicará mas que todo a crecer y a la maduración y especialización de los diferentes órganos y sistemas, hasta llegar el momento del parto; al final de los 9 meses o sea 38 o 40 semanas en promedio. Psicológicamente debemos tener en cuenta que el embarazo es una situación que involucra no sólamente a la mujer en sí, sino también a su conyuge y al medio social que la rodea; acompañándole en su proceso psicológico de regresión. Clínicamente se detectan movimientos específicos de incremento de la ansiedad en el transcurso del embarazo. Estos accesos ansiosos pueden durar días o semanas y llegar a producir sintomatología física propia o inclusive provocar aborto o el parto prematuro, caracterizándose por fantasías bien determinadas y específicas, cuyo conocimiento permite al profesional realizar la psicohigiene adecuada en prevención de un ulterior aumento de gravedad.

El primer síntoma que hace sospechar el estado de embarazo es la hipersomnia de la mujer siente que necesita dormir mucho más de lo habitual (2).

El tratamiento psicoanalítico en estos casos revela que ha comenzado la regresión, que asume las características de una identificación fantaseada con el feto. Esta regresión es inducida por la percepción inconciente de los cambios orgánicos y hormonales y a la sensación de incognita. Ante el conflicto planteado por el interrogante, la solución es el intento de partar los estímulos, tanto internos como externos, por la vía de reposo.

Como ya lo expresamos también los maridos perciben el embarazo inconcientemente y traen al análisis sueños típicos en los que se entremezclan elementos persecutorios con respecto al futuro rival ésta percepción se basa en el estado de retracción de la mujer debido a la regresión. Externamente es un cambio casi imperceptible a la observación ligera, la mujer se ensimisma esto sucede ya a partir de la segunda a tercera semana y se une a las ansiedades que despierta la verificación de la falta de menstruación.

La situación se complica si la embarazada ya -- tiene un hijo o varios, ya que éstos sienten inmediatamente la retracción materna, reaccionando con un brusco cambio de conducta; terrores nocturnos, falta de apetito, caprichos, alguna enfermedad leve, etc.

El contenido de la vivencia terrorífica es la sensación de un rival oculto que le despoja de la madre. Su contrapartida son los ataques envidiosos al vientre de la madre.

Según se acepte el embarazo por parte del ambiente social inmediato refuerza o no la tendencia de la mujer hacia la maternidad, produciéndose una situación de mayor o menos conflicto entre la tendencia maternal y otra de rechazo (deseo y contradeseo).

El rechazo se basa en evidencias persecutorias debidas a la elaboración del conflicto edípico. El mecanismo de defensa más útil para resolver el -- conflicto es la negación.

Tener mucho sueño favorece la negación de los estímulos, resulta provechoso además de constituir una defensa biológica adecuada que proporciona al organismo un mayor tiempo de reposo, necesario - para la labor que inició. En cambio la falta del - mismo se considera como la expresión de una situación externa de ansiedad frente al embarazo.

Desde el segundo mes suelen presentarse las naúseas y los vómitos, por lo general a la mañana después de despertar.

Se ha comprobado clínicamente la coincidencia de éstos síntomas con la ansiedad determinada por la duda acerca de la existencia o no del embarazo. Frecuentemente cuando se establece el diagnóstico remiten espontáneamente. A veces persisten en forma leve hasta la aparición clara de las modificaciones corporales o bien al percibir los movimientos fetales.

Las naúseas y los vómitos sirven, por tanto para evidenciar el embarazo a la vez que dan salida a la ansiedad por la incertidumbre.

ABORTO

Es la terminación del embarazo por cualquier medio antes que el feto esté lo suficientemente desarrollado para sobrevivir. Se acepta generalmente que un feto es viable más allá de 28 semanas de gestación.

El aborto se clasifica en:

- Espontáneo
- Terapeútico
- Electivo

El aborto espontáneo se clasifica clínicamente - en cinco grupos que son:

1. Amenaza de aborto
2. Aborto inevitable
3. Incompleto
4. Diferido

5. Habitual.

Amenaza de Aborto:

Pensemos en él, cuando aparece flujo vaginal sanguinolento de cualquier intensidad o una franca hemorragia vaginal durante la primera mitad del embarazo, la hemorragia es frecuentemente ligera aunque puede persistir durante muchos días o varias semanas.

Aborto Inevitable:

Se llama así cuando hay rotura de membranas y el cuello se encuentra dilatado.

Aborto Incompleto:

El feto y la placenta son suceptibles de ser expelidos en los abortos que ocurren antes de la décima semana y separadamente depués.

Cuando la placenta queda retenida en su totalidad o en parte se produce hemorragia mas o menos tarde, siendo éste el principio y a menudo único signo de aborto incompleto.

Aborto Diferido:

Se define así como la retención prolongada de los productos de la concepción después de la muerte del feto.

Aborto Habitual:

Se refiere a tres o mas abortos espontáneos consecutivos.

Aborto Terapeútico:

Termino del embarazo antes del tiempo de viabilidad fetal con el propósito de proteger la salud de la madre.

Aborto Electivo:

Es la interrupción del embarazo antes de la viabilidad a petición de la mujer, pero no por razones de salud materna o enfermedad fetal.

El tratamiento psicoanalítico de pacientes embarazadas permite detectar a través de sus sueños la percepción de la instalación de la placenta y las ansiedades concomitantes.

De por sí la anidación es un acto agresivo por parte del huevo fecundado hacia la mucosa uterina. Ambos procesos, con los cambios psicológicos que determinan, son percibidos y vividos en forma persecutoria por el inconciente de la mujer.

En esta etapa que va desde el segundo mes, la paciente tiene sueños que resultan típicos, son sueños en los que aparecen elementos de sangre ya sea en forma directa o simbólica, este período del segundo al tercer mes es conocido como el período de peligro de aborto y los sueños típicos muestran claramente la relación con la vivencia persecutoria de la placenta y el aborto. El contenido de esa vivencia es la sensación terrorífica de ser comida y vaciada por un mounstro (el aborto) que simboliza al hijo, estos terrores son asociados por tanto a una percepción orgánica, la del proceso de placentación. Si se explica a la embarazada en esta época este proceso su ansiedad disminuye a niveles tolerables, constituyendo ello una psicohigiene del aborto.

La percepción de los movimientos fetales es posible a partir del cuarto mes, o sea a los tres meses y medio de gestación. Esta época corresponde en la evolución fetal a la aparición de la motilidad. Pero no en todos los casos la conciencia registra esa situación, siendo bastante frecuente que recién empiecen a

sentirse en el quinto mes; un menor porcentaje los advierte en el sexto mes y a veces ello ocurre estando avanzado el séptimo mes. Debemos atribuir este embotamiento de la percepción a la negación, cuyo exponente de mayor intensidad son los casos de mujeres que confunden la gestación con amenorrea, esto se observa más en las multíparas.

Para su mejor estudio debemos unirlo con otra manifestación psiquica que puede presentarse en esta época de la gestación; es la sensación del "Chico que da patadas" en este caso, el mecanismo inconciente es la proyección, en base a lo cual se desplaza sobre el niño una imagen terrorífica, que es identificada en él: la creatura es sentida entonces, como un ser peligroso, cuyos movimientos bruscos, agresivos, y sádicos amenazan con causar un severo daño físico a la madre.

Además de la negación y proyección, la embarazada acude, por lo general, o sea normalmente, a los mecanismos maníacos exagerados y a la expiación masoquista, son una defensa frente a la intensificación de un temor natural, que surge de una factibilidad real: el niño deforme.

Llegamos así a la ansiedad dominante de todo el embarazo y que irrumpe en forma intensa frente a la percepción de los movimientos fetales es la ansiedad culposa por experimentar una unión tan intima y personal, en la que ningún otro puede interferir. Es ansiedad y es culpa por que reactiva en el inconciente las fantasías incestuosas y masturbatorias infantiles.

En consecuencia, resulta sumamente importante que su esclarecimiento sea hecho en el momento correspondiente para la prevención de las negaciones, proyecciones o manías extremas y su contrapartida

somática o sus ulteriores consecuencias físicas o mentales.

El extremo patológico a que puede llevar esta ansiedad es el aborto del cuarto a quinto mes.

La comunicación de la esposa acerca de los movimientos fetales también crea en el hombre un clima de ansiedad puede asumir diversas expresiones concientes: la sensación de fealdad de la esposa y el consiguiente rechazo; un sentimiento exagerado de necesidad de protección con fantasías intensas de temor al daño que la mujer pueda sufrir; la tendencia a someterse a ella, a apaciguarla, darle todos los gustos o bien a vivirla como despótica o tiránica.

Desde la mitad del séptimo mes en adelante puede producirse la versión interna, que lleva al niño a ubicarse cabeza abajo a la entrada del canal del parto esto provoca una intensa crisis de ansiedad, totolmente inconciente que se traduce en diversas manifestaciones psiquicas y somáticas. Esta ansiedad corresponde a -- fantasías de vaciamiento.

Las emergencias más graves que pueden ocurrir como consecuencia de esta crisis de ansiedad es el parto prematuro (entre los seis y ocho meses cumplidos).

Con la llegada del noveno mes surgen varias modificaciones fisiológicas: El feto tiende a desarrollarse más rápidamente, ganando en peso y volumen, las contracciones fisiológicas se acentúan, el cuerpo debe -- cambiar nuevamente sus mecanismos posturales para la bipedestación. A todo esto se suma la prohibición de la sexualidad que aún subsiste, lamentablemente estas modificaciones intensifican las ansiedades que además, van exacervándose por la noción de la proximidad del parto. El temor a la muerte en el parto cobra caracteristicas intensas, por lo general inconcientes.

En esta ansiedad derivada de la incertidumbre, que es la ansiedad conciente dominante, reaparecen crisis intensas, de duración variable en las que se expresa, por lo general concientemente, el temor a la muerte en el parto, al dolor, al parto prematuro, al parto traumático por forceps o cesarea, al hijo deforme y la muerte del hijo.

Por lo general estas crisis van marcando el progreso del proceso de borramiento o la preparación del cuello y el avance progresivo.

Así veremos que éstos movimientos contribuyen y constituyen el mecanismo del parto y son:

Encajamiento

Descenso

Flexión

Rotación Interna

Extensión

Rotación Externa

Expulsión

El trabajo de parto se divide en:

1. Empieza cuando las contracciones uterinas, alcanzan la frecuencia, intensidad y duración suficientes para iniciar un rápido borramiento demostrable y dilatación del cuello uterino.

   Tiene una duración media de 12 horas en las primigestas y de 7 horas en las multíparas; debe llevarse un control estricto del trabajo de parto especialmente de la frecuencia, intensidad y duración de las contracciones uterinas, el ritmo cardíaco fetal y la presión sanguínea materna evitando exámenes vaginales innecesarios.

Termina cuando el cuello está totalmente dilatado, es decir cuando está lo suficientemente dilatado para permitir el paso de la cabeza fetal a través de él.

La percepción de las contracciones es variable inclusive en las primigestas. Atribuímos esta capacidad para percibirlas a dos factores; por un lado a una sensibilidad más aguda en ocasiones determinadas por una modalidad defensiva frente a intensas ansiedades paranoides, según la cual la posibilidad de sentir permite el control del perseguidor; por otra parte, la enseñanza psicoprofiláctica, al poner tan claramente el acento en éstos hechos focaliza la atención y enseña a percibirlas. Por lo general esta percepción no trae mayores problemas: Una cierta inquietud, un poco de angustia de confusión e incertidumbre, que una vez ubicada y reconocida la situación, ceden dejando paso a un estado de serenidad y a la instalación del proceso de parto y en el descenso de la cabeza de la creatura, en busca del primer plano.

TRABAJO DE PARTO

Se define como la expulsión o salida del claustro materno del feto viable y sus anexos.

Consta de ocho tiempos:

Encajamiento, decenso, flexión, rotación interna, extensión, rotación externa y expulsión. 4

La péridad de un estado y pasaje a otro, reactiva profundas ansiedades en la parturienta. Por un lado inconsientemente la angustia sufrida durante su propio pasaje a través del canal del parto, o sea que se va irrumpiendo en ella la angustia del trauma del nacimiento.

Por otra parte la readaptación despierta la ansiedad frente al cambio, con los corrientes fenómenos de despersonalización; la ansiedad frente al cambio tiene dos face

tas: La ansiedad de pérdida y el terror al ataque por parte de los desconocido, que por fin podrá ser tangible.

Nos ocuparemos aquí del mecanismo de parto normal en presentación de occipucio (cabeza en la parte baja del útero), por ser la presentación más frecuente observada. Aproximadamente en el 95% de los casos.

Si observamos la forma irregular del conducto pelviano así como las dimensiones de la cabeza fetal madura, es evidente que no todos los diámetros de la cabeza pueden atravesar necesariamente todos los diámetros de la pelvis.

Adopción de conductas coherentes y lógicas.

Cuando la angustia no ha podido ser contrabalanceada por el razonamiento se adopta inconcientemente la contractura muscular como defensa, en un intento de detener el proceso que las está llenando de terro. La relajación y las antiespamódicos resuelven el problema pero el dolor suele provocar un desborte de angustias que lleva a emplear conductas inadecuadas, con las que se difunde la ansiedad al medio familiar y al profesional. 5

El apoyo de la cabeza fetal en el suelo perineal y la consiguiente comprensión del recto, producen intensos estímulos de tipo reflejo evacuativo anal que, además de sorprender y asustar son, en cierto modo dolorosos, según sea la capacidad de la mujer de reconocer y ubicar el estímulo el parto proseguirá normalmente hacia la expulsión, o bien se producirán intensos dolores debido a la contractura de los músculos perineales o se instalará la detención de la actividad uterina.

Para el inconsiente el parto representa una castración y el período preexpulsivo configura la amenaza de que se lleve a cabo.

Si la angustia traumática a veces exacerbada por un nacimiento difícil, se une a una intensa ansiedad de castración o de vaciamiento, la crisis del período de transición adquiere características muy dramáticas, -- psiquicas y físicamente, pueden producirse entonces fenómenos delirantes, con elementos persecutorios contra enfermeras, familiares o a veces, el hijo mismo. En - otros casos se instala un estado de retracción, a veces con características catatonicas.

2. Se inicia con la dilatación completa del cuello, las contracciones uterinas de expulsión que le acompañan suelen tener una duración de 1 1/2 minuto y recurren después de un pequeño período de descanso no mayor de un minuto; la duración media de esta fase es de una hora en las primiparas y de media hora en las multíparas.

Debe controlarse el estado del feto en este período ya que la fuerza generada dentro del útero puede reducir apreciablemente la perfusión placentaria.

Termina con el alumbramiento del niño, o sea la etapa de la expulsión del feto.

Es importante comprender que el motor básico de la ansiedad del parto es el trauma del nacimiento, vivido como la ansiedad de separación. Todos los que - rodean a la embarazada y es en especial el marido participan de esta ansiedad aunque en menor grado.

Cuando se logra elaborar este acceso de ansiedad, el trabajo de parto puede proseguir con lo cual

se produce por lo general un estado de tranquilidad, recuperan el control se concentran y colaboran. En la mujer preparada, el brote de ansiedad de este período es fácilmente superado y cuando se le anuncia el pasaje a la sala de partos suele tranquilizarse mucho.

La entrada a la sala de partos provoca por lo general otra crisis de ansiedad, que es breve en la mayoría de casos. Se debe a la emoción de verse ya en el trance, algo así como la sensación de un - sueño que se convierte en realidad pero que se teme que todavía sea un sueño; a estos se suman los temores y las ansiedades sobre cómo será el parto si habrá dolor, etc. en las situaciones normales al presentarse el reflejo de pujo, en medio de la extrañesa por la sensación nueva y el temor, se va produciendo la concentración adecuada.

La fantasía de castración, siempre presente se expresa en el temor a la episiotomía, y en efecto, aunque no es percibida en el momento en que se realiza, es incorporada al inconsciente como una -- castración.

La prohibición de la sexualidad configura, otra fuente de ansiedad en la situación expulsiva. Si nos hubicamos en la fisiología vaginal, y entendemos que sus preceptores sensitivos están destinados a registrar las sensaciones de preción como -- placenteras, comprenderemos la felicidad que experimenta la mujer mientras siente deslizarse hacia el exterior el cuerpo de la creatura. O sea que se trata de vivencias de placer.

Es por esos que consideramos que una de las batallas mayores para el trance del parto se libra en el inconsciente contra la prohibición de la sexualidad y que la expulsión es sentida como una --

situación sexual en sí misma. Por eso los momentos posteriores constituyen para la mujer un estado confusional, del que emerge con la ayuda de quienes la asisten y, sobre todo , del contacto con el niño. El hijo denota la especificidad del acto, despejando las confusiones.

3. Inmediatamente después del nacimiento del niño, se determina la altura del fondo uterino y su consistencia. Si el útero permanece firme y no hay hemorragia, la práctica general es esperar hasta que la placenta se separe no se practica masaje, simplemente se apoya la mano sobre el fondo frecuentemente para asegurarse de que el organo no se vuelva atónico ni se llene de sangre.

Cuando la placenta se está separando del útero se eleva en el abdomen desendiendo por el segmento uterino inferior y vagina, donde su volúmen empuja al útero hacia arriba, además sale más cordón de la vagina indicando que la placenta ha desendido; entonces se preciona un poco en el fondo uterino y el cordón umbilical se mantiene ligeramente tirante (sin traccionar), en cuanto la - placenta pasa por el introito se retira suavemente del - mismo y se vigila un posible desgarramiento de las membranas para no dejarlas atrás.

Se debe examinar atentamente la placenta para asegurarse de que se ha expulsado en su totalidad de la cavidad uterina. Si se activa la hemorragia y la placenta no puede expulsarse está indicada la extracción manual con todas las precauciones del caso.

PUERPERIO

Es el período de unas cuantas semanas (40 días), que se inician inmediatamente después del alumbramiento y terminan cuando el aparato genital femenino ha -- tornado a sus condiciones normales fuera de la gravidez.

Inmediatamente después de la expulsión de la placenta, el apice del cuerpo uterino contraído se encuen-

tra aproximadamente a medio camino entre el ombligo y la sinfisis del pubis.

Consiste en una masa de tejido que contiene una cavidad aplanada con estrecha aposición de sus paredes anterior y posterior teniendo cada una un espesor de 4 a 5 cm.; en contraste con el útero grávido, el puerperal presenta secciones aspecto anémico a causa de la comprensión de los vasos por el miometro contraído. En dos semanas su tamaño ha descendico dentro de la pelvis siendo posible palparlo por arriba de la sinfisis. Adquiere su tamaño normal (en las nulíparas mide 5.5 a 8 cm. de longitud y en las multíparas de 9 a 9.5 cm. con un peso de 45 a 70 g. en las primeras y de 80 o más en las multíparas). Dentro de 5 a 6 semanas, es notable la rapidez de este proceso ya que el útero que acaba de parir pesa de 1,000 a 2,000 grs. como consecuencia de la involución a la semana pesa 500 grs. para disminuir al final de la 2a. semana a 300 grs. y poco después 100 grs. o menos. Ahora sabemos que el número total de células musculares no disminuye mucho, sino que lo que disminuye es el tamaño de cada célula.

En los dos o tres días que siguieron al parto la porción de la decidua que permanece dentro del útero se diversifica en dos capas.

La capa superficial se vuelve necrotica, mientras que la adyacente al miometro no sufre esta alteración.

La primera se desprende con los loquios, en tanto que la segunda que contiene los fondos de las glándulas uterinas constituye la base para un nuevo endometrio, este proceso de regeneración es rápido, excepto en el lugar donde asentaba la placenta. En los demás lugares, el epitelio tapiza la superficie descubierta en una semana o diez días y todo el epitelio queda restaurado hacia el final de la tercera semana.

La reparación del lecho placentario requiere hasta semanas, estos es muy importante clínicamente ya que cuando es deficiente se produce una hemorragia puerperal tardía.

Poco después del parto la región donde asentaba la placenta, queda reducida a una zona elevada nodular e irregular aproximadamente del tamaño de la palma de la mano; disminuye rápidamente alcanzando un diámetro de tres a cuatro cm. al final de la segunda semana.

El orificio cervical se contrae lentamente, durante algunos días, inmediatamente después del parto admite con facilidad dos dedos pero para el final de la primera semana se ha estrechado tanto que es difícil la introducción de un dedo. La vagina y vulva forman, durante la primera parte del puerperio, un conducto espacioso de paredes lisas que gradualmente disminuye de tamaño, pero jamás vuelve a la condición nulípara.

Las paredes abdominales quedan durante algún tiempo, blandas y flaccidas, después de algunas semanas la pared abdominal readquiere su aspecto progestante, a excepción de las estrías, pero cuando los músculos están atonicos, es probable que mantenga la flacidez.

Después del parto también se observa edema e hiperhemia de la pared vesical, y con frecuencia extravasación sanguínea submucosa, por otra parte tiene un aumento de capacidad y una relativa insensibilidad a la presión del líquido intravesical.

Los ureteres y la pelvis renales vuelven a la normalidad en las cuatro semanas siguientes al parto.

En cuanto a las mamas hacia el segundo día post parto una mediana cantidad de calostro puede ser exprimida de los pezones, esto dura aproximadamente una semana, en comparación con la leche madura, el calostro tiene más proteínas la mayor parte de la cual es globulina, y más minerales aunque menos azúcar y grasa. Además, de esto tanto el calostro como la leche madura contienen anticuerpos que protegen al recién nacido en los primeros meses de vida.

Clínicamente al inicio del puerperio hay anormalmente una cantidad variable del derrame uterino, llamado loquios, consiste en un líquido manchado de sangre (loquios rojos), después de tres a cuatro días se vuelve más claros (loquios serosos), después del décimo día adquieren, a causa de la mezcla con abundantes leucocitos, un color blanquecinos o amarillento.

En las primíparas, el utero puerperal suele permanecer contraído tonicamente; en las multíparas especialmente el útero se contrae y relaja vigorosamente a intervalos, y las contracciones provocan sensaciones dolorosas conocidas como entuertos; éstos son más intensos cuando el lactante toma pecho, debido a la liberación de oxitocina normalmente disminuyen de intensidad y son bastantes leves después de cuarenta y ocho horas posteriores al parto.

Otro fenómeno importante es el aumento de la diuresis que ocurre generalmente entre los primeros dos a cinco días, normalmente el embarazo se asocia a un incremento del agua extracelular de dos a tres litros y al parecer la diuresis aumentada en el puerperio representa la inversión de este proceso.

En la sangre durante el parto y después del mismo ocurre una leucocitosis bastante considerable y los recuentos de leucocitos alcanzan algunas veces hasta 30,000 mm^3; la hemoglobina y el hematocrito además de recuento de eritrocitos varían también considerablemente en este período. El volumen de sangre habrá recobrado aproximadamente el nivel existente antes de la gravidez una semana después del parto. Por otra parte hay uan baja de peso de más o menos 2 Kg. durante el puerperio además de los 5.5 Kg. que generalmente se pierde con la evacuación del utero; que se debe al líquido perdido mas que todo por la orina y el sudor.

ANSIEDADES DEL PUERTERO

Según lo anterior podemos comprender como será el abordaje del puerperio, esta situación de delimitación entre lo perdido -el embarazo- lo adquirido -el niño-.

También la delimitación entre ensoñación, fantasía inconsiente, y realidad. Tanto en lo referente a como iba a ser el parto como en cuanto al niño en sí mismo y la reacción ambiental.

Esta delimitación múltiple puede hacerse solamente merced aún lento y gradual proceso elaborativo, con sus alternancias deprecivas como persecutorias, sustentadas en los elementos difíciles que plantea la realidad, y maníacas o de negación, como única manera de incorporar la nueva situación.

Un aspecto importante es la pérdida de sangre en la renovación de la desidua uterina que reactiva las ansiedades frente a la menstruación, con los correspondientes temores, sobre la integridad del órgano.

Por lo general, en el centro de todo surgen las intensas ansiedades frente a la lactancia; una de ellas es la de no tener leche con la cuál se niega el valor del calostro. Otra surge de las distintas modalidades de la relación madre-hijo. Estos conflictos determinan el estado depresivo que algunos autores describen, que se agudiza al tercer día con la "bajada" o "subi-

da" según se denomine de la lecha. En este estado depresivo pueden predominar las fantasías de vaciamiento o castración concordes con la personalidad de la puerpera, siendo las más extremas las ansiedades de carencia materna y de auto desvalorización.

Las vivencias depresivas inconcientes ponen en marcha los diversos mecanismos de defensa que actúan según las características personales de cada mujer.

Cuando se despriega los mecanismos maníacos la puerpera aparece eufórica, muy preocupada, por su aspecto externo, etc. Cuando es intensa se asocia con hipo o agalactia, dificultad para dormir y la necesidad de inductores al sueño. En la erupción de absesos se observan ataques de llanto, enojo, impaciencia, celos, despotismo, etc. O franca melancolía de autoreproche, minusvalía, etc. Los mecanismos sustitutivos de los maníacos son: ensimismamiento (retracción narcisista, esquizoide), la abulia, la rumiación obsesiva, los mecanismos obsesivos francos, las situaciónes agarafóbicas.

Frecuentemente el conflicto se asienta en el temor a la pérdida de protección, la preocupación de cómo desempeñarse en el hogar, temor al robo del niño, temor a la incapacidad de cuidar a la criatura en forma adecuada y perderla, es decir que se enferme y muera.

Todo esto se asienta en la culpa inconciente por las relaciones sexuales y por la maternidad, sentida como el ataque y destrucción de los padres internos.

En las situaciones más intensas la paciente puede llegar a cuadros paranoides francos o a estados profundos esquizoides, marcando ambos el comienzo de

la psicosis puerperal, con imposibilidad de acercarse al niño y el rechazo a atenderlo; la paciente permanece triste alejada como ausente, esta apática, abandonada, descuidada en su arreglo personal; frecuentemente se asocian ideas paranoides de persecución. Su tratamiento es urgente y el recurso de elección es la psicoterapia con apoyo farmacológico.

La internación es el último recurso para los casos en que predominan las ideas de suicidio.

De todos modos y sin llegar a los límites alarmantes del estado psicótico, las ideas depresivas y persecutorias el deseo de apartarse, el abandono, se hallan presentes en mayor o menor medida en todos los casos; la sensación dominante es haber perdido la propia personalidad y ser una esclava de la criatura y del ambiente. Cuando la familia y las amistades colaboran en forma eficaz, estas sensaciones se resuelven, con el cariño hacia el hijo, en la alegría de su progreso y crecimiento. Pero si esa colaboración no es suficiente o resulta inadecuada, el estado depresivo, sin llegar a la psicosis, puede prolongarse.

REFERENCIAS:

1. Williams Obstetricia 2a. Edición 1980. Salvat Editores S.A. Mallorca, 41 - Barcelona España. Cap. 9 Diagnóstico del Embarazo pag. 207 - 234.

2. Raquel Soifer 2a. edición. Ediciones Kargiemar -- Buenos Aires Argentina 1973. Ansiedades del embarazo cap. 1 pag. 24.

3. Williams Obstetricia Aborto Cap. 23 pag. 474 - 502.

4. Williams Obstetricia Conducta del Parto normal cap. 16. pag. 323 - 344.

5. Raquel Sifer. Ansiedades del parto. Cap. 2 Pag. 67 - 84.

PATOLOGIA PSIQUIATRICA DE LA MATERNIDAD

Clásicamente se describen con este nombre todos los accidentes psiquiátricos del embarazo, del puerperio y del aborto. Estos accidentes revisten los más diversos aspectos: de la reacción neurótica ligera a la psicosis de largo curso. En su determinismo debe tenerse en cuenta, a parte de los factores genéticos, hormonales y toxiinfecciosos, la situación actual, es decir la maternidad con todos los aspectos biológicos y psicosociales, y las relaciones entre esta situación actual y la personalidad. Lo equivalente a decir que el puerperio constituye la ocasión para verificar, de una manera más clara que en los otros casos, el aspecto multidimencional de la etiología de las afecciones psiquiátricas y la ausencia de especificidad de las respuestas -- clínicas a una situación patógena compleja, como es un estado "psico puerperal".

FACTORES ETIOPATOGENICOS

FRECUENCIA

Los datos clásicos sobre la frecuencia son inutilizables, ya que están muy lejos de llegar a coincidir, variando entre una frecuencia de un caso por cada 80 partos y la de 1 por 2000 (Rigden); pero la disminución considerable del número de casos durante el decenio de 1950 a 1960 ha llegado a tal punto que puede considerarse que las psicosis puerperales son muy raras en la actualidad. Entre las causas de esta disminución cabe señalar:

Una mejoría de las condiciones de la "maternidad" la preparación para el parto y para la maternidad, la planificación de los nacimientos, una disminución del temor

al parto y una mejoría correlativa de las relaciones entre la madre y el hijo.

La administración de medicamentos activos -- contra la depresión, la ansiedad y las primeras manifestaciones delirantes, en cuanto aparecen los síntomas iniciales.

FACTORES ETIOLOGICOS

Como hemos indicado son múltiples:

Factores hereditarios y constitucionales. La no especificidad de los accidentes ha llevado a ciertos autores de finales del siglo XIX a insistir sobre el papel del terreno (degeneración mental): los accidentes puerperales serían "revelados" solamente en casos de mujeres portadoras de una tara psiquiátrica latente; en efecto, a menudo ocurre que una psicosis puerperal no es más que un episodio de una evolución psicótica intermitente o crónica.

El papel del terreno familiar no puede ser olvidado, y el grupo de las familias con herencia maniacodepresiva es que ofrece las relaciones generales genéticas más significativas.

Pero los autores contemporáneos tienden a dar más importancia a los factores etiológicos actuales, sean psicosociólogos, sean fisiopatológicos. El carácter presicótico o la predisposición neuropática existirían en un 50% de los casos en forma de inhibición del desarrollo de la personalidad y en una anormal reactividad emotivo-vegetativa; se observa especialmente un infantilismo morfológico y funcional muy prolongado en muchos casos en la biografía de las mujeres que presentan transtornos psíquicos puerperales.

FACTORES PSICOSOCIALES

El embarazo como acontecimiento representa un factor psicosocial de gran importancia, que modifica todas las condiciones y las perspectivas de la vida de la mujer. De ahí las protecciones múltiples que entonces la rodean, unas de orden social otras de orden psicológicos, mágico o racional.

Incluso en el embarazo normal, es bien conocida la frecuencia de modificaciones psicológicas ligeras, los "antojos". Insensiblemente se pasa de estas modificaciones a modos neuróticos de defensa contra el acontecimiento deseado y temido: el hijo, el marido, el grupo, entran en este complejo de nuevas relaciones, a menudo ambiguas y ansiógenas. Y es que la maternidad actualizada y remueve los problemas de la integración psicosexual.

Los trabajos de los sociólogos y de los etnólogos nos han enseñado que la estructura sociofamiliar (matriarcado), igualdad entre los sexos, etc., el lugar de la mujer en la sociedad (comportamiento pasivo, agresivo, etc.), la naturaleza de las relaciones entre la madre y el hijo, intervienen en el comportamiento de la madre en que respecta a su maternidad.

Parece ser que las mujeres de las sociedades primitivas conocen poco o en absoluto las psicosis puerperales.

Todas estas vías de estudio llevan a la conclusión de que la actitud de la mujer hacia la secuencia "concepción - embarazo - parto - lactancia-maternidad" desempeñan un papel fundamental en el determinismo de los accidentes. Señalemos que esta actitud no puede ser definida en términos simples. Tal mujer socialmente bien integrada y psiquicamente

no tarada puede reusar el embarazo por razones actuales, conyugales, económicos o profesionales. Tal otra enfrentada a condiciones objetivas desfavorables y con disposiciones psicopáticas conocidas pueden soportar el acontecimiento del embarazo por éste la valoriza o la integra en su grupo. Otra, por ejemplo, se enfrenta con profundo conflicto que el embarazo actualiza peligrosamente.

FACTORES ENDOCRINOS

El acontecimiento biológico a que el embarazo da lugar es también de gran importancia: todos los metabolismos se modifican durante el embarazo como también el volumen y la tasa del hierro, calcio, fósforo, etc. Pero sobre todo son las modificaciones endocrinas las que están en correlación con los trastornos mentales (hipófisis, suprarrenales, tiroides).

La actividad hipofisiaria habitual es sustituida por una producción hormonal nueva, debida al cuerpo amarillo, a la placenta y a las glándulas mamarias. Según Jayle, aparecen dos momentos máximos de las nuevas secreciones endocrinas. Al final del tercer mes, se manifiesta el aumento de las hormonas ganadotropas y al final del embarazo se produce una elevación considerable de los esteroides. Después del parto, el retorno de las cifras hormonales a la normalidad es rápido. Se han investigado las relaciones entre la psicosis puerperales y las perturbaciones hormonales a través de las dosificaciones hormonales directas o a través de los datos indirectos obtenidos por el citodiagnóstico vaginal. Es un hecho incontestable el que las psicosis puerperales van acompañadas por lo general de modificaciones significativas. Según Hemphillm el factor hormonal influye en la "depresión puerperal" como el de las depresiones de la menopausia. La tesis sostenida por Delay y sus colaboradores incita a buscar las correlaciones endocrinas de la psicosis puerperales en la falta de retorno a la normalidad del ciclo ovárico-hipofisiario, a causa del estado de la mucosa uterina. Sería un caso particular de "metrosis de receptividad".

PAPEL DE LA INFECCION

El factor infeccioso, que no es despreciable en ciertos casos, ha podido ser valorado exactamente desde los antibióticos, que han reducido su importancia. Desempeña un papel fundamental en ciertas psicosis que aparecen en las evoluciones sépticas puerperales, pero no es más que un factor coadyuvante en los otros casos e incluso, se trata de una eventualidad bastante rara.

Pero repitámoslo la situación de la mujer frente al embarazo y al parto debe ser estudiado como un punto de encuentro de todo su pasado (herencia, antecedentes patológicos, constitución biológica, formación de la personalidad, estructura neurótica o presicotica) con sus posiciones actuales (conyuges, sociales, económicas), con los incidentes o accidentes gravidopuerperales y finalmente con las perspectivas abiertas ante ella por la maternidad.

DESCRIPCION CLINICA

De manera esquemática podemos decir que la mayoría de los accidentes neuróticos y accidentes neuropsiquiátricos se ven durante el embarazo, mientras que la mayoría de los accidentes psicóticos se observan después del parto.

ACCIDENTES GRAVIDICOS

Son esencialmente, reactivadores de la angustia de forma neurótica o psicosomática.

Los vómitos. Se admite que son "fisiológicos" hasta el tercer mes. Sin embargo, su significación -- psicosomática es constante.

Se agrupan entre los incidentes menores que acompañan al trastorno a la vez biológico y psicosocial que supone el embarazo. Después del tercer mes, la -- perturbación psicosomática se convierte en un verdadero problema que puede ser planteado al psiquiatra.

Manifestaciones de Histeria. Pueden aparecer con el polimorfismo habitual de esta neurosis. Señalaremos la negación histérica del embarazo, imagen -- simétrica e inversa del embarazo nervioso o histérico.

Las manifestaciones ansiosas son muy frecuentes. Se presentan bajo el aspecto de síntomas aislados (algias diversas, angustia, palpitaciones) o bajo el de la neurosis de angustia subaguada (estado depresivo con fuerte carga ansiosa, que puede ir hasta los confines de la melancolía), o incluso, ya sea bajo el aspecto de fobias, forma especializada de la angustia, que se fija sobre un objeto maléfico (miedo a la calle, miedo a la soledad, etc.), ya sea en forma de obsesiones impulsiones (obsesión del suicidio o impulsiones - de actos absurdos). Sin duda, la angustia que expresan estas manifestaciones es una transformación o una actualización de posiciones anteriores. Pero la actitud de la mujer hacia el embarazo desempeña un papel máximo. Generalmente, estos incidentes o accidentes no - persisten tras el parto. El papel educativo de la persona que rodean a la embarazada y el de preparación al parto "sin dolor" debe disminuir esta clase de reacciones ansiosas o de pánico.

Al lado de estas reacciones neuróticas, citaremos los accidentes psicosomáticos severos, tales como las úlceras, los espasmos viscerales (cólicos hepáticos, nefríticos, etc.), el asma, ciertas hiperten-

siones o dermatosis. Dependiendo del mecanismo más complejos, éstos accidentes señalan, como los precedentes - pero a través de expresiones somáticas a veces graves, la lucha del organismo contra la angustia de la gravidez, la lucha que se desarrolla entonces a un nivel más profundo.

Durante el embarazo, se observan aún ciertos síndromes neuropsiquiátricos graves: la psicoplineuritis -- gravídica es un síndrome de Korsakoff clásico con parálisis atróficas dolorosas y confusión mental; a menudo está asociado a los vómitos incoercibles. La corea gravídica aparece por lo general en antiguas coreicas. Cura con el parto. La epilepsia puede aparecer por primera vez durante el embarazo. No plantea ningún problema particular salvo su diagnóstico diferencial con las crísis de eclampsia, que aparece en el acme de la enfermedad, en medio de signos de nefritis hipertensiva con albuminuria y edema.

Recordemos que puede asistirse, en el curso del embarazo, o accidentes psicóticos del tipo de los que - van a ser descritos ahora.

Los cuadros clínicos son los mismos: se observa durante una preponderancia de las melancolías. La confusión mental aparece en el momento del parto. Estos accidentes son raros durante los 8 primeros meses del embarazo, que parece incluso ejercer un papel protector en relación con una posible psicosis en evolución.

PSICOSIS PUERPERALES PROPIAMENTE DICHAS (POSPARTO)

La psicosis puerperal del posparto tiene lugar - en los días que siguen al alumbramiento.

El comienzo es brutal, de los dos a los diez días después del parto (bastante a menudo hacia el 15 o 20 día).

La confusión aparece súbitamente, si período premonitorio, con ausencia de todo cortejo infeccioso.

El estado confusional puede ser discreto (simple obnubilación) o grave y confirmar al estupor. Generalmente, se trata de un estado confusoonírico de -- tonalidad ansiosa.

La enferma ve una serie de escenas no encadenadas, que suceden como consecuencias inacabadas. Por - lo general tristes, fúnebres, incluso terroríficas, éstas escenas expresan un estado de ansiedad que, como - la confusión, es de una profundidad variable: de la - perplejidad al terror. Confusión y orinismo parecen - independientes el uno del otro al observador, es decir existen estados confusionales profundos con una experiencia oniroide, e inversamente, estados oniricos muy ricos con poca desorientación temporospacial.

Este estado realiza una desorganización completa de la experiencia actual en laque la angustia y la confusión se mezclan al onirismo para dar lugar a un - cuadro muy polimorfo; puede verse como se asocian o se suceden por fases aspectos melancólicos, maníacos, incluso catatonicos. La riqueza y el poliformismo de este estado confusional son, por lo demás, bastante característicos de todas las psicosis confusionales puerperales.

El examen general en esta forma no descubre -- síndromes infecciosos. Si existe fiebre, se debe a la deshidratación, la agitación y las perturbaciones centrales.

Además de esta forma típica, se observa también otras formas en las que la preponderancia de los trastornos típicos permite diferenciar; las melancolías puerperales, la forma exitomaníaca, y los demás

estados mixtos en los que aparece una mezcla o una rápida alternancia de síntomas maníacos y melancólicos, estas alteraciones timicas suelen emerger de un episodio confusional inicial. El delirio infeccioso puerperal, contemporáneo de las enfermedades infecciosas del parto, sólo aparece en forma excepcional en la actualidad. Algunos autores, como Zilboorg han hablado de esquizofrenias del post-parto, aunque en realidad se trata más bien ya sea de una interpretación del estado confusionirico típico, ya sea de la agravación de un estado psicótico anterior. En torno a esta discusión puede verse el informe de Osterman.

Aunque los tratamientos consiguen, en la mayoría de los casos, la desaparición del trastorno de la conciencia, es necesario tener en cuenta la indudable tendencia de la psicosis puerperales a las recaídas, lo -- que obliga a mantener la terapéutica neuroléptica, sedante o antidepresiva durante tiempo tras la desaparición de la sintomatología. En la actualidad, el pronóstico a largo plazo es favorable.

PSICOSIS DE LA LACTANCIA

Es clásico designar con este nombre a las psicosis puerperales tardías. Es preciso insistir en la infrecuencia de su aparición: la "verdadera" psicosis es la del post parto inmediato. Pueden revestir el tipo - confusoonírico o delirante que acaba de ser descrito. - Pero hay que insistir sobre la frecuencia en este período de las reacciones depresivas.

No repetimos aquí la discusión en relación con - la esquizofrenia que ya ha sido expuesto anteriormente.

Puede tratarse de una depresión neurótica: Estado de angustia más o menos profundo, con desinterés en el niño, sentimiento de incapacidad, manifestaciones -- tras las cuales, se descubre una posición neurótica la-

tente que la maternidad revela. Estos estados de inadaptación en la maternidad pueden adoptar todas las formas, agudas o subagudas, de la depresión. En tales casos es cuando el psicoterapeuta deberá estudiar a fondo la experiencia vivida por la madre en su relación con el niño y con el conjunto de su medio.

Puede presentarse un cuadro bastante particular en estos estados depresivos si tienen un curso largo. Antiguamente se hablaba entonces de "neurastenia puerperal" para designar los casos en que persistía durante meses un estado de astenia, de ansiedad, de enlentencimiento intelectual y de dismnesia, con adelgazamiento, trastornos del sueño y del apetito, que hacían pensar en un "agotamiento" post puerperal.

Hoy día se tiende a incluir estos hechos más en el cuadro de una neurosis, generalmente de estructura histérica, con depresión que como una consecuencia de un agotamiento endocrino. Se puede, sin embargo, investigar el síndrome de Selye (caída de los cetosteroides), si es que se quiere comprobar dicho agotamiento.

PSICOSIS DEL POSTABORTO

Hay que decir unas palabras acerca de la psicosis que siguen a un aborto. Formas identicas a las psicosis puerperales pueden seguir a un aborto. Pero la más particular en los abortos son las condiciones de angustia en que a menudo se producen. Con bastante frecuencia el aborto, incluso legal y hasta el terapéutico, pueden verse complicados por un estado depresivo. La neurosis de aborto de los autores suizos concierne a otro género de complicaciones que aparecen a distancia del aborto, en mujeres que lamentan después de haber comprometido sus posibilidades de maternidad.

EVOLUCION GENERAL Y PRONOSTICO

Esta evolución y este pronóstico son a menudo objeto de controversias, ya que la opinión de cada uno (obstetras, psiquiatras) es función de las condiciones en que se desarrolla su observación.

LA TENDENCIA A LAS RECAIDAS

Constituía la característica más habitual de la evolución antes de los tratamientos actuales. Pero incluso cuando se tratan enérgicamente las psicosis puerperales, ocurre que después de una remisión espontánea, la psicosis tiende a reaparecer durante varios meses, lo que exige la actitud de mantener la terapeútica durante un período bastante prolongado tras la remisión. En la actualidad, son muy infrecuentes aquellas evoluciones en las que se observan la repetición de los brotes durante uno o dos años, siendo el promedio de la evolución actual de 50 a 100 días.

EVOLUCION CRONICA DE LAS PSICOSIS PUERPERALES

El pronóstico de la psicosis puerperal está considerado como favorable generalmente, pero el pronóstico a la larga permanece en todos los casos "gravado por la hipoteca" de una psicosis latente, revelada por el puerperio. Si se admite con los modernos autores una etiología multidimensional de los trastornos, quedan un cierto número de casos en que una psicosis puerperal parece comprometer o agravar la evolución clásica de una psicosis maníaco depresiva o de una esquizofrenia.

Lo que viene a decir que las psicosis crónicas implican pocos casos de orígen puerperal (sólo 20 esquizofrenias o psicosis maníaco depresivas entre 141

mujeres psicóticas habiendo dado a la luz o presentado trastornos puerperales).

EL RIESGO DE RECIDIVAS EN GESTACIONES ULTERIORES

En el estado actual de los conocimientos, ¿cómo responder a la familia que plantea el problema de riesgo en caso de embarazo ulterior? Debe uno remitirse, para los elementos de respuesta al estudio etíologico del comienzo.

Hay que ser reservado cuando se agrupan "malas probabilidades" hereditarias, rasgos de personalidad prepsicótica, mala adaptación a la situación conyugal y socioeconómica.

Se será más optimista cuando las circunstancias particulares de una maternidad parecen haber desempeñado un papel importante en la determinación de la psicosis, estando el pasado de la mujer desprovisto de incidentes psiquiatricos y si las perspectivas de vida son juzgadas buenas. La rapidez y la calidad de la curación son también factores favorables. La experiencia clínica muestra que, aún en casos estimados como desfavorables, pueden producirse otros embarazos sin incidentes. En ciertos países se admite el aborto profiláctico por antecedentes de psicosis puerperal

No ocurre así en Francia, donde se considera, con bastantes razones, que el pronóstico de estas psicosis está bien lejos de ser muy grave y más bien es favorable.

DIAGNOSTICO

No insistiremos más que en dos puntos difíciles:

Durante el embarazo, la aparición de trastornos psiquicos puede señalar el comienzo de una eclampsia: a menudo es la alteración del humor y la ofuscación de la conciencia lo que hace sospechar esta grave complicación que se comprobará mediante la búsqueda de signos de nefritis hipertensiva y edematosa.

Después de los partos, se conoce, la posibilidad de una tromboflebitis cerebral, traducción de una infección venosa inadvertida de orígen pelviano. El comienzo por trastornos neuropsiquiatricos es de nuevo la regla aquí, ya que el primer síntoma de la enfermedad es a menudo una crisis convulsiva. Localizada o generalizada. El diagnóstico se hace al observar un cuadro clínico con signos neurológicos focales, más o menos netos, y que comporta el como o trastornos de la conciencia asociados.

TRATAMIENTO

Las neurosis gravídicas o puerperales exigen una conducta esensialmente psicoterápeutica, destinada a obtener lo más rápidamente posible una tranquilización eficaz. Podrá combinarse con las técnicas de preparación al parto sin dolor.

El problema de una psicoterapia profunda por lo general para un período ulterior.

Con el fin de conseguir una rápida eficacia, a menudo interesa apoyar la psicoterapia con métodos sugestivos: el aislamiento basta por lo general para calmar los vómitos.

La hipnosis ha sido preconizada: los sedantes de que disponemos actualmente reducen los espasmos de angustia.

En ciertos casos rebeldes, puede emplearse la cura de sueño, a condición de estar seguros de la

integridad hepática y renal. Los medicamentos se utilizarán a la dósis mínima posible, especialmente al -- principio del embarazo, y tras haberse informado de su inocuidad para el feto.

Ante una psicosis gravídica las terapéuticas de shock pueden ser utilizadas con exclusión de la insulinoterapia. El electroshock es bien tolerado por las mujeres en cinta, y no provoca riesgo uterino.

Los medicamentos neurolépticos y antidepresivos pueden utilizarse sin peligro al final del embarazo.

La psicosis del post parto. La evolución de las concepciones del tratamiento de las psicosis puerperales refleja los cambios de interpretación de que ha sido objeto en el transcurso de los años recientes, como subraya Racamier.

Las nociones antiguas, que consideraban la puerperilidad como un "stress" endocrino vegetativo sobrevenido en un "terreno" más o menos frágil, tienden a ser sustituidas por una concepción más amplia, que abarca el conjunto de la situación de la madre en relación con el "acontecimiento maternal" o "maternidad".

Lo que quiere decir que la psicología de la maternidad va a ser tomada en consideración como aspecto central del tratamiento: relaciones no solo de la madre con su hijo, sino también con su propia madre, y también con todo lo vivido en su propia vida.

Naturalmente esto no quiere decir que sean descuidados los tratamientos biológicos: los estados confusooníricos serán tratados bien mediante unos electroshocks, bien mediante neurolépticos; -

son utilizados todos los neurolépticos actuales. La ventaja de los electroshocks es que actúan a la vez sobre el componente ansioso y el componente delimitante del síndrome habitual. Pueden combinarse ambos métodos. Si lo que domina es el aspecto melancólico, están indicados los antidepresivos.

Un aspecto original del tratamiento biológico concierne al factor endocrino de las psicosis puerperales. Desde hace lustros, los psiquiatras habían buscado un tratamiento por esta vía, y Guiraud había incluso propuesto llamar a esta psicosis "vitamino - hormonales" porque él pensaba en la asociación de una hipovitaminosis E a trastornos ováricos.

Los trabajos de Delay y Corteel han orientado el tratamiento endocrino por una vía nueva.

Delay y Corteel han mostrado que en la psicosis puerperales se encuentran constantemente, en el examen de la mucosa uterina (biopsia del endometrio), imágenes características: la reconstitución de la mucosa no se efectúa o se efectúan mal. Cuando normalmente la reconstitución de la mucosa uterina se efectúa en tres etapas y está completa en alrededor de 40 días, el examen de los cortes muestran en las enfermas imágenes que serían patognognómicas: coexistencia de zonas normales con zonas de destrucción: densidad particular del estroma con núcleos filamentosos "en - coma", muy eosinófilos; tubos uniformes sin luz o plicaturados" "en laberintos" o abiertos en el estroma - "en herradura". Tales imágenes persisten lo que dura la psicosis; con la curación desaparecen rápidamente. Se las observa incluso en las formas tardías o extremadamente largas. La interpretación de estos hechos es aún oscura. Se piensa que este aspecto especial de la mucosa uterina muestra la detención de la reanudación del ciclo endocrino hipofisoovárico que estaría

bloqueado por la ausencia de la "receptividad" uterina. Delay y Corteel ven una confirmación de su tesis en un hecho que parece a primera vista una objeción: en determinadas pacientes, existe una reanudación de pérdidas más o menos periódicas que hacen creer en una "vuelta de reglas". Pero se ha podido demostrar que no se trata de una reanudación normal del ciclo: se trata de hemorragias foliculares del tipo de las hemorragias del día décimo cuarto.

La conclusión terapeútica importante de estas consideraciones reside en el consejo de legrar el útero. En la práctica, ante una psicosis puerperal, conviene hacer practicar una biopsia del endometrio. El examen de los fragmentos mostrará si esta en presencia de una serie de imágenes conformes con la descripción de Delay y Corteel.

En este caso, sucede que la simple maniobra de la sonda de Novak basta para desencadenar una mejoría decisiva, como si esta irritación uterina permitiera la reanudación de la involución normal, la eficacia de los nuevos métodos terapeúticos no ha permitido una verificación prolongada de este método. Pero si éstos tratamientos biológicos son eficaces, naturalmente es necesario que regulen el problema de la relación madre-hijo. Y por consiguiente siempre es necesario que todo el tratamiento sea encuadrado en una psicoterapia.

La originalidad de la posición de Racamier estriba en mostrar que esta psicoterapia consiste en la presencia real del niño junto con la madre enferma en el curso de la psicosis y tras la desaparición de los síntomas. "La relación de la madre con su hijo -escribe- constituye el centro funcional y el eje dinámico de todas las manifestaciones psicopuerperales. Aconseja que durante la enfermedad misma y al mismo tiempo que se practica el tratamiento clásico, se mantenga a la madre en relación con su hijo haciéndola participar en la crianza de su lactante. El equipo asistencial debe

contar con una madre sustituto que cuidará a la vez a la madre y al niño, asegurándo a la madre una posibilidad de identificación afortunada.

Tras la curación de los síntomas, estima que esta conducta permite, mejor que cualquier otra, asegurar la curación de la enfermedad relacional que constituye la psicosis puerperal. "Los trastornos sigue -diciendo Racamier- son como un fracaso de los procesos psíquiatricos de la maternidad.

Es superfluo insistir que mostrar que esta visión de la psicosis puerperal reúne lo que nosostros sabemos por otra parte de la buena relación primitiva con la madre para con el niño. Esta conducta no parecerá, pues revolucionaria más que a los que no admitirán las ideas modernas sobre la importancia iniciadora de la pareja madre-hijo para el equilibrio de la vida psíquica. Está permitido encontrar una solidaridad del mayor interés entre las conductas obstétricas nuevas, centrada sobre la toma de conciencia de la madre y del padre respecto al nacimiento, la conducta terapéutica preconizada por Racamier en relación con la psicosis puerperales, y las nociones de orígen psicoanalítico sobre el futuro de la vida psíquica del recién nacido.

PSICOSIS POST PARTO

Epidemiología

La tristeza es frecuente en el post parto, pero no así las psicosis. La incidencia de psicosis post parto está entre uno y dos por 1,000 partos. Los datos revisados por Thomas y Gordon indican que el 54% de casos se producen en primíparas y 46% en multíparas.

Causas

Muchos psiquiatras están en favor de una causa psi-

cológica en que el nacimiento del niño es un acontecimiento precipitante, pero el punto de vista orgánico - tiene también algunos partidarios. Un punto de vista multicausal parece más útil. El nacimiento de un niño constituye claramente para la madre un stress físico.

El parto es también un stress psicológico importante, ya que representa la acmé de la realización psicosexual femenina y un mito en la historia del desarrollo del varón.

La función psíquica de la mujer puede ser adecuada para la gestación en circunstancias ambientales habituales; pero un parto extremadamente difícil o en circunstancias económicas y sociales dolorosamente adversas pueden inclinar el equilibrio hacia un - transtorno en el post parto.

Y algunas mujeres son psicológicamente tan - poco aptas para la maternidad que las condiciones ambientales y físicas más favorables no pueden salvarlas de una psicosis en el post parto.

Brew y Seidenber afirman que no existen propuestas de que se obtenga ningún resultado con el tratamiento hormonal. Las indicaciones de la terapia electroconvulsiva son las mismas que para las psicosis sin parto, pero los autores sugieren que no se debe iniciar hasta después de cuatro semanas del parto para evitar accidentes como la movilización de un émbolo a partir de una tromboflebitis no diganosticada. - El tratamiento con fenotiacinas es eficaz con frecuencia cuando el cuadro clínico sugiere la existencia de una esquizofrenia.

Una mujer puede creer que su hijo no ha nacido y puede llevar a cabo los movimientos del parto y la expulsión. Otra mujer puede ignorar al niño y ser

incapaz de hacer nada excepto llorar.

Una tercera puede sufrir una preocupación constante de que su hijo tiene un cáncer o está condenado. El deseo inconciente de desembarazarse del bebé puede ser el mismo en todos los casos, pero el primer ejemplo es una esquizofrenia catatónica, el segundo sufre una depresión y el tercero tiene una neurosis obsesiva.

En los hombres también se producen trastornos del post parto Zilboorg considera que están en realización con la necesidad de negar una identificación - afortunada con el padre.

Para los hombres cuya resolución de los conflictos edípicos ha sido débil, el llegar a ser madre puede despertar una dolorosa ansiedad y conducir a la depresión y a una conducta paranoide que implica una negación de la paternidad.

MATERIAL Y METODOS

-. POBLACION:

La población utilizada para la investigación son - aquellas pacientes ingresadas al intensivo del hospital Nacional de Salud Mental, en el período de los años de 1983 a 1985 con diagnóstico de PSICOSIS POST-PARTO.

-. MUESTRA:

La muestra o sea las pacientes con las cuales trabajé durante la investigación fue: 30 pacientes - que ingresaron al pabellon de intensivo del Hospital Nacional de salud mental, con diagnóstico de PSICOSIS POST-PARTO, sin antecedentes psiquiátricos y sin ninguna otra patología asociada. Durante el período de los años de 1983 a 1985 (enero). El procedimiento para calcular la muestra fue tomar a las pacientes ya mencionadas (30), que cumplian con los requisitos para entrar en la investigación, y que fueron evaluadas en el período ya mencionado.

-. VARIABLES: (Def. operacional)

Procedencia: Sólo se tomará en cuenta si la paciente procede de un área urbana o rural.

-. Edad: Tomare en cuenta los años cumplidos de cada paciente clasificando hasta 6 meses inclusive del próximo año como el último año cumplido, y pasados los 6 meses como el próximo.

-. Escolaridad: La evaluaré según el grado de estudios de cada paciente tratando de relacionar el - mismo con el problema.

-. Situación económica: Se evaluara en base al estudio socioeconómico que se efectúa de cada paciente

hospitalizada por el departamento de trabajo social del Hospital el cual fue corroborado en la entrevista y visita domiciliaria que se efectuó.

-. Deseo del embarazo, apoyo emocional, actitud frente al parto, alimentación durante el embarazo: Se evaluaran de la misma forma que el rubro anterior.

-. Estado civil: En el que se encuentre la paciente en el momento de diagnosticar su enfermedad; soltera, casada, unida, viuda, divorciada.

-. Paridad: Es importante este aspecto ya que el problema es más frecuente en las primingestas.

-. MATERIALES:

-. Físicos:
Edificio del hospital Nacional de Salud Mental - (pabellon de intensivo de mujeres).
Edificio "M" USAC.

-. Utiles de escritorio: Hojas de papel, lapiceros, borrador, folders, ganchos, etc.
tablas de peso para talla standar adecuadas a la población guatemalteca utilizadas en el INCAP.
fichas clínicas de las pacientes
cuestionario
pesa, cinta métrica.

-. Humanos:
Mujeres ingresadas en el Hospital nacional de Salud Mental con diagnóstico de Psicosis post-parto sin ninguna otra patología asociada, en el período de 1983 a 1985 (enero).
Médicos jefes de servicio y residentes de dicho hospital, personal de enfermería.
Licenciadas en nutrición del INCAP. Carmen Dandaro y Lilian de González. Dr. Hernan L. Delgado.

Dr. Guillermo Meneses (Asesor).
Dr. Guillermo Chavez Meza (Revisor).
Br. Patricia Zelaya C. (Sustentante).

METODOLOGIA

Se efectuó el estudio con las pacientes ingresadas en el pabellon de intensivo del hospital Nacional de Salud Mental, sin otra patología asociada más que diagnóstico de Psicosis post-partum en el período de los años de 1983 a enero de 1985.

Objetivos Generales:

Para la determinación de la prevalencia se efectuó revisión de las papeletas de las pacientes durante el período ya mencionado, ésto hasido efectuado desde el año de 1983 cuando me encontraba realizando la práctica de electivo. Se han revisado los estudios socioeconómicos efectuados por el departamento de Trabajo Social de la institución; los cuales han sido corroborados a través de la entrevista clínica que se efectuó en su momento a las pacientes hospitalizadas, y entrevista con las personas convivientes que puedan influir en su problema los cuales han sido tabulados en cuadros.

Objetivos Específicos:

La multicausalidad de la Psicosis post-partum se determinó a través de verificar cuantas de las mismas presentaron factores de riesgo estudiados a cabalidad para ser tomados en cuenta en el presente estudio.

A través de la ficha clínica se determinó como cursó intrahospitalariamente su enfermedad, las complicaciones que se presentaron y el tiempo de hospitalización que requirió para la resolución del problema desde el momento de su ingreso al egreso.

Se pretendió al inicio evaluar el estado nutricional de las pacientes por medio del metódo de quetelet el cual relaciona el peso con la talla para darnos el coheficiente de adecuación el cual debe compararse con tablas específicas del coheficiente normas y son apli-

cables a nuestra población ya que son utilizadas por el INCAP. Lamentablemente no pudo llevarse a cabo por no tener los datos de peso y talla de todas las pacientes que conformaron la muestra para este estudio.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

1. No pudo efectuarse la evaluación del estado nutricional de todas las pacientes por que algunas no pudieron pesarse ni medirse al momento de ingreso y al hacerlo después ya no existía homogenización de los datos, además no se tomaron en cuenta resultados de laboratorio como hematología para la evaluación de HB y HT por que solamente se dan resultados de HT y no todas las muestras fueron tomadas al ingreso de las paciente por lo que tampoco podía generalizarse a toda la muestra este parametro. En vista de lo anteriormente expuesto me vi obligada a excluir esta variable tan importante del estudio. Dejando siempre la inquietud para que en estudios posteriores sea tomada en cuenta por la importancia que reviste en nuestro medio el estado nutricional en relación a disturbios psicológicos.

   En cuanto a la revisión de papeletas tampoco pudo evaluarse este parametro debido a que lamentablemente ninguna de las pacientes fue medida o pesada al ingreso o en el transcurso de hospitalización por lo que en este grupo también se omitio.

2. En el proyecto de estudio se pensó pasar un test psicológico a las pacientes para comprobar su estado psicotico, éste no se realizó por que en la evaluación de ingreso se efectúa el examen mental en donde se integran los parametros de este test que solamente evalua la pérdida de contacto con la realidad que presentan las pacientes y que es inespecífico, por lo que no puede tomarse como método diagnóstico de la psicosis post-partum.

PRESENTACION DE RESULTADOS

1976 – 1982

Revisión de Papeletas

CUADRO No. 1

Distribución de frecuencias agrupadas del grupo etareo más afectado de las 39 pacientes estudiadas en el período de 1976 a 1982 en el hospital Nacional de Salud Mental

E D A D	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menores de 15 años	5	13%
De 15 a 45 años	28	72%
Mayores de 45 años	6	15%
TOTAL	39	100%

CUADRO No. 2

Distribución de frecuencias agrupadas del lugar de procedencia

P R O C E D E N C I A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbana	13	33%
Rural	26	67%
TOTAL	39	100%

CUADRO No. 3

Frecuencias agrupadas sobre el estado civil de las pacientes

ESTADO CIVIL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	4	10%
Casada	9	23%
Unida	23	59%
Viuda	3	8%
TOTAL	39	100%

CUADRO No. 4

Frecuencias agrupadas sobre el grado de escolaridad de las pacientes

E S C O L A R I D A D	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	12	31%
Primaria incompleta	21	54%
Primaria completa	4	10%
Secundaria incompleta	2	5%
TOTAL	39	100%

CUADRO No. 5

Distribución de frecuencias agrupadas sobre el tipo de religión

R E L I G I O N	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Católica	34	87%
Protestante	5	13%
TOTAL	39	100%

CUADRO No. 6

Distribución de frecuencias sobre la paridad de las pacientes

P A R I D A D	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primigesta	14	36%
Multipara	25	64%
TOTAL	39	100%

CUADRO No. 7

Distribución de frecuencias agrupadas sobre el tipo de parto presentado por las pacientes

TIPO DE PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vaginal (PES)	34	87%
Cesárea	5	13%
TOTAL	39	100%

CUADRO No. 8

Distribución de frecuencias agrupadas sobre los días de hospitalización de las pacientes

DIAS DE ESTANCIA EN EL HOSPITAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5 a 10 días	3	8%
11 a 20 días	18	46%
21 a 30 días	9	23%
31 a 40 días	7	18%
más de 40 días	2	5%
TOTAL	39	100

PRESENTACION DE RESULTADOS

1984 enero 1985

Estudio Prospectivo

CUADRO No. 1

Distribución de frecuencias agrupadas sobre el grupo etareo de las pacientes estudiadas en el período de 1983 a enero de 1985 en el hospital Nacional de Salud Mental

E D A D	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Menores de 15 años	2	7%
De 15 a 45 años	27	90%
Mayores de 45 años	1	3%
TOTAL	30	100%

CUADRO No. 2

Distribución de frecuencias agrupadas sobre el lugar de procedencia

P R O C E D E N C I A	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Urbana	9	30%
Rural	21	70%
TOTAL	30	100%

CUADRO No. 3

Distribución de frecuencias agrupadas sobre el grado de escolaridad de las pacientes

E S C O L A R I D A D	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ninguna	16	53%
Primaria incompleta	10	33%
Primaria completa	4	14%
TOTAL	30	100%

CUADRO No. 4

Distribución de frecuencias sobre el tipo de religión profesado

R E L I G I O N	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Católica	28	93%
Evangélica	2	7%
TOTAL	30	100%

CUADRO No. 5

Distribución de frecuencias agrupadas sobre el estado civil

E S T A D O C I V I L	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soltera	3	10%
Casada	11	37%
Unida	16	53%
TOTAL	30	100%

CUADRO No. 6

Distribución de frecuencias agrupadas sobre el estado económico

SITUACION ECONOMICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Precaria	27	90%
Solvente	3	10%
TOTAL	30	100%

CUADRO No. 7

Distribución de frecuencias agrupadas sobre el apoyo emocional recibido por las pacientes

APOYO EMOCIONAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sin apoyo	14	53%
Con apoyo	16	47%
TOTAL	30	100%

CUADRO No. 8

Distribución de frecuencias agrupadas sobre la calidad de relaciones conyugales sostenidas por las pacientes

RELACIONES CONYUGALES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Buenas	22	73%
Malas	8	27%
TOTAL	30	100%

CUADRO No. 9

Distribución de frecuencias agrupadas sobre la paridad de las pacientes

P A R I D A D	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Primigesta	14	47%
Multipara	16	53%
TOTAL	30	100%

CUADRO No. 10

Distribución de frecuencias agrupadas sobre el deseo del embarazo, en que presentaron el problema

DESEO DEL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Deseado	22	73%
No deseado	8	27%
TOTAL	30	100%

CUADRO No. 11

Distribución de frecuencias agrupadas sobre el tipo de alimentación ingerido por las pacientes

ALIMENTACION DURANTE EL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Deficiente	26	87%
Adecuada	4	13%
TOTAL	30	100%

CUADRO No. 12

Distribución de frecuencias agrupadas sobre los problemas orgánicos presentados durante el embarazo afectado

PROBLEMAS ORGANICOS DURAN. EL EMBARAZO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Sí	0	0
No	30	100%
TOTAL	30	100%

CUADRO No. 13

Distribución de frecuencias agrupadas sobre el tipo de parto presentado por las pacientes

T I P O D E P A R T O	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Vaginal	28	93%
Cesárea	2	7%
TOTAL	30	100%

CUADRO No. 14

Distribución de frecuencias agrupadas sobre el lugar donde fue atendido el parto

LUGAR DE ATENCION DEL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Casa	16	53%
Hospital Público	13	43%
Centro de Salud	1	4%
TOTAL	30	100%

CUADRO No. 15

Distribución de frecuencias agrupadas sobre la persona que atendió el parto

PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Médico	11	37%
Enfermera	1	3%
Comadrona	18	60%
TOTAL	30	100%

CUADRO No. 16

Distribución de frecuencias agrupadas sobre el curso del trabajo de parto en sí

COMO CURSO EL TRABAJO DEL PARTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Normalmente	21	70%
T. de P. prolongado	7	23%
Cesárea	2	7%
TOTAL	30	100%

CUADRO No. 17

Distribución de frecuencias agrupadas sobre el día posterior al parto en que se presentó la entidad estudiada

DIA PUERPERAL EN QUE SE INICIO EL PROBLEMA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
INMEDIATAMENTE	3	10%
5 a 10 días post-parto	10	33%
11 a 20 " " "	8	27%
21 a 30 " " "	3	10%
31 a 40 " " "	6	20%
TOTAL	30	100%

CUADRO No. 18

Distribución de frecuencias agrupadas sobre el tiempo de hospitalización necesario para la recuperación.

DIAS DE ESTANCIA EN EL HOSPITAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
5 a 10 días	1	4%
11 a 20 días	15	50%
21 a 30 días	10	33%
31 a 40 días	4	13%
TOTAL	30	100%

ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Antes de entrar al análisis de los resultados obtenidos debo aclarar que, cuando se presentó el anteproyecto del mismo en el año de 1983, fue aprobado como un estudio prospectivo y se efectuó con las pacientes que se diagnosticaron en el período comprendido de 1983 a enero de 1985, obteniéndose 30 pacientes a las cuales se les presentó una boleta de recaudación de datos elaborada para el efecto, lo cual se llevo a cabo sin complicaciones; sin embargo, al presentar el protocolo del mismo se decidió de parte del comité de tesis realizar una revisión de papeletas de los últimos 10 años con diagnóstico de Psicosis post-partum para una mejor fundamentación del estudio. Debo aclarar entonces que con este grupo (39 pacientes), no pudo evaluarse la totalidad de las variables estudiadas en el primer grupo, ya que toda la información fue tomada de la ficha clínica sin tener contacto alguno con las pacientes . En la presentación de resultados se presentan cuadros referentes a este grupo con las variables que pudieron obtenerse de la revisión de papeletas, estos resultados fueron utilizados como parámetro comparativo con los resultados del estudio presentado.

La prevalencia de período obtenida en los años de 1983 a 1985 (enero), según la fórmula siguiente:

$$\frac{\text{No. de casos nuevos y viejos con Dx. de Psicosis post p. en el período estudiado}}{\text{No. total de pacientes evaluados en el período estudiado}} \times 1000$$

ASI: $\frac{30}{3447} \times 1000 = 8.7$ casos de psicosis post-parto por cada mil pacientes evaluados en período estudiado.

En el período de 1976 a 1982, con la técnica descrita anteriormente, el resultado fue de 7.3 casos de Psicosis post-partum por cada mil pacientes evaluados.

Ahora pasaremos a observar el análisis de resultados según la numeración de los cuadros presentados para el período estudiado; como repito los años de 1983 a enero de 1985, comparado con los resultados de la revisión efectuada en los años 1976 a 1982.

CUADRO No. 1: El grupo etareo más afectado fue el que se encuentra en la edad reproductiva, en ambos grupos, se sabe por las comunicaciones internacionales sobre el tema que son factores de riesgo, los embarazos en mujeres añosas, y en internuilopubertarias por lo cual nos ha resultado extraño el hallazgo anotado.

CUADRO No. 2: La procedencia de las pacientes fue de 70% del área rural, así como de 69% en el período revisado (1976 a 1982), lo cual nos hace pensar que viene a confirmar una vez más la conclusión a que se ha llegado en otros países de que la condición socio-económica puede ser determinante en la etiopatogenia de la Psicosis post-partum, ya que la información sobre temas de embarazo y crianza, el control prenatal, la atención perinatal y el post-parto por lo regular se hacen mejor en el medio urbano. En todo caso la experiencia nacional insita a explicar mucha de la psicosis puerperal como una verdadera psicosis nutricional, también ésto está condicionado a la procedencia.

CUADRO No. 3: Se encontró que la escolaridad si relacionaba mejores niveles de educación con menor incidencia de la enfermedad. El alfabetismo y el grado de información resultan, como es lógico probatorios de una mejor prevención de todas las enfermedades en general y de la estudiada en particular. Si bien hay que considerar que las obligaciones profesionales o de trabajo más calificado en algunas mujeres pueden ser factores de riesgo ya que las tareas que desempeñan fuera del hogar pueden resultar amenazadas por la vivencia de un embarazo y parto. La cantidad de información y formación de una mujer no siempre la defienden mejor del stress psico-social y de todos los problemas que conlleva el trance maternal. Sin embargo, ésto último es más propio de sociedades industrializadas, ya que en nuestro medio rural resulta significativo que un mayor grado de preparación ayuda a solventar en mejor forma la experiencia del embarazo parto y puerperio.

CUADRO No. 4: De la población estudiada y revisada todas declararon tener religión una gran mayoría católica y apenas un 7% y 12% respectivamente luteranas que es un % bastante bajo, si bien hay que considerar que la religión vivida intrínsecamente (vivida con introyección de los verdaderos valores religiosos), es diferente de la extrínsecamente practicada (epidermica superficial), no cabe duda que la culpa está relacionada con el sexo y ésto como resulta obvio con la procreación así que los actos de engendrar y procrear pueden vivirse con intensa culpa, ya que el "mordisco del fruto prohibido", sempiternamente ha estado relacionado con el pecado y el castigo. La sexualidad ha sido reprimida por la sociedad y ésta resulta más difícil carga en la simplona y prejuiciosa vida pueblerina. Este malestar es más profundo en mujeres que "viven en pecado" según la vindicta popular; cosa que resulta probada en nuestro estudio y que es seguro factor de riesgo. Sin embargo, es sumamente curioso que las solteras resultan afectadas en grado mínimo, pero repetimos estos factores pueden ser derivados de la casualidad.

CUADRO No. 5: Encontramos un mayor % de mujeres unidas siguiéndole las casadas y por último

las solteras. Esto nos hace pensar que en contra de la lógica y experiencia en otras latitudes, y talvez por no ser mayor el tamaño de la muestra pareciera - que el estado de unión legal o de hecho no preserva más del profundo trastorno psiquiátrico estudiado -- que la soltería. Creemos que pudiera existir un ligero factor de falta de confiabilidad en la declaración del estado civil de las pacientes, así como el hecho de que Guatemala es un país de trabajadores - temporarios que permanecen largas temporadas fuera de su casa (siembra y cosecha) y ésto puede influir en la situación, especialmente ésto podría ser aplicable a mujeres de la altiplanicie ya que sus compañeros van a la costa al trabajo de cultivo de café, algodón y caña (en otro espacio se hace un comentario más extenso sobre ésto). Por los datos obtenidos y los factores que ya se consideraron como posibles causas del mismo no debemos generalizar este resultado por la gran importancia que representa el apoyo de la pareja.

CUADRO No. 6: Resulta evidente que la situación socioeconómica precaria es un factor altamente influyente y que nuevamente incide sobre el estado nutricional, haciendo más resaltada la importancia de la hiponutrición como factor casi constante en esta enfermedad.

Muchos casos de psicosis nutricional son idénticos a los que se encuentran en las pacientes estudiadas. Esta tesis postula la multicausalidad de la entidad estudiada, pero existen grandes sospechas de que en la población estudiada el factor nutricional fue preponderante. A varias de ellas se les dio como tratamiento en parte acido nicotinico y tiamina, aparte de antianémicos y se cree que la nutrición intrahospitalaria que sin ser del todo buena es mejor que la domiciliaria y ayudó en el proceso de recuperación.

CUADRO No. 7 y CUADRO No. 8: La buena avenencia conyugal así como los patrones de buena relación intrafamiliar son soportes vigorosos para mantener una buena salud mental en todos los miembros de la familia y especialmente en las futuras madres y las que ya lo son. Creemos que ésta es una verdad inamovible, sin embargo, el detalle de las "buenas" relaciones y la posibilidad de que espontáneamente y en una primera entrevista las mujeres hagan declaraciones ciertas son muy improbables, las relaciones de suma dependencia, el sado-masoquismo implícito en las expresiones de algunas parejas no son tan fácilmente perceptibles ni aun por los mismos integrantes de las mismas, así que las rencillas conyugales pueden estar ocultas bajo un manto de sombras en que la pendencia no surge pristina sino adoptando modalidades atenuadas y no claramente identificables, por ejemplo: la falta de responsabilidad doméstica de la esposa, el alcoholismo del esposo, la falta de demostración de afecto, la poca tendencia a las caricias, el pegajoso acercamiento de uno y otro, la agobiante omnipresencia de uno de los dos cónyuges, el tedio, el fastidio, en suma el soberbio aburrimiento que corroe algunas parejas puede no ser identificado como mala avenencia conyugal cuando resulta obvio que si lo es. Así que en nuestro estudio el resultado porcentual es dudoso y pudiera ser que nuevamente distorsionado por el hecho de no haber tenido mayor fuente de información.

CUADRO No. 9: El resultado obtenido en el estudio difiere de los resultados obtenidos en estudios realizados en otras culturas (ver referencias bibliográficas (3)), La experiencia clínica ha hecho evidente que las primingestas añosas y adolescentes tienden a presentar más problemas psiquiátricos ligados a la vivencia del embarazo parto y puerperio. El embarazo de primingesta añosa es de riesgo para el obstetra y el psiquiatra. La expe-

riencia en anteriores partos en mujeres que apenas van terminando la segunda década de la vida y aun despuntando la treintena, pueden favorecer una adecuada vivencia emocional materno filial sin que ésto signifique que estén completamente a salvo, sobre todo ahora en que la depresión económica hace pensar a los padres con mucha frecuencia que los niños ya no vienen con el "pan bajo el brazo". Como en nuestro estudio la mayoría de pacientes estaban en la edad más adecuada para la procreación, ésto puede explicar que las primingestas no estuvieran de primera línea en la proclividad hacia la psicosis post-partum y que la multiplicidad de partos fuera agobiante para quienes carentes de medios económicos ha visto en cada hijo una amenaza para la economía familiar o doméstica, no sólo pasar sino repasar por la crianza. Así que la explicación por la cual en nuestro estudio las mujeres multiparas estuvieran en el lugar de mayor incidencia podrían relacionarse con factores económicos limitativos, mayores disponibilidades de las madres para trabajos extradomésticos, aumento del stress en la crianza y en general una expectativa más sombría para el desarrollo de la familia cada vez más numerosa.

CUADRO No. 10: Es indudable que el deseo y la voluntad de tener un hijo puede ser un factor propiciatorio de salud mental cuando una madre está por serlo o lo es. Es un factor que implica, seria desventaja el no desear el embarazo y la tenencia de un hijo. Los factores ya mencionados en la formulación teórica como es la pérdida de la figura, la amenaza de una carga económica más, los problemas de la crianza, la posibilidad de que mujeres muy dependientes en papel de niñas tengan que ser madres. Todo ese rechazo que se expresa desde el vómito del embarazo, algunos abortos espontáneos, el sindrome hipogalácti co y en el peor de los casos el filisidio.

El rechazo al embarazo y a la crianza puede expresarse en muy diferentes formas, conscientes e inconscientes, abiertas y crípticas, y el hecho de que

no siempre puedan identificarse los rechazos hace que la estadística arrojada en este estudio sea dudosa así como cualquier otro estudio sobre el tema. Casi ninguna madre o que esté por serlo está anuente a expresar de una manera franca que no quiere a su hijo o que no quiso tenerlo, aun menos decir que lo odie o que quiso su muerte y sin embargo investigadores como Pavloski en su libro "Filisidio" varios trabajos sobre el mal trato en niños dan suficiente evidencia de que tras las máscaras más paradogicas pueden esconderse los sentimientos negativos hacia el feto, el neonato o el recién nacido. Baste decir que por ejemplo: el mismo es según el decir del Dr. Meneses "un lobo con piel de oveja", madres sacrosantas en quien no se puede sospechar en lo más mínimo indisposición contra sus hijos porque los resguardan de todo peligro, los protegen, los recargan de afecto, de caricias van volviendo inválidos e incapacitados a sus hijos para poder resolver sus problemas por sí mismos. Creemos que el rechazo es mayor que el 27% consignado. Sólo en un profundo análisis o en psicoterapia prolongada podrían establecerse los extremos que implica el tipo de vínculo materno filial en tal caso.

CUADRO No. 11: Se puede constatar que la etiología de la psicosis post-partum es multicausal, histórica y geográficamente hay factores que destacan como más preponderantes, en nuestro medio uno de esos papeles preponderantes parece tenerlo la desnutrición y aunque no se descarta que el stress sico-social en la deprivación económica sea tam-- bién de alta concurrencia, véase que al final reune lo mismo ya que una de las más graves y agudas angustias están relacionadas con el no tener la disponibilidad de alimentos. Se ha discutido en el marco teórico la importancia que pueden tener los cambios endocrinos así como someterse a una

situación nueva, los problemas de la crianza, los problemas con la suegra, pero no cabe duda que muchos de éstos factores están asociados con lo económico ya que por ejemplo los problemas con la suegra son más frecuentes en familias que utilizan un mismo habitat, en donde la pareja no tiene disponibilidad de vivir sola y la disponibilidad, preparación y distribución de los alimentos no es responsabilidad exclusiva de la esposa. El desempleo, el subempleo y las dificultades para el reempleo, la pérdida del poder adquisitivo del quetzal y el aumento del costo de los artículos de consumo de la canasta familiar, nos están llevando rápidamente a situaciones en las cuales la población desnutrida lo sea más y personas que hasta el momento habían podido conservar en el límite apenas una nutrición aceptable, ya no la tengan más y ésto incluye entre las personas de mayor riesgo a las embarazadas, ya que éstas tienen requerimientos dietéticos mayores y en el caso de no poder satisfacerlos por tener que compartir lo poco que hay con el resto de la familia.

CUADRO No. 12: Las madres no refirieron ni sus parientes que tuvieran algún problema orgánico durante el embarazo, pero nosotros suponemos no sin fundamento, que un buen % fue de hiponutridas y nuevamente señalamos el hecho de que sospechamos una fuerte vinculación en nuestro medio de las psicosis postpartum con factores hiponutricionales.

CUADRO No. 13: Las dificultades para el parto, la prematurez, el inicio de las contracciones expulsivas, las diferencias de ritmo en las contracciones la buena disposición para el parto, la dosilidad para seguir los consejos y órdenes de parteros y parteras. Podrían estar relacionadas con el tipo de personalidad de las pacientes y su proclividad a tener cuadros de exacervación psiquiátrica durante el parto y después de él, incluso suceptibilidades muy peculiares como por ejemplo: la alta susceptibilidad a la escopolamina en algunas pacientes pueden llevarlas a cuadros de psicosis. Muchos de los problemas aun que no existen suficientes pruebas de ello, en el parto, que no tengan que ver con obstáculos físicos para tránsito del niño a través del canal del parto podrían estar relacionados con factores psíquicos. Se postula por parte de algunos investigadores que algunas anergias uterinas y que algunas llamadas distoias de partes blandas podrían no haberse presentado si hubiera habido suficiente preparación psico-profilática, una relación médico-paciente que propiciara un mejor control prenatal y una relación emocional con el tocologo para disminuir la ansiedad de la paciente y propiciar una mejor expulsación. De ahí que el stress psicosocial que existe en el entorno del parto podrían disminuir las posibilidades de poder resolver algunos de estos casos por vía alta.

Obviamente la estructura ósea de la pelvis es un obstáculo mecánico en la desproporción cefalopelvica que no tiene que ver con factores psiquiátricos y resulta obvio que en esta situación no hay ingerencia de la personalidad premordida de la embarazada. Así que el tipo de parte por vía alta o baja podría ser un factor de considerar únicamente si se establecieran factores psicológicos muy importantes que hubieran obligado a una cesárea.

Se sabe de madres que han sido poco colaboradoras en el parto por un deseo consciente o inconsciente de matar o hacerle daño al neonato. Las pérdidas de volumen sanguíneo mayores de 300 centímetros cúbicos puede conducir al sindrome de sheehan y el sindrome de simmonds, ambas entidades clínicas están relacionadas con depresión y psicosis post-partum. Debemos de tener en cuenta que las pacientes que presentan desprendimiento prema

turo de placenta y placenta previa, así como toxemias pueden ser preculsoras de algunas psicosis post-partum. Los partos difíciles y las cesáreas son situaciones que envuelven una vivencia emocional muy intensa, traumática, que puede actuar como "gatillo detonante" y llevar a un cuadro de severos disturbios psíquicos.

CUADRO No. 14 y 15: El parto es un fenómeno natural históricamente siempre de trascendencia pero hasta muy recientemente ligado a los hospitales, los médicos hemos incurrido en el error de volver los partos casi quirúrgicos atendiéndolos en nosocomios muchas veces infectos e inapropiados. El parto sin violencia conocido hace centurias y vuelto a poner en moda hace 15 años, haciendo menos drásticos los cambios de paso de un medio interno a externo, posibilitando una continúa relación de la madre con el niño, evitando abruptos cortes del cordón umbilical, haciendo del parto una experiencia más natural evitando al máximo inducciones y conducciones, exponiendo al niño y a la madre a menor número de estímulos negativos; todo ésto conduce a un mejor desarrollo del niño y menos angustias puerperales. Existe por parte de algunos obstetras un fuerte impulso a volver a lo natural. Así como hay otros que abusiva y enagenantemente han pensado que la solución preventiva de muchas secuelas - neurológicas y psicológicas en niños que tuvieran sufrimiento fetal e insuficiente control prenatal se resolverían en los centros públicos haciéndoles cesáreas a todas. Las inducciones y conducciones aún en buenas manos pueden ser factores que compliquen la vida de las parturientas y por eso en nuestro criterio, deben restringirse dichos procedimientos con todo rigor a las indicaciones obstétricas ampliamente divulgadas en los textos especializados, pero nunca iniciar o acelerar partos en protección del obstetra o la preservación de su sueño.

Las pacientes que pudieran tener control prenatal adecuado, atención obstétrica y control postnatal por lógica tendrían que tener menos tendencias a graves perturbaciones psíquicas, excluido claro el hecho de que tuvieran una personalidad premorbida - inadecuada. Sin embargo, la proximidad de la familia, el acompañamiento del marido, el no separar a la mujer de sus cosas conocidas y sus rutinas cotidianas podría concurrir en que los partos domiciliarios fueran menos traumáticos desde el punto de vista psíquico. Se ha abierto y se debe seguir en una amplia discusión cerca de como se preserva más la salud mental del recién nacido y la madre, si en el parto domiciliario u hospitalario y en que casos indicar hospitalizaciones inevitables.

CUADRO No. 17: Es importante notar que una tercera parte de las pacientes (33%) presentó su problema psícotico en el período del 5 al 10 día post-parto, lo que puede comprenderse por el hecho de que en ese tiempo es cuando la mujer empieza a tomar conciencia de lo que representó ese parto y el bebé que puede sentir a su lado en ese momento dándose cuenta de que tiene que amamantarlo o alimentarlo artificialmente, obtener todos los nuevos implementos que va a necesitar etc., y es aquí cuando ya se han terminado las contemplaciones y consentimientos de los primeros días post-parto, y este brusco cambio de ser atendida pasar a atender al bebé, puede ser factor predisponente para que se produzca psicosis post-partum.

CUADRO No. 18: El 50% de la muestra necesitó un promedio de dos semanas para recuperarse totalmente, lo que nos muestra que la psicosis post-parto es una entidad que necesita poco tiempo de atención especializada para su recuperación completa. Es importante notar que en un hospital - psiquiátrico la atención varía notablemente de un

hospital general, por el tipo de entidades que se tratan y el tipo de tratamiento que en casos agudos como la psicosis post-partum no pueden tratarse ambulatoriamente.

Un dato importante de mencionar, es que todas las pacientes respondieron bien al tratamiento con neurolépticos y no presentaron complicaciones; tomando en cuenta claro que no se tomaron para el estudio pacientes con antecedentes psiquiátricos, ya que en ellos no puede comprobarse plenamente que la entidad sea psicosis post-partum aún cuando se inicien en el puerperio debido a que puede tratarse de una exacervación de su problema anterior, provocado por el proceso de parto.

C O N C L U S I O N E S

1. La frecuencia de la psicosis post-partum, en el período estudiado (agosto 1983 a enero 1985), fue de 8.7 x 1000 pacientes evaluados en este período.

2. La frecuencia de la psicosis post-partum en el período revisado (1976 a 1982), fue de 7.3 x 1000 pacientes evaluados en este período.

3. Un alto porcentaje (70) de las pacientes estudiadas proceden del área rural y son analfabetas.

4. Dentro de las pacientes prevaleció la religión católica.

5. Gran parte de la muestra estudiada se localizó dentro de las uniones no legalizadas.

6. La gran mayoría de las pacientes estudiadas pertenecen a un nivel socioeconómico bajo.

7. 53% de la muestra afirmó tener apoyo emocional y buenas relaciones conyugales.

8. El problema se presentó en una forma más frecuente en pacientes multiparas, contrariamente a estudios realizados en países industrializados.

9. Un mínimo porcentaje (27) de las pacientes afirmó no desear el embarazo que precedió al cuadro psicotico.

10. La gran mayoría (93%) presentó PES.

11. El 50% de la muestra parió en su casa y fueron

atendidas por comadrona.

12. En la tercera parte de los casos el problema se presentó en los primeros 10 días post-partum.

13. Las pacientes de psicosis post-partum responden bien al tratamiento con neurolépticos, el tiempo de hospitalización es corto y tienen buen pronóstico.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al personal médico del Hospital Nacional de Salud Mental, evaluar el factor pondoestatural de cada paciente a su ingreso y si se requiere durante el curso de hospitalización.

2. Tratar de establecer una adecuada evaluación nutricional utilizando métodos que puedan ser aplicables en una forma confiable en la población adulta de nuestro país (ver apéndice).

3. Investigar ampliamente los antecedentes inmediatos del parto, por ejemplo: eclampisia, placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta -- etc., etc.

4. Investigar adecuadamente problemas orgánicos que puedan influir en el estado de la paciente a su ingreso por ejemplo: anemias, tuberculosis y -- otros.

5. El control prenatal y post-natal es un imperativo no sólo desde el punto de vista obstetrico -- sino emocional.

Es recomendable que al ingreso de cada paciente se le efectúe por parte del médico una evaluación completa tanto física como psicológicamente, además, de todos los exámenes de laboratorio necesarios para descartar cualquier causa orgánica del problema presentado por el paciente a la hora de su ingreso, así como una historia detallada que unido a lo anterior nos -- ayude a dar diagnósticos más fidedignos y en base a éstos los tratamientos más adecuados.

R E S U M E N

Este trabajo se efectuó en una forma retro-prospectiva, en el Hospital Nacional de Salud Mental (pabellon de intensivo), titulándose PSICOSIS POST-PARTUM y factores relacionados con la misma; en el período de 1983 a enero de 1985, y una revisión de papeletas de pacientes con este diagnóstico de los años de 1976 a 1982. Fijándonos como meta establecer la prevalencia de dicha enfermedad, así como los factores sociales y emocionales que influyen en su aparición y que generalmente actúan simultáneamente, también demostrar que tiene buen pronóstico y el tiempo de hospitalización es corto. Se pretendió al inicio evaluar el estado nutricional de las pacientes por medio del método de Quetelet el cual relaciona el peso con la talla para darnos el coheficiente de adecuación el cual debe compararse con tablas específicas del coheficiente normal y son aplicables a nuestra población ya que son utilizadas por el INCAP. Lamentablemente ésto no pudo llevarse a cabo por no tener los datos de peso y talla de todas las pacientes que conformaron la muestra para este estudio. Queda la inquietud para que en investigaciones futuras se tome en cuenta esta variable.

Se tomaron todas las pacientes diagnósticadas con psicosis post-partum en el período de 1983 a enero de 1985, sin antecedentes psiquiátricos y ninguna otra patología mental asociada en el momento de ingreso; resultando así 30 pacientes las cuales fueron evaluadas clínicamente cuando se presentó el problema, se revisó la papelería (ficha clínica), con especial atención al estudio socio-económico efectuado por el departamento de Trabajo Social; además se elaboró una boleta de información para recolectar datos sobre las variables estudiadas (procedencia, edad, escolaridad, situación económica, deseo del embarazo, apoyo emocional, actitud frente al parto, alimenta--

ción durante el embarazo, estado civil, paridad), se hizo una revisión bibliográfica en tratados clásicos de obstetricia y psiquiatría y se trato de ampliar la información con algunos artículos publicados en revistas recientes. Se constato que la etiología de la psicosis puerperal es multicausal, y que concurren en ella factores biológicos y funcionales, el stress y la sobrecarga en la gestación y en la resolución de la misma, hacen que la mayoría de mujeres tengan vivencias emocionales muy intensas y profundas, tanto que los obstetras anglosajones han visto por épocas, como normal el spleen post-parto. Ciertamente que la depresión consecutiva al parto es frecuentemente observada en pacientes de diferente extracción socioeconómica, pero en este trabajo se demuestra aunque de una manera provisional, que la psicosis post-parto, propiamente dicha, acompañada de depresión o no es más común en mujeres de status económico bajo y creemos que existe una fuerte ligazon entre es estado nutricional y la oportunidad de que se presente un cuadro confusional delirante e incluso alucinatorio. Los déficit de tiamina y acido nicotinico que llevan cuando son severos a la pelagra y al beri-beri, ocasionan en las recién paridas similares cambios de conducta, la psicosis multiinfarto, de Korsakoff y de Wernicke, están relacionadas con el tema en sus consecuencias más severas. Todas las demás variables que fueron estudiadas resultan importantes pero en menor grado según nuestra opinión; pero insistimos hay fuerte ingerencia entre los casos estudiados de los factores económicos. El aporte especial de este trabajo es concluir en lo ya mencionado acerca de que en otras latitudes se le ha dado importancia etiológica a los factores endocrinos, ajuste de la pareja conyugal, factores intrapsíquicos, complejos edipales mal resueltos, etc., etc.

En el medio hospitalario investigado resultó más cierto que los factores más determinantes fueron del orden biológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. *Burton, J.L. Prolactin and depression.* **Lancet** *1974 Jan 5; 1(7845):26*

2. *Chor, D.H. Depression after hysterectomy.* **Lancet** *1973 Oct 20; 12(7834):918-919*

3. *Ey, H.* **Tratado de psiquiatria.** *8a. ed. Barcelona, Salvat, 1978. 1100p. (pp.709-716)*

4. *Kol, L.* **Psiquiatria clínica moderna.** *5a. ed. Barcelona, Salvat, 1977. 833p. (pp.153-180)*

5. *Livingston, J.E. Vitamin B_6 status in women whit postpartum depression.* **AM J Clin Nutr** *1978 May; 31(5):886-891*

6. *Mayer, C.W.* **Psiquiatria clinica.** *11a.ed. Buenos Aires, Kargieman, 1977. 712p. (pp.48-56)*

7. *Quentin, R. Menopause and depression.* **JAMA** *1979 Dec 7; 242(23):7-9*

8. *Salomon, P. y P. Bernard.* **Manual de psiquiatria.** *2a.ed. México, Manual Moderno, 1978. 520p. (pp.446)*

9. *Carrol, T.B. Endocrine disturbances and the diagnosis and etyology of endogenous depression.* **Lancet** *1980 Feb 9; 1 (8163):321-322*

10. *Soifer, R.* **Psicología del embarazo parto y puerperio.** *4a.ed. Buenos Aires, Kargieman, 1977. 174p. (pp.23-124)*

11. *Stanley, M. Comparison of three-year weight and fat change distributions of lean and obese individuals.* **Ecology of food and Nutrition** *1984; 15(3):7-12*

12. *William, J.P. y P. Macdonald.* **Obstetricia.** *2a.ed. Barcelona, Salvat. 1980. 967p. (pp.174-377)*

Universidad de San Carlos de Guatemala
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
OPCA — UNIDAD DE DOCUMENTACION

APENDICES

CUESTIONARIO

1. *Edad de la paciente:*
   Menor de 15 años
   15 a 45 años
   Mayor de 45 años

2. *Procedencia de la paciente:*
   Area urbana
   Area rural

3. *Estado civil:*
   Soltera
   Casada
   Unida
   Viuda
   Divorciada

4. *Escolaridad:*
   Ninguna
   Primaria completa
   Secundaria completa
   Universitaria
   Otra

5. *Situación Económica:*
   Buena
   Regular
   Mala

6. *Alimentación durante el embarazo:*
   Adecuada
   Deficiente

7. *Apoyo emocional:*
   Si *No*

8. *Religión:*
Católica
Protestante
Otra

9. *Embarazos anteriores:*
Ninguno
Uno o más

10. *Fue un embarazo deseado:*
Si

11. *Tipo de parto:*
Vaginal
Cesárea

12. *Donde fue atendido el parto:*
Hospital público
Hospital privado
Centro de salud
Casa
Otro

13. *Quien atendio el parto:*
Médico
Enfermera
Comadrona
Otra persona

14. *Presentó problemas orgánicos durante el embarazo?:*
Si *No*

15. *Cómo eran sus relaciones conyugales?:*
Buenas
Malas

16. *Cómo se desenvolvió su trabajo de parto y este en si?:*
Normal

PESO IDEAL PARA PERSONAS MAYORES DE 25 AÑOS

HOMBRES

TALLA Cm.	PESO SIN ROPA (Libras) CONSTITUCION		
	DELGADO	MEDIANA	GRUESA
153	106	117	129
155	110	121	133
157	114	125	137
160	118	129	141
163	122	133	145
165	126	137	149
167	130	142	155
170	134	147	161
173	139	151	166
175	143	155	170
178	147	159	174
180	150	163	178
183	154	167	183
185	158	171	188
188	162	175	192
194	165	178	195

MUJERES

TALLA Cm.	PESO SIN ROPA (Libras) CONSTITUCION		
	DELGADA	MEDIANA	GRUESA
145	91	100	109
147	94	103	112
150	97	106	115
152	100	109	118
155	104	112	121
157	107	115	125
160	110	118	128
163	113	1222	132
167	116	125	135
167	120	129	139
170	123	132	142
173	126	136	145
175	130	140	151
178	133	144	156
180	137	148	161
183	149	152	166

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Hospital Nacional de Salud Mental
Colonia Atlántida Final, Zona 18
Teléfonos 561126-561486
Guatemala, C. A.

1er. Apellido	*2do. Apellido*	*1er. Nombre*	*2do. Nombre*	*No. Esped.*
Dirección Permanente	*Calle o Lugar*	*Municipio*	*Depto.*	*Teléfono*
Dirección Actual	*Calle o Lugar*	*Municipio*	*Depto.*	*Teléfono*
Fecha de Nacimiento	*Edad*	*Lugar de Nacimiento*		*Sexo*
Estado Civil	*Ocupación*	*Nacionalidad*		*No. Cédula/Pasaporte*
C V D U S Sep.				
Nombre y Dirección del Cónyugue				
Nombre del Padre				*Nombre de la Madre*
Lugar y Dirección del Trabajo				
En caso de emergencia notificar a:		*Dirección*	*Parentesco*	*Tel.*
Otras Hospitalizaciones:		*Referido o enviado por:*		
Fecha de Ingreso:	*Hora:*	*Servicio:*	*Fecha de Egreso:*	*Hora:*
Servicio				
Impresión Diagnóstica:				
Diagnóstico Final:		*Enumere en orden de importancia:*		*Código:*
Tratamiento/Operaciones:				*Código:*
Egreso	*Vivo*	*Rechaza tratamiento*	*Muerto*	*Autopsia* *Si* *No*
Referido a Consulta Externa			*Transferido a otra Institución*	
Causa de muerte			*Firma y No. de Clave del Médico responsable*	

HOJAS DE INGRESOS Y EGRESOS

LIBERACION DE RESPONSABILIDAD

El suscrito (a) _____
Familiar o encargado legal del paciente

Por la presente libera de toda responsabilidad al personal médico y paramédico del Hospital Nacional de Salud Mental, por la eventual evasión de: _____ *Asimismo, no reconoce como responsable al indicado personal de lo que al paciente pueda pasarle en su intento de fuga de este centro. Por otra parte, el suscrito está apercibido de lo siguiente:* _____

a) De que la institución ofrece la debida seguridad al paciente hospitalizado, hasta cierto límite, pero no puede responsabilizarse de la salida de pacientes sin autorización o por fuga.

b) De que el Hospital permite la libre deambulación de pacientes, como parte importante de su tratamiento, y no hay lugares de aislamiento o confinamiento para reducir coercitivamente a los pacientes. Por lo tanto, este Centro no es a prueba de fugas.

Testigo: _____ *Firma:* _____
Cargo y Servicio: _____ *Cédula No.* _____
Fecha y Hora: _____

AUTORIZACION DE TRATAMIENTO

Yo, _____ *que tengo con el paciente* _____ *la relación de* _____

Por la presente autorizó al Hospital Nacional de Salud Mental y a su cuerpo Medico para que se efectúe en la persona del mencionado paciente, el o los tratamientos que se consideren más adecuados durante el curso de internamiento en la Institución.

Testigo: _____ *Firma:* _____
Cargo y Servicio: _____ *Cédula No.* _____
Fecha y Hora: _____

LIBERACION DE RESPONSABILIDAD POR SALIDA OBLIGADA

Yo, _____ *que tengo con el paciente* _____ *la relación de* _____

Hago constar por la presente que por mi propia voluntad, he dispuesto sacarlo del Hospital Nacional de Salud Mental, contra el consejo Médico y de la Administración por lo tanto dejo constancia de que he sido advertido (a) del riesgo que esta implica y exonero al Médico y al Hospital mencionado de toda responsabilidad por las consecuencias futuras que de ellas puedan derivar.

Testigo: _____ *Firma:* _____
Cargo y Servicio: _____ *Cédula No.* _____
Fecha y Hora: _____

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Hospital Nacional de Salud Mental
Colonia Atlántida Final, Zona 18
Teléfonos 561126-561486
Guatemala, C. A.

1er. Apellido	*2do. Apellido*	*1er. Nombre*	*2do Nombre*	*No. Exped*

Fecha, Hora Terapéuta.	*OBSERVACIONES, TRATAMIENTO, FIRMA Y TITULO*

NOTA DE EVOLUCION

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Hospital Nacional de Salud Mental
Colonia Atlántida Final, Zona 18
Teléfonos 561126-561486
Guatemala, C. A.

1er1er. Apellido	*2do. Apellido*	*1er. Nombre*	*2do. Nombre*	*No Exped.*
Fecha, Hora Terapéuta.	*OBSERVACIONES, TRATAMIENTO, FIRMA Y TITULO*			

ORDENES MEDICAS

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Hospital Nacional de Salud Mental
Colonia Atlántida Final, Zona 18
Teléfonos 561126-561486
Guatemala, C. A.

Primer Apellido	*Segundo Apellido*	*Primer Nombre*	*Segundo Nombre*	*Exped.*
Fecha del Examen		*Servicio*		*Nombre del Médico.*
Historia: *Información General:*				
Motivo de la consulta:				
Enfermedad actual:				
Historia personal:				
Nacimiento:				
Enfermedades de la madre:				
Parto:				
No. de hijos:				
Educación y adaptación escolar:				
Enfermedades de la infancia:				
Enfermedades de adulto:				
Operaciones:				
Traumas:				
Evolución emocional y actitudes:				
Hábitos de trabajo, drogas, alcohol, etc.				
Actividad general:				
Adaptación social:				
Deportes y recreación:				
Vida sexual:				
Reacción a las normas convencionales:				
Particularidades y prejuicios:				
Mecanismos de adaptación:				

HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL
Colonia ATLANTIDA final zona 18
Teléfonos 561126-561486.
Guatemala, C. A.

Primer Apellido *Segundo Apellido* *Primer Nombre* *Segundo Nombre* *No. Exp.*

Signos Vitales:
P/ *TA.* *TEMP.* *PESO.* *ESTATURA.*

EXAMEN MENTAL:

Apriencia:
Conducta General
Conducta de Relación
Forma de hablar
Estado de Animo
Orientación
Juicio y comprensión
Pensamiento
Atención
Persepción
Memoria
Tendencias anormales
Sueños

EXAMEN FISICO:

Apariencia General
Estado Mental
Ojos, oídos y nariz
Gargante, boca y
Dientes
Piel
Cabeza y cuello
Tórax
Pulmones
Corazón
Abdomen
Genitales
Recto
Examen Ginecológico
Extremidades
Sistema Linfático
Examen Neurológico

DIAGNOSTICO:

Fecha y Firma

EXAMEN MENTAL Y FISICO

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

HOSPITAL NACIONAL DE SALUD MENTAL

GUATEMALA, CENTRO AMERICA

FICHA SOCIAL

FECHA: _____

T. S.: _____

No. EXP.: _____

NOMBRE: _____ *SEXO:* _____ *EDAD:* _____

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO: _____

ESTADO CIVIL: _____ *DIRECCION:* _____

OCUPACION: _____ *REFERIDO POR:* _____

NOMBRE DEL PADRE _____ *DIRECCION:* _____

NOMBRE DE LA MADRE _____ *DIRECCION:* _____

PERSONAS QUE INFORMAN _____

DIRECCIONES _____

MOTIVO DE LA CONSULTA: _____

GRUPO FAMILIAR

No.	*NOMBRE*	*RELACION*	*EDAD*	*INSTRUCCIONES*	*ESTADO CIVIL*	*TRABAJO*

CENTRO DE INVESTIGACIONES DE LAS CIENCIAS

DE LA SALUD

(C I C S)

CONFORME:

Dr. GUILLERMO MENESES
ASESOR

SATISFECHO:

Dr. GUILLERMO CHAVEZ MEZA.
REVISOR.

Dr. GUILLERMO A. CHAVEZ MEZA
MEDICO Y CIRUJANO
COL. Nº 3044

APROBADO:

DIRECTOR DEL CICS

IMPRIMASE:

Dr. Mario René Moreno Cambara
DECANO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS.
U S A C.

Guatemala, / de octubre de 1985

Los conceptos expresados en este trabajo
son responsabilidad únicamente del Autor.
(Reglamento de Tesis, Artículo 44).