
Desórdenes Mentales y Gestación

*Dr. Rafael Padilla Rueda **

“El parto con todos sus peligros y aprensiones, sus esperanzas y sus logros, es una batalla entre dos grandes fuerzas opositoras. Por un lado el temor, la superstición, la hostilidad y el egoísmo; por otro el autosacrificio, la renunciación y el amor”.

Fritz Wengraf. (3)

La siguiente contribución al estudio de la mujer grávida que concomitantemente a su embarazo presenta un desorden mental, se basa en la observación y atención de 80 pacientes que ingresaron al Servicio Enfermería del Hospital Neuro-Psiquiátrico Sección Bogotá, a partir del mes de enero del año 1956 hasta el último día de diciembre de 1959. La totalidad de las pacientes fueron controladas en lo concerniente a su afección mental en compañía del doctor Henry García Escobar, Médico Jefe del Servicio San Carlos (excitadas) del mismo Hospital quien indicó el tratamiento conveniente al desorden mental presentado por cada paciente; en lo referente a su gestación, parto y puerperio por quien firma el presente informe.

El control de estas pacientes se hizo desde el momento en que ingresaron al Servicio y desde su ingreso al Hospital, pues algunas de ellas ya habían sido sometidas a tratamiento para su afección mental y posteriormente se descubrió su estado grávido, motivo suficiente para ser trasladadas al Servicio de Enfermería en donde se puede tener un control más directo sobre las pacientes, ya que cuenta con 59 camas a cargo de un Médico Jefe, un Médico Auxiliar, una Hermana de la Caridad y 7 empleadas que desempeñan el cargo de Auxiliares de Enfermería.

* Trabajo presentado por el autor para ingresar a la Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología.

Todas las paciente tuvieron control obstétrico semanal y siquiátrico quincenal, como consta en las historias clínicas del Hospital.

Para clasificar los casos se tuvo en cuenta :

- 1 — El número de la gestación.
- 2 — La edad de la paciente.
- 3 — Si había tenido o no antecedentes psiquiátricos.
- 4 — Su estado civil.
- 5 — Diagnóstico del Desorden Mental.
- 6 — Epoca de la gestación en que se instauró el Desorden Mental.
- 7 — Tiempo de permanencia en el Hospital después del parto.
- 8 — Partos con feto a término.
- 9 — Partos prematuros.
- 10 — Abortos
- 11 — Pacientes que ingresaron en puerperio.
- 12 — Tratamiento recibido antes del parto.
- 13 — Tratamiento recibido después del parto.

Vale la pena antes de entrar en las consideraciones que el estudio de estas pacientes obliga a hacer, sintetizar en forma breve el estado actual de los conceptos sobre las relaciones existentes entre los Desórdenes Mentales y el Embarazo.

Al parecer de Fritz Wengraf influyen en el siquismo de la paciente embarazada diferentes factores que pueden preparar el terreno o lo abonan para la aparición de una sicopatía, y son las aprensiones instintivas los aspectos socio culturales del parto, y aprensiones derivadas del pasado de la paciente. A la corrección o sustitución de estos factores debe poner el obstetra gran interés. (3)

Vallejo Nájera distingue las Sicosis Puerperales consecutivas a una infección puerperal, siendo psicosis sintomáticas de diagnóstico exacto según opiniones personales. Sicosis sobrevenidas en puerperio apirético y sin complicaciones que serían Sicosis Endógenas. Se reconocen factores psicológicos endógenos y exógenos, que en ocasiones se encuentran imbricados como sucedería con los antecedentes de personalidad sicopática los cuales serían

un factor endógeno y una infección que sería un factor exógeno. Al puerperio siquiátrico lo considera no como el estrictamente obstétrico sino que lo prolonga largo tiempo y lo acepta como efecto de transformaciones metabólicas y endocrinas que sobrevienen después del parto hasta muy avanzada la lactancia. Consecutivamente incluye dentro de las sicosis puerperales las sicosis de la lactancia. Teniendo en cuenta lo anterior reconoce la sicosis puerperal exógena, pero considera indispensable la predisposición para que operen las noxas exógenas. No así para otros autores que consideran suficientes las causas exógenas. (2)

Para Silborg las sicosis puerperales que evolucionan hacia la incurabilidad, pueden presentarse en esquizoides de sexualidad escasa y que llegan al matrimonio impulsados por sus parientes. (2)

Siman afirma que constituciones neuropáticas con taras hereditarias son terreno propicio para las sicosis puerperales. (2)

Harris dice que el 20% de las embarazadas que presentan afección mental ya habían padecido trastornos síquicos, el 80% lo padece por primera vez durante la gestación o puerperio y destaca la curación de estos síndromes evidentemente esquizofrénicos. (2)

Steiman niega la existencia de sicosis puerperales sintomáticas y dice que todas son sicosis endógenas puestas en marcha en la gestación por factores exógenos que operan como modificantes y afirma que el 50% de estas pacientes tienen estigmas corporales y síquicos esquizopáticos en personalidad presicótica. Hace la siguiente clasificación:

- 1 — Sicosis amenciales presentadas en curso de complicaciones puerperales febriles.
- 2 — Sicosis amenciales sin complicaciones puerperales.
- 3 — Síndromes esquizofrénicos procesuales.
- 4 — Síndromes esquizofrénicos de breve duración.
- 6 — Depresiones puerperales en maníaco depresivas.
- 5 — Síndromes depresivos en las sicasténicas.
- 7 — Estado de agitación sicomotora.

Para él, predominan los síndromes esquizofrénicos procesuales bien definidos por su evolución y síndromes esquizofrénicos que han regresado con tratamientos someros. Las sicosis puerperales exógenas no presentan cuadro clínico uniforme y específico, predominan el amencial y el delirante; tal sucede en las psicosis infecciosas. (2)

Beckman reconoce un cuadro de evolución específica a la sicosis puerperal propiamente dicha y anota un cuadro prodrómico que se caracteriza por intranquilidad motriz, confusión mental e incoherencia, paulatinamente se despeja el sensorio y se ordena el pensamiento. Se intercala una fase paranoide-alucinatoria. La paciente está reprimida, rara vez eufórica. Se hace necesario recordar que los síndromes puerperales delirantes, pueden presentarse en la segunda y tercera semanas del puerperio con un acmé hacia el sexto día.

En cuanto a los cuadros de catatonía puerperal el círculo maniaco-depresivo y las sicosis de curso atípico los resume en un cuadro de esquizofrenia.

El mismo autor opina que evolucionan hacia un mejor pronóstico las sicosis de origen exógeno, no así las endógenas a las que reconoce un pronóstico sombrío, ya que la mayoría evolucionan hacia un defecto esquizofrénico irreversible. (2)

Las llamadas sicosis de la lactancia son síndromes confusionales que curan rápidamente al interrumpirse la lactancia y que si recidivan ofrecen idéntico curso.

Otros autores reconocen que en el embarazo están presentes cambios de humor, consistentes en reacciones depresivas en ocasiones de origen endógeno y son casos en los que aparecen elementos angustiosos o ansiosos que se presentan hasta el cuarto mes y que desaparecen con el progresivo desarrollo del embarazo. (2)

Otros autores dicen que sicosis o enfermedad mental debida propiamente al embarazo no existe y que si se presenta lo hubiera hecho sin gestación y es el resultado de coincidencias que movilizan cuadros endógenos. (2)

Para Luis Jaime Sánchez (6) existen las sicosis exógenas del puerperio como resultantes de procesos infecciosos uterinos después de partos laboriosos o con gran pérdida hemática; y estados mentales sin causa orgánica aparente, siendo las primeras verdaderas sicosis exógenas específicamente sintomáticas de evolución por lo general favorable y las segundas constituirían un estallido de sicosis endógenas aparecidas con motivo de la gestación y del parto, de pronóstico más reservado y con sintomatología de tipo endógeno que corresponden a síndromes esquizofrénicos o maniaco-depresivos y reconoce una relación entre el establecimiento del equilibrio hormonal de la puerpera y la evolución de la sicosis.

Delay Albely (4), sostiene que la mayoría de las sicosis puerperales se presentan en mujeres en quienes la primera menstruación después del parto se demora indefinidamente. Cita estudios cito-hormonales del endometrio en que sostienen que existe una estrecha relación entre la normalización de la "Endo-mucosa uterina" y la mejoría del estado mental. La aparición de la menstruación en estas pacientes marca verdadera mejoría del estado mental y saca como conclusión la necesidad del análisis biopsico sobretodo cuando las sicosis se prolongan demasiado.

E. Bleurer (5) dice que con el nombre de sicosis puerperales se designan las sicosis que se presentan después del parto hasta cuatro o seis semanas después y se hallan en contraposición a las sicosis de la lactancia y del embarazo aunque por otro lado se designe a las tres formas en conjunto. Una sicosis puerperal verdadera no existe ni en el sentido amplio ni en el propio de la palabra. En todo caso el embarazo en las sicópatas prescindiendo de los síntomas neuróticos, puede asociarse a depresiones condicionadas tanto síquica como somáticamente a ideas delirantes relacionadas con el embarazo y el porvenir del niño y que después del parto desaparecen sin dejar huella. Más raramente se produce la exacerbación de una esquizofrenia. Por lo demás se trata probablemente de una coincidencia causal del embarazo y una enfermedad mental. En el puerperio se suelen presentar ataques de amnesia, a causa del agotamiento, de pérdida de sangre o por infección y según su experiencia se trata aquí de manifestaciones esquizofrénicas o exacerbación de ellas y cuyo desencadenamiento debe tener lugar por vía síquica; también un ataque maniaco-de-

presivo puede presentarse después del parto. A las sicosis de la lactancia no les reconoce ninguna significación.

Después de los anteriores comentarios generales entro a considerar el orden seguido para la clasificación de las pacientes motivo de estudio.

1 — *Número de Gestación*

Gestantes 1 :	44 pacientes que corresponden al	55 %	del total de los casos
Gestantes 2 :	11 pacientes que corresponden al	13,75 %	" " " " "
Gestantes 3 :	7 pacientes que corresponden al	8,75 %	" " " " "
Gestantes 4 :	2 pacientes que corresponden al	8,50 %	" " " " "
Gestantes 5 :	3 pacientes que corresponden al	3,75 %	" " " " "
Gestantes 6 :	4 pacientes que corresponden al	5 %	" " " " "
Gestantes 7 :	2 pacientes que corresponden al	2,50 %	" " " " "
Gestantes 8 :	3 pacientes que corresponden al	3,75 %	" " " " "
Gestantes 9 :	1 pacientes que corresponden al	1,25 %	" " " " "
Gestantes 10 :	2 pacientes que corresponden al	2,50 %	" " " " "
Gestantes 11 :	1 pacientes que corresponden al	1,25 %	" " " " "
	—		
	80	100 %	

2 — *Edad de las pacientes*

Entre los 15 y los 20 años	12 pacientes correspondientes al	15 %	de los casos
Entre los 20 y los 25 años	24 pacientes correspondientes al	30 %	" " "
Entre los 25 y los 30 años	19 pacientes correspondientes al	23,75 %	" " "
Entre los 30 y los 35 años	12 pacientes correspondientes al	15 %	" " "
Entre los 35 y los 40 años	10 pacientes correspondientes al	12,50 %	" " "
Entre los 40 y los 45 años	3 pacientes correspondientes al	3,75 %	" " "
	—		
	80	100 %	

3 — *Si había tenido o no antecedentes psiquiátricos*

Sin antecedentes psiquiátricos, o sea pacientes que por primera vez y en el curso del embarazo motivo de estudio presentaron desorden mental:

46 casos correspondientes al 57,50 %

Con antecedentes psiquiátricos pero sin relación con otros embarazos:

23 casos correspondientes al 28,75 %

Con antecedentes psiquiátricos en otros embarazos:

11 casos correspondientes al 13,75 %

—	—
80	100 %

4 — *Estado Civil*

Casadas	53 pacientes	correspondientes al	66,25%	del total de casos
Solteras	26 pacientes	correspondientes al	32,50%	del total de casos
Viudas	1 paciente	correspondiente al	1,25%	del total de casos

5 — *Diagnóstico del Desorden Mental*

Para el diagnóstico del Desorden Mental, el Siquiatra tuvo en cuenta la actual clasificación de los Desórdenes Mentales de la American Psychiatric Association.

a	Raecciones Esquizofrénicas	30 casos que corresponden al	37,50%	de los casos
b	Reacciones Maníaco-depresivas	24 casos que corresponden al	30 %	" " "
c	Esquizofrenia paranoide	10 casos que corresponden al	12,50%	" " "
d	Reacciones situacionales	6 casos que corresponden al	7,50%	" " "
e	Epilepsia G. M.	4 casos que corresponden al	5 %	" " "
f	Epilepsia en Débiles Mentales	2 casos que corresponden al	2,50%	" " "
g	Esquizo-epilépticas (Esquizofrenia injertada)	2 casos que corresponden al	2,50%	" " "
g	Esquih Esquizofrenia de tipo afectivo	2 casos que corresponden al	2,50%	" " "
		—	—	
		80	100%	

6 — *Epoca de la gestación en que se instaló el desorden mental*

En el curso del 2º mes	7 pacientes	correspondientes al	8,75%	de los casos
En el curso del 3º mes	10 pacientes	correspondientes al	12,50%	" " "
En el curso del 4º mes	7 pacientes	correspondientes al	8,75%	" " "
En el curso del 5º mes	7 pacientes	correspondientes al	8,75%	" " "
En el curso del 6º mes	7 pacientes	correspondientes al	8,75%	" " "
En el curso del 7º mes	13 pacientes	correspondientes al	16,25%	" " "
En el curso del 8º mes	14 pacientes	correspondientes al	17,50%	" " "
En el curso del 9º mes	8 pacientes	correspondientes al	10 %	" " "
En la primera semana del puerperio	7 paeintes	correspondientes al	8,75%	" " "
		—	—	
		80	100%	

7 — *Tiempo de permanencia en el Hospital después del parto, hasta dar salida por mejoría*

Entre 1 semana y 1 mes	23 pacientes	que corresponden al	28,75%	de los casos
Entre 1 y 2 meses	31 pacientes	que corresponden al	38,75%	" " "
Entre 2 y 3 meses	8 pacientes	que corresponden al	10 %	" " "
Entre 3 y 4 meses	4 pacientes	que corresponden al	5 %	" " "

Más de un año, se incluyen pacientes consideradas como crónicas y que aún permanecen en el Hospital en tratamiento.

8 — *Partos con feto a término*

64 casos sobre un total de 73 pacientes correspondientes al 87,28%

9 — *Partos prematuros*

3 casos sobre un total de 73 pacientes correspondientes al 4,24%

10 — *Abortos*

6 casos sobre un total de 73 pacientes correspondientes al	8,21%
<hr/>	<hr/>
73	100%

11 — *Pacientes que ingresaron en puerperio*

7 en total todas en la primera semana del puerperio.

El % de los numerales 8 - 9 y 10, se hizo solamente sobre las 73 pacientes que terminaron su embarazo en el servicio.

12 — *Tratamiento recibido antes del parto*

Con Neurolépticos	33	pacientes
” Electrochoques y neurolépticos	13	”
” Electrochoques	13	”
” Insulina	3	”
” Barbitúricos y anticonvulsivantes	4	”
” Insulina y neurolépticos	1	”
” Neurolépticos y laborterapia	2	”
” Laborterapia	1	”
” Neurolépticos - barbitúricos - anticonv.	3	”
	73	”

13 — *Tratamiento recibido después del parto*

Con Neurolépticos	22	pacientes
” Electrochoques y neurolépticos	11	”
” Insulina	11	”

" Electrochoques	10	"
" Electrochoques y laborterapia	6	"
" Neurolépticos y laborterapia	5	"
" Neurolépticos y barbitúricos	3	"
" Anticonvulsivantes	3	"
" Barbitúricos y anticonvulsivantes	2	"
" Electrochoques e insulina	2	"
" Neurolépticos y anticonvulsivantes	1	"
" Laborterapia	1	"
Sin tratamiento	8	"

Los neurolépticos usados fueron dos y se usaron cada uno en el 50% de las pacientes.

1 — El Cloro 3-(dimetil-amino-3-propil) fenotiazina.

2 — El N-metil-piperidil (3) metil fenotiazina.

TRATAMIENTO DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

Todas las pacientes recibieron durante el trabajo de parto uno de los neurolépticos anotados antes y en cada caso el que venía recibiendo o había recibido en el curso del tratamiento antepartum. Una vez comprobado un franco trabajo se instauró la medicación así: si el estado de la paciente en referencia a excitación sicomotora, lo permitió, se aplicó el neuroléptico por vía venosa gota a gota en solución de dextrosa al 5% en agua destilada en dosis de 50 mlgrs.; si la paciente se encontraba excitada se recurrió a la aplicación por vía intramuscular en la misma dosis. Posteriormente durante el curso del trabajo, si una vez terminado el goteo no se había presentado el parto, o transcurría un espacio de 4 horas, se instauraba de nuevo. En las pacientes que recibieron la medicación por vía intramuscular, si continuaba el estado de excitación sicomotora se aplicó nuevamente a las 4 horas una nueva ampolla. Todas las pacientes en trabajo de parto recibieron esta medicación y no se hizo excepción de pacientes calmadas en la esfera sicomotora o en aparente buen estado mental, ni en las que presentaron un estado catatónico como profilaxis de una posible gran excitación sicomotora que pudiera presentarse en el momento del parto. Todas hicieron un buen trabajo.

Tanto los 64 partos clasificados como de término, de los cuales 58 fueron espontáneos, 4 intervenidos con fórceps en estrecho inferior por falta de rotación y 2 intervenidos con Cesárea Segmentaria Transperitoneal, una por placenta previa central total y otra por desproporción pelvi-fetal, dieron como resultado niños que respiraron espontáneamente y que salieron en buen estado del Hospital.

En cuanto a los 3 partos prematuros una de estas pacientes estuvo en tratamiento con Insulina, coma diario y aplicación hasta de 180 Unidades por sesión, sin previo conocimiento de su estado grávido el que una vez descubierto hizo que la paciente fuera trasladada al Servicio de Enfermería, en donde a los cinco días presentó un parto prematuro de más o menos 32 semanas de gestación; el niño salió en buenas condiciones, la madre permanece en el Hospital sin curación de su desorden mental (Esquizofrenia paranoide).

Los otros dos partos prematuros a las 34 y 33 semanas de gestación, se presentaron en pacientes que estaban recibiendo neurolépticos hasta cada 6 horas, según su estado de excitación sicomotora y con interrupciones periódicas que correspondían al tiempo en que permanecían calmadas.

Los abortos, dos se presentaron más o menos a la 12ª semana de gestación en pacientes con Gran Mal Epiléptico y tuvieron un franco origen traumático con ocasión de un ataque. Uno en paciente que estaba recibiendo electrochoque diario y los restantes en pacientes que sufrieron traumatismos varios, todos ellos originados por su estado mental.

En referencia al tratamiento instaurado tanto antes como después del parto el primero es de más interés para el obstetra porque de él puede desprenderse o no una alteración en el curso de la gestación. En lo indicado como neurolépticos, así clasificados por el Profesor Jean Delay de Francia, en su trabajo "Psicofármacos", se usó en el 50% de los casos el Cloro 3-(dimetil-amino-3-propil), fenotiazina y en el otro 50%, el N-metil-piperidil (3) metil-fenotiazina y se administró por vía ingesta si la paciente así lo aceptaba o por vía intramuscular, en dosis acordes en todo caso con el estado mental de la paciente y con un espacio mí-

nimo de 4 horas y máximo de 24 horas, de tal manera que las dosis se iniciaron con 50 mlgrs. y se aplicó en las 24 horas hasta un total de 300 mlgs. y un mínimo de 50 mlgrs. La siguiente dosificación la dio el estado de la paciente, pero se observó que con series de 12 a 20 ampolletas o su equivalente en comprimidos, se obtuvieron recidivas de los cuadros de excitación sicomotora en que fueron usados; en todo caso los periódicos controles sico-obs-tétricos dieron la pauta para la continuación o no del tratamiento. El resultado obtenido con los dos fármacos se puede comparar como sensiblemente igual.

Los electrochoques como único tratamiento se reservaron a las pacientes con diagnóstico de R. Maníaco-Depresiva en su fase de depresión intensa y en los 10 casos en que fueron aplicados incluso hasta en el 8º mes de la gestación no influyeron en el curso del embarazo y estas pacientes presentaron partos con fetos a término y normales.

La insulina se reservó para pacientes con diagnóstico siquiá-trico de Esquizofrenia paranoide y fue aplicada a pacientes que ingresaron al Hospital entre el 2º y 4º mes de la gestación y en las cuales no fue diagnosticado el embarazo antes de ser sometidas al tratamiento con insulina. Una de ellas con 41 sesiones presentó un parto prematuro como ya está anotado en otro lugar del trabajo; los dos casos restantes solamente recibieron 10 y 15 sesiones respectivamente y solamente hasta la 16ª y 20ª semanas de gestación y presentaron un parto espontáneo de término con feto normal.

Los barbitúricos y las hidantoínas (anticonvulsivantes), se usaron en pacientes epilépticas en 3 casos en dosis de 0,10 grs. de barbitúricos y 0,30 grs. de difenilhidantoína. Se observó ya que los abortos presentados en pacientes epilépticas tuvieron un claro origen traumático en el momento de caída y convulsiones.

Se usaron electrochoques y neurolépticos en 13 pacientes, que sucesivamente presentaron estados de excitación sicomotora y estados depresivos. Los electrochoques como en el caso de terapia única solamente se utilizaron hasta el 8º mes de la gestación; estas pacientes también evolucionaron normalmente en cuanto a su parto que dio como resultado niños normales.

En un caso que inicialmente se comenzó a tratar con neurolépticos, posteriormente se le indicó insulina hasta el 4º mes de gestación y terminó en parto normal con feto vivo en buenas condiciones.

Dos casos se trataron con neurolépticos y laborterapia que evolucionaron normalmente. Neurolépticos, barbitúricos y anticonvulsivantes asociados se usaron en tres casos de pacientes epilépticos en los cuales a más del tratamiento propio de la entidad hubo necesidad de recurrir a los neurolépticos en los estados de excitación sicomotora propios de esta clase de pacientes.

De la anterior observación se desprende la posibilidad del uso de electrochoques, neurolépticos, barbitúricos y anticonvulsivantes en pacientes durante su gestación y previa indicación del siquiátra para el tratamiento de selección en cada caso. En ninguna de las pacientes tratadas con neurolépticos en el curso de su gestación ni en el trabajo de parto se observaron descensos bruscos de presión arterial post-partum.

Por la lectura de las cifras anotadas en páginas anteriores puede darse cuenta el lector que la mayor incidencia de desórdenes mentales en los casos estudiados se presentó en primigestantes; teniendo en cuenta la edad de las pacientes hubo mayor número de las que oscilan entre los 20 y 25 años; un 57% de pacientes que presentaron por primera vez el desorden mental concomitante a su estado grávido; un 13% que hacen repetición del cuadro mental presentado en otros embarazos y un 28% de pacientes en las que sin duda el embarazo influyó de manera muy notable a la recidiva de su afección mental. Hay buen número de pacientes en que su estado civil de solteras, frente a una gestación influyó en la aparición de su desorden mental; igual cosa podría decirse por la revisión de las historias sociales en lo referente al factor económico que en muchos de los casos produjo situaciones de angustia.

La época o edad de la gestación en que apareció el desorden mental puede decirse que fue sensiblemente igual para todos los meses, sin embargo hay un ligero aumento de incidencia en los meses 3º, 7º, 8º y 9º

Haciendo caso de las cifras que expresan el tiempo de permanencia en el Hospital una vez terminada la gestación se deduce que las pacientes que no presentan mejoría de su afección mental en los cuatro primeros meses del post-parto entrarían dentro de la clasificación de crónicas que evolucionan hacia un "defecto esquizofrénico irreversible" de que habla Beckman.

Vale la pena hacer resaltar que 8 pacientes una vez terminada la gestación no recibieron tratamiento alguno por no necesitarlo a juicio del siquiatra, lo que le daría al desorden mental que presentaron el carácter de simple reacción situacional en personalidades sicopáticas relacionada con el embarazo y porvenir del niño y que después del parto desaparecen sin dejar huella tal como lo anota Bleurer.

De las 7 pacientes que ingresaron en la primera semana del puerperio 4 presentaban estado general pésimo y antecedente de gran hemorragia en puerperio inmediato que pudo ser el punto de partida de su desorden mental ya que con simple medicación reconstituyente y transfusión sanguínea recuperaron su lucidez mental.

Después de la observación sico-obstétrica de los casos motivo de estudio se hace necesario concederle razón a Noges cuando afirma que puede haber relaciones entre el embarazo o puerperio y trastorno mental. Las infecciones o las toxemias pueden durante esos períodos a través de un desequilibrio de la fisiología orgánica producir delirio o precipitar una sicosis cuya forma será determinada por la constitución y la organización de la personalidad de la paciente. Además el llamado esfuerzo fisiológico del embarazo, el parto y la lactancia pueden aún en ausencia de toxemia reducir a tal grado la energía necesaria para la adaptación, que la personalidad puede explotar por sus puntos débiles y establecerse una sicosis. Hay que tener en cuenta que esos períodos traen problemas tanto fisiológicos como psicológicos. Cualquier situación que origine un conflicto emocional o aumente el esfuerzo mental durante la época del parto puede obrar como factor precipitante. (1)

También se hace actual lo expresado por Marie Lager en su libro *Maternidad y Sexo* cuando dice: "El embarazo y el parto

constituyen un episodio normal de la vida pocrrreativa femenina, por lo que podría suponerse que transcurre en la mujer sana sin mayores molestias. Pero en realidad en nuestra sociedad no ocurre así, sino por el contrario, los trastornos del embarazo, los dolores, dificultades y angustias del parto son tan frecuentes que se los considera como normales y casi inevitables. Sinembargo un examen sicológico más profundo nos revela que estos trastornos provienen de conflictos sicológicos y de identificaciones con otras mujeres ya trastornadas en su feminidad". (9)

BIBLIOGRAFIA

- (1) ARTHUR P. NOYES, M. D.: **Psiquiatría Clínica Moderna**. Ed. Prensa Médica Mexicana. 1951. C. XI - 178.
- (2) DON ANTONIO VALLEJO NAJERA: **Tratado de Psiquiatría**. Salvat Editores S. A. 1949 C. XXXI 760 1-2.
- (3) FRITZ WENGRAF, M. D.: **Abordaje Psicossomático en Ginecología y Obstetricia**. Ed. La Fragua. Buenos Aires. C. XVIII 225 - 230 - 1.
- (4) JEAN DELAY: **Methodes Biologiques en Clinique Psychiatrique**. Masson S. A. Editeurs. 1950. Pte. III. C. I. - 367 a 370. Psychoses Hormonales.
- (5) E. BLEURER **Tratado de Psiquiatría. Psicosis Puerperales**.
M. BLEURER. **Psiquiatría Endocrinológica**. Manuel Finchelmann Cía. S. R. L. 56. 78-9-80.
- (6) LUIS JAIME SANCHEZ **Psiquiatría General y Psicopatología**. Librería Siglo XX Bogotá 1947.
- (7) LUIS JAIME SANCHEZ **Investigaciones sobre Esquizofrenia y otros estudios**. Tesis Laureada por la Facultad Nacional de Medicina. Bogotá. Ed. Kelly. 1943.
- (8) LUIS JAIME SANCHEZ **Grandezas y miserias de las glándulas de secreción interna**. Anales Neuropsiquiátricos del Frenocomio de Mujeres de Bogotá. Octubre de 1944.
- (9) MARIE LANGER **Maternidad y Sexo**. Nueva Biblioteca de Psicoanálisis. C. XII. Embarazo y parto. 297.