

La psicopatología del parto

IAN BROCKINGTON^a

RESUMEN

El trabajo de parto y la expulsión pueden asociarse con un número de dificultades emocionales y conductuales en la futura madre. Se describen varias de estas situaciones con el objeto de ayudar al clínico a reconocerlas y tratarlas. Algunas se asocian con el miedo al parto y el intenso dolor que le es inherente. Otras se deben a alteraciones en el estado de conciencia de la madre o a fenómenos psicofisiológicos que ocurren durante el parto, tales como el efecto de la privación del sueño, estado de agotamiento, trabajo de parto prolongado o las circunstancias psicosociales en que nacerá el bebé. Se presentan varias viñetas de naturaleza histórica, haciéndose énfasis en el hecho de que las condiciones descritas en los casos son semejantes a las que se observan cotidianamente en países en desarrollo.

PALABRAS GUÍA: *Psicopatología del parto, agotamiento, auto cesárea, parto inconsciente.*

INTRODUCCIÓN

Durante el parto pueden suceder muchas cosas extrañas. Puede tratarse de un parto falso o fingido, negado, escondido o no completado. Aún más, un parto puede ocurrir después de la muerte de la madre.

Aunque el trabajo de parto puede durar hasta varios días, el intervalo de tiempo por lo general es breve en términos de la duración de su vida total; sin embargo, para muchas mujeres el parto es una experiencia extrema. Este capítulo resume la psicopatología del trabajo de parto. No se describe la complicación más grave: el neonaticidio. Una

descripción adecuada de éste, sobre el cual hay múltiples publicaciones, algunas de éstas merecen una revisión aparte.

TRABAJO DE PARTO FALSO

El trabajo de parto “fingido” es uno de los llamados trastornos facticios (semejante al síndrome de Munchausen). Algunas mujeres desean intensamente que termine su embarazo y anhelan tener un parto prematuro, fingiendo tener los dolores de parto. Otras simulan que tuvieron ruptura de membranas y las contracciones uterinas consecuentes.¹⁻³

El trabajo de parto “falso” ocurre en algunos casos de pseudociésis y en aquellos casos en que la mujer tiene delirio de estar embarazada. Hay un caso reportado de una mujer que se presentó al hospital más de veinte veces, diciendo que sentía dolores de parto y mencionaba que le habían robado a los bebés que había tenido anteriormente.⁴ Tardieu,⁵ en *Grossesses fausses et simulées* (embarazos falsos y simulados) describió múltiples

^a Profesor Emérito de la Universidad de Birmingham, Reino Unido.

Correspondencia: Dr. Ian Brockington
University of Birmingham, Edgbaston, Birmingham,
B152TTT, UK.

Recibido: 17 de septiembre de 2007.

Aceptado: 28 de noviembre de 2007.

ejemplos. Incluso se ha informado del caso de un hombre, convencido de estar embarazado, que se introdujo un cuchillo en el ano para facilitar el parto.⁶ En su monografía sobre pseudociosis, Bivin y Klinger⁷ examinaron 333 casos, en 138 hubo dolores de parto.

TRABAJO DE PARTO INCOMPLETO

El trabajo de parto puede ser “incompleto” o “detenido” y dar como resultado un *lithopaedion* (“bebé de piedra”). Esta complicación ocurre en alrededor de uno de cada 20,000 embarazos. En estos casos, el útero es incapaz de expulsar al feto, el cual generalmente se halla en la cavidad abdominal o en una de las cavidades de un útero bicorne. En la muchos casos la implantación tiene lugar en una de las trompas de Falopio, pero ésta puede ocurrir en el ovario, el útero (el cual puede romperse) o instalarse directamente en la cavidad abdominal. Una vez que el trabajo de parto ha fallado, desaparecen los signos de embarazo y el bebé es rodeado de una “pared”. Küchenmeister distinguió tres variedades: *lithotecnion* (feto calcificado), *lithokelyphos* (cubierta calcificada) y *lithokelyphopaedion* (ambos calcificados). El feto puede permanecer en el cuerpo por más de 50 años⁸ y es posible que la paciente pueda tener otros hijos por parto normal, aunque siga teniendo un *lithopaedion*.

El caso más antiguo se descubrió en un cementerio prehistórico en Texas EUA, hace unos 7,000 años.⁹ Se han descrito más de 300 casos. El siguiente, es un ejemplo antiguo, descrito por Sens en 1582: *Madame* Chatri se embarazó a los 40 años, tuvo terribles dolores de parto, pero sólo expulsó líquido claro y sangre. Después desapareció todo signo de trabajo de parto y estuvo en cama por tres días. A los 68 años murió de un tumor abdominal y se encontró que tenía un feto calcificado. Esta famosa curiosidad médica, finalmente desapareció del Museo Real de Dinamarca.¹⁰

En forma aún más notable, algunos bebés llegan a nacer después de la muerte de la madre. Esto a menudo se descubre por la práctica, obligatoria en algunos países, de hacer una

cesárea *post-mortem*. En otros casos, se ha llegado a extraer un neonato vivo hasta 17 min después de haber ocurrido la muerte de la madre.¹¹ Pero también se ha observado que el cadáver del feto es expulsado después de que la madre ha sido enterrada, fenómeno llamado *Sarggeburt* (nacimiento en ataúd).

Una mujer, con seis meses de embarazo, fue hallada bajo un puente, habiéndose encontrada aparentemente ahogada. Fue enterrada el 9 de julio. Más tarde se descubrió que tres jóvenes obreros habían tenido coito con ella anteriormente y el 19 de julio se exhumó el cuerpo en busca de evidencias de violación. Entre sus piernas se encontró un bebé y el útero invertido.¹²

Se han reportado muchos otros casos.¹³⁻¹⁵ Se ha sugerido que el *rigor mortis* uterino expulsa al feto, pero en algunos casos, son los gases en la cavidad abdominal el agente de la expulsión: Una mujer australiana de 27 años con trabajo de parto de su 7º hijo, tuvo sólo dos periodos de dolor y murió repentinamente. Se le enterró. Una semana más tarde, para investigar posible negligencia médica, se exhumó el cuerpo. Entre sus piernas estaba un bebé. El útero se había roto en su cara posterior. Había mucho gas en el abdomen. La presión del gas había forzado la salida del bebé.¹⁶

EL DOLOR DEL PARTO

El nacimiento, en cuanto al dolor y terror que provoca, se puede calificar en un nivel semejante (como una de las experiencias humanas más difíciles) con el que produce la tortura. Tyler Smith^{17,18} escribió que ningún sufrimiento humano superaba la agonía dolorosa del parto. Los siguientes párrafos fueron escritos por obstetras, antes del descubrimiento de la anestesia: Los dolores de parto atormentan a la mujer a tal grado que el cuerpo entero le tiembla de miedo. Llega alcanzar un punto en que ya no le importa lo que está haciendo, habla y actúa como una mujer desquiciada. En un momento dado suplica a la partera, luego al obstetra, bombardeándolos con demandas de ayuda, para que saquen al bebé vivo o muerto, y así, ser liberada de la agonía del dolor. Si estas



demandas no son satisfechas, los maltrata verbalmente y los cubre con amargos reproches, maldice su situación y sobre todo al bebé, salta de la cama o trata de huir en un fútil intento de encontrar alivio. A medida que el bebé llega a la vulva, trata de alcanzar su cabeza y jalar al niño ella misma. No importa si ella se lastima o el niño muere, siente que morirá si su tortura no termina.¹⁹

Cada dolor comienza con un temblor casi convulsivo de los miembros. La cara está ardiente, todo el cuerpo está cubierto de sudor, los ojos fijos y ella está descompuesta, con el rostro deformado. La desafortunada mujer grita, pide la muerte, ruega que alguien la mate o ponga fin de inmediato a su sufrimiento.

El descubrimiento de los anestésicos redujo dramáticamente este calvario. Éstos se introdujeron a la mitad del siglo XIX. Mesmer describió el “magnetismo animal” alrededor de 1775, pero la hipnosis no se utilizó en cirugía sino hasta 1845. Coliez²⁰ y Kiproff²¹ señalaron que el primero en usarla en Obstetricia fue Lafontaine en Ginebra en 1860.

EL TRAUMA DEL PARTO

En condiciones óptimas, aun cuando el embarazo ocurra en el contexto de una relación formal, sea planeado y supervisado por un obstetra o partera; pese a esto, no deja de ser una experiencia estresante para muchas mujeres. En su primera descripción del trastorno postraumático puerperal (TPP) Bydłowsky y Raoul-Duval²² escribieron: El parto, especialmente el primero, puede –dada la violencia que le es inherente– poner a la mujer en estrés extremo, por la confrontación con la sensación de muerte inminente y solitaria que éste representa.

Desde 1978, se han publicado más de 40 trabajos sobre este tema, incluyendo ocho estudios cuantitativos, que indican una frecuencia de TPP hasta de 5.6%.²³ Estos reportes proceden de países industrializados. En cuanto al mundo en desarrollo, AbuZahr y Wardlaw²⁴ resumieron las cifras de la Organización Mundial de la Salud y la UNICEF, respecto al porcentaje de partos que son atendidos por personal calificado (médicos, enfermeras y parteras). En el África

Subsahariana, la cifra fue de 27% y en el sur de Asia de 29%. Esto sugiere que las condiciones en las que muchos, o la mayoría de los bebés nacen, son comparables a las del inicio del siglo XIX en Europa y Norteamérica.

PARTO CLANDESTINO

Pero existe otra posibilidad totalmente diferente: el parto clandestino. Esto se presenta cuando un niño es traído al mundo a escondidas después de que un embarazo ha sido ocultado, no hay analgesia, ni existe apoyo por parte de la madre o de los amigos y no existe ayuda profesional para las complicaciones. Aunado a esto, está la pesadilla de la desesperación, vergüenza, humillación y miedo a ser denunciada (o peor aún, en algunas culturas, la posibilidad de ser asesinada para salvar el honor de la familia) y en muchos casos, la rabia de haber sido explotada o abandonada. Estos partos son una experiencia primitiva. Casi no hay información acerca del estado mental de estas mujeres, pero la gravedad y frecuencia de la psicopatología son ciertamente mucho mayores. El parto clandestino todavía ocurre en Europa y Norteamérica, y es más frecuente en las regiones del mundo que prohíben la terminación del embarazo y las que castigan el nacimiento fuera del matrimonio.

PARTO SIN DOLOR EN MUJERES NORMALES

Hay descripciones de partos sin dolor en mujeres con lesiones neurológicas que afectan la parte inferior de su cuerpo.^{21,25,26}

La esposa de un mercader de seda, tenía antecedentes de manía puerperal. Mientras cenaba con su esposo y dos de sus hijos, sintió incomodidad en el área genital y oyó que algo caía al piso, luego escucho otro ruido. Se trataba de bebés gemelos de siete meses de gestación. Tenía anestesia completa del área genital de causa incierta.²⁶

En mujeres con sensibilidad normal, la ausencia de dolor durante el trabajo de parto siempre ha sido una fuente de admiración. Existen mujeres que tienen el raro privilegio de no sufrir.²⁷

Hay muchos reportes en la literatura: Coliez²⁰ coleccionó 19 casos y en mi caso (no sin problemas) he reunido al menos 30 reportes detallados. El trabajo de parto sin dolor puede repetirse en algunas familias²⁶ y aun en la misma mujer.²⁷ Puede suceder en el nacimiento de gemelos²⁶ y dar como resultado nacimientos inesperados durante las actividades de la vida diaria.

Una embarazada primeriza sintió la salida de abundante líquido un mes antes del término y se culpó a sí misma por no retener la orina. Varias horas más tarde, la despertó una sensación de pesantez en la región subpúbica. Fue al baño e intentó orinar sin sentir alivio. Cuando regresó a su cama, levantó la pierna y escuchó caer un objeto, vio que era el niño que apenas se movía, pero no lloraba. Se había roto el cordón umbilical. El bebé finalmente sobrevivió.²⁶

Engelhard²⁸ estimó la frecuencia de este fenómeno: hizo observaciones personales entre 19,920 nacimientos, encontró dos casos, o sea 1 en 10,000. Su estudio fue el último en mencionar este fenómeno, tal vez porque ya no era un evento raro o interesante como para ser publicado.

PARTO –CON FRECUENCIA SIN DOLOR– EN ENFERMAS MENTALES

Una mujer con una enfermedad psicótica o con delirio, puede no darse cuenta de que está embarazada y hasta negar que haya tenido un parto. Entre los alienistas del siglo XIX, era una creencia común que el nacimiento ocurriera sin dolor en las psicóticas^{29,30} o en mujeres con retraso mental. Morel³¹ encontró 12 casos en mujeres que tenían “imbecilidad” o “idiocia”.

La mayoría de estas desafortunadas mujeres tenían su parto, ya sea con indiferencia completa o sin entender la situación. Worthington³² escribió: Una característica peculiar de la locura en la enferma mental, es la casi completa y sorprendente ausencia del sufrimiento durante el parto.

La falta de respuesta a los estímulos (internos y externos) es una característica de la catatonía, una enfermedad rara hoy en día en los países

industrializados, pero relativamente frecuente en el siglo XIX. También se ha informado que esta condición ocurre en la parálisis general (neurosífilis) y en la encefalitis de von Economo. El nacimiento desapercibido puede ocurrir en casos de estupor depresivo o en la melancolía *pre-partum*: los dolores del trabajo de parto no despiertan a estas pacientes de su apatía y el llanto del neonato puede ser para ellas el primer indicio de que algo les ha sucedido.

Dos pacientes sacudían la cabeza incrédulas cuando se les dijo que habían dado a luz. Dos dieron una interpretación delirante de los dolores del parto: una, que varios perros le habían mordisqueado los intestinos;³³ mientras que la otra, creía tener dentro del cuerpo una serpiente. No se les podía dejar bajo su cuidado al recién nacido y tenían que ser vigiladas por alguien debido a las intenciones infanticidas que manifestaban.

Existen unas 15 descripciones detalladas. Este es un caso que llegué a observar: Una mujer originaria de Yemen, en su segundo embarazo se presentó con insomnio en la semana 23 de gestación. En la semana 27 se mostraba desconfiada, confundida y con excesiva actividad. Oía voces y tenía delirio de persecución. Creía que el presidente de Yemen la visitaría, que la televisión la estaba observando y que la policía le tomaba fotografías a ella y a su familia. Después de tres sesiones de terapia electroconvulsiva, se mostró más alegre, contenta; abrazaba y besaba al personal. Luego cayó en un estupor. A las 5:30 una mañana se despertó frotándose el abdomen. El personal la ayudó a bajarse el pantalón y encontró que ya había salido la cabeza del bebé. El parto finalizó a las 6:30 de la mañana. No se dio cuenta de que había dado a luz y rehusó abrazar al bebé cuando se le mostró. Posteriormente, desarrolló un estado de manía puerperal.³⁴

PARTO DURANTE EL SUEÑO

En los tiempos en que era frecuente el neonaticidio había mucha discusión entre los expertos médico-legales respecto a si el nacimiento podía ocurrir durante el sueño normal, porque ocasionalmente algunas



madres aducían este fenómeno como la causa del neonaticidio. Montgomery³⁵ describió dos casos: Una madre de varios niños fue despertada por su hijita de 5 años, estaba en la misma cama y sintió los movimientos y oyó los llantos del neonato. Según el Registro de Parteras de Londres, la esposa de un noble tuvo el parto durante el sueño. Despertó a su esposo alarmada al encontrar una persona extra en la cama.

Se han publicado otros casos. Esto no incluye a pacientes con hipersomnia debido a enfermedades crónicas tales como la encefalitis de von Economo. Depaul³⁶ describió a una paciente que entraba en un estado de somnolencia y con falta de sensaciones cada vez que se contraía el útero. Ella se despertó al final de las contracciones uterinas.

PARTO BAJO EL EFECTO DE DROGAS

El Conde de Saint-Géran, era un viudo muy rico que tenía un hijo, Claude de la Guiche. El 17 de febrero de 1619, el conde y su hijo (de 18 años) tuvieron una boda doble, con una viuda y su hija, Susanne de Longaunay. A pesar de una piadosa peregrinación religiosa, Susanne seguía sin tener hijos y la fortuna de la familia sería destinada a la hermana de Claude, la marquesa de Bouillé. Un bueno para nada, el Marqués de Saint-Maixent (quien ya había sido acusado de magia, incesto y de estrangular a una esposa anterior para casarse con otra mujer) pasó a formar parte de la familia. Empezó una relación romántica con la marquesa de Bouillé. En secreto, se pusieron de acuerdo para casarse después de la muerte del anciano esposo de aquélla. El conde murió y Claude lo sucedió. En este momento, Susanne se embarazó y se esperaba con ansia el nacimiento del nuevo heredero. El marqués de Saint-Maixent y la marquesa de Bouillé (“los conspiradores”) se coludieron con el mayordomo (Beaulieu) y contrataron a una partera, Louise Goillard (llamada por Alexandre Dumas “la hacedora de angelitos”). Susanne inició el trabajo de parto el 16 de agosto de 1641. La partera dio a Susanne un

“brebaje” que la puso en un estado de sueño profundo (la “imagen perfecta de la muerte”) hasta el día siguiente. Esa noche dio a luz a un niño, a quien la partera intentó matar estrujándolo. Por alguna razón le detuvieron las manos, aunque el cráneo del niño desde entonces mostró las marcas del asalto asesino. Beaulieu se llevó al bebé subrepticamente y lo transportó en su caballo a muchas leguas de distancia. Una nodriza, Maria Pigoteau, quien recientemente había perdido un hijo, lo tomó como suyo a cambio de una cantidad de dinero. Se le bautizó como Bernard, con padres ficticios y padrinos contratados para tal efecto. Entretanto, Susanne se despertó, sangrando profusamente. Pidió ver al bebé. Al principio le dijeron que todavía no nacía, luego que nunca había estado embarazada. Con la ayuda de la religión a final de cuentas aceptó su desilusión. Pero dos años más tarde, Pigoteau, quien se había ya malgastado el dinero, le devolvió el niño a Beaulieu. No sabiendo qué hacer, éste persuadió a Claude y a Susanne de cuidar a “su sobrino” en casa. Susanne se apegó al niño, un niño con cabello rubio, ojos azules más o menos de la misma edad que el que ella “nunca había tenido”. Beaulieu, con cargo de conciencia, empezó a mostrar remordimientos y fue envenenado. Cuando el niño tenía siete años, se le nombró paje. Los rumores empezaron a circular. La partera fue arrestada e interrogada. Al principio dijo que el bebé había sido un mortinato, luego que nunca había sido expulsado y más tarde que era un embarazo molar. Dos veces, al ser torturada, admitió que había sido raptada, pero nunca nombró a los conspiradores. El niño (ahora llamado Bernard de la Guiche, Conde de la Palice) fue presentado ante el rey. Todos los conspiradores y los cómplices murieron (ninguno confesó), pero Susanne (ahora viuda) estaba resuelta a probar que ella era la madre del chico. Pigoteau (financiada por potenciales herederos rivales de la fortuna St. Géran) también decía que ella era la madre y de allí siguió un proceso legal muy largo. Una de las dificultades de Susanne era que se consideraba que el parto en estado de inconsciencia era imposible, porque el libro del Génesis, capítulo 3,

versículo 16, dice: “parirás a tus hijos con dolor”. Declaró que si la Corte no fallaba a favor de ella, se casaría con el joven para asegurar la herencia. Ganó el caso (1659) y Pigoteau fue sentenciada a muerte. Como logró escaparse, fue colgada su efigie. El joven Conde se casó y tuvo una hija, quien más tarde decidió ser monja, extinguiéndose así, una ilustre familia³⁷ (Alexandre Dumas incluyó este caso en su obra: *Crimes Célebres*).

El parto en estado de inconciencia puede ocurrir después de un traumatismo craneoencefálico o por cualquier otra enfermedad que cause coma. Según Panis,³⁸ Hipócrates describió el caso de una mujer de Olimpia que parió cuando estaba moribunda, con fiebre, pero no he podido hallar esta referencia y algunos de los resúmenes de Panis son inexactos. La eclampsia es la causa más frecuente de coma durante el parto. Lo mismo puede ocurrir cuando hay ataques epilépticos que han venido ocurriendo con anterioridad. Otras causas reportadas han sido el trauma cefálico, la hemorragia ante-parto, la apoplejía o en las etapas terminales de la tuberculosis.²⁰ Poppel³⁹ describió un caso único de nacimiento durante el estado de hipotermia: Una ingenua mujer de 19 años, tan ignorante que creía que los bebés nacían a través de la pared abdominal, negaba su embarazo. Cuando empezó el trabajo de parto, a pesar del intenso frío invernal, fue a toda prisa a casa de su madre, el viaje duró tres horas en trineo abierto a una temperatura de menos 17 grados centígrados. Ella perdió la conciencia y el bebé nació y cayó en la nieve, donde se le encontró aún vivo.

En varios casos la pérdida de la conciencia es debida a un síncope. Si la caída en la resistencia vascular periférica es lo suficientemente grave, la mujer, que se ha desmayado, puede permanecer inconsciente, aun cuando esté acostada.

No todos los casos de parto en estado de inconciencia se deben a drogas, trauma, hipotermia, epilepsia, eclampsia u otras enfermedades. Hay un número de casos reportados en que el estupor o el coma no pudieron ser explicados.

Una mujer con trabajo de parto, repentinamente cayó en estado casi de muerte.

Un cirujano del vecindario empezó a prepararse para abrirle el abdomen con unas tijeras. Pero antes de abrir el útero, el bebé nació. La madre se recuperó dos meses después. Este es un caso de Baudelocque, resumido por Coliez.²⁰

Una paciente con características de catatonía: Una mujer de 26 años en su segundo trabajo de parto. Presentó poco después ruptura de la fuente, ella se notó algo raro. Puso ambas manos sobre su cabeza y subió sus rodillas hacia el pecho, manteniendo esta posición sin moverse durante la última media hora del parto. No respondía a las preguntas, sus ojos estaban fijos en un punto y parpadeaba sólo cuando se le tocaba la cornea. Respiraba lenta y profundamente. El nacimiento no pareció causarle ningún dolor. Inmediatamente después hubo un cambio súbito. Se echó hacia atrás, empujando la cabeza hacia atrás sobre la almohada y durante dos minutos mantuvo una posición de *arc-de-circle*. Parecía completamente inconsciente y no respondía ni a preguntas ni a las picaduras con un alfiler. Diez minutos después volvió a hacer lo mismo y luego se quedó quieta. Al salir la placenta, tres cuartos de hora más tarde, dio un pequeño grito como si le doliera. Una hora después del nacimiento se despertó repentinamente y veía a los lados asombrada, pareciendo no entender dónde estaba, aunque reconoció al doctor y a la enfermera. Cuando se le dijo que era la madre de un bebé sano, pareció incrédula y dijo: “¿cómo puede ser?”. Cuando le dieron a su bebé dijo: “Dios mío, doctor, qué cosa tan extraña sucedió. No sabía nada”. Lo último que recordaba era la ruptura de membranas.⁴⁰

Shreyer mencionó el caso de otra madre que dio a luz en un estado cataléptico. Hay un número de descripciones de estos casos en forma detallada. Existe controversia sobre el posible rol del fenómeno de la disociación. Éste no es realmente un estado de inconciencia, sino que consiste en lograr la distracción de la atención del sujeto, hasta el punto en que la persona no siente dolor y no se da cuenta de lo que está pasando. El paradigma de esto es la hipnosis y la histeria como fenómeno relacionado. Algunos casos ocasionales de



parto inconsciente podrían tratarse en realidad de una disociación histérica, pero el diagnóstico de histeria es algo difícil de establecer. No hay evidencia electroencefalográfica para resolver tal controversia. Parece probable que la mayoría de casos de estupor y coma sean una forma más grave y prolongada de una alteración cerebral que cause *delirium*.

IRA DE LA PARTURIENTA

Los obstetras y expertos médico-legales del siglo XIX reconocían una forma de enojo patológico, (*Wut der Gebarenden, colere d'accouchées*) como consecuencia de los dolores del parto. El fenómeno es importante para comprender algunos casos de neonaticidio. Wigand escribió:⁴¹ He conocido varias mujeres valiosas, educadas y piadosas, que en momentos de ira y rabia durante los últimos e intensos dolores del parto, varias horas después del nacimiento se rehusaban a ver al esposo, a quien tanto querían y al bebé que habían deseado ardientemente.

Henke⁴² señaló que las mujeres al momento del nacimiento y durante el cuarto de hora siguiente, podrían manifestar rabia y golpear. En varias ocasiones, cuatro hombres fuertes debieron contener a la mujer durante el tiempo de la rabieta para que terminara el parto. Mende⁴³ escribió: La ira se dirige contra el esposo, responsable de su predicamento presente y contra el feto que le causa tal dolor... podría inducirla a golpear la cabecita contra el suelo, sin saber lo que está haciendo.

Scanzoni¹⁴ escribió: En el momento crucial la parturienta, cubierta de sudor, quejándose y aullando de dolor y desesperación, pide ser aliviada de su tortura, sin importar lo que pase al niño. Sus ojos están en blanco, las carótidas pulsan y la cara está hinchada. Aprieta los dientes y de modo amenazante, golpea con los puños. Cuando emerge una parte del feto, fuera de sí por el dolor, varias veces trata de alcanzar las partes con ambas manos para jalar y extraer al niño. Este es un momento de mucho peligro. Algunas veces estos paroxismos terminan con la expulsión del bebé. Algunas veces dura algo más, pero no más de media

hora. Se vuelve a acostar exhausta, algunas veces rompe en llanto y ruega ser perdonada, dándole profusos besos y atención al bebé.

Scanzoni vio cuatro casos entre unos 10,000 partos, tres de ellos excesivamente dolorosos y un parto prolongado con estrechez pélvica.

Morris⁴⁴ señaló la siguiente evidencia en un caso de infanticidio: He visto múltiples casos en que la mujer había intentado estrangular a su bebé debido a la pérdida temporal de la razón causada por un sufrimiento extremo. Esta locura breve, que no duraba más de cinco o diez minutos, ocurría justo en el momento en que se expulsaba la cabeza y el cuerpo estaba *in utero*. Llevada al extremo por el intenso dolor, la madre intenta identificar la causa de su sufrimiento y destruirla. Como se le impedía esto, se volvía hacia quienes la atendían. Todo médico que haya tenido una larga experiencia en obstetricia, ha visto algún ejemplo de este tipo de impulso incontrolable.

Hay muchos informes que se refieren a ese fenómeno. El más reciente apareció en una revista brasileña en 1953.⁴⁵ Von Krafft-Ebing⁴⁶ incluyó la *manía transitoria*, que se manifestaba sobre todo por periodos de rabia seguidos de amnesia entre otras cinco categorías de trastorno mental durante el parto. Anton⁴⁷ afirmaba que la agresión contra el neonato era típica y que había casos en la literatura, incluso en mujeres casadas, que habían aventado, estrangulado o aplastado al bebé. Una de ellas tomó al antes “muy deseado bebé” por los pies y lo golpeó contra la pared.

Aunque este estado se reconocía ampliamente en el siglo XIX, existen pocos casos que hayan sido detallados. El caso de María Louise Schulze es una descripción maravillosa: Una mujer soltera de 23 años fue ingresada en el noveno mes de embarazo en el Instituto Obstétrico de Berlín. Era una chica robusta y durante el embarazo mantuvo su acostumbrada buena salud. Esto continuó durante su estancia durante un mes en el Instituto, donde trabajó diligentemente y se ganó la reputación de ser una muchacha agradable, callada y amable. Pero esta conducta cambió repentinamente cuando empezó el trabajo de parto. Desde la primera contracción

desobedeció todas las instrucciones obstétricas, trató de escaparse de la sala de parto, insultó a los que la trataban de ayudar, pateó al joven doctor que le examinaba la cabeza y dio una impresión completamente desagradable. Aunque todos estaban sorprendidos con su conducta, nadie sospechó que estuviera trastornada, porque no había cambios en su pulso o temperatura ni inconsistencia en sus verbalizaciones, ni desorientación en tiempo, lugar o situación, u obnubilación sensorial. Se supuso que el parto estaba revelando su verdadero carácter, hasta entonces escondido. Aunque todo estaba normal, el trabajo de parto fue lento porque ella trataba de evitar las contracciones. La cabeza fetal permaneció durante horas a la salida de la pelvis y el pulso y los espasmos de las extremidades inferiores preocuparon al personal. Se decidió completar el parto con fórceps. Mientras el bebé estaba siendo extraído, María Louise mostró la misma conducta de antes, insultando y pateando al doctor en el pecho. Tuvo que ser sujeta por los estudiantes. Apenas nacido el bebé, ella trató de sujetarlo para (eso dijo) arrancarle la cabeza. Se le increpó por su conducta atroz y se le mantuvo en observación estrecha, mientras el bebé estuvo al cuidado de otra mujer. Se quedó callada en la cama, despierta y emudecida durante cuatro horas. Cuando un asistente por casualidad pasó cerca, ella le preguntó con tono de gran asombro cómo es que ella estaba en la sala de posparto. El asistente, también asombrado, le dio la respuesta apropiada y la señorita Schulze, al verificar que había dado a luz palpándose el cuerpo, pidió ver a su hijo. El ayudante se rehusó, diciéndole que el doctor lo había prohibido porque había tratado de lastimarlo y le dio una narración completa de lo que había ocurrido. Esto le causó tal vergüenza que la partera mandó llamar al doctor. Éste la encontró en un estado de remordimiento inconsolable. Rogaba ver a su niño. Para calmarla, él permitió que lo trajeran y observó una escena conmovedora de ternura maternal y de contrición. Ni en ese momento, ni después, tuvo recuerdos de su trabajo de parto de 18 horas ni de las primeras horas posparto. Tenía

amnesia completa de lo ocurrido entre el examen preliminar de la partera, al inicio del trabajo de parto, y el periodo posparto. Entonces volvió a ser como antes, modesta, amable y bondadosa. Cuidó a su bebé muy acuciosamente y dejó el hospital en perfecta salud cinco semanas más tarde.⁴⁸

ACTOS DESESPERADOS

Autocesárea

Ésta es la manifestación extrema de un estado de desesperación. Se han descrito al menos siete casos. El primero no fue reportado por un clínico, sino se le incluyó en un libro sobre las Antillas Orientales en la sección meteorológica.

En el año de 1769 en Jamaica, una mujer negra durante el trabajo de parto se realizó ella misma una operación cesárea y se sacó al niño por el lado izquierdo del abdomen, cortando el útero con gran decisión. Realizó la operación con un cuchillo roto, de unos 8 cm de largo. La posición del bebé era la natural y la incisión que realizó cerca de la línea alba, del lado izquierdo, cortó un poco el muslo derecho subyacente del bebé. El bebé salió del útero por sus propios movimientos. Éste fue atendido por una partera negra, quien cortó el cordón umbilical y liberó al niño. Retornó al abdomen parte del cordón adherido a la placenta y también un segmento de los intestinos, los cuales se habían salido por la incisión, junto con el bebé. El cirujano que trabaja en la plantación fue llamado pocas horas después del suceso. Viendo el estado de suciedad de la situación, pues la partera había puesto un poco de tierra en la herida y los intestinos, cortó los puntos y lavó cuidadosamente la parte afectada, extrayendo la placenta por la herida y la volvió a suturar. Al tercer día se recuperó de su estado de debilidad debido a la hemorragia, apareció fiebre, la cual se trató con medicinas. Luego tomó infusión de corteza de árbol durante dos días. Se le pusieron fomentos en la herida, la cual fue cubierta con apósitos, finalmente se curó. En seis semanas la mujer estaba completamente bien y pudo volver a trabajar. El bebé murió al sexto día



debido a una enfermedad oscura, pero había venido al mundo fuerte y sano. La mujer continuó estando perfectamente sana, menstruaba regularmente y en uno o dos años estaba embarazada de nuevo. Intentó otra vez la misma operación, pero como estaba siendo observada, se evitó que lo volviera hacer, así que tuvo un parto normal. Había tenido tres hijos antes de este episodio, todos por vía natural y habían sido partos sin incidentes. Era una mujer impaciente y turbulenta, cuyo intenso temperamento fue la única causa a la que se atribuyó su conducta.⁴⁹

Autoepisiotomía

Hay sólo un caso reportado de una incisión perineal realizada cuidadosamente: Perrin de la Touche⁵⁰ llevó a cabo una necropsia en un neonato, quien se sospechaba había sido víctima de infanticidio. Había nacido vivo, pero no había signos de violencia y sólo se encontraron tres pequeñas áreas de equimosis subpleurales. La madre era una costurera pobre de 21 años, de estatura corta, enfermiza y con una joroba. No escondió su embarazo. Llamó a sus vecinos cuando empezó el trabajo de parto, pero éstos habían salido a caminar. El parto se obstruyó en el piso pélvico, por lo que ella tomó unas tijeras, las introdujo todo lo profundamente que pudo, una de las hojas las colocó entre la vulva y la cabeza del bebé

(protegiendo ésta con el dedo para no lastimarlo) y las cerró bruscamente. En ese momento perdió la conciencia. El bebé murió accidentalmente por asfixia entre los muslos de la madre. No hubo más consecuencias con la policía.

Suicidio

La literatura describe doce casos de intento de suicidio y ocho suicidios culminados durante el trabajo de parto. La mayoría de los intentos de suicidio tuvieron las características y la determinación para conseguirlo. Tres mujeres se habían tirado por la ventana y la siguiente mujer se colgó, pero sobrevivió: Una mujer que había tenido cinco hijos presentó edema y albuminuria en el siguiente embarazo. Antes del parto dijo “mátenme antes que sentir tanto dolor”. Dos días después del inicio del trabajo de parto y 16 horas después de la ruptura de membranas se le encontró en coma profundo. Se había colgado de la puerta. Se le resucitó mediante respiración artificial. Tuvo un bebé muy grande con presentación de cara. Cuando despertó, estaba agresiva, golpeaba y mordía. Diez horas después se calmó. Recordaba el intento de suicidio, el cual llevó a cabo a pesar de su terror a la muerte. Pensó que nadie la podría ayudar y que los doctores la cortarían. No sabía que había dado a luz. Luego tuvo fiebre posparto, pero se recuperó después de 30 días.

ABSTRACT

The stage of labor and delivery can be associated with a number of emotional and behavioral difficulties in the mother-to-be. Several of these conditions are described with the intent of helping the practicing clinician to recognize and address them. Some are associated with the fear of delivery and the intense pain associated with it. Others are due to alterations in the state of consciousness of the mother, or with psycho-physiological phenomena during delivery, such as the effect of sleep deprivation, exhaustion, prolonged delivery or the psychosocial circumstances surrounding the birth of the baby. A number of historical case vignettes are presented; highlighting the fact the conditions presented in the case material are similar to many situations encountered every day in developing countries.

KEY WORDS: *Psychopathology of delivery, exhaustion, auto-cesarean, unconscious delivery.*

REFERENCIAS

1. Jureidini J. Obstetric factitious disorder and Munchausen syndrome by proxy. *J Nerv Ment Dis* 1992; 181: 135-7.
2. Goodlin RC. Pregnant women with Munchausen syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 153: 207-10.
3. Pickford E, Buchanan N, McLaughlin S. Munchausen syndrome by proxy: a family anthology. *Med J Aust* 1998; 148: 646-50.
4. Calmeil LF. De la Folie Considéré sous le point de vue Pathologique, Philosophique, Historique et Judiciaire depuis la Renaissance des Sciences en Europe jusqu'au Dix-Neuvième Siecle [La locura desde el punto de vista patológico, filosófico, histórico y judicial desde el Renacimiento hasta el siglo diecinueve]. Paris: Baillière; 1845, p. 30-5.
5. Tardieu A. Grossesses Fausses et Simulées [Embarazos falsos y simulados]. *Annales d'Hygiène* 1845; 34: 428-51 y 1846; 35: 83-98.
6. Bitton G, Thibaut F, Lefevre-Lesage I. Delusions of pregnancy in a man. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 811-2.
7. Bivin GD, Klinger MP. *Pseudocyesis*. Bloomington: Principia; 1937.
8. Rothschild BM, Rothschild C, Bement LC. Three-millennium antiquity of the lithokelyphos variety of lithopaedion. *Am J Obst Gynecol* 1993; 169: 140-1.
9. Noble P. Abdominal pregnancy and lithopaedion. *J R Soc Med* 2003; 96: 423.
10. Bondeson J. The earliest known case of lithopaedion. *J R Soc Med* 1996; 89: 13-8.
11. Jungeblodt H. Kaiserschnitt an einer plötzlich verstorbenen Schwangeren mit Extraction eines lebenden gesunden Kindes [Cesárea en una embarazada muerta súbitamente, con extracción de un bebé vivo y sano]. *Dtsch Med Wochenschr* 1902; 28: 649-50.
12. Bleich of Tschirnau. Über Sarggeburt und Mittheilung eines neuen Falles [Sobre el nacimiento de ataúd, un nuevo caso]. *Vierteljahrsschrift für gerichtlichen und öffentlichen Medizin NF* 1897; 14: 252-9.
13. Meissner F. Fähigkeit der Gebärmutter sich noch nach dem Tode der Mutter zusammenzuziehen, und selbst das Kind noch auszustossen [Capacidad del útero para contraerse por sí mismo después de la muerte de la madre y expulsar por sí mismo al producto]. En: *Was hat der Neunzehnhundert für die Geburtshülfe gethan? 1801-1825*. Keipzig: Hartmann; 1826, p. 334-8.



14. Dillon Lanigan FJ. Extraordinary cases of alleged post-mortem parturition. Medical Press & Circular 1872; 1: 307.
15. Moritz, of Schlochau. Ein Fall von Sargeburt [Un caso de parto de ataúd]. Vierteljahrschrift für gerichtlichen und öffentlichen Medizin NF 1893; 5: 93-6.
16. Taylor AS. Death from rupture of the uterus. Inversion of the uterus and expulsion of the child by gaseous putrefaction. Guy's Hospital Reports, 3rd series 1864; 10: 253-60.
17. Tyler Smith W. A course of lectures on the theory and practice of obstetrics: lecture 39: puerperal mania. Lancet 1856; II: 423-5.
18. Tyler Smith W. A Manual of Midwifery. London: Churchill; 1858, p. 489-98.
19. Jörg JCG. Die Zurechnungsfähigkeit der Schwangern und Gebärenden [La capacidad de juicio de la embarazada y la parturienta]. Leipzig: Weygand; 1837.
20. Coliez M. Quelques considérations médico-légales sur les accouchements inconscients et sans douleur [Algunas consideraciones médico-legales sobre el parto inconsciente y sin dolor]. Thèse. Paris; 1899, p. 420.
21. Kiproff I. Contribution à l'étude des accouchements par surprise [Contribución al estudio del parto sorpresivo]. Thèse, Paris; 1903, No. 33.
22. Bydlowsky M, Raoul-Duval A. Un avatar psychique méconnu de la puerpéralité: la névrose traumatique post-obstétricale [Un riesgo psíquico ignorado del puerperio: la neurosis traumática post-obstétrica]. Perspectives Psychiatriques 1978; 4: 321-8.
23. Brockington IF. Postpartum psychiatric disorders. Lancet 2004; 363: 303-9.
24. AbouZahr C, Wardlaw T. Maternal mortality at the end of the decade. Bull WHO 2001; 79: 561-73.
25. Freyer M. Die Ohnmacht bei der Geburt vom gerichtsarztlichen Standpunkt aus [La inconciencia del parto desde el punto de vista medico legal]. Berlin: Springer; 1887.
26. Collet MJ. L'Accouchement spontané rapide [El parto espontáneo rápido]. Thèse, Paris; 1904.
27. Tarnier S, Chantreuil G. Traité de l'Art des Accouchements [Tratado del arte de atender partos] Paris: Lauwereyns; 1882, Vol. 1, p. 590.
28. Engelhard JLB. (1912) Über Generationspsychosen und den Einfluss des Gestationsperiode auf schon bestehende psychische und neurologische Krankheiten [Sobre las psicosis generativas y la influencia de la gestación en enfermedades psíquicas y neurológicas preexistentes]. Z Geburtshilfe Gynakol 1912; 70: 727-812.
29. Marcé LV. (1858) Traité de la Folie des Femmes Enceintes, des Nouvelle Accouchées et des Nourrices, et Considérations Médico-légales qui se Rattachent a ce Sujet [Tratado de la locura en mujeres embarazadas, recién paridas y que lactan, así como consideraciones médico legales sobre este tema] Paris: Baillièrè; 1858.
30. Weber F. Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen [Psicosis del embarazo y puerperales]. Jahresbericht der Gesellschaft für Natur und Heilkunde zu Dresden 1875; 131-43.
31. Morel BA. (1860) Traité des Maladies Mentales [Tratado de las enfermedades mentales]. Paris: Masson; 1860, p. 199-212, 358-9.
32. Worthington JH. On puerperal insanity. Am J Insan 1861; 18: 42-60.
33. Underhill AS. Notes from my midwifery casebook. Birmingham Medical Review 1874; 3: 112-6.
34. Brockington IF. Motherhood and Mental Health. Oxford: Oxford University Press; 1996.
35. Montgomery WF. On the occasional occurrence of mental incoherence during natural labour. Dublin Journal of Medical and Chemical Science 1834; 5: 52-69.
36. Depaul G. Accouchements sans douleur [Partos sin dolor]. J d'Accouchements 1907; 28: 73-4.
37. Gayot de Pitaval (1775). Enfant réclamé par deux mères [Niño reclamado por dos madres]. En: Causes Célèbres et Intéressantes avec les Jugements qui ont

- Décidées. Amsterdam y Lieja, Bassinouerre & van den Berghen; 1775, Vol. 1, 142-267.
38. Panis A. Une femme peut-elle accoucher sans en avoir conscience? [¿Puede una mujer parir sin tener conciencia de ello?] Thèse, Paris, No. 189.
39. Poppel J. Über einen Fall von durch Kälte bewirktem, bewusstlosem Zustande während und nach Geburt [Sobre un caso de nacimiento en condiciones de frío e inconciencia durante y después del parto]. Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten 1865; 25: 387-92.
40. Van Rooy, de Heer. Een geval van bewusteloosheid tijdens de baring [Un caso de inconciencia durante el parto]. Verslag van het behandelde in de Vergaderomgem van Kanuari to Mei 1908, der Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging te Amsterdam door Dr. Catharine van Tussenbroek. Nederlander Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie 1908; 18: 284-7.
41. Wigand JH. En: Naegele FC (ed.). Die Geburt des Menschen [El nacimiento humano]. Berlin: Nicolai; 1820, p. 80-1.
42. Henke A. Über die zweifelhaften psychischen Zustände bei Gebärenden. Abhandlung aus der Gebiete der Gerichtlichen Medizin (Bamberg) [Sobre los estados psíquicos dudosos de las parturientas]. 1820; 4: 197-232.
43. Mende LJC. Ausführliches Handbuch der gerichtlichen Medizin für Gesetzgeber, Rechtsgelehrte, Ärzte und Wundärzte [Manual Exhaustivo de Medicina legal para el juez, abogado y médico]. Leipzig: Duk'schen Buchhandlung; 1826, Vol. 2, p. 615-27.
44. Morris J. Insanity during parturition. Maryland Med J 1894; 32: 248-51.
45. Garcia JA. Psicosis no ciclo gravido-puerperal. Anais Brasileiros de Ginecologia 1953; 35: 305-17.
46. Von Krafft-Ebing R. Die transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins [Alteraciones transitorias del estado de conciencia]. Ein Beitrag zur Lehre vom transitorischen Irresein in Klinische formsicher Hinsicht für Ärzte, Richter, Staatsanwälte und Vertheidiger. Erlangen: Enke; 1868.
47. Anton G. Über Geistes- und Nervenkrankheit in der Schwangerschaft, im Wochenbett und in der Säugungszeit [Sobre las enfermedades mentales y nerviosas del embarazo, parto y la lactancia]. Handbuch der Gynäkologie, Anton y cols. Wiesbaden, JF Bergman. 1910: 1-41
48. Kluge M. Mania parturientium transitoria. Medizinische Zeitung (Berlin) 1833; 2: 97-8.
49. Moseley B. A treatise on tropical diseases and on the climate of the West Indies. Londres: Cadell; 1787, p. 62-63.
50. Perrin de la Touche, de Rennes. Cause exceptionnelle de syncope au moment de l'accouchement (auto-épisiotomie) [Causa excepcional de síncope en el momento del parto, autoepisiotomía]. Bullétin de la Société de Médecine Légale de France 1899; 16: 43-6.

