

01962
1 ej 3-A



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Maestría en
Psico (Psico-clinica)

ESTUDIO PSICOLÓGICO DE
LA PSEUDOCIESIS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

MAESTRA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

Lic. Ma. de las Mercedes H. Luque Coqui

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F. 1987



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

PARTE I TEORIA

INTRODUCCION..... Pag. 1

CAPITULO I

REVISION BIBLIOGRAFICA

Antecedentes.....	"	7
Epidemiología.....	"	8
Sintomatología.....	"	11
Etiología:		
Física.....	"	15
Neuroendócrina.....	"	16
Psicológica.....	"	24
Pseudociesis en mujeres adolescentes....	"	36
"Pseudociesis" en hombres.....	"	38
"Pseudociesis" en niños.....	"	40
Pseudociesis en animales.....	"	41
Diagnóstico.....	"	44
Tratamiento.....	"	47

CAPITULO II

MARCO TEORICO..... " 51

PARTE II INVESTIGACION

CAPITULO III

METODOLOGIA

Objetivos.....	"	68
Material y Métodos.....	"	69
Diseño.....	"	73

CAPITULO IV

RESULTADOS..... " 75

CAPITULO V

CONCLUSIONES..... " 78

CAPITULO VI

DISCUSION.....	Pag.	83
BIBLIOGRAFIA.....	"	92
APENDICE.....	"	96

P A R T E I

T E O R I A

INTRODUCCION

El embarazo psicológico o pseudociesis, es un fenómeno muy conocido a nivel popular; cuántas veces hemos oído hablar de la amiga, vecina o conocida que ha desarrollado signos y síntomas de embarazo como son abdomen globoso, náuseas, vómitos e inclusive sensaciones de que el feto se mueve, pero que sin embargo sus matrices permanecen vacías.

A este evento, por no tener repercusiones de salud pública masiva, no se le ha dado mucha importancia, y por ende se ha estudiado poco a nivel científico; mejor dicho, son pocas las personas que se han abocado al esclarecimiento y entendimiento de la pseudociesis (también se le conoce como embarazo fantasma, - pseudoembarazo y embarazo histérico).

Es así que desde el punto de vista puramente médico éste - fenómeno por sí mismo no tiene relevancia, ya que no existe una alteración orgánica y por ende, cuando una mujer pseudociética llega a una institución, solo se le informa de su estado real - dándole algunas veces medicamentos para el retorno de su menstruación.

Las repercusiones de dar información sin un adecuado tratamiento psicológico, son de suma importancia y significación para la paciente que presenta un embarazo fantasma, sin embargo - no existen lineamientos institucionales, ni gran conocimiento - de lo anterior que coadyuven a manejar y aminorar las consecuencias de esto.

Todo lo expuesto anteriormente fué lo que motivó y desper-

tó mi interés por estudiar la pseudociesis, decidiéndome a comenzar la investigación, el que llegaron a consulta de Psicología dos pacientes a las que se les dijo -sin más- que no estaban embarazadas, presentando casi inmediatamente conductas auto destructivas, impulsivas e inconscientes, como por ejemplo, accidentes frecuentes.

Es por todas éstas razones que escogí este tema para realizar mi tesis de maestría.

En el capítulo 1 hacemos una revisión de la literatura que habla al respecto; se observa que éste es un fenómeno poco usual sobre todo en la época actual, en donde el avance tecnológico permite detectar con mayor rapidez cuando una mujer está o no embarazada, pero también muy antiguo; de hecho los primeros reportes que mencionan éste fenómeno datan del año 300 a.c. con Hipócrates, siendo aún hasta ahora motivo de estudio y controversia.

¿Por qué a pesar de ser la pseudociesis un evento que no es muy frecuente, y en apariencia poco importante, se sigue estudiando?

Pensamos que todavía no se sabe donde ubicar (nosológicamente hablando) éste fenómeno, así como tampoco se ha podido establecer el o los comunes denominadores etiológicos del falso embarazo.

Algunos autores lo explican a través de teorías muy reduccionistas diciendo: "...en mujeres añosas se da por el deseo de embarazo; en mujeres jóvenes por miedo a quedar embarazadas" (1).

Otros investigadores han enfatizado que éste síndrome es el resultado de una histeria de conversión (2).

Otras teorías, toman en consideración la interacción entre lo psicológico y lo neuroendócrino, concluyendo que las manifestaciones de pseudociesis son de naturaleza psicofisiológica, - más que de una histeria de conversión (3).

La literatura psiquiátrica nos sugiere que la depresión - tiene una crucial significancia en la etiología del fenómeno.

La concepción psicoanalítica por un lado, y la psicósomática por otro, también aportan sus conceptos para ubicar la etiología del falso embarazo.

Ahora bien, debido a ésta disparidad de resultados es que nuestro objetivo, al realizar ésta investigación, sea el de orientarla hacia el conocimiento y descripción de éste fenómeno, tratando de saber qué características de personalidad tienen éstas mujeres y si, de alguna manera sus niveles de ansiedad y de depresión reportan algún puntaje significativo.

Es pues, importante para nosotros tratar de esclarecer un fenómeno que aunque poco frecuente, nos da la pauta para profundizarlo y además tratar de entenderlo desde un punto de vista - psicossomático, que es la línea que pretendemos seguir para intentar explicar la pseudociesis.

La bibliografía revisada nos hace pensar que los fenómenos de ansiedad y depresión son cruciales para que el falso embarazo se dé; sin embargo ésto no queda muy claro, además de que poco se sabe acerca de los rasgos de personalidad que tienen és -

tas mujeres.

Además, éste capítulo contiene aspectos epidemiológicos y de sintomatología de éste síndrome, con el fin de conocer más - ampliamente dicho fenómeno, incluyendo cómo se puede llegar a - diagnosticar y tratar de dar manejo adecuado a las mujeres que lo presentan.

También, dentro de ésta primera parte se encuentra el marco teórico que sustenta la tesis. Se presentan teorías básicamente psicosomáticas, que explican síndromes gineco-obstétricos que, aunque no tan evidentes como la pseudociesis, si nos permiten conocer alteraciones biológicas a partir de fenómenos psicológicos (fundamentalmente depresión y ansiedad).

La segunda parte de éste trabajo trata de llenar la investigación que se hizo con mujeres pseudociéticas que llegaron al Instituto Nacional de Perinatología (INPer, SSA).

Para tales efectos nos propusimos aplicar el Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota (MMPI), el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE), la Escala de Automedición de la Depresión (EAMD) de Zung, y una entrevista semiestructurada (elaborada por la autora), a una población de 9 (nueve) mujeres, pacientes del INPer. Estos instrumentos se aplicaron con el fin de:

- a) Medir rasgos de personalidad
- b) Observar niveles de ansiedad
- c) Medir niveles de depresión
- d) Conocer los eventos que circunscribieron al falso emba-

razo.

Las razones por las cuales se eligieron estas pruebas fueron las siguientes:

-MMPI: Universalmente conocida y utilizada. En México se ha probado y se han establecido normas coherentes a nuestra población (57,58).

-IDARE: Fácil y rápido. Aún y cuando no se ha estandarizado, sí se le ha probado en población Universitaria Mexicana, mostrando no tener diferencias significativas con la población de E.U.A. (51).

-ZUNG: Fácil y rápido; reactivos entendibles, no estandarizada en México, pero sí probada su validez (48).

Con estos instrumentos y la entrevista, pensamos tratar de obtener factores denominadores de la pseudociesis, haciéndonos además la pregunta de si sus niveles de ansiedad y depresión serán iguales o variarán antes y después de saber que no existe embarazo.

Se utilizó un diseño de investigación de pre-postest para un solo grupo con el Idare y el Zung. Ambas pruebas se aplicaron a las mujeres cuando creían estar embarazadas, y después de saber que no lo estaban.

Es preciso puntualizar que existieron problemas para captar la población por los siguientes motivos:

-No se le da mucha relevancia a éste fenómeno, y por lo tanto solo se le dice a la mujer su verdadero estado, y se le deja ir.

-Son pacientes muy difíciles en el sentido de que al no convencerse de la inexistencia del embarazo, algunas optan por ir a buscar otra opinión médica.

Por tales razones, los resultados que aquí se mostrarán no son de ninguna manera generalizables; sin embargo afirmamos que este estudio despertará el interés por fenómenos que como éste, contienen gran carga de tipo psicosomática.

Así entonces, se podrían realizar lineamientos para otro tipo de padecimientos que hasta el momento actual no tienen respuesta en nuestra población Mexicana.

C A P I T U L O I

REVISION BIBLIOGRAFICAAntecedentes

El término pseudociesis viene del griego pseudos-falso, y kiesis-embarazo. El nombre fué acuñado por John Mason Good en - 1823 para sustituirlo por las diferentes connotaciones que se - le ha dado al fenómeno, tales como: embarazo histérico, embara- zo fantasma, pseudoembarazo, etc. (3).

Las primeras observaciones hechas, y de las que se tienen constancia acerca de la pseudociesis, fueron en el año 300 a.c. por Hipócrates (1). El describió doce casos de mujeres que "ima- ginaron estar embarazadas, viendo que sus menstruaciones se sug- pendían y sus matrices se extendían". Posteriormente, en el si- glo 16 María Tudor, hija de los reyes Enrique VIII y Catalina - de Aragón de Inglaterra, fué un caso famosos de pseudociesis re- petitiva (4). Esta mujer tuvo dos episodios de falso embarazo, con respectivos trabajos de parto, además de tener náuseas matu- tina y engrandecimiento de abdomen. Los historiadores han espe- culado que después de sus episodios de pseudociesis, María se - creyó abandonada por Dios, por haber sido indulgente con los - "herejes"; por lo que decidió reparar ésto y mandó a 300 protes- tantes a morir en la hoguera.

Sin embargo cuando reconoció (a los 42 años) que no tenía esperanza de embarazarse, se hundió en una severa depresión. Se retiró a su casa de campo con pocos sirvientes, en donde su sa- lud se deterioró, muriendo en Noviembre de 1758. Aún y cuando -

las causas de su muerte no se pudieron esclarecer, se presume - que fué de "causa natural" (4).

En el siglo 19, Joanne Southcott (1758-1814), profeta y lí - der fanática de una secta religiosa en Inglaterra, declaró es - tar embarazada del "futuro mesías". Tenía 64 años, y 6 de 9 mé - dicos que la examinaron admitieron que sus síntomas, en una mu - jer más joven, indicarían futura maternidad. Esta mujer murió - poco después de un falso trabajo de parto (1).

Epidemiología

Ahora bien, parece ser que los casos de pseudociesis fue - ron más abundantes en épocas pasadas; ésto quizá se deba -en parte- al avance tecnológico que permite hacer un diagnóstico - más rápido y acertado cuando una mujer está o no embarazada.

Primero debemos de tomar en cuenta los episodios aislados de embarazo falso que observó Hipócrates; el caso de María Tu - dor en el siglo 16, y el de Joanne Southcott en el siglo 19.

En el siglo 18 se cuenta una anécdota con relación a un ca - so de pseudociesis de muy larga duración. Se dice que ésta pa - ciente estaba en su décimo octavo año de pseudociesis, y que el Barón Dupuytres le dijo: "Yo creo Sra., que lo mejor que usted podría hacer, es tragarse un tutor privado para su hijo, o su e - ducación estará deplorablemente descuidada".

La revisión de la literatura nos indica que son pocos los casos de pseudociesis que han sido reportados desde el año de - 1900. En 1916-1917, en un hospital de Nueva York se vió alrede -

dor de un caso de pseudociesis por mes (5).

Rosensohn reporta 10 casos en 1922 en la ciudad de Nueva York, recolectados en el período de un año: 1917.

Paddock (6) infiere que ésta condición es común a todas las razas. Aduce que al menos 12 países han sido nombrados en la literatura Universal, incluyendo a todos los continentes. En la propia experiencia de Paddock refiere haber visto más pacientes de raza blanca que de otras. En cuanto al rango de edad, fué de 25 a 35 años, aún y cuando sus pacientes se acercaban más a los 25 que a los 35 años.

En 1937, Bivin & Klinger (1) hicieron una recopilación de datos encontrando lo siguiente: de 20 ciudades en los siglos 17 y 18, pudieron obtener 440 casos de pseudociesis; después de su monografía se han reportado aproximadamente 100 casos más. Los pacientes de éstos autores tuvieron como rango de edad de 5 a 79 años; el 73% estaban en edad reproductiva (de 15 a 39 años), y el 22% estaban menopáusicas; 182 habían tenido embarazos previos; 307 eran casadas. Algunas de ellas se recuperaron espontáneamente de la pseudociesis, sin embargo fué más común que dichas mujeres llegaran a "trabajo de parto". Encontraron que en el 43% de los casos la pseudociesis duró 9 meses. El 5% había tenido al menos un episodio repetido, incluyendo un caso célebre en donde la mujer repitió regularmente una pseudociesis cada 9 meses, estando así durante 20 años. El ciclo finalizó solo con su muerte, a los 51 años de edad.

En 1941 Rutherford (5) encontró en un hospital de Boston -

que "la pseudociesis se presentaba en una frecuencia mayor de lo que se creía" (no especifica el número).

Entre los años de 1945 y 1949, Fried y Colbs. (2), de 250 - admisiones en un hospital de Filadelfia, captaron una muestra de Julio de 1946 a Enero de 1949; el grupo se formó de 27 pacientes con las siguientes características:

- 23 negras, 4 blancas
- edades entre 18 y 36 años
- 11 nunca habían estado embarazadas
- el número promedio de episodios de pseudociesis por mujer fué de 1 a 4
- la duración de dichos episodios fluctuó entre 4 y 14 meses; en 6 de los casos fué más allá de los 9 meses
- 24 tenían el diagnóstico de infertilidad

Brenner (5) vió 21 casos de pseudociesis durante 4 meses - consecutivos en una maternidad de Sudáfrica. Reportó una incidencia de pseudociesis de 1 en 200 pacientes que ingresaron al hospital para cuidados prenatales.

La ocurrencia de pseudociesis en un hospital de Boston, de los años 1977-1979, fué de aproximadamente de 3 a 6 casos por año.

Cohen (5) concluye que hay una marcada disminución en cuanto al diagnóstico de pseudociesis, comparativamente con los pasados 100 años.

De lo anterior, podemos extraer las siguientes observacio -

nes, en cuanto a la baja incidencia de éste fenómeno:

- 1) Avance tecnológico.
- 2) Cambios psicosociales en el rol que tiene la mujer.

Anteriormente la finalidad de la mujer era casarse y tener hijos. La maternidad era muy deseada, y eso le daba valor a sus vidas.

Esto está muy relacionado con los conflictos inherentes de las épocas actuales, en donde la confusión de roles se acrecenta cada vez más. Ahora la maternidad no es el único objetivo de la mujer, existen a su alcance otras metas y otros valores que le pueden dar sentido a su vida, y por lo tanto el rol materno ya no es primordial.

Sin embargo, como dice la Dra Langer "...la mujer actual - que se adapta totalmente a una sociedad antiinstintiva sufrirá, de alguna manera, las consecuencias, siempre que no sepa integrar su logro profesional con su vida amorosa y de madre. Esta integración a menudo no es fácil de alcanzar". (28).

Esto es, en parte, lo que va a explicar por qué se opta - por la pseudociesis; sin embargo todavía nos falta comprender a fondo el por qué se recurre a un tipo de situación tan específica y particular como lo es el embarazo histérico.

Sintomatología

Se ha constatado a través del tiempo y de la observación, que el síndrome de pseudociesis, en términos generales, presenta una gran gama de signos y/o síntomas que son exclusivos del

embarazo. Es así que, tenemos que Fried et. al. (2) encontró en su estudio, por orden de frecuencia:

1) Disturbios menstruales consistentes en oligomenorrea - (escaso sangrado menstrual) o amenorrea (ausencia de menstruación). Esto se presentó en 26 de las 27 pacientes, habiendo tenido todas una historia de menstruaciones normales: 19 tuvieron oligomenorrea y 7 amenorrea.

2) Crecimiento abdominal sin crecimiento del ombligo, lo cual es contradictorio en un embarazo normal. 24 pacientes presentaron este signo.

3) Cambios en las mamas similares a los que se presentan en el embarazo. 22 pacientes con secreción de leche y engrandecimiento de la areola. 10 de éstas eran nuligrávidas.

4) Sensación de movimientos fetales. 22 reportaron esto, pero diferían -comparado con un embarazo- en lo siguiente: tiempo de aparición de los movimientos, vigor, tipo y localización. En solo 5 casos esto apareció durante el 4º ó 5º mes; pero algunas lo sintieron en el 1º mes, y otras hasta el 8º mes.

5) Ablandamiento del cérvix con signos de congestión. Esto se presentó en 19 pacientes, teniendo algunas crecimiento uterino de no más de 6 semanas de gestación (en forma atípica).

6) Náuseas y vómito, frecuencia al orinar, salivación, sueño y fatiga.

7) Ganancia de peso. Más de lo esperado que en un embarazo - (en 4 meses hasta 22 kilogramos); 12 pacientes manifestaron que su apetito se había incrementado, presentándose así mismo tam -

bién, antojos.

8) Pruebas de embarazo que en 4 casos (de los 27) fueron -
positivas. Clínicamente no había embarazo.

Brown, por otro lado, nos da la siguiente sintomatología,
también en orden de frecuencia:

1) Disturbios menstruales (oligo o amenorrea). La duración
varía; sin embargo, usualmente es de 9 meses.

2) Engrandecimiento abdominal sin cambios umbilicales, los
cuales son un signo que puede ser usado para hacer un diagnósti-
co diferencial. Enfatiza el hecho de que el engrandecimiento ab-
dominal no es causado por acumulación de gases (como anterior -
mente se creía) sino por un uso inusitado de los músculos abdo-
minales; ésto desaparece bajo los efectos de la anestesia.

3) Cambios en las mamas consistentes en: aumento de tama-
ño, secreción de leche o calostro, pigmentación.

4) Sensación de movimientos fetales.

5) Ablandamiento del cérvix con signos de congestión; au-
mento del útero que presenta características variantes entre 6
semanas y 8 meses de embarazo.

6) Náusea y vómito; a veces se presentan problemas gastro-
intestinales o de apetito y constipación.

7) Aumento de peso, usualmente mayor que en un embarazo.

En términos generales encontramos que la sintomatología -
presentada en la pseudociosis y en el embarazo son extremadamen-
te similares; esto mismo ha ocasionado errores de diagnóstico,

declarando como verdadero "el embarazo", por lo que cuando se presenta un sangrado, se puede confundir ya sea con amenaza de aborto, o con placenta previa.

Un elemento que se debe tomar en cuenta es que la paciente que presenta pseudociesis, tiene la firme convicción de estar embarazada, siendo, quizá, este elemento el que haga la diferencia de éste síndrome con otros.

Existen otros signos y/o síntomas que se presentan supuestamente en exclusiva en el embarazo, y que caen ya dentro del terreno de las complicaciones. Específicamente podemos hablar de la toxemia. Existe un caso registrado en donde se pudieron observar algunas de éstas complicaciones propias de embarazo. Los síntomas que presentó ésta mujer, fueron: hipertensión, albuminuria (++) , y edema en extremidades inferiores. Lo significativo es que dichos síntomas desaparecieron en cuanto se le dió a conocer a la paciente, su diagnóstico.

No obstante, lo más frecuente de encontrar, son los signos y/o síntomas mencionados anteriormente.

Hardwick (7) menciona la misma sintomatología y señala otras tres instancias que deben de distinguirse del fenómeno de pseudociesis propiamente dicho. Estas son las siguientes:

- a) Embarazo ilusorio como el que se presenta en la psicosis.
- b) Embarazo simulado, cuando una mujer dice estar embarazada sabiendo que no es así.
- c) Pseudoembarazo, causado por un tumor que produce cam -

bios endócrinos, llegando a dar sintomatología de embarazo.

Esta distinción no la hace Paddock (6), y llama pseudociesis a los casos que claramente presentan problemas a nivel orgánico (tumores por ejemplo).

Sin embargo se puede observar que los diversos autores concuerdan en que la pseudociesis se presenta con los signos y síntomas de un embarazo.

ETIOLOGIA FISICA

Podemos ver que a lo largo de la historia, los reportes acerca de la pseudociesis no son abundantes; no obstante, los objetivos en todos éstos han sido el encontrar la o las causas - que pudieran estar dando origen al fenómeno del embarazo psicológico.

Las ideas más tempranas acerca de esto fueron puramente físicas o de naturaleza mecánica.

En 1746 Motte (1) lanza su teoría acerca de que la pseudociesis es "un vientre inflado por aire".

Otros investigadores atribuían al abdomen globoso a constipación, retención de orina, o a la combinación de ambos. (1)

Los movimientos fetales descritos por muchas de las pacientes se han atribuido a fuertes contracciones de los músculos abdominales, peristalsis intestinal e imaginación.

Chapman en 1864 decía que la pseudociesis podía ser causada por "una irritación del órgano uterino debido al coito excesivo en la recién casada".

Actualmente no está todavía muy claro cual es la causa de la distensión abdominal. Se postula que se debe a la contracción de la musculatura del abdomen, retención de gases o de orina.

Como podemos observar, todas éstas explicaciones nos clarifican el porqué podía confundirse con embarazo todos éstos cambios físicos; sin embargo se hace evidente el reduccionismo en todas éstas teorías, y sobre todo no se toca para nada el aspecto psicológico de la mujer.

Con éstas hipótesis se podía presuponer que existían "agentes externos" causales de los cambios físicos, pero no se mencionaba el aspecto de por qué la mujer se sentía y creía embarazada, confundiendo la peristalsis, por ejemplo, con los movimientos del feto.

ETIOLOGIA NEUROENDOCRINA

La evidencia acumulada en los últimos años, sugiere que los cambios fisiológicos vistos en la pseudociesis se atribuyen a la alteración en la función pituitaria-ovario, por medio de neurotransmisores en la pituitaria y/o el hipotálamo. El rol del factor psicógeno en el control del sistema neuroendócrino se ha convertido en una de las más excitantes áreas de la medicina psicosomática. Algunos consideran a la pseudociesis como un ejemplo clásico del dominio del Sistema Nervioso Central en el control de la función ovárica (8). Al respecto, las lesiones del SNC, tales como tumores han sido reportados como causantes de síndromes similares a la pseudociesis, probablemente por

la secreción de neurohormonas.

Una de las más tempranas formulaciones sobre la relación - psicoendócrina en la pseudociesis fué hecha por Reifenstein en 1946 (9). Este autor hipotetizaba que habría un bloque de impulsos nerviosos del hipotálamo a la pituitaria -debido a un disturbio psicológico- y que resulta en una falsa liberación de la Hormona Luteotrópica (LH).

En 1942, Moulton (1) reportó 3 casos de pseudociesis, en donde por medio de laparotomía observó evidencia de cuerpo lúteo. Sugiere que el mecanismo es que, debido a factores psicológicos que actúan sobre la pituitaria anterior, se produce persistencia del cuerpo lúteo.

Fried et. al (2) en 1951 estudiaron a 27 pacientes con pseudociesis, y les hicieron estudios hormonales después del episodio, y concluyen que estas mujeres, aparentemente, tuvieron persistente luteinización de los ovarios. Este efecto luteinizante parece ser el resultado de la estimulación del ovario por medio de la hormona lactogénica. Parece ser que el factor psíquico actuó sobre el sistema endócrino por la vía de la corteza, a través del hipotálamo a la pituitaria, liberando la acción luteotrópica, y suprimiendo la Hormona Folículo Estimulante (FSH).

Estos autores definieron este disturbio psicológico como un conflicto resuelto con el embarazo, por medio de alteraciones en la pituitaria, causando un incremento en la LH, cuerpo lúteo persistente y una elevación crónica de estrógeno y progesterona.

terona. Las irregularidades menstruales resultantes de éstos - cambios endócrinos, es la trampa para que la psique lo vea como un embarazo, llevando a su vez a incrementar los síntomas, creando así un círculo vicioso.

Más recientemente (1971), Brown & Barglow (3) mencionan - que el ciclo menstrual refleja la interacción hormonal entre la pituitaria anterior, los ovarios y el útero. La pituitaria anterior secreta FSH, la cual estimula el crecimiento del folículo en el ovario, la LH que causa la ovulación del folículo, el - cual ha sido madurado por la FSH. La combinación de FSH y LH ac túa para incrementar la liberación de estrógenos en los ovarios.

Se ha establecido que la Pr (hormona lactogénica) es luteo t r ó p i c a en la rata. La Pr es secretada por la pituitaria anterior en el humano, y hay alguna evidencia de que también tiene una acción luteotrópica en el humano.

Algunos estudios (8,10) muestran que los niveles de Pr en sangre y orina son mayores durante la fase lútea del ciclo m e n s t r a l que durante la fase folicular, en mujeres normales. Esto sugiere una correlación positiva entre secreción de Pr y f u n c i ó n l ú t e a.

Sin embargo, otros estudios indican que la Pr puede no tener claros efectos luteotrópicos, y que la FSH y LH son solo - responsables de la formación de un funcionamiento normal del c u e r p o l ú t e o (11).

Por todo esto, se hipotetiza que se debe tomar en cuenta -

la persistencia del cuerpo lúteo en la fisiología de la pseudociesis

Ahora bien, ¿cuál sería el mecanismo fisiológico que explicaría la persistencia del cuerpo lúteo?:

1.- En estas pacientes se secreta Pr, como lo indica la presencia de la lactancia, lo cual puede explicar la persistencia del cuerpo lúteo. Con esto se podría concluir que la Pr tiene acción luteotrópica en el humano.

2.- Otro mecanismo posible podría consistir en la secreción relativamente normal de FSH, con elevada y prolongada secreción de LH; la LH tiene una función luteotrópica.

Los hallazgos en cuanto a persistencia del cuerpo lúteo solo se han podido demostrar en muy pocos estudios, ya que la evidencia no es concluyente en muchos otros. Sin embargo, su formulación afirma que la depresión, por la vía cortical y sistemas límbico, causa un decremento en la disponibilidad de aminas biogénicas evitando la liberación de LH.

Como consecuencia, el decremento de niveles de LH y FSH impide la ovulación y promueve la amenorrea, mientras que el incremento de Pr lleva a la lactancia y posiblemente a la persistencia del cuerpo lúteo, la cual en sí misma produce la amenorrea.

En apoyo a esta teoría, Cramer (12), en 1971 reportó un caso de galactorrea y embarazo alucinatorio en una adolescente portorriqueña de 16 años que tomaba clorpromazina, una droga -

que se sabe agota la cantidad de catecolaminas endógenas. Concluye que, tanto la clorpromazina como los factores psíquicos pueden ser causa de galactorrea a través de su acción sobre el hipotálamo:

1- La clorpromazina probablemente suprime la actividad hipotalámica inhibitoria de la pituitaria anterior, por lo tanto libera ésta y afecta la producción de gonadotropinas y prolactina, dando como resultado la ganancia de peso, amenorrea y lactancia.

2- Influencias psicógenas que afectan la pituitaria a través del hipotálamo, causando la liberación de LH, la supresión de FSH, y la persistencia de la función luteinizante.

Por otro lado, Zárate (11) estudió en 1974 a dos pacientes con pseudociesis, y encontraron altos niveles de prolactina y bajos niveles de concentración gonadotrópica en sangre. En estas mujeres no hubo evidencia de cuerpo lúteo. Explican la amenorrea y la galactorrea por el incremento de Pr y disminución de niveles de FSH y LH sin un cuerpo lúteo persistente.

Dicen que en base a sus resultados, no aceptan la presencia de cuerpo lúteo en mujeres con pseudociesis. Apoyan que el factor psicológico actúa por medio del SNC y el hipotálamo, los cuales decrementan la secreción de gonadotropinas e incrementan la secreción de Pr. La pituitaria responde a la estimulación exógena por medio de hormonas hipotalámicas.

En 1976, Yen y Colbs. (8), hicieron un estudio con una ado

lescente de 16 años, y describen cambios en la pituitaria y --
hormonas ováricas antes y después de la resolución de la pseu-
dociesis, y encontraron:

- a) excesiva secreción de LH y Pr en pituitaria, y
- b) FSH y TSH normales.

En cuanto a la actividad luteotrópica de la prolactina, -
estos autores formulan la ausencia de evidencia de acción lu -
teotrópica de Pr, pero propone que quizá exista relación entre
la LH y la Pr en humanos.

En años recientes se ha estudiado la función pituitaria -
en mujeres con pseudociesis. El grupo de Zárate encontró alto
el Pr y baja la LH y FSH en sus dos pacientes.

La administración de LHRH lleva a un mayor incremento de
LH en pacientes con pseudociesis que en sujetos normales, pero
un incremento normal en FSH. La administración de TRH dió como
resultado un mayor incremento de Pr en pacientes con pseudocie
sis, pero un incremento normal de TSH; esto posiblemente indi-
ca que estas pacientes tienen mayor reserva liberable de LH y
Pr, que las mujeres normales.

En la evaluación neuroendócrina de la paciente de Yen en-
contró que los niveles de Pr y LH estuvieron marcadamente in -
crementados; mientras que la FSH tuvo un rango normal. Los ni-
veles de Pr y LH cayeron rápidamente cuando se les dijo el -
diagnóstico a las pacientes, además de que desaparecieron sus
síntomas.

García Nuñez y Colbs. (13) realizaron un estudio con 15 pacientes que presentaron pseudociesis: les hicieron prueba inmunológica de embarazo, placa simple de abdomen, histerosalpingografía, biopsia de endometrio y espermograma.

La prueba inmunológica fué negativa en todos los casos. La biopsia reportó 5 mujeres con endometrio secretor, 2 con endometrio proliferativo y 4 con hiperplasia simple.

El estudio radiológico reportó ausencia de elementos fetales. La histerosalpingografía fué normal en todas las pacientes. En el espermograma se reportaron 6 cónyuges normales. La prueba de progesterona fué positiva en 13 de los 15 casos.

Se ha sugerido que la depresión se asocia a una depleción de catecolaminas en el SNC, disminuyendo los mecanismos dopaaminérgicos, los cuales serían responsables de un estado de hiperprolactinemia y una disminución gonadotrópica.

La ansiedad es otro factor que puede desencadenar en forma semejante la disfunción neuroendócrina del sistema reproductor femenino.

En este estudio, la biopsia de endometrio utilizada como parámetro indirecto de actividad ovárica, reveló imágenes histológicas de endometrio secretor, proliferativo e hiperplásico, lo cual sugiere que endocrinologicamente el síndrome de pseudociesis posee un espectro hormonal variado, con diferentes niveles hormonales de gonadotropinas y esteroides sexuales, pero consistentemente con predominio de estados hiperprolactinémicos.

En base a esto, se sugiere dar sustancias que sean capaces de suprimir la hiperprolactinemia y regular el ciclo de gonadotropinas.

Concluyen que las alteraciones bioquímicas neurohormonales del SNC, juegan un papel relevante en la génesis de la pseudociesis.

Cohen (5), en 1982 afirmó que lo consistentemente encontrado en estudios con mujeres con pseudociesis, es que sus niveles de Pr parecen ser elevados.

Las preguntas que surgen a partir de estas investigaciones son:

- 1- ¿Existe una persistencia de cuerpo lúteo en mujeres con pseudociesis?
- 2- ¿Es luteotrópica la prolactina en humanos?
- 3- ¿Cuales son los niveles de gonadotropina y Pr en pacientes con pseudociesis?

Como conclusión se puede decir que, hasta la fecha todavía existe confusión al respecto, y los autores presentan resultados opuestos, derivados de sus investigaciones.

Por lo mismo, sería muy beneficioso no solo para el terreno de la medicina psicosomática, sino también para el campo de la endocrinología, el poder realizar estudios sistemáticos y completos que estén orientados a la clarificación de las funciones hormonales de las mujeres que cursan con pseudociesis.

ETIOLOGIA PSICOLOGICA

La explicación más antigua a este nivel, fué dada en el año de 1829 por Leavitt. El creía que el síndrome era la consecuencia del miedo al embarazo (1).

En 1921 Novak proponía lo siguiente: "... es frecuente que la amenorrea de la menopausia se confunda con embarazo, sobre todo en los casos de mujeres que están muy deseosas de tener un bebé" (1).

Paddock (1930), habla de su experiencia personal en un dispensario de la Escuela de Medicina de Washington, observando que en la mayoría de los casos, ocurrió la pseudociesis en mujeres jóvenes, quienes, tenían miedo de quedar embarazadas (6).

Ahora bien, de sus observaciones y de la revisión de numerosos casos en la literatura, dividió a las mujeres con éste síndrome, en 3 tipos en general:

1) Mujeres en quienes decididamente existe un miedo o aversión a quedar embarazadas. Aquí engloba sobre todo a las adolescentes que después de tener relaciones sexuales "fílicas" comenzaban a tener conflictos emocionales (no menciona de qué tipo) que hacen que la mujer comience a malinterpretar cualquier disturbio menstrual, -aunque sea pequeño, como por ejemplo, un atraso de 2 ó 3 días- bajo la luz de un embarazo. Esto mismo tiene repercusiones, como en círculo viciosos, a nivel orgánico y así sucesivamente, hasta que se llega a conformar el síndrome de pseudociesis.

Observó también que éstas pacientes tuvieron una edad mental menor que su edad en años cronológicos, y que eran fácilmente sugestionables.

2) Mujeres quienes están muy deseosas de embarazarse. Aquí, Paddock considera que en este grupo se presenta con mayor frecuencia el falso embarazo, siendo además las más difíciles de convencer de lo contrario. Observó que las mujeres eran usualmente mayores (no menciona la edad), y con un mejor conocimiento de signos y síntomas de embarazo, por lo que el cuadro de pseudociesis que presentan es más completo.

Una de las causas más frecuentes -según él- es aquella en la que está presente el deseo de preservar la unión con su pareja, especialmente en mujeres que se aproximan a la menopausia sin haberse embarazado. El miedo a la esterilidad y el deseo de convencer al marido de que sí podían tener hijos, fué suficiente causa para "buscar" cualquier síntoma que indicara embarazo. Paddock aduce que está presente el "instinto maternal" (no explica a que se refiere con este término). Fué notorio en estas pacientes todos los preparativos cuidadosos que hicieron para "el parto y el recibimiento del futuro bebé".

3) Mujeres quienes se imaginan embarazo a partir de disturbios funcionales, confundiendo los signos y síntomas propios del embarazo, siendo la amenorrea el factor causal más común (sobre todo en pacientes que se acercan a la menopausia). También menciona desórdenes endócrinos, tumores ováricos, etc.

Las mujeres estudiadas por este autor, atribuían sus disturbios emocionales al supuesto embarazo, hecho que es contrario a la afirmación de que el imaginarse el embarazo, es el resultado de algún problema emocional.

Sin embargo, no está de acuerdo que el falso embarazo pueda explicarse solo bajo las bases de una histeria; plantea que quizá en algunos casos así sea, pero que esto no se puede generalizar.

Por lo tanto concluye que su teoría sí puede aplicarse a casi todos los casos en que se presente pseudociesis, extendiéndola a poder explicar la alta frecuencia de esto en mujeres con "limitada capacidad mental".

En el estudio realizado por Fried y Colbs. (2), encontraron que todas las pacientes (excepto una) no tenían hijos, y el factor que predominó durante el exámen fué el deseo de tener uno. Todas eran casadas y todas coincidieron en la percepción de que el esposo también deseaba tener un hijo. Solo una de las pacientes reportó tener un hijo (vivo y sano). 24 habían tratado de concebir sin resultado alguno, en un promedio en años de 2 a 17. Las otras tres parejas habían hecho planes para embarazarse inmediatamente después de casarse. Los disturbios menstruales comenzaron al esperar su primer periodo después de casadas, seguido por pseudociesis, lo cual tranquilizó a las pacientes en cuanto a sus deseos de complacer a sus esposos.

El exámen psiquiátrico de las 24 pacientes reveló que el

síndrome fué la consecuencia de tensión emocional, en donde el "embarazo" les ayudó a superarlo.

En la mayoría de los casos (no dice en cuántos) el deseo inconsciente de las pacientes fué:

-Asegurar los sentimientos de su pareja, y reforzar una relación titubeante.

-Querer sentirse "mujeres completas".

-Ser igual a otras mujeres, especialmente de amigas cercanas.

-Tener un hijo que hiciera las funciones de acompañante.

-Autocastigo.

Se observó también que eran pacientes crédulas, con niveles de inteligencia que fluctuaron de superior a morón. Eran propensas a aceptar historias populares, e historias distorsionadas acerca de la sexualidad. Los estudios psiquiátricos realizados también revelaron baja tolerancia a la frustración, marcada inseguridad, dificultad en sus relaciones interpersonales, incapacidad para resolver tensiones y un rechazo inconsciente al embarazo.

El mecanismo psicológico básico pareció ser una "ansiedad de conversión", surgida de los conflictos entre:

a) impulso sexual, más las tensiones de la vida diaria

b) historias populares, más aprendizaje y experiencias tempranas que condicionaron en forma negativa sus ideas sobre el proceso reproductivo.

En la literatura psicoanalítica, existen algunos reportes que hacen referencia a éste fenómeno.

Históricamente el primer caso de pseudociesis fué el de Ana O (54,55). Parece ser que este hecho se dió como consecuencia de una fuerte transferencia positiva de naturaleza sexual hacia Breuer; éste a su vez, había desarrollado una fuerte contratransferencia con la paciente a tal grado, que decidió poner fin al tratamiento. En este estadio de cosas Ana O estaba en franca mejoría, sin embargo esa misma tarde mandaron llamar a Breuer y cuando llegó encontró a la paciente más enferma que nunca: estaba teniendo un falso trabajo de parto, culminación de una pseudociesis que se había iniciado en respuesta a la atención médica de Breuer.

Helen Deutsch (53) resume de la siguiente manera los factores comunes que encontró en 4 mujeres que tuvieron pseudociesis:

- 1) actitud ambivalente hacia el embarazo
- 2) el deseo de embarazo no solo derivó del anhelo de la maternidad, sino de factores secundarios: de un carácter agresivo y hostil
- 3) hubo intención de autocastigo
- 4) el simultáneo deseo de saber-no saber que el embarazo era una ilusión, lo expresaron las 4 pacientes en forma de oposición a un exámen médico.

La Dra. Deutsch concluye que el falso embarazo le sirve a

la mujer para negar y escapar de una verdad más peligrosa, que es el miedo a un embarazo real; este miedo se debe a un conflicto entre querer y no querer, desear el embarazo y ser incapaz de lograrlo; conflicto entre el deseo y el miedo, entre el mandato y la prohibición internas y externas. En resumen, en todos los casos las dificultades internas y externas provinieron de la posibilidad de consolidación de una maternidad real.

Abram nos presenta un episodio de pseudociesis seguido de un verdadero embarazo, cuando la paciente estaba en la fase de terminación del análisis. (14).

Esta paciente acudió a tratamiento con síntomas de ansiedad, depresión y frigidez sexual, además de presentar múltiples quejas somáticas. Tenía una historia de privación afectiva severa, con una madre fría e incapaz de ser amorosa. La paciente siempre se sintió no amada, no deseada e inferior.

Abram plantea 3 niveles de interpretación:

1) La pseudociesis representó el deseo de ser embarazada por el analista (padre)

2) La pseudociesis envolvía un gran monto de ansiedad de separación. El "embarazo" además de bajar la ansiedad, impedía la terminación del análisis.

3) La pseudociesis representó simbólicamente el miedo de separación de la madre (analista)

Se puede concluir que los sentimientos edípicos y la ansiedad de separación fueron factores decisivos para el desarrollo de los síntomas.

Kimball (15) nos reporta un caso en donde el factor precipitante pareció ser la creencia de la paciente en "brujería".

El desarrollo de la pseudociesis en esta mujer se dió - por un conflicto inconsciente entre el deseo y el miedo de embarazarse. Su nivel sociocultural era bajo y su familia le - transmitió un marcado pensamiento a nivel mágico. También era muy sugestionable con rasgos de personalidad histéricos.

Brown en 1971 (3) piensa que el factor más importante y crucial en la pseudociesis es la depresión. Estan de acuerdo en las descripciones que sugieren que alguna clase de pérdida es la precipitante en el embarazo psicológico. Esta pérdida - puede ser: de amor, de amor objetal, de la capacidad de embarazarse, o de la autoestima.

Reconocen que cualquier clase de pérdida puede producir una multitud de fenómenos defensivos y regresivos. Relatan - dos casos en los cuales la pérdida produjo una severa ansiedad seguida de psicosis, en donde la pseudociesis pareció ser un hecho restitutivo.

Es así que, nos dicen que cuando el falso embarazo está asociado a la depresión, presuponen cierta estructura de personalidad: elección narcisista de objeto, agresión no neutralizada, fijación oral, y el prominente uso de incorporación e introyección.

Sin embargo estos autores señalan que el énfasis que se le da a la depresión, hace que se minimice la importancia de la ansiedad en este fenómeno. Es por esto que se declaran a-

favor del punto de vista psicosomático ("lo mediador entre cuerpo y mente").

Daw (16) en 1973 nos da un reporte de caso con el síndrome de "Munchausen" o "síndrome de adicción a hospitales", la cual presentó un cuadro de pseudociesis, planteando ésta última como otra variación de dicho síndrome.

Cohen en 1982 (5) nos aporta un punto de vista psicosocial aduciendo que los síntomas psicológicos se pueden reducir o incrementar dependiendo de los cambios culturales y sociales. Se adhiere a la postura de Meyerson que afirma: "tratar de explicar la conducta del individuo y discutir su psicología como algo distinto a la psicología de la sociedad, sería tanto como si el anatomista dijera (en una falsa disección) que las estructuras están aisladas artificialmente unas de otras, estando -- sus conexiones orgánicas destruidas".

Para reafirmar esta posición, pone a consideración la alta tasa de pseudociesis que se da entre los negros en Sudáfrica, no pudiéndose entender éste fenómeno fuera de su contexto social.

En esta población que se estudió, el valor de la mujer se determina por su fertilidad, existiendo un rito llamado "Lobola" (rito regional). Lobola es la dote del matrimonio que la familia del novio da a la familia de la novia, con la estipulación de que ella debía tener hijos. Cuando estos no llegan pronto, se le pide a la familia de la novia regresar la lobola o, dar otra mujer como sustituta de la primera.

Por otro lado, en América, a principios del siglo 20, aunque no existiere la costumbre de Lobola, a las mujeres se les sometía a una considerable presión para que procrearan. Esta presión viene de 2 fuentes:

- 1) del mandato bíblico "creced y multiplicaos", y de,
- 2) la necesidad de contar con manos, que a futuro sean - fuerzas de trabajo.

En la actualidad, la presión que se ejerce para procrear ha disminuido y por lo tanto, también el fenómeno de la pseudociesis. Los factores contribuyentes para que esto suceda:

- a) la tendencia hacia la constitución de familias más pequeñas.
- b) la disminución del miedo hacia la mortalidad infantil
- c) mayor apertura hacia el conocimiento de aspectos médicos, sexuales y reproductivos.
- d) las contribuciones hechas por movimientos feministas.

Cohen explica que es por esto que cuando una mujer -actualmente- presenta signos y/o síntomas de embarazo (amenorrea, - crecimiento de abdomen, etc.), y se hace una prueba de embarazo que resulta negativa, le parece esto suficiente para buscar - otra causa que explique dichos síntomas.

Silber (17) apoya la posición de Cohen y concluye que la pseudociesis ocurre predominantemente entre la gente con baja escolaridad, relativamente "ingenuas", y con un fuerte deseo - de embarazarse.

Considera que la pseudociesis es una reacción conversiva

con componentes depresivos de fondo, lo cual a su vez afecta - el Sistema Nervioso Central, cayendo así, en el terreno de lo psicossomático.

Otro lugar en donde se daba un alto índice de pseudociencia, es en las Islas Marquesas (28). Aquí se le privaba a la mujer del goce de la maternidad (así pagaban el precio de su igualdad social, y de la posición sexual privilegiada que tenían), llevando esto al rechazo del embarazo, tomando medidas anticonceptivas y practicando el aborto. Es decir, debían embarazarse para tener sus privilegios, pero les quitaban a sus hijos a los pocos meses. Esto dió como resultado la aparición - del fenómeno del embarazo histérico. Esta tribu explicaba la ausencia del feto a nivel mágico: con la aparición de dos seres sobrenaturales llamados fanauas y vehini; ambos destruían fetos y robaban niños para comérselos. (Algunas pacientes de este estudio aducían a la frase "se lo chupó la bruja").

La Dra. Langer (28), por otro lado, nos dice que la mujer tiene otra serie de opciones en la época actual, además de la maternidad. En épocas pasadas la vida de la mujer solo cobraba sentido a través de ser madre, siendo que, al no poder tener - hijos (esterilidad) optaban (algunas) por el camino de la pseudociencia; es decir, que existe en el embarazo psicológico el - conflicto de querer ser madres, y no poder o no deber serlo.

Esto lo explica más ampliamente a través del análisis que hace de María Tudor (52).

María era estéril -debido probablemente a los aconteci --

mientos que vivió en su infancia-; en su situación de reina - no le era posible aceptar con resignación una esterilidad, la pseudociesis fué un intento de salvar su matrimonio y negar sus culpas. Si María estaba embarazada, entonces significaba que Dios estaba de su lado.

Sin embargo el episodio solo le dió un respiro, y cuando todo concluyó -abandono del esposo, complots, un pueblo que le volvió la espalda-, reconoció a su hermana Isabel como sucesora para morir poco después.

Su muerte ha estado en entredicho, ya que algunos autores (4) opinan que la severa depresión en que se hundió poco después de saber por segunda vez que no estaba embarazada, fué - la que le produjo la muerte (¿se dejó morir?).

Lo que podemos extraer de ésta parte de la literatura revisada, son las siguientes conclusiones que tratan de explicar el fenómeno de la pseudociesis:

- 1) Histeria de conversión.
- 2) Depresión.
- 3) Regresión del desarrollo (al plano oral).
- 4) Ambivalencia hacia el embarazo.
- 5) Fuerte deseo de maternidad y no poder, o no deber serlo.
- 6) Búsqueda de la madre.

En general, también se aduce que son mujeres fácilmente-sugestionables, con pensamiento de tipo mágico, con nivel so-

cioeconómico bajo, cuyas motivaciones conscientes para "embarazarse" giran alrededor de sus parejas (complacerlas y/o asegurar la relación).

Estudios más recientes (17,18,19), hacen referencia al nivel social, económico y/o cultural.

Nosotros pensamos que la ansiedad también juega un papel importante, que junto con rasgos de personalidad, depresión y circunstancias alrededor del suceso, nos pueden dar la pauta - para poder hacer predicciones.

No creemos que sensaciones tan conscientes y aisladas -como miedo, culpa o deseo- puedan ser suficientes para producir éste síndrome, ya que de ser así, el índice de pseudociesis sería muy alto.

Es aquí donde principalmente radica nuestro interés al hacer este estudio, pues nos encaminamos a tratar de encontrar - factores comunes que puedan ser capaces de explicar el fenómeno del falso embarazo.

PSEUDOCIESIS EN MUJERES ADOLESCENTES

Se plantea que la pseudo--ciesis es una condición que no es muy frecuente, por lo que en adolescentes ésto lo es más: sin embargo, se han reportado algunos casos, en donde se describe además, la terapéutica empleada.

En 1981 (12), Cramer nos presenta el caso de una adolescente de 15 años, de nacionalidad portorriqueña, quien presentó un brote psicótico. A raíz de esto fué hospitalizada, iniciándose farmacoterapia con Cloropromazina (se sabe que ésta medicina puede inducir a la amenorrea y a la galactorrea). La paciente entonces, comenzó a tener náusea, y le dijo a todo aquel que se encontraba, que ella había quedado embarazada (al menos así lo sentía).

El autor piensa que éste síndrome se presenta en mujeres con rasgos de personalidad histéricos, con síntomas conversivos cuando se resuelve el episodio de pseudociesis. Se han encontrado personalidades infantiles e historias sexuales aberrantes en éstas mujeres. Algunas de éstas son psicóticas.

En este caso en particular, opinan que el grado en que ésta chica distorsionó la realidad, indica la presencia de una severa psicopatología; sin embargo, los cambios corporales, la amenorrea y la secreción de calostro fueron causados por el medicamento (cloropromazina)

Hardwick (7) nos muestra el caso de una adolescente de 15

años, que presentó un episodio de pseudociesis, el cual se desarrolla a partir del embarazo de una hermana. Fué éste, como un acto de rivalidad. Además el embarazo psicológico fué altamente reforzado al recibir mucha atención por parte de profesionales y hermanos. Tenía muchas ganancias secundarias.

En 1983, Silber (17) recolecta 3 casos de adolescentes en estas condiciones:

1.- 15 años de edad, negra. Presentó un episodio de pseudociesis, del cual se recobró por medio de psicoterapia, sin embargo desarrolló insomnio, llanto, sentimientos de tristeza y pesimismo. Con ayuda psicoterapéutica pudo enfrentar una severa depresión y sus menstruaciones se regularizaron. El diagnóstico que se le dió fué de Reacción Conversiva.

2.- 16 años, negra, con un episodio de pseudociesis de 8 meses, obesa (98 kg.). Llegó en "trabajo de parto". Estuvo en Psicoterapia durante 6 meses, después de los cuales entró en una severa depresión que duró también 6 meses, con sentimientos de inadecuación, impotencia, falta de interés en sus actividades usuales, ideaciones suicidas. Un año después de este episodio, tuvo una niña sana y normal.

3.- 15 años. Negra. Presentó un cuadro de amenarrea de 4 o 5 meses; mamas turgentes, aumento de peso, cansancio y sueño. Era obesa y tenía un abdomen prominente. También ésta paciente tuvo una depresión muy fuerte cuando supo que no estaba embarazada, sin embargo no quiso someterse a tratamiento psicológico.

Un fenómeno equivalente a la pseudociesis, es el que algunos autores han llamado "COUVADE O PSEUDOCIESIS EN HOMBRES", - siendo en realidad fantasías o delirios psicóticos,

Hasta la fecha actual, se sabe solo de 4 casos reportados:

1.- Evans (20) describe el caso de un hombre que "fingía" su embarazo cuando estaba en el diván en su sesión de Psicoanálisis. Sin embargo esto no se puede considerar Pseudociesis, - ya que éste fingimiento era más consciente que inconsciente. Era como una representación cuyo simbolismo tiene poco o nada que ver con el simbolismo que representa el sentirse "verdaderamente embarazado".

2.- Aranson (20) en 1952 reporta lo que le llamó "ilusión de embarazo" en un paciente varón que decía tener sensación de "plenitud abdominal", además de "llevar vida". Sin embargo a - éste hombre se le diagnosticó cáncer papilar del riñón, y al saberlo el paciente, la ilusión cesó. En este caso se podría - considerar que a partir de un evento orgánico, se disparó un evento psicológico; pero, la pregunta obligada sería: ¿Por qué éstas sensaciones las confundió éste señor con algo parecido a un embarazo?

3,- Knight (21) nos da el caso de un hombre de 33 años, - cuya ocupación era Marino Mercante. Este paciente tenía de 6 a 8 semanas de distensión abdominal, náusea matutina, sensación de movimientos intrabdominales, y un incremento en su apetito. Este individuo era muy religioso y creía que "con Dios, todas las cosas eran posibles". Era homosexual y transexual, y desea

ba darle a su compañero un bebé.

4.- Evans (20) en 1984 nos menciona el cuarto caso de pseudociesis en un hombre: éste era negro, de 40 años de edad, casado, al cual le habían diagnosticado "esquizofrenia crónica - indiferenciada". Cuando se le llevó al psiquiátrico, ya tenía 3 meses con labilidad afectiva, conductas paranoides y aislamiento. El exámen mental que se le practicó, reveló un afecto depresivo, pérdida en su capacidad de hacer asociaciones, bloqueo de pensamiento e ideas de referencia.

Los exámenes físicos y de laboratorio se reportaron negativos, al igual que un Electroencefalograma, y una Tomografía axial computarizada (milla turca normal).

El MMPI y el Rorschach sugirieron esquizofrenia crónica - con depresión sobrepuesta, así como una confusión en su identidad sexual.

A los 8 días de su hospitalización, comenzó a expresar que quería tener otro hijo y hablaba del deseo de "fecundar" a su esposa. A la 2ª semana, su abdomen comenzó a hacerse protuberante, aún y cuando no había subido de peso. A la 3ª semana, - decía sentir movimientos dentro del estómago - "como un bebé"-; sin embargo él mismo decía - "no puedo estar embarazado porque soy hombre".

Dos semanas después de ésto, subió 8 kilogramos. Refería sentirse muy triste y lamentaba que su hija de 5 años, no fuera ya una bebé. Pensaba que un bebé haría de él "alguien mejor"; además quería tener un hijo varón para poder "trascender

su nombre".

Todos los exámenes médicos que se le practicaron resultaron normales (excepto prolactina que estaba alta).

A las 8 semanas de su ingreso, los síntomas que tenía remitieron, y se le dió de alta con 10 Kgs. de más.

Evans piensa que en este caso, la pseudociesis fué el resultado de un proceso de duelo patológico, debido a la pérdida de su hija (ya no era más un bebé).

Admite el autor, que la droga que le administraban al paciente pudo haber dado la sintomatología neurovegetativa (náusea, vómito); sin embargo, el deseo de tener un bebé existía antes de que se le dieran los fármacos.

En conclusión, se adhiere a la hipótesis que plantea que la pseudociesis tiene un fondo depresivo, con factores somáticos que, unidos, conforman dicho síndrome.

Si bien es cierto que la pseudociesis en mujeres habla de problemas intrapsíquicos, es evidente, como dijimos en un principio, que en hombres se trata ya de un problema de franca ruptura con la realidad (psicosis), y que por ende debe ser manejado en forma psiquiátrica -en primera instancia-, y después -con tratamiento psicoterapéutico.

PSEUDOCIESIS EN NIÑOS

Si este síndrome es poco frecuente en mujeres adultas, lo es todavía más en niños. Sin embargo la li-

teratura nos da reportes de algunos casos:

En 1898 Walker da un caso de pseudociesis en una niña de 12 años.

Otro caso (22) fué de una niña de 6 1/2 años, y que presentaba abdomen globoso, edema en los tobillos, náusea y vómitos. Se le practicó una laparotomía, la cual resultó negativa. No había evidencias para pensar en una pubertad precoz. Esta niña decía que estaba en el hospital porque iba a tener un bebé. Se descubrió una gran deprivación afectiva que hipotetizan, fué la que contribuyó a desarrollar la pseudociesis.

En términos generales, la pseudociesis en niños y adolescentes, se considera que es causada por la depresión. Sin embargo ésto no es posible corroborarlo, por el mínimo número de personas o casos que se han reportado en la literatura.

PSEUDOCIESIS EN ANIMALES

En el mundo existen ejemplos repetidos de pseudociesis, habiendo una extensa literatura acerca de la inducción y estudio de este fenómeno.

Harvey (6) registró esta condición en perros. Algunos de estos perros habían tenido coito sin la consiguiente concepción; otros presentaron el cuadro pero sin que hubiese habido coito. Hubo casos en los que el animal "simulaba" trabajo de parto.

Se han observado varios ejemplos de conducta de este tipo,

en aves, donde la hembra tiene "una conducta de poner", pero no existen huevos.

Haughton (6) pudo producir el cuadro de embarazo fantasma en una burra, y además reprodujo la condición para verificación. Sin embargo, con estos ejemplos de conducta animal no es conveniente generalizarlo a humanos. Sería difícil decir que el falso embarazo en la burra se debió a una severa depresión, o que en el perro fué por paranoia o histeria.

En 1922 (5) Longs y Evans indujeron un pseudoembarazo en ratas por medio de apareamiento de hembras con machos vasectomizados. El pseudoembarazo en ratas es una condición en la cual el cuerpo luteo, que ordinariamente involuciona en 48 horas, persiste hasta 16 días. La condición es similar, pero no idéntica al estado lúteo del embarazo. El pseudoembarazo ha sido inducido en ratas, ratones y conejos, por una variedad de métodos, incluyendo estimulación mecánica y eléctrica del cérvix, estimulación eléctrica de la cabeza, drogas que depletan las catecolaminas endógenas, administración de vitaminas, tratamiento masivo de estrógenos, transplante de adenohipófisis, y destrucción de ciertas áreas hipotalámicas.

En 1932, Horning (5) (3) observó 6 casos de falso embarazo en perros. Los síntomas incluyeron distensión abdominal, amenorrea y lactancia. Todos los perros presentaron conductas congruentes con actitudes maternas, describiéndose también un modo de caminar peculiar de preñez. Esta condición se presentaba después de un estado de "calor".

Estos estudios incitaron a que se realizara una investigación de la LH responsable de la prolongación del normalmente efímero cuerpo lúteo. Esto llevó al aislamiento de Pr. Esta parece ser la hormona de la pituitaria más antigua filogenéticamente hablando, y se ha demostrado que juega un papel esencial en el rol de un número de complejas conductas maternas. Aunque no ha sido concluyente que la Pr es la hormona primaria en el animal que presenta pseudoembarazo, técnicas recientes de radioinmunoensayo han demostrado elevaciones de concentración de Pr, inmediatamente después de la inducción de pseudoembarazo en la rata.

Moulton, (1) (3) para explicar cómo la estimulación del cérvix podría llevar a la persistencia del cuerpo lúteo, propuso la existencia de una ruta neuronal hacia la pituitaria, la cual actúa endocrinológicamente sobre los ovarios.

Más recientemente (10) se mostró que un apropiado tratamiento de estrógenos podría iniciar y mantener la pseudociesis en la rata.

Bogdanove (3) sugirió que el efecto del estrógeno sobre el alargamiento de la existencia del cuerpo lúteo, depende de su habilidad para suprimir la secreción de FSH e incrementar la secreción de LH; la LH entonces, mantiene el cuerpo lúteo.

Coppola en 1965, (1) describió lo siguiente en ratas: que el agotamiento específico del depósito cerebral de norepinefrina, con reserpina o alfametildopa, podría impedir la liberación del factor inhibitorio de prolactina, causando un incremento -

en los niveles de prolactina y, consecuentemente en la lactancia; a su vez se incrementan los niveles de LH y por lo tanto se da el pseudoembarazo. Estos autores pudieron bloquear este efecto, administrando un inhibidor de MAO antes de una inyección de reserpina .

DIAGNOSTICO

En 1882, Pajot (1) decía que "no hay embarazos falsos, solo existen falsos diagnósticos". No obstante, y a pesar del avance tecnológico, no siempre es fácil distinguir la pseudociesis del embarazo.

Bivin y Klinger (3) encontraron en su estudio, que de 444 casos de pseudociesis, a 161 se les dió inicialmente un diagnóstico erróneo. En el grupo estudiado por Fried y Colbs, se observó que de sus 27 pacientes, todas habían tenido un error de diagnóstico.

A 9 (nueve) de éstas pacientes se les diagnosticó embarazo por 4 médicos diferentes. Esto indica lo superficial que puede llegar a ser una revisión gineco-obstétrica, y por lo mismo se puede explicar el porqué pueden llegar a pasar meses antes de que se haga el diagnóstico correcto.

Murray (1) plantea que hacer el diagnóstico se dificulta más cuando se trata de hacer antes de los "5 meses", pero que sin embargo existen ciertos signos, los cuales hacen la diferencia entre embarazo falso y verdadero:

- a) Abdomen curvo, con distensión uniforme y tenso.
- b) La ganancia de peso es usualmente mayor.
- c) El ombligo está "invertido".
- d) El cérvix está generalmente firme.
- e) El útero, si puede palparse, es usualmente de tamaño normal.

La distensión abdominal generalmente desaparece ya sea con una presión firme, con anestesia local, o con relajantes musculares.

Por otro lado, si se hacen estudios de Rayos X o Ultrasonido, no se verían partes fetales o placenta.

Guzinski (23) opina que el diagnóstico de Pseudociesis puede ser "sorprendentemente" difícil, tanto, que existen algunos reportes de casos, en donde la prueba de embarazo resultó positiva.

El problema de la pseudociesis es que los signos y síntomas que se presentan son, a primera vista, iguales a los de un embarazo: amenorrea, náusea, vómito, mamas turgentes, distensión abdominal, además de que la paciente tiene una convicción muy firme de que esta embarazada, hecho que impide -hasta cierto punto- que el médico no sospeche que pueda tratarse de una pseudociesis (aun y cuando no haya escuchado foco fetal). Se sabe que ha habido pacientes que han llevado control prenatal normal, sin darse cuenta de que no había embarazo, hasta que llegada la hora, no se daba "trabajo de parto".

Ahora bien, si el útero tiene un tamaño normal y no hay fe

to, sería la evidencia absoluta de que no hay embarazo, sin embargo este tipo de exámen (abdomino-pélvico) es difícil de realizar cuando:

- a) la paciente es obesa, y,
- b) no hay cooperación por parte de ella.

En estos casos se recomienda usar anestesia, ya que durante ésta, los musculos abdominales se relajan y se puede palpar el tamaño de la matriz. Sin embargo este procedimiento es costoso y además puede ser riesgoso para la mujer.

También se puede usar la técnica de Rayos X (pélvico) para detectar partes fetales, sin embargo a veces sucede que al no detectar movimientos fetales o actividad cardiaca, se puede hacer el erróneo diagnóstico de óbito.

La vía que recomienda Guzinski (23) es la del Ultrasonido, ya que a través de éste se pueden observar movimientos fetales y cardiacos, así como la posición y talla del útero, y en última instancia, la ausencia del mismo.

Recomienda, en definitiva el estudio Ultrasonográfico, para hacer un acertado diagnóstico, ya que:

- Tiene bajo costo.
- Es seguro.
- El diagnóstico es definitivo.

-Puede dar una guía del porqué la distensión, ya sea abdominal o de vejiga.

-Da evidencia palpable de que no hay feto, siendo éste un punto importante para este tipo de pacientes que, se caracteri-

zan por su firme convicción de estar embarazadas.

El enfrentar la realidad es un hecho que para la paciente es "muy difícil" (sic), y por lo tanto, se niega en primera instancia a aceptarla. Si no se le ofrecen alternativas, lo más probable es que la paciente deserte para buscar otras opiniones, o en última instancia para darse tiempo y enfrentar la realidad.

El darles simplemente el diagnóstico, no conduce a la paciente a que automáticamente asuma ésto. A veces sucede lo contrario; van en busca de alguna otra opinión que "esté de acuerdo" a lo que ella desea.

Por otro lado, si el diagnóstico es erróneo, entonces la paciente tendrá más puntos de apoyo para seguir afirmando su falso embarazo. Por lo tanto, es conveniente que se haga una revisión detallada de la paciente, y así, evitar darle mayores elementos de resistencia.

TRATAMIENTO

Antiguamente (2), los investigadores trataban de ayudar a las mujeres con pseudociesis, por medio de purgas, baños, masajes, procedimientos quirúrgicos, eméticos, tónicos, etc.

En el siglo XX, el tratamiento que se ha elegido es la Psicoterapia; a veces se complementa con demostraciones objetivas tales como Rayos X, o inducción de la menstruación por me-

dio de hormonales.

En el estudio que realizó Bivin, (3) concluyó que la medida terapéutica más exitosa es la Psicoterapia dirigida a destruir la convicción de la mujer, de que está embarazada. En cuanto a legrados y hormonales inductores de la menstruación, éstos autores los apoyan solo en los casos en que hay que demostrar - "objetivamente" que la paciente no está embarazada, corrigiendo así "una actitud mental".

Kroger lo que recomienda es, que además de la psicoterapia se le tome una radiografía, mostrándole así su pelvis con la ausencia del feto.

Los pasos que siguieron Fried y Colbs, (2) en cuanto a tratamiento, fueron los siguientes:

Después de terminados los episodios de pseudociesis, a 20 pacientes se les tuvo en observación en un período de 6 meses a 3 años. Posteriormente se les informa acerca de la realidad de sus "embarazos". Acto seguido se enviaban a Psicoterapia, y por último, a Endocrinología.

Del total de pacientes, 13 aceptaron el diagnóstico sin aparente problema, y los síntomas remitieron casi inmediatamente; sin embargo, en menos de 6 meses, regresaron con el mismo síndrome. Estas pacientes se sometieron a Psicoterapia, y solo en 6 casos fué efectiva ésta técnica por sí misma; en 5 de los casos, se tuvo que hacer una combinación con hormonales o legrados. Tres de estas pacientes pudieron superar la pseudociesis, solo después del legrado, pasando posteriormente a psicoterapia.

Ahora bien, darle información solamente a la paciente, y, además en forma brusca o abrupta de su estado de no embarazo, - tiene un nulo valor a nivel terapéutico, ya que además de que - el conflicto continúa ahí, una intervención así solo causa confusión, hostilidad y resistencia, "obligando" a la mujer a ir en busca de otro médico que "le diga" que realmente está embarazada.

Fried (2) recomienda Psicoterapia breve y de emergencia.

Para Hardwick (7) es importante que la paciente se someta a un proceso psicoterapéutico, centrado en aceptar y elaborar - la pérdida del embarazo. El planteamiento es que la paciente - reconozca la tristeza y la confusión que se crea al enfrentarla de lleno a la realidad.

Silber (11) opina, que el tratamiento no es fácil como se piensa, sin embargo sugiere:

- a) Que se haga un diagnóstico lo más rápido y eficazmente posible.
- b) Que se le de apoyo a la paciente.
- c) Que se de también orientación familiar y si es posible, sesiones con la pareja.
- d) Que se de psicoterapia individual a la paciente.

Para este autor, la comunicación y el trabajo en equipo - (médicos y trabajadores de la salud mental), son esenciales para superar el episodio de pseudociesis.

En términos generales, parece ser que la combinación de psi

coterapia, con inyecciones hormonales o legrados, es lo más efectivo hasta el momento.

En nuestra experiencia, hemos observado que ambos tratamientos, dados en forma conjunta ha sido lo más rápido y efectivo, en cuanto a la aceptación del falso embarazo. Sin embargo, aún cuando la paciente tiene pruebas de realidad, y trata de cooperar abiertamente, le es doloroso y difícil aceptar que el embarazo sea psicológico. Ellas lo toman como un episodio de "locura" y esto mismo ha llevado a algunas pacientes a preferir decir que tuvieron un aborto. Opinamos que es necesario trabajar primero la autoimagen no solo con la paciente, sino también con su familia.

C A P I T U L O I I

MARCO TEORICO

Hace no muchos años, cuando una mujer iba al Ginecólogo - por trastornos en su menstruación, éste la enfocaba ya sea a través de medidas empíricas, o bien, por medio de procedimientos quirúrgicos (24). Esto a su vez redundaba en el poco hincapié que se hacía para comprender los factores específicos etiológicos, y así poder dar una explicación a ese gran número de pacientes que refieren una multitud de quejas somáticas, cuyos factores orgánicos subyacentes no se encuentran.

En la actualidad, aún y cuando estos trastornos son diagnosticados como funcionales o psicosomáticos, no se llevan a cabo indagaciones más completas, dando tratamiento a este tipo de disfunciones que a menudo fracasa.

Durante la década pasada, se empezó a desarrollar y a hacer consciencia cada vez más de la influencia de lo psíquico - sobre las disfunciones somáticas y la enfermedad. Ya en 1943 Robins (24) afirmó, : "Los conflictos emocionales pueden dar por resultado disfunciones somáticas, y esto se aplica tanto a funciones procreativas, como a otros procesos fisiológicos".

Por lo mismo, los estudiosos en el campo de lo psicosomático han investigado los trastornos del sistema reproductor femenino y sus diversos mecanismos psicosomáticos. Este escrutinio se ha realizado en forma exhaustiva en enfermedades tales como la hipertensión, el asma, la úlcera péptica y la anorexia (24).

Se sabe que a partir de un fenómeno psíquico, se pueden - alterar funciones específicas del organismo, y, en este contexto la medicina psicosomática nos ha abierto nuevos caminos hacia el entendimiento de las alteraciones somáticas en las funciones reproductivas de la mujer -como por ejemplo, síndrome - premenstrual, amenorrea, esterilidad, pseudociesis, etc.-, a - partir de un disturbio psicológico que puede ser reactivo o intrapsíquico, debido a una tensión psicológica excesiva, a depresión o ansiedad.

SINDROME PREMENSTRUAL.

Se refiere a una serie de cambios que - ocurren entre tres y ocho días antes de la menstruación.

Este concepto fué introducido por Frank en 1931 (25), asociando los cambios negativos de estado anímico, antes de que - se produzca la menstruación. Este autor introdujo el término tensión premenstrual, un síndrome severo y específico consis-tente en: dolor de cabeza, náusea, mareos, palpitaciones, sed, disminución de la libido entre otros síntomas.

Algunos autores (25) hacen necesaria la diferenciación entre estados anímicos normales, y desórdenes emocionales. Se considera ya un desorden, cuando los síntomas son tan severos, que afectan a la mujer tanto a nivel personal como social y ocupacional. Hay mujeres que llegan a tener migrañas, accesos epilépticos, exacerbación de enfermedades psicosomáticas e in-

tentos de suicidio.

Ahora bien, se dice que los síntomas aparecen usualmente - una semana antes de las menstruaciones, sin embargo a veces se llegan a presentar en la ovulación (26).

Los estudios realizados hasta la fecha, indican que el factor psicológico es básico para que se de el síndrome. La etiología orgánica no es bien aceptada, debido a sus resultados negativos en las investigaciones realizadas. Hay autores que afirman que los síntomas que se presentan en el síndrome se exacerban por problemas psicológicos.

En cuanto a este último punto, existen dos líneas para explicar esta actitud negativa hacia la menstruación:

1.- El aprendizaje social-cultural.- La mayoría de las investigaciones al respecto nos indican que la menstruación ha sido percibida como un evento negativo y debilitante. De hecho, - algunos datos antropológicos (27 - 28) muestran que en muchas - culturas, tanto en el mundo antiguo como en el moderno, la menstruación era y está relacionada con ideas de horror, pecado, vergüenza o peligro.

Se ha investigado acerca de la aceptación o rechazo del "rol femenino" como factor predisponible en el síndrome premenstrual, habiendo resultados contradictorios.

Muchas investigaciones mantienen la posición de que las mujeres que presentan tensión premenstrual, en gran medida se debe a que no aceptan el rol femenino impuesto por la cultura.

La Dra. Langer, (28) al respecto, nos da su tesis.

Nos dice que en épocas pasadas a la mujer se le reprimía social y sexualmente, pero se favorecía todo lo referente a sus funciones maternas. Esto llevaba como consecuencia que se daban con frecuencia varias manifestaciones neuróticas en la mujer, como por ejemplo la histeria, pero en cambio había muy pocos trastornos psicosomáticos en relación a sus funciones de procreación.

En épocas actuales, es tanta la libertad sexual y social que ha obtenido la mujer, que han disminuido los cuadros neuróticos; pero, por otro lado, esta libertad y las circunstancias culturales y económicas han hecho que se den fuertes restricciones en cuanto a la maternidad, trayendo ésto consigo el aumento de trastornos psicosomáticos a este nivel.

Desde el punto de vista antropológico, (27) existen diferentes culturas estudiadas por la Doctora Margaret Mead, que ponen de manifiesto la influencia que tiene la cultura sobre las funciones reproductoras de la mujer.

Esta antropóloga decidió investigar estas culturas, a raíz de observar la confusión en E.U.A., en cuanto a roles sexuales y que por ende lleva a conflictos en la aceptación de su "femineidad".

La Doctora Mead llegó a la siguiente conclusión: lo llamado masculino y femenino, va a depender de lo que la sociedad y la época estén viviendo. Por lo tanto se deduce que lo femenino y masculino tiene poco o nada que ver con el sexo.

Claro está que ésta posición es claramente "cultural", con

lo que la Doctora Langer, sin menospreciar la importancia de lo socio-cultural, está en desacuerdo. Para ella, en la mujer los procesos biológicos y psicológicos están íntimamente relacionados, y los aspectos sociales modernos son "antinatural" y van en contra de lo instintivo en la mujer, en cuanto a su maternidad.

Concluye que si la mujer puede integrar su rol de profesional con su rol de madre, entonces podrá ser una madre feliz y en paz consigo misma, estando entonces capacitada para criar y educar hijos felices. Obvio es decir que ésta integración no siempre es fácil de alcanzar, y es entonces que el conflicto -- puede descargarse ya sea a nivel psicológico, o a nivel somático.

Otro aspecto que se ha planteado como coadyuvante para que se dé dicho síndrome es el de rasgos de personalidad. Esto es, algunos investigadores han encontrado que la tendencia a desarrollar el síndrome se asocia tanto al tipo de personalidad, como a la tendencia a quejarse de otros síntomas.

James y Pollit en 1974, mencionaron las siguientes características de personalidad en mujeres con síndrome premenstrual: inestabilidad, suspicacia, propensión a la culpa, agresividad. Una gran parte de la literatura muestra una fuerte asociación entre tensión premenstrual y neurosis (25).

Un estudio realizado por Spencer (25) confirma la importancia de las variables psicológicas en la presentación del síndrome. Las mujeres que sufrieron de dicho síndrome tuvieron en forma significativa: más baja autoestima, actitudes más negativas hacia la menstruación y una sensación de falta de control -

de sus vidas, que las mujeres del grupo control.

Ahora bien, es obvio que la primera menstruación es un evento trascendente e importante para la mujer, ya que significa ma durez biológica y por ende, capacidad para la maternidad; por lo tanto, éste debería ser un día que signifique contento y ale gría. Sin embargo en la sociedad y época actual, la primera -menstruación es un hecho que se oculta y se trata con mucha dis creción y algunas veces con vergüenza. Deutsch nos dice que és te es un fenómeno que las madres tratan con secreto, teniendo -resistencia psicológica para revelarlo.

Desde el punto de vista psicoanalítico (28), si una niña -reacciona en forma positiva frente a su primera menstruación, -será un indicio de "normalidad" y aceptación de su sexo, si, por el contrario, se da una reacción negativa, entonces significa -que existe un conflicto, cuya raíz se encuentra en la primera -infancia, en la vinculación con una madre neurótica. Esta madre rechaza su femineidad adoptando -inconscientemente- una actitud hostil frente a su hija, e impidiéndole una identificación posi tiva, por lo que la niña difícilmente se convertirá en mujer sin sentirse inferior y culpable.

También se ha mencionado que la ignorancia acerca de la -menstruación trae aparejados sentimientos de rechazo, por la -sorpresa de tan inesperado e inimaginado evento. Sin embargo -Deutsch rechaza este planteamiento aduciendo que "... la expe -riencia Psicoanalítica muestra que las reacciones violentas a la aparición de la primera menstruación, poco tienen que ver con -

la ignorancia intelectual. La observación muestra que el horror al quedar sorprendida, las acusaciones contra la madre, la nerviosidad y otros síntomas son independientes del conocimiento intelectual".

Parece ser, según las observaciones que se han hecho, que aún cuando las muchachas sean informadas del proceso biológico de la menstruación, muchas viven ésta como un trauma. Claro está, que va a depender también de circunstancias tales como edad, nivel socio-económico, desarrollo psicológico, etc.

Por lo tanto, y tomando las palabras de la Doctora Langer, se resume que "... la niña normal aceptará con placer y orgullo su menarquia, pese a cierto sentimiento de extrañeza y ansiedad, porque verá en ella el indicio de su madurez femenina, y la promesa de su futura maternidad. La niña neurótica en cambio, que se siente despreciada por ser mujer, rechazará la menstruación por vivirla como una castración, o interpretarla como castigo".

DISMENORREA.

Este término se refiere a mujeres que sufren solo de dolor severo (cólico), ya sea antes o durante la menstruación (29). Se dice que va desapareciendo dicho dolor en tanto se incrementa la edad y la paridad.

Este síndrome puede ser primario o secundario, según cuando se presente: desde la menarquia o más tarde.

La intensidad del dolor es variable y va desde una leve molestia, hasta un dolor que llega a resultar -muchas veces- incapacitante para las funciones cotidianas de la mujer.

Algunos autores (29-30) plantean que la dismenorrea parece ser particularmente común en mujeres neuróticas con personalidad obsesiva. A nivel psicoanalítico se considera un conflicto.

Otras investigaciones han observado que, psicológicamente, la dismenorrea es más frecuente en mujeres:

- infantiles e histéricas que se autocompadecen constantemente
- que presentan tan poca identificación psicosexual
- que tienen tendencia a presentar quejas somáticas frecuentes
- que viven dolorosamente las etapas de su vida genital (desfloración, parto, etc.).

AMENORREA.

Médicamente existen dos clasificaciones:

- 1) Amenorrea primaria.
- 2) Amenorrea secundaria.

La primera se refiere a las mujeres que nunca han te

nido algún período menstrual.

En cuanto a la segunda, se considera cuando hay cese de las menstruaciones durante al menos 3 meses, en aquellos casos en que ha existido una función menstrual.

En esta tesis, vamos a ocuparnos de la llamada Amenorrea Secundaria, y, los autores nos dicen que existen varias causas de tipo hormonal-orgánico.

Ahora bien, hay una categoría llamada "hipotalámica", que en general la llaman así cuando quieren indicar que es de carácter más que nada funcional, y que se da una disfunción vía hipotálamo, a resultas de un evento psicológico.

Sin embargo, esto no es tan sencillo, ya que las correlaciones clínicas de la amenorrea hipotalámica son extremadamente variables, asociándose con: ingesta de agentes neurofarmacológicos, con pérdida de peso, con situaciones de tensión física y/o psicológica.

Sin embargo, otro estudio (24) hecho con mujeres corredoras de maratón y corredoras de larga distancia, indicaron que la amenorrea existió antes de que comenzaran a practicar de lleno tales deportes.

A este nivel se plantea que existen factores de riesgo en la amenorrea, en relación con el ejercicio en casos individuales.

Se plantea que las personas que entran en esta categoría son las mujeres nulíparas que tienen una historia de menarquia tardía, o de menstruaciones irregulares.

Tensión Psicológica.- Una de las preguntas específicas que surgen a partir de este punto es ¿qué tan significativos son los factores psíquicos en el desarrollo de la amenorrea secundaria?

Reifenstein (9) hace especial énfasis en la necesidad de distinguir entre dos tipos de amenorrea:

a) reactiva, asumiéndose que al desaparecer el factor externo tensionante, se reanuda la menstruación

b) "hipotalámica", que serían mujeres con disturbios psicológicos más profundos e inconscientes.

Lodewegens (31) divide este tipo de amenorrea psicógena en dos: la amenorrea de corta duración y la amenorrea de larga duración. La diferencia entre ambas es que en la primera, el tiempo de no menstruación es de menos de tres meses, y que además se resuelve este estado en tanto que los factores que las causaron desaparezcan. Conceptualmente la llaman amenorrea reactiva. En este caso estarían las mujeres en prisión, en campos de concentración o que estudian en otro país.

Drew (24) indica que hay una alta incidencia de amenorrea secundaria bajo condiciones ambientales de tensión psicológica. Concluye que dicho estrés influye significativamente en los ciclos menstruales.

Es conocido que la pérdida de peso es un factor causal de amenorrea. La anorexia nervosa es un ejemplo de esto.

También existe evidencia de esta alteración menstrual en

mujeres que hacen gimnasia, carreras, gimnasia aeróbica, y otro tipo de ejercicio (24). Este punto es muy discutible, pues existen mujeres que se someten a ejercicios agotadores, y no se hacen amenorreicas.

La segunda categoría de amenorrea secundaria, la llama "de largo plazo", asumiendo que aquí los factores que mantienen la amenorrea no son idénticos a los que la causaron. En este tipo de amenorrea se plantea que existe un problema intrapsíquico severo, siendo además pacientes con tendencia a presentar quejas somáticas.

Luque y Morales (32) en su estudio sobre un caso de amenorrea psicógena, encontraron que ésta mujer -que tenía tres y medio años sin menstruar- presentaba multitud de quejas somáticas, que era psicosexualmente infantil, fantaseosa y dependiente de los padres. Demandante en cuanto a los afectos de los otros. La relación con el hombre se matizó por la agresión pasiva, el convencionalismo y la desexualización.

Haynai (30) distingue 3 formas clínicas de amenorrea:

1) Amenorrea con adelgazamiento, que es de corta duración y que depende frecuentemente de traumatismos emocionales. Esta tiene por lo regular un fondo depresivo y obsesivo.

2) Amenorrea con obesidad, acompañada con sintomatología somática variada: bulimia, cefaleas, sofocaciones, constipación retención de agua, etc. Este tipo de amenorrea se asocia con miedo a la sexualidad.

3) Amenorrea aislada que presenta manifestaciones neurove-

getativas.

Desde el punto de vista psiconeuroendocrinológico, la amenorrea psicógena se ha asociado con una gran variedad de patrones anormales de gonadotropias, así como también de síntomas - que indican que existe insuficiencia estrogénica, la cual a su vez sugeriría o menopausia precoz, u ovarios poliquísticos.

Ahora bien, se han observado mujeres con este síndrome de amenorrea-galactorrea, y cuando se sometieron a psicoterapia, se reanudó su función hormonal en una forma normal (24).

ESTERILIDAD Y/O INFERTILIDAD

La esterilidad llamada psicógena, también ha sido motivo de estudio desde hace años, existiendo una cantidad considerable de literatura acumulada que habla al respecto.

En 1953, Ford y Colbs (33), realizaron un estudio con mujeres infértiles funcionales. Estos autores exploran varias - áreas, encontrando lo siguiente:

- Motivación hacia el embarazo: estas mujeres mostraron motivaciones infantiles y neuróticas para querer embarazarse, como por ejemplo, satisfacer las demandas de la pareja, remediar un matrimonio tambaleante, ser igual a otras mujeres, tener a alguien que las ame, tener compañía, etc.
- Historia Marital: se observaron entre estas pacientes, matri

monios precipitados, disarmónicos, con un mal ajuste a nivel sexual. Las mujeres mostraron negación de eventos tales como la menstruación, la sexualidad y la reproducción. Sexualmente presentaron problemas tales como vaginismo o frigidez. Todas tuvieron antecedentes de dismenorrea y diversos desórdenes menstruales.

- Historia Familiar: tuvieron percepción de madres rígidas, y muerte o abandono de alguno de los padres. Existió una pobre identificación con la madre, con una autoimagen devaluada.

Mostraron un rechazo al rol femenino, con intentos fallidos de adopción del rol masculino. Por lo mismo, rivalizaban y hostilizaban a la figura masculina, teniendo deseos inconscientes de ridiculizarlo, tanto vocacional como sexualmente.

Básicamente se encontró ansiedad y culpa en éstas mujeres con tendencia a la somatización y con un fuerte predominio de características depresivas.

Resumiendo: Las mujeres de este estudio, consideradas funcionalmente estériles, verbalizaron conscientemente el deseo de tener un hijo, pero había un rechazo inconsciente hacia el embarazo, el parto y la maternidad. Mostraron un gran conflicto hacia su femineidad, adoptando ya sea una dependencia hostil hacia la imagen materna, o tratando de imitar en forma agresiva el rol masculino.

No podían alcanzar la sexualidad genital en forma satisfactoria.

Años más adelante, Boss (34) realizó una revisión sobre factores de personalidad en mujeres estériles, encontrando:

- a) Inmadurez física y emocional.
- b) Identificación hostil con la madre.
- c) Rasgos masculinos-agresivos.
- d) Rasgos obsesivo-compulsivos.
- e) Preocupaciones crónicas.

Además se encontró que la actitud ante el embarazo fué de miedo y rechazo, a nivel inconsciente.

En general, todas las revisiones hechas acerca de los factores emocionales en la esterilidad (35-45) apuntalaron hacia lo siguiente: todas las mujeres expresaron preocupaciones a nivel consciente, como por ejemplo, temor a daño físico o dolor a consecuencia del embarazo, temor a procrear un hijo malformado.

Uno de los comunes denominadores en estas pacientes fue el excesivo monto de ansiedad que por lo general era inconsciente, manifestándose a través de somatizaciones.

Estas mujeres buscaban aparente ayuda para lograr un embarazo pero al hacer la historia clínica, se puso de manifiesto en todas, serios conflictos en lo referente a su imagen como mujeres y a sus funciones reproductivas. Las quejas somáticas siempre concordaban con algún aspecto de sus órganos reproductivos.

Evidentemente que existen conflictos con la pareja y con su vida sexual. Presentaron anomalías como vaginismo, dis

pareunia, impotencia, eyaculación precoz, frigidez, etc. No fué raro encontrar parejas que no habían "consumado el matrimonio".

También se encontró que aún y cuando manifestaban necesitar ayuda, al obtenerla reaccionaron con miedo, hostilidad, resistencia pasiva, rechazo y enojo.

Emocionalmente se mostraron más neuróticas, dependientes y ansiosas. Inmaduras psicosexualmente; es decir, tuvieron disturbios emocionales más severos que las del grupo control.

Llama también la atención, el que reportaron en su temprana infancia la pérdida (real o fantaseada) de uno o ambos padres, existiendo percepciones de falta de amor y atención por parte de la figura materna.

ENFOQUE PSICOANALITICO.

Esterilidad se puede considerar como una defensa contra los peligros inherentes de la función reproductora (28).

Benedek concluye que los hombres y las mujeres alcanzan su madurez sexual a través de la reconciliación de su impulso sexual con su superego.

Deutsch pensaba que la causa más común de esterilidad emocional era el temor al embarazo.

Los conflictos intrapsíquicos importantes surgen por el rechazo del papel femenino, por ansiedad y temor, que se origi

na de una fase traumática oral en el desarrollo, conflictos con la imagen corporal, fantasías y distorsiones sexuales primitivas.

Es muy probable, que las angustias agudas o crónicas influyan seriamente sobre la fertilidad femenina.

Un estudio realizado por Stieve, reporta que no es posible negar la influencia nociva de emociones angustiosas sobre el aparato genital.

Otro estudio (28) reveló que la mayoría de estas mujeres estériles, provenían de ambientes familiares neuróticos y conflictivos. Tenían severas dificultades en sus matrimonios.

En general, se resumiría que la esterilidad es la expresión de factores psicológicos negativos para el embarazo.

Por lo que hemos revisado, se hace evidente que cada vez más se encuentran pruebas de la crucial influencia de los aspectos psíquicos sobre los aspectos somáticos.

En el específico e interesante campo de la gineco-obstetricia, existe una correlación positiva entre esta influencia, y los aspectos reproductivos de la mujer.

Resulta interesante descubrir, que tanto la ansiedad como la depresión se manifiestan en todos los síndromes revisados, - depresión que se presume es consecuencia de un abandono -real o fantaseado, sobre todo por parte de la madre- y disparadora de una disfunción.

Es evidente que cada una de estas disfunciones tienen que

reunir una serie de factores, para que lleguen a ser diferentes entre sí. Así tenemos que una amenorrea y una esterilidad tienen significados simbólicos diferentes en las mujeres que las padecen, ya que en la primera puede o no haber esterilidad, en la segunda no necesariamente conlleva amenorrea.

Lo mismo podemos decir de la pseudociesis, sin embargo en esta, hay una evidente y objetiva muestra del poder de lo psíquico sobre lo somático, además de que el hecho de creer que se está embarazada, también tiene un significado simbólico para la mujer.

Esto último será desglosado y analizado en las conclusiones, en un intento de entender y esclarecer un poco este singular fenómeno.

P A R T E I I

I N V E S T I G A C I O N

C A P I T U L O I I I

M E T O D O L O G I A

OBJETIVOS.

Los objetivos planteados en ésta investigación se orientan hacia el conocimiento y descripción del fenómeno de la Pseudociesis, por lo que trataremos de :

- a) Determinar características de personalidad de éstas mujeres;
- b) Conocer sus niveles de ansiedad (rasgo-estado) y depresión;
- c) Describir las circunstancias familiares y/o de pareja que - circunscribieron al falso embarazo;
- d) Observar si hay cambios en sus niveles de ansiedad y depresión después de saber de la inexistencia del embarazo;
- e) Determinar si hay cambios en sus relaciones de pareja y/o - familia de origen.

Así, esperamos que de poder llegar a cumplir con los objetivos anteriormente planteados, se podrían llenar algunas de - las lagunas de conocimiento que existen en cuanto a Pseudociesis se refiere.

Ahora bien, a pesar de ser ésta tesis principalmente una

investigación de tipo exploratorio, (46) hemos formulado algunas hipótesis generales, a saber:

- 1.- Los puntajes obtenidos en el Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI), mostrarán escalas patológicas. (Arriba de T-70).
- 2.- Al saber éstas pacientes que no existe embarazo alguno, - mostrarán incremento en sus niveles de ansiedad y depresión.
- 3.- Estas mujeres verbalizaran quejas somáticas de diversa índole antes, durante y/o después del episodio de pseudociesis.
- 4.- La pseudociesis es solo un evento que oculta una depresión la cual se evidenciará al conocer la inexistencia de sus - embarazos.

MATERIAL Y METODO.

Sujetos.

Las mujeres que integraron el grupo de estudio fueron 9 (nueve) cuya captación se hizo en la consulta externa del -- Instituto Nacional de Perinatología (SSA). Este grupo fué heterogéneo en edad, estado civil, escolaridad, antecedentes gineco-obstétricos, ocupación y nivel socioeconómico y cultural; es decir, no hubo control en dichas variables.

El criterio para que fueran incluidas en el estudio fue - que las pacientes asistieran al INPer, y que el diagnóstico de pseudociesis fuese confirmado a través de los siguientes pará-

metros:

1.- Que el diagnóstico lo realizara un médico gineco-obstetra.

2.- Que el paciente mostrara dos o más signos y síntomas de pseudociesis, según la definición del presente estudio.

3.- Que el estudio de Ultrasonido no reportara patología orgánica.

4.- Que los resultados del análisis sanguíneo se reportaran negativos (Sub Unidad Beta de Gonadotropina Coriónica).

METODO.

Una vez confirmado el diagnóstico, el médico procedía a enviar a la paciente al Departamento de Psicología del INPer, - sin decirle que no estaba embarazada. Esto último se hizo, por ser un requisito del diseño de investigación. Ya estando la paciente en el Departamento de Psicología, se les aplicaron los - instrumentos psicológicos, diciendoles que ése era un procedimiento de rutina.

INSTRUMENTOS.

Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron los siguientes:

- Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota (MMPI).
- Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).
- Escala para la Automedición de la Depresión de Zung (EAMD).
- Entrevista semiestructurada de opción múltiple, elaborada por la autora de la tesis.

- INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD MINNESOTA (MMPI)

Es un instrumento autodescriptivo diseñado para obtener puntajes respecto a las características de la personalidad. Se compone de 566 frases que incluyen una diversidad de temas, desde condiciones físicas hasta concepciones morales y actitudes sociales. Las características se evalúan a través de 9 escalas clínicas, una social, y 3 de validez. (47).

- INVENTARIO DE ANSIEDAD RASGO-ESTADO (IDARE)

Es un instrumento de autoevaluación de ansiedad. La escala A-rasgo consta de 20 afirmaciones en las que se pide a los sujetos describir como se sienten generalmente. La escala A-estado también se compone de 20 afirmaciones, pero las instrucciones requieren que los sujetos indiquen cómo se sienten en un momento dado. Es autoadministrable y no tiene límite de tiempo. (48)

- ESCALA PARA LA AUTOMEDICION DE LA DEPRESION (ZUNG)

Está destinada a medir cuantitativamente la depresión.

Comprende una lista de 20 declaraciones, que se refieren a características específicas y comunes de la depresión. Se da una lista y se pide que marquen en el cuadro más aplicable a su caso en el momento de hacer la prueba.

Para obtener la medición de la depresión, se suma el puntaje y se convierte a un índice basado en 100. Para considerar la depresión, se espera que la calificación que se obtenga sea de 50 o más dentro del índice promedio de la Automedición de depresión del Zung. (49) (50)

DESCRIPCION DE SUJETOS (Tabla 1)

De las 9 pacientes que finalmente formaron el presente grupo, tenemos lo siguiente:

- Rango de edad entre 16 y 32 años
- 7 casadas, 2 solteras
- promedio de escolaridad en años: 6.6
- 7 amas de casa, una estudiante y una comerciante
- 3 eran primigestas
- 4 tuvieron embarazos anteriores (3 presentaron abortos y una óbito a termino)
- 2 mujeres presentaron embarazos anteriores, con hijos vivos y sanos hasta el momento del presente estudio.

DISEÑO

El diseño utilizado en esta investigación fué de pre-postest (46) para un solo grupo con el IDARE y ZUNG. Es decir, - se aplicaron estas pruebas antes de que las mujeres supieran - que no estaban embarazadas, y después de saberlo, dejando pa - sar como máximo tres días.

El MMPI y la entrevista se excluyeron del postest ya que como estos dan rasgos de personalidad y circunstancias que precedieron al falso embarazo respectivamente, no era factible que se produjeran modificaciones radicales en un lapso tan breve.

Posteriormente se trató de hacer un seguimiento semanal - con todas las pacientes por medio de entrevistas libres, para recabar datos de la dinámica individual y de pareja, y observar si existían o no cambios en ella. Sin embargo no fue posible realizarlos con todas ya que son pacientes difíciles por su firme convicción de embarazo, lo cual las lleva a cambiar constantemente de médico. Las pruebas psicológicas fueron interpretadas por un psicólogo ajeno a este estudio.

C A P I T U L O I V

Antes de dar los resultados, es importante mencionar que en el lapso de Enero de 1980 a Agosto de 1982 se captaron y diagnosticaron 20 mujeres, 11 de las cuales fueron excluidas por 2 razones: 1) cuatro pacientes después de haberles hecho el pretest, ya no desearon regresar diciendo que querían consultar otra opinión; 2) siete llegaron al Departamento de Psicología con el conocimiento de que no estaban embarazadas. (Tabla 1)

RESULTADOS

SINTOMATOLOGIA DE PSEUDOCIESIS: Se hizo un recuento de los signos y síntomas así como la "edad gestacional". Se observa que el tiempo de falso embarazo fluctuó entre 14 y 36 semanas, teniendo todas las pacientes más de 2 síntomas de embarazo. Tres de éstos se reportaron como positivos por las 9 pacientes: Abdomen globoso, quejas somáticas y creencia de estar embarazadas, existiendo un rango de sintomatología por pacientes de 5 a 10, de una totalidad de 12. (Tabla 2)

RESULTADOS CUANTITATIVOS DEL MMPI: Se dividió esta prueba en 5 rangos y se anotó el número de puntajes patológicos y normales en cada una de las 10 escalas, pudiéndose observar que son 3 las más atípicas del perfil. Estas son la 1 (quejas somáticas), la 2 (depresión) y la 8 (aislamiento y/o fantasía) siendo esto consistente en los 9 casos. En total fueron 72 puntajes que salieron del rango de normalidad y solo 18 cayeron dentro de dicho rango.

En cuanto a las escalas atípicas por mujer (aún en el caso de pacientes defensivas), el mínimo de escalas anormales fue de 5 habiendo algunas que llegaron a tener las 10 fuera de la norma. (tabla 3)

RESULTADOS CUALITATIVOS DEL MMPI: Se extrajeron 8 factores principales autodescriptivos, en donde se observa que las pacientes presentaron gran capacidad para solucionar sus conflictos, tendencia a la depresión, a la suspicacia y a las quejas somáticas.

La fantasía y el aislamiento se utilizan como una forma de controlar la ansiedad que en algunos casos es excesiva. Esto es, que los anteriores son sus recursos básicos para el manejo de su conflictiva. (Tabla 4)

IDARE: Se calculó el percentil de las 9 pacientes, obteniéndose además una media del pretest (58) y del postest (58.5) Aún y cuando no hay cambios significativos en el segundo, se observa que la cuantificación de ansiedad rebasa el límite de 37.57, coincidiendo con los resultados del MMPI. Solo una paciente presentó una baja significativa de ansiedad; sin embargo su puntaje aún se considera elevado. (Tabla 5)

ZUNG: De igual forma se obtuvieron los puntajes en este instrumento, donde vemos que la media en ambos (pretest y postest) sobrepasa el límite de 50. Esto coincide con la escala 2 del MMPI en cuanto a la presencia de síntomas de depresión. Ocho pacientes pasaron del límite propuesto por esta prueba. (tabla 6)

ENTREVISTA.

Para hacer un análisis de contenido de cada uno de los cuestionarios, se dividieron éstos en 5 áreas: Motivo de consulta, deseo de embarazo, vida sexual, familia de origen, reacción de la pareja ante el "embarazo" y quejas somáticas. Las respuestas de las 9 pacientes se agruparon, resultando 3 las áreas que refieren como más conflictivas, la sexual la de quejas somáticas y la de pareja. (Tabla 7)

Es importante resaltar los cambios en la relación de pareja en cuanto los compañeron supieron del falso embarazo. En 7 casos, la relación varió de armónica-satisfactoria, a disarmónica-insatisfactoria: en 2, de armónica a disarmónica, y en 3 hubo ruptura de la relación. En solo 2 casos no refirieron cambios. (Tabla 8)

C A P I T U L O V

CONCLUSIONES.

La primera hipótesis dice: "los perfiles obtenidos en el MMPI mostrarán escalas patológicas". Esto se co rroborra en el sentido de que de 90 puntajes, 72 salieron de la normalidad, fundamentalmente en las escalas 1 (Hipocondriasis) 2 (Depresión) y 8 (Fantasía y/o Aislamiento). La combinación de estas escalas indica que las metas y los logros están finca dos mayormente en la fantasía, lo que genera frustración y, finalmente una depresión. En este caso la depresión se encubrió a través del aislamiento y las quejas somáticas, hecho que con cuerda con la literatura psiquiátrica. (4, 3, 14). No obstante es la fantasía y el aislamiento, en combinación con las que jas somáticas, lo que puntúa más altamente. Estos hallazgos - concuerdan con el planteamiento de Langer. (40, 28).

Sin embargo nuestras observaciones apuntalan hacia la com binación de estos 3 factores como condición necesaria para que se produzca el síndrome, y no como otros autores que proponen estos elementos en forma aislada. (16)

Por otro lado, la histeria de conversión que en varias in vestigaciones es planteada como factor causal de la pseudocie sis, no fué corroborada, por el contrario, trataron de mostrar se con seguridad y autoafirmación hasta que enfrentaron la - frustración de no estar embarazadas. (18, 15, 7, 12)

La segunda hipótesis dice: "al saber que no existe embara

zo, mostrarán incremento en sus niveles de ansiedad y depresión". No podemos afirmar que se hayan incrementado los niveles del posttest empero, persisten en un alto estado de ansiedad probablemente por la dificultad de aceptar plenamente el hecho de no estar embarazadas, y por tener que enfrentar esto mismo ante la pareja y/o familia. (4)

Su autoestima fué afectada, incrementándose la frustración al grado de que preferían decir que habían tenido un aborto, ya que temían ser calificadas como personas con un severo trastorno de tipo emocional.

La paciente que reportó una importante baja de ansiedad, fué una de las más defensivas y reacias a aceptar su no embarazo, ya que compensaba su sensación de soledad y fortificaba en sus fantasías la relación de pareja. Fué notorio que su nivel de depresión haya sido uno de los más altos.

En cuanto a la depresión (Zung), sucede algo semejante en tanto que algunos puntajes suben y otros bajan en el posttest, sin embargo (a excepción de una paciente) los niveles de depresión rebasaron la puntuación de alarma. Durante el seguimiento se pudo comprobar este desequilibrio emocional que repercutió tanto a nivel individual (temores hacia el futuro, soledad, frustración), como de pareja (riñas constantes, rupturas). Las 9 pacientes habían puesto diferentes expectativas en su "embarazo". La paciente que reportó una disminución en la depresión, alcanzó puntajes altos en sus niveles de ansiedad.

La tercera hipótesis dice: "verbalizarán quejas somáticas de diversa índole antes, durante y/o después del episodio de -- pseudociesis". Por medio de la entrevista y del MMPI se observó que antes y durante el pseudoembarazo, en todos los casos, - refirieron multitud de quejas somáticas, que fueron reportadas como soportables antes y durante este episodio, sin embargo en algunas pacientes, cuando se convencieron de que no estaban embarazadas, sus quejas aumentaron en forma importante, no solo - en cantidad sino que llegaron a ser incapacitantes.

Respecto a que la pseudociesis fué una defensa contra la - depresión (4a. hipótesis), no es posible dilucidarlo en esta investigación, sin embargo, si observamos una manifestación abierta y consciente de síntomas depresivos al conocer su diagnóstico. La causa de la depresión no se estableció por no ser un objetivo del presente estudio, sin embargo llamó la atención que manifestaran percepción de abandono y/o desapego por parte de - sus madres, cuya relación con ellas, describían como "funcional" aunque "fría y distante", lo que se ha reportado como posible - causa de una depresión, aparentemente resuelta con un embarazo.

La entrevista aporta datos que dan cierta fuerza a las hipótesis planteadas. Al parecer la pseudociesis fué el hecho emergente que hasta nulificó sus vidas sexuales, reportadas por la mayoría como displacenteras. Además "estabilizó" y armonizó" sus relaciones. Antes del episodio, las pacientes tenían temor a la ruptura. El deseo consciente de ellas fué complacer a su compañero y asegurar (en la fantasía) el lazo afectivo.

Es por ésto, que al conocer su no embarazo, hubo cambios en la calidad de la relación, que en algunos casos llegó a ser radical.

Ahora bien, es importante que en este punto añadamos algunas observaciones que se han hecho a través de la clínica, con mujeres que cursan con embarazo normal, y que asisten a la misma institución que las pacientes que integraron este estudio.

Podemos afirmar que si bien es cierto que las mujeres embarazadas mostraron sintomatología que tenía que ver con la ansiedad y la depresión, éstas nunca llegaron a ser incapacitantes - en cuanto a la funcionalidad de sus vidas, como fué en las mujeres pseudociéticas. Además, un punto a resaltar es que, mientras que las mujeres embarazadas apuntalaban su ansiedad hacia algún hecho específico (temor al parto, por ejemplo), las mujeres con embarazo fantasma cursaban con la llamada "ansiedad flotante" (nunca pudieron definir a que o por qué estaban temerosas o ansiosas).

En cuanto a la depresión, también observamos diferencias - clínicas importantes entre unas y otras mujeres. Mientras las embarazadas manifestaron sentimientos de tristeza y ambivalencia conscientes por las implicaciones biológicas y/o psicológicas del embarazo (pérdida de libertad, cambio radical de estilo de vida, etc.), las pseudociéticas no verbalizaron estas emociones, negaban la posibilidad de estar deprimidas. Parece ser que una de las manifestaciones ocultas de sus estados depresivos, - fueron sus constantes somatizaciones.

Esta última fué una de las más significativas diferencias entre ambos grupos. En el MMPI la escala 1 (hipocondria) fué - una de las que más altamente puntuó en las mujeres con falso embarazo; no fué así con las que cursaron con embarazo normal ya que el índice de manifestación de quejas somáticas fué mínimo.

Obviamente que para poder afirmar rotundamente ésto, se ne cesitaría completar el estudio con mujeres que cursan con embarazo normal, y del cual al presente solo se cuenta con resultados preliminares.

C A P I T U L O VI

DISCUSION

El fenómeno llamado pseudociesis o falso embarazo aunque es una entidad que no es muy común, se presenta con más frecuencia de lo que se cree.

Pensamos que ha ido disminuyendo en cantidad este síndrome, debido -por un lado- a la rapidez con que se diagnostica actualmente el estado grávido. De hecho, nuestras pacientes tuvieron como peculiaridad, el que no habían tenido "control prenatal", o bien trataban de confirmar el diagnóstico de embarazo por medio de empíricos.

Por otro lado, hemos observado que algunas pacientes que presentan pseudociesis no son muy tomadas en cuenta, por no considerarse éste fenómeno de relevancia médica.

Sin embargo pensamos que es muy interesante observar síndromes como éste, que presentan una serie de signos físicos tan extensos, a partir de un fenómeno psíquico.

La literatura revisada nos confirma lo anterior. Por más que algunos médicos insistan en la presencia exclusiva de factores orgánicos, en nuestro estudio se descarta, ya que ninguna de nuestras pacientes tuvo o presentó alguna anomalía de este tipo (fué un requisito de inclusión).

La muestra que tomó parte en la investigación, fué heterogénea en edad y antecedentes gineco-obstétricos. En cuanto a -

la escolaridad podríamos decir que, nuestras pacientes y las pa
cientes reportadas en la literatura extranjera, coinciden en que
lo máximo alcanzado fué el grado de secundaria, hecho que algu-
nos autores marcan como una de las circunstancias que coadyuvan
a la presentación del fenómeno; sin embargo, dentro de las pa -
cientes que fueron excluidas de la muestra, había dos profesio-
nistas que -por clínica- tenían un CI superior al normal y con
buena capacidad de abstracción. No se encontraron signos que -
indicasen algún tipo de creencia o mito popular, o, ignorancia
de los procesos reproductivos.

Esto podría indicarnos que aún y cuando hubiese fallas cul
turales que ayudasen al desarrollo de la pseudociencia, éste fac
tor puede o no estar presente para que se de el fenómeno. Es de
cir, a este nivel también existe heterogeneidad.

Donde observamos marcada homogeneidad es en los resultados
de las pruebas y de la entrevista.

En el MMPI se encontraron rasgos hipocondriacos, tendencia
a la depresión, y una fuerte inclinación a la fantasía y al aig
lamento. Esto último se utiliza como una forma de controlar -
la ansiedad y el manejo de su conflictiva. Otro hecho intere -
sante es la cantidad de quejas somáticas que expresaron estas -
mujeres.

Tanto los primeros elementos, como éstos últimos, confir -
man lo que han encontrado otras investigaciones, en las diferen
tes disfunciones revisadas.

No podemos dejar de significar ésto ya que nuestra tesis

está orientada a proponer que uno de los elementos básicos en la pseudociesis, es la depresión, causada por la pérdida de la madre, y que a su vez condujo a una pobre identificación psicosexual.

Tanto por la entrevista como por el seguimiento, parece ser que la pseudociesis fué un sustituto de la depresión. Además - de que en sus fantasías, el pseudoembarazo las reivindicó con la madre.

Conscientemente se querían embarazar para complacer a sus parejas, pero inconscientemente la complacencia iba dirigida a la madre, siendo el compañero un pobre sustituto de ella.

Entonces, la pseudociesis tuvo una doble función en estas pacientes:

- 1) Tener la posibilidad de reencontrarse con la madre.
- 2) Evitar un brote agudo de depresión.

Esto último se hizo evidente cuando terminó el episodio de pseudociesis. Todas las pacientes tuvieron accidentes y/o exacerbación de conflictiva con familiares, amigos, trabajo y pareja, llegando incluso a la incapacitación de sus vidas cotidianas.

Aquí podríamos preguntarnos ¿por qué la pseudociesis fué usada como una "defensa" contra la depresión? ¿por qué no una defensa de "más larga duración", ya que lo máximo que puede llegar una pseudociesis es de 10 a 11 meses?

Para empezar, diremos que estas mujeres están "fluctuando" entre la ruptura de la realidad, y la conservación de la misma,

siendo su mecanismo de defensa uno de los más primitivos, que es la negación. Es por esto que son tan reacias para aceptar las evidencias objetivas de su no embarazo, y el porqué concentran su energía en no aparecer "como locas" delante de sus familiares y/o pareja.

De hecho, en cuanto al primer punto tuvimos una mujer que tuvo que ser hospitalizada en una institución psiquiátrica después de 11 meses de "embarazo".

En segundo lugar, éstas mujeres mostraron viejos conflictos centrados en su femineidad a nivel de sus funciones reproductivas. Llama la atención que todas refirieron problemas de dismenorrea, amenorrea y/o esterilidad.

Esto último concuerda con la literatura psicoanalítica, - en el sentido de ubicar la etiología de estos conflictos en la imposibilidad de identificación positiva con la madre.

Desde este punto de vista el problema central de la pseudociésis consiste en el conflicto de la mujer al querer embarazarse y no poder, o no deber hacerlo, llegando al pacto inconsciente y, generar pseudociésis.

Agregamos que las circunstancias, la personalidad y la poca fuerza yoica de la mujer, tienen que estar presentes para que el fenómeno se produzca, ya que muchas mujeres estériles no optan por tal solución neurótica.

Ahora bien, así como se plantea que tanto las amenorreicas, como las estériles, presentan su conflictiva a nivel de su sexualidad y con serios temores al embarazo, también las -

pseudociéticas podrían entrar en estos rubros. Aunque estas - mujeres expresaron su deseo consciente de embarazo, paradójicamente la pseudociesis impedía precisamente ésto, debido a que:

- 1.- suspendieron su vida sexual
- 2.- evitaba que se hicieran estudios de esterilidad, lo - que a su vez llevó a
- 3.- no embarazo
- 4.- se suspendía su menstruación o se hacía escasa.

Podemos preguntarnos por qué estas pacientes no desarrollaron exclusivamente una amenorrea y/o una esterilidad psicógena.

Parte de la respuesta se podría encontrar en este estado prepsicótico del que se habló anteriormente. Otro hecho a subrayar sería este monto de ansiedad que (según el Idare y por - clínica) estuvo presente en estas mujeres, y que a veces llegó a límites incapacitantes.

Además debemos de tener en cuenta que las circunstancias previas al pseudoembarazo fueron hechos coadyuvantes e importantes para la paciente, que los vivía en forma de presión excesiva.

Ahora bien, si partimos de las consideraciones y marco teórico planteado por el enfoque sistémico tenemos también que preguntarnos el o los significados que la pseudociesis (como síntoma) representa para la familia (de origen o actual).

En este sentido, un cuestionamiento obligado sería: ¿para - que le sirve a la paciente dicho síntoma en función del grupo o

sistema familiar?

Primeramente se puede afirmar que la pseudociesis representa una metacomunicación; es decir, la mujer está tratando de comunicar algo acerca de ella a través del síntoma.

Esta forma de comunicación ya entraría en el terreno de la psicopatología, ya que el no comunicarse en forma directa, estaría hablando de que la paciente desea evitar el compromiso inherente a toda comunicación.

En este sentido Jackson (57) -entre otros- apunta la utilidad que tienen los síntomas histéricos de un paciente, para comunicarse con su familia.

Es decir, la teoría de la comunicación concibe un síntoma como un mensaje no verbal.

Si la pseudociesis es el síntoma, el "hijo" por llegar y todas las expectativas que se generan alrededor de él, parece ser que pueden fungir como alianza entre la pareja; pueden unirse y colaborar, teniendo la ilusión de que finalmente su unión será estable. Es decir, que la pareja tiene que permanecer unida para recibir la llegada del bebé.

Como diría Watzlawick y Colbs "...el mito del hijo es un mecanismo homeostático para hacer de la relación una alianza simétrica estable". (57)

Al saber del no embarazo, se rompe la homeostasis, el sistema termina y la opción es recalibrar tal sistema. Luego entonces, se va a requerir que se de un nuevo orden de interacción.

Antes de pasar a las limitaciones y recomendaciones del presente estudio, quisiera hacer algunas consideraciones finales dirigidas principalmente a los Gineco-obstétricos, que son las personas encargadas de dar tratamiento a estas pacientes, y que a veces se ven en la necesidad de comprender lo que les sucede a estas mujeres.

Como hemos sustentado anteriormente, las mujeres con pseudociesis son reacias a aceptar que no están embarazadas ya que, en primer lugar han hecho un considerable gasto consciente de energía alrededor del supuesto embarazo, y en segundo lugar, su sensación es de ser mujeres muy patológicas a nivel psicológico.

Por esto mismo reitero mis sugerencias acerca del tratamiento viable para que estas mujeres no se sientan tan inadecuadas.

- 1) Hablarles de su situación real en forma sencilla y clara.
- 2) Explicarles el tratamiento médico a seguir con un lenguaje directo y sencillo.
- 3) Decirles de la frecuencia -no tan baja- de éste fenómeno, en un intento de empatizar con ellas y tranquilizarlas.
- 4) De ser posible, el tratamiento darlo un solo médico.

Si junto con esto se les remite al especialista, estoy segura de que los tratamientos conjuntos le serán menos angus-

tiosos, ayudandoles así, a allanar las dificultades inherentes al enfrentamiento de su situación.

Hasta aquí hemos planteado nuestras consideraciones a partir de la observación clínica, de las entrevistas y las pruebas; por lo mismo, los resultados que se obtuvieron solo pueden ser generalizados a nuestra población. Además, no contamos con un grupo control que nos permitiera hacer comparaciones.

Es por esto que sugerimos los siguientes:

- 1) ampliar el grupo de estudio
- 2) tener grupos control con mujeres que tengan amenorrea, pérdidas, esterilidad, embarazos normales, etc., de tal manera que puedan hacerse comparaciones
- 3) realizar un seguimiento más prolongado
- 4) profundizar en los elementos dinámicos o simbólicos de estas mujeres
- 5) hacer estudio a nivel hormonal durante y después del episodio, para conocer como están estos niveles.

Pensamos que es de gran utilidad seguir estudiando este fenómeno, para poder esclarecer otros síndromes, y así tener la posibilidad de entender más acerca de problemas planteados como psicósomáticos. Esto redundaría en un ahorro de recursos materiales (pruebas de esterilidad, de embarazos, etc.), y humanos (horas/profesional); y sobre todo, quizá nos permita dar

respuesta a incógnitas no estudiadas aún en nuestra población mexicana.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Murray J.L., Abraham G. E: Pseudocyesis. A review *Obs tet Gynecol.* 51: 5; 627 1978.
- 2.- Fried P., Rakoff A: Pseudocyesis: a psychosomatic Study in Gynecology. *J.A.M.A.* 145: 17; 1329, 1957.
- 3.- Brown E., Barglow P: Pseudocyesis. A paradigm for psychophysiological interactions. *Arch. Gen. Psychiat.* 24: 221, - 1971.
- 4.- Aldrich C.K: A case of recurrent pseudocyesis. *Perspect Biol Med.* 16: 11, 1972.
- 5.- Cohen L: A current perspective of pseudocyesis. *Am J Psychiat.* 139: 9; 1140, 1982.
- 6.- Paddock A: Spurious pregnancy: *Am J Obstet Gynecol.* - 16: 845, 1982.
- 7.- Hardwick P., Fitzpatrick C: Fear, folie and phantom - pregnancy: pseudocyesis in a fifteen-year old girl. *Brit J Psychiat.* 139: 558, 1981.
- 8.- Yen SSC., Rebar R.W., Queensberry W: Pituitary function in pseudocyesis. *J.c.e.* 43: 1; 132, 1976.
- 9.- Reifstein E.C.: Psychogenic or "hipothalamic" amenorrhea. *Med Clin North Am* 30: 1103, 1946
- 10.- Starkman M: Pseudocyesis: psychologic and neuroendocrine interrelationship. *Psychosom Med.* 47: 1; 46, 1985.
- 11.- Zarate A: Gonadotropin and prolactin secretion in - human pseudocyesis. *Annales d' Endocrinologie (Paris)*. 35: - 445, 1974.
- 12.- Cramer B: Delusion of pregnancy in a girl with drug-induced lactation. *Amer J Psychiat* 127: 7; 960, 1971.
- 13.- García Nuñez: Pseudocyesis. *Ginec Obstet Mex*: 43: - 258, 227, 1978.
- 14.- Abram H: Pseudocyesis followed by true pregnancy in the termination phase of an analysis. *Br J Med Psychol.* 42: - 255, 1969.
- 15.- Kimball P. Ch: A case of pseudocyesis caused by "rog ts". *Amer J Obstet Gynecol* 107: 5; 801, 1970.

- 16.- Daw E: Pseudocyesis. Br J of Pract. 27: 5; 181, 1973.
- 17.- Silber T.J., Mass A., Pseudocyesis in adolescent females. J of Adol Health care. 4: 2; 109, 1983.
- 18.- D'Orban P.T.: Child stealing and pseudocyesis. Brit J Psychiat. 141: 196, 1982.
- 19.- Christodoulou G.N: Pseudocyesis. Acta Psychiat Belg. 78; 224, 1978.
- 20.- Evans D.L; Seely T.J: Pseudocyesis in the male. Single case study. Journal of nervous and mental disease. 172: 1; 37, 1984.
- 22.- Selzer J.G. Pseudocyesis in a six-year old girl. J Am Acad Child Psychiatry. 7: 693, 1968.
- 23.- Guzinski G., Conrad S.H: Pseudocyesis and Sonography. Am J Obstet Gynecol. 13: 2; 230, 1980.
- 24.- Youngs D., Reame N: Psychosomatic aspects of menstrual dysfunction. Clin. Obstet Gynecol. 26 (3): 777, 1983.
- 25.- Dennerstein L., Spencer G. CH., Burrows G.D: Mood - and the menstrual cycle. J Psychat Res; 18: 1; 1, 1984.
- 26.- Dalton K. The premenstrual syndrome. Heinemann Medical Books, London, 1964.
- 27.- Mead M: Sexo y temperamento. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1972.
- 28.- Langer M: Maternidad y sexo. Ed. Paidós. Madrid 1983. 13-27; 132-152.
- 29.- Carney M.W.P.: Menstrual disturbance. A psychogenic disorder. Clinic in Obstet and Gynecol. 8: 1; 103, 1981.
- 30.- Haynai A., Pasin W: Manual de medicina psicossomática. Ed. Masson, México, 1984, 148-186.
- 31.- Lodewegens., B., Groenman N.H., Lappöhn R.E., The - effect of psychic factors on the spontaneous cure of secondary amenorrhea. A comparison of case with and without spontaneous cure. J of Psychosomatic research. 21; 175, 1977.
- 32.- Luque M., Morales F: Amenorrea psicógena. Estudio de un caso. (no publicado).

- 33.- Ford E.S.C., Forman I.,: psychodynamic approach to the study of infertility. *Fertility & Sterility*. 4: 6; 456, 1953.
- 34.- Bos C., Cleghorn R.A: Psychogenic sterility. *Fertility & Sterility*. 9: 2; 84, 1958.
- 35.- Morris T., Sturgis S: Practical aspects of psychosomatic sterility. *Clin Obstet Gynecol*. 2: 890, 1959.
- 36.- Sturgis S., Taymor M.L. Morris T: Routine psychiatric interviews in a sterility investigation. *Fertility & Sterility* 8: 6; 521, 1957.
- 37.- Abarnabel A.R., Bach G: Group psychotherapy for infertile couple. *Internat J of Fertil*. 4: 2; 151, 1959.
- 38.- Labandear B., Benzecry L.Y: Frigidity and sterility. *Internat J of Fertil*. 4: 1; 66, 1959.
- 39.- Kostic P., Mladenovic D: The influence of frigidity on the sterility. *Internat J of Fertil*. 5: 4; 417, 1960.
- 40.- Dawkins S: Non-consummation of marriage. *The Lancet*. 4: 1029, 1961.
- 41.- Platt J: Infertile couples: personality traits and self ideal concept discrepancies. *Fertility & Sterility*. 24: 12; 972, 1973.
- 42.- Eck M.B: The emotional needs of infertile couples. *Fertility & Sterility*. 34: 4; 313, 1980.
- 43.- Rosenfeld D., Mitchell E: Treating the emotional - aspects of infertility: counseling services in an infertility clinic. *Am J Obstet Gynecol*. 135: 2; 177, 1979.
- 44.- Drake L., Grunert G: A cyclic pattern of sexual dysfunction in infertility investigation. *Fertility & Sterility*. 32: 5; 542, 1979.
- 45.- Seibel M., Taymor M: Emotional aspects of infertility & Sterility. 37: 2; 137, 1982.
- 46.- Campbell y Stanley: Diseños experimentales en la investigación social. Amorrortu, Buenos Aires. 20; 30, 1978.
- 47.- Hathaway S.R. McKinley J.C: Inventario Multifásico de la Personalidad. MMPI- Español. I. Ed. Manual Moderno. México, 1951.

48.- DíazGuerrero R., Spielberger C.D: idare; Inventario de ansiedad Rasgo-Estado, 1a. parte. Ed. El Manual Moderno. México, 1970.

49.- Biggs J., Wyliel., Ziegler V: Validity of the Zung self-rating Depression scale. Brit J Psychiat. 132: 381, 1978.

50.- Zung W: Manual sobre la medición de la depresión; publicado por farmacéuticos Lakeside, S.A.

51.- Redondo J.P: Estudio Transcultural del I.D.A.R.E. en universitarios primerizos de UNAM y UNC de México y Colombia. Tesis Doctoral. México, 1979.

52.- Langer M; Fantasías Eternas a la luz del Psicoanálisis. Ed. Horme. Buenos Aires, 1966.

53.- Deutsch. La Psicología de la mujer. Vol. 1 Ed. Grunne New York, 1944.

54.- Freud Obras Completas Tomo I 39.

55.- Jones E. Vida y Obra de Sigmund Freud. Tomo I Ed. - Anagrama, Barcelona, 1981.

56.- Bressler B, Nyhus P, Magnussen F. Pregnancy Fantasies in psychosomatic illness and symptom formation. A clinical study. Psychos. Med. Vol XX, 3, 1958, 187-201.

57.- Watzlawick P, Helmick B. J, Jackson D.D. Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas. Ed. Tiempo contemporáneo. Buenos Aires, 1976.

A P E N D I C E

ANALISIS PSICOLOGICO DE LA PSEUDOCIESIS
TABLA 1. DATOS SOCIODEMOGRAFICOS Y GINECO-OBSTETRICOS










- EDAD 16-32 AÑOS	
- ESTADO CIVIL: CASADAS	
SOLTERAS	
- ESCOLARIDAD: PRIMARIA	
SECUNDARIA	
- OCUPACION: AMA DE CASA	
OTRA	
- ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS:	
"PRIMIGESTAS"	
HIJOS VIVOS	
PERDIDAS	

TABLA 21 SINTOMATOLOGIA DE PSEUDOCETISIS

SINTOMATOLOGIA	NUMERO DE CASOS									TOTAL MUJER
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
"EDAD GESTACIONAL"	23	15	17	20	36	23	14	34	23	
AMENORREA	•	•	•	•	•			•	•	
CRECIMIENTO ABDOMINAL	•	•	•	•	•	•	•	•	•	9
CAMBIO MAMAS	•	•	•		•	•		•	•	7
"MOVIMIENTOS FETALES"		•			•	•		•	•	5
NAUSEAS	•	•	•	•	•	•	•		•	8
VOMITOS			•			•			•	3
GANANCIA DE PESO		•	•	•	•	•	•		•	7
CREENCIA DE EMBARAZO	•	•	•	•	•	•	•	•	•	9
"ANTOJOS"			•		•				•	3
SUENO			•					•	•	3
MAREOS					•				•	2
QUEJAS SOMATICAS	•	•	•	•	•	•	•	•	•	9
TOTAL DE SIGNOS Y SINTOMAS POR MUJER	6	8	10	6	9	9	5	7	12	

TABLA 4: ANALISIS DE CONTROL DEL MMPI

FACTORES AUTODESCRIPTIVOS	NUMERO DE CASOS									TOTAL DE MUJERES
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
CONTROL DE ANSIEDAD A TRAVES DE FANTASIA	6
CONDUCTA DE AISLAMIENTO	5
QUEJAS SOMATICAS	5
DEPRESION MUY AUTOCRITICA		6
SUSPICACIA	6
PERCIBE PROBLEMAS FAMILIARES			.			.				2
NECESIDAD DE AFECTO Y APROBACION					.		.			2
SABE SU CONFLICTIVA PERO NO ES CAPAZ DE RESOLVERLO	6

TABLA 5: PUNTAJES DE A-ESTADO (IDARE)* POR CASO

	PRETEST	POSTEST
	1	59
	2	48
	3	66
	4	63
No.	5	57
de	6	64
caso.	7	57
	8	52
	9	61
	\bar{x}	58.5

***La puntuación comparativa para considerarse ansiedad es de 37.57, con una desviación estandar de 11.76**

TABLA 6: MEDICION CUANTITATIVA DE LA INTENSIDAD DE LA DEPRESION A TRAVEZ DEL ZUNG.

	PRETEST	POSTEST
1	45	50
2	65	64
3	54	54
4	51	71
5	49	50
6	68	65
7	51	51
8	44	45
9	53	59
\bar{x}	53.7	56.5

ANALISIS PSICOLOGICO DE LA PSEUDOCIESIS

TABLA 8: NIVEL DE RELACION DURANTE Y DESPUES DE LA PSEUDOCIESIS

RELACION ANTES

RELACION DESPUES

- A. ESTABLE-ARMONICA-SATISFACTORIA
- B. ESTABLE-ARMONICA-INSATISFACTORIA
- C. ESTABLE-DISARMONICA-INSATISFACTORIA
- D. INESTABLE-ARMONICA-SATISFACTORIA
- E. INESTABLE-DISARMONICA-INSATISFACTORIA

	A	B	C	D	E
A.			☺☺		
B.		☹	☺☺		
C.					
D.				☹	☺☺☺
E.					

VIÑETA # 1

NOMBRE	Soffia
EDAD	27 años
ESTADO CIVIL	Casada hace 5 años
ESCOLARIDAD	Primaria
ANTECEDENTES G.O.	¿GIII AII?
TIEMPO DE AMENORREA	20 semanas

Llega al INPer para confirmación de embarazo. Refiere que se siente muy ilusionada, aunque no es así con su esposo ya que en 2 ocasiones anteriores se había embarazado aparentemente, pero los análisis resultaron negativos. Aún y cuando los médicos le aseguraron que no existía embarazo, S sintió en ambas ocasiones los signos y síntomas de un embarazo: náuseas, vómitos, sueño, apetito, crecimiento abdominal y de mamas, con 3 meses de amenorrea en los 2. En este tercer episodio presenta la siguiente sintomatología: náuseas, mareos, "antojos", crecimiento abdominal, crecimiento de mamas y amenorrea de 4 meses.

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS.- Su primera menstruación fué a los 12 años, siendo su reacción de miedo puesto que no sabía nada. Al comunicarselo a la madre, ésta le dijo "búscate un trapo y póntelo". S tuvo que buscar la explicación con una tía. Pensó que probablemente iba a morir. Sus menstruaciones han sido irregulares, con dismenorrea incapacitante, teniendo que recurrir a remedios caseros y medicamentos.

HISTORIA SEXUAL.- Inicia vida sexual cuando contrae matrimonio, a los 22 años. Su primera relación sexual la describe como insatisfactoria, ya que fué dolorosa y sangró. Su esposo ha sido su única pareja sexual. Nunca ha tenido un orgasmo. Actualmente sus relaciones son escasas, suspendiendolas cuando supuestamente se ha embarazado.

truaciones, siempre ha tenido problemas gastrointestinales, - frecuentes dolores de cabeza. Sus quejas somáticas van enfocadas hacia agruras, colitis, gastritis, dolores matutinos de ca beza, etc.

PADECIMIENTO ACTUAL.- Llega al INPer con 4 meses de supuesto embarazo, con signos y síntomas neurovegetativos. Se le hacen exámenes de sangre y ultrasonido para confirmar o descartar embarazo y ambos resultan negativos. Esto se lo informa el médico a S, estando la Psicóloga presente.

Solo por su eritrofobia, se sabe que la noticia le impactó, ya que permanece callada e impávida por algunos segundos. Sin embargo, saliendo del consultorio se soltó en llanto, refiriendo gran angustia de la reacción del esposo y la madre cuando se los comunicó.

Cuando se les dijo, ambos permanecieron en silencio y no le dijeron nada, no obstante el esposo aumentó su ingesta de alcohol.

A partir de esta fecha las quejas somáticas de S aumentaron en intensidad, sobre todo el dolor de cabeza. Un mes después de comunicarle que no estaba embarazada, presenta menstruación espontánea.

Se le plantea la posibilidad de continuar en tratamiento tanto médico como psicológico, lo que S acepta. Se le da dieta de reducción, se comienza estudio de esterilidad, se cita al esposo y a la madre para explicarles lo sucedido.

Con S se empiezan sesiones semanales, explorando sobre todo la relación con la madre. Los recuerdos de S son generalmente de tristeza y soledad. Posee un pensamiento mágico muy marcado, asociado con las pérdidas de la madre.

Parece ser que S se identificó con la parte triste, desesperanzada, temerosa y pasiva de la madre. Se interpretan éstos hechos en forma sencilla y concreta.

HISTORIA FAMILIAR.- La familia de origen la componen el padre de 62 años, la madre de 58, dos hermanos de 33 y 23 respectivamente. Tuvo otros seis hermanos que murieron entre la edad de Recién Nacidos y 2 años de edad.

El padre no fué a la escuela, peso sabe leer y escribir. Es taxista. S lo describe como ausente y "regañón". Recuerda que siempre llegaba enojado y si la paciente se acercaba, él la apartaba molesto.

La madre es analfabeta y se dedica al hogar. La describe como "buena gente" y cariñosa, aunque a veces la percibía triste y temerosa de ser golpeada por el marido.

La relación entre ambos la describe como "regular", por los constantes conflictos que había entre ellos ya que el padre además de alcoholizarse y golpear a la madre, tenía otra mujer. A veces llegaba a ausentarse hasta 2 meses.

En cuanto a los hermanos, solo lleva buena relación con el mayor, al que describe como responsable y alegre. Con el menor existen frecuentes conflictos y nula comunicación ("es igual que mi papá").

HISTORIA DE PAREJA.- Conoce a su pareja en la colonia donde actualmente viven. Se veían a escondidas porque el padre y el hermano menor la golpeaban cuando la veían platicando con algún hombre, sin embargo S logró imponerse y se casó con él hace 6 años. Lo describe como callado, aunque a veces cariñoso. Toma bebidas alcohólicas cada 8 días, y a veces falta a la casa los fines de semana.

Ambos viven en casa de los padres de la paciente. Ella no quiere independizarse porque dice que viviendo con sus padres, su esposo no se va a atrever a golpearla.

Describe la relación como buena y tranquila.

HISTORIA DE ENFERMEDAD.- Además de sus irregulares mens -

A los 4 meses de psicoterapia, la paciente se embaraza, - resultando ser un embarazo gemelar. S y su pareja no quieren - creerlo (él dejó la ingesta de alcohol durante el tratamiento de la paciente. El exámen de embarazo fué positivo.

Su reacción fué de sorpresa y alegría; parece haber restiti tuido sus "2 abortos" anteriores.

Finalmente, por cesárea, tuvo gemelas. Actualmente están vivas y sanas.

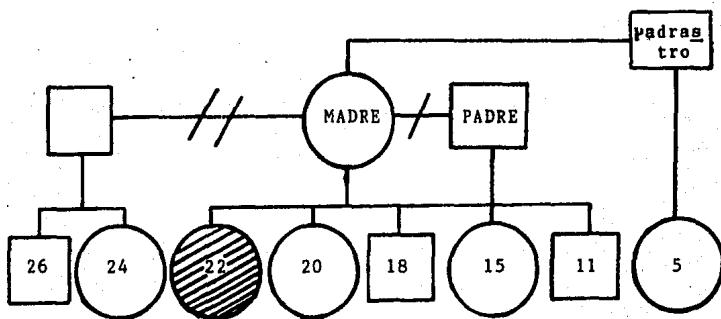
NOMBRE	Yolanda
EDAD	22 años
ESTADO CIVIL	Soltera
ESCOLARIDAD	2o. de Secundaria
ANTECEDENTES G.O.	"Primigesta"
OCUPACION	Hogar
TIEMPO DE AMENORREA	17 semanas

Llega al Instituto para control prenatal, aunque refiere sentirse un tanto asustada y confundida, porque piensa que algo anda mal con su bebé o con su matriz, ya que le han dado diferentes diagnósticos (que ya murió el bebé, o que es un tumor.

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS.- Su primera menstruación fué a los 14 años. Su reacción fué de sorpresa aunque su madre ya le había informado. Al principio fueron irregulares sus menstruaciones, pero a los 15 ó 16 se regularizaron. Cursa siempre con dismenorrea incapacitante.

HISTORIA SEXUAL.- Inicia su vida sexual con su actual pareja. Solo ha tenido 2 coitos. Su primera relación sexual le fué insatisfactoria y la refiere como dolorosa. No tuvo Orgasmo.

HISTORIA FAMILIAR.- Procede de una familia desintegrada - desde hace 8 años, y disarmónica.



La madre tenía 17 años y el padre 22 cuando contrajeron matrimonio. Los 2 hermanos mayores y el menor, son producto de relaciones con otras parejas.

Los padres siempre tuvieron conflictos desde que se unieron. Uno de los problemas es que a su padre no le gustaba la forma de vestir de la madre; al parecer era cíclica en su arreglo, unas veces estaba aseada y aliñada, y otras todo lo contrario. La paciente refiere parecerse en eso a su madre. En una ocasión el padre le quemó toda la ropa a la madre y le compró otro tipo de atuendo.

Los recuerdos de Y giran alrededor de estos conflictos y de lo que la madre, tíos y abuelos le decían del padre ("que era un mal hombre"). Constantemente la madre le contaba a Y que cuando menstruaba, el padre le decía que era una sucia.

Cuando Y iba a cumplir 15 años ambos se separaron definitivamente. En su fiesta de cumpleaños, el padre le regaló un reloj, y llorando le dijo que la quería mucho. La paciente lo percibió como un hipócrita y desde ese día refiere haberle perdido cariño.

A los 2 años de separados, él se volvió a casar. La madre al año.

En un inicio se relacionó con el padrastro en forma conflictiva y llena de rencor; lo calificaba de "barbero". La situación que era tensa, y pensar en su padre, la hacían sentir muy mal. Presentaba fuertes dolores de cabeza, de manos y de pecho.

Actualmente piensa que el padrastro es una buena persona; lo que le disgusta es que ambos discuten enfrente de ella y de sus hermanos.

La relación con la madre la describe como mala. Se siente incomprendida por ella, y percibe burla cuando le confía al gún problema. Califica a la madre como indiferente y fría.

HISTORIA DE PAREJA.- Conoce a su pareja en una fiesta hace 4 años. Al parecer, desde un inicio la relación fué disarmonica, llegando a golpearla en una ocasión. Y llegó a romper normas familiares para que su pareja no la dejara.

No obstante la paciente se percataba de lo mal que estaba la relación, pero no sabe porque se le hacía imposible terminar con él. La madre le decía que el novio se parecía mucho a su padre.

Un mes antes de "embarazarse" supo que su novio tenía otra pareja. Y comenzó a deprimirse, y fué cuando su siguiente menstruación no se presentó. Se lo dijo al novio pensando que se iban a casar y él reaccionó con enojo y la dejó para irse fuera de México. Ella dejó el trabajo debido a que por ser soltera "podían criticar su embarazo".

La reacción de la familia fué de enojo y rechazo.

HISTORIA DE ENFERMEDAD.- Al parecer sus quejas somáticas se inician al separarse los padres (dolor de cabeza, pecho, etc.) Hace 4 años tuvo un accidente (la aventaron a una alberca y se pegó en la orilla), y como consecuencia se lastimó la 5a. lumbar. A raíz de esto los médicos le dijeron que no iba a poder embarazarse. A veces -dice- no siente las piernas y se le imposibilita caminar. Se cae mucho por esto. Tiene además constantes dolores de cabeza, y molestias gastrointestinales.

PADECIMIENTO ACTUAL.- Llega al INPer con 3 1/2 meses de supuesto embarazo. Sus signos y síntomas son: sueño, náuseas, vómitos, amenorrea, abdomen globoso, aumento de talla y dolor de mamas, "antojos" y aumento de peso (ha subido 10 Kgs. en 3 meses) Y. se siente embarazada. Se hizo dos exámenes de orina hace 1 y 2 meses respectivamente; el primero fué positivo y el segundo negativo.

En el Instituto se le realizan exámenes de ultrasonido y

laboratorio, resultando ambos negativos.

Cuando se le da la noticia enrojece y comienza a llorar. Expresa que se siente confundida; "estoy mal, para mi edad soy inestable e inmadura". Refiere que desea tratamiento psicoterapéutico ya que quiere saber por qué tuvo un embarazo psicológico.

Llega tarde a la siguiente cita. Desde que supo de su no embarazo, se ha vestido de negro.

Sus quejas somáticas se acrecentaron y dice que quizá todavía exista esperanza en relación a que los médicos se hayan equivocado.

No pudo enfrentar a su familia, y les mintió diciéndoles que el diagnóstico final fué huevo muerto y retenido, habiéndole practicado un legrado.

Refiere que desea mucho un hijo, y que para lograrlo quiere aceptar una propuesta de matrimonio de un vecino que la ha pretendido tiempo atrás.

Se le pide no tomar decisiones sin antes analizarlas.

No regresó a pesar de que se le habló dos veces por teléfono.

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Stake R. Hathaway y J. Charnley McKinley

FORMA Y SUBGRUPO

F
Femenino

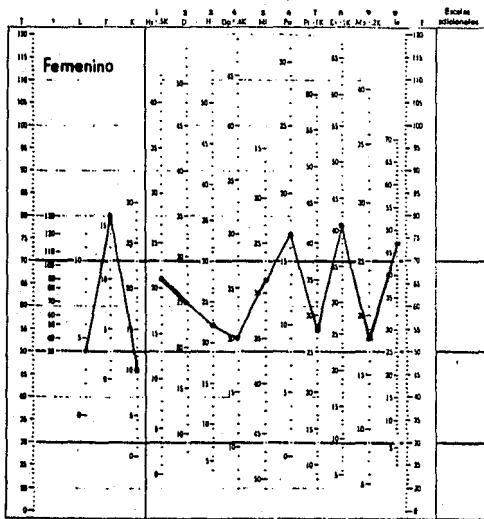
Nombre ALICIA 1
(letra de molde)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil casada Edad 18 Referido por _____



Puntuación natural 4 16 10 16 25 22 16 29 17 18 31 16 47

Agrupar factor I 5 4 10 10 2

Puntuación corregida 21 20 28 4 18

Escala			
1	2	3	4
10	15	12	6
25	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
24	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	2
13	7	5	2
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	1
9	4	3	1
8	4	3	1
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	3	2	1
3	2	2	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS



Firma _____ Fecha _____

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charney McKinley

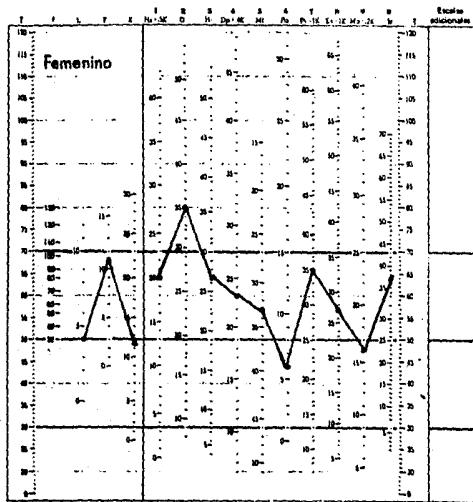
PERFIL Y SUMARIO

Nombre M ARCELA 2 Años
(letra de nombre)
Dirección _____
Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

F
Femenino

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil unión libre 28 Referido por _____



Escalas adicionales	1	2	3	4
30	15	12	8	
25	11	11	6	
24	16	11	6	
27	11	11	5	
26	12	10	5	
25	13	10	5	
24	12	10	4	
21	13	9	5	
23	11	9	4	
21	11	8	4	
20	10	9	4	
19	10	8	4	
18	8	7	4	
17	9	7	2	
16	9	6	2	
15	6	6	2	
14	7	8	2	
12	7	5	2	
11	6	7	2	
10	5	4	2	
9	5	4	2	
8	4	3	2	
7	4	3	1	
6	3	2	1	
5	3	2	1	
4	1	1	0	
3	1	1	0	
2	1	1	0	
1	0	0	0	

NOTAS

Permutación natural 4 11 12 14 35 27 18 33 6 23 15 14 37
Agrupar factor K 6 5 12 12 2
Puntuación corregida 20 23 35 27 16



Firma _____ Fecha _____

PERFIL Y SUMARIO

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

F
Femenino

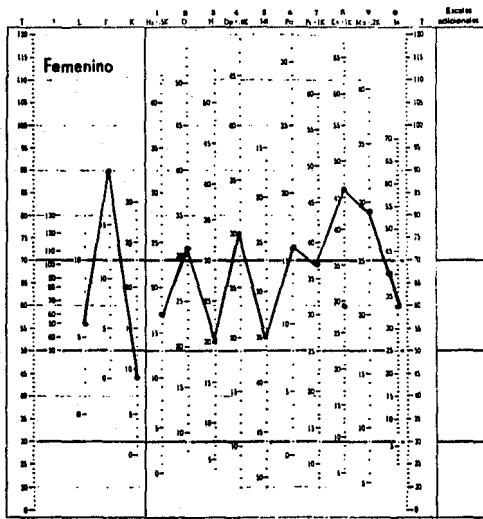
Nombre YOLANDA 3
(letra de nombre) (edad)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios complidos _____

Estado Civil soltera Edad 22 Referido por _____



Puntuación normal _____

Puntuación corregida _____

	6	21	9	12	31	20	26	35	16	28	37	27	33	---	---
Agrupar factor K	5				4					9	9	2		---	---
	17				30					37	46	29		---	---

Factores M

F	2	3	4	5
30	13	12	5	
29	13	12	6	
28	14	11	6	
27	14	11	5	
26	13	10	5	
25	13	10	5	
24	12	10	5	
23	12	9	5	
22	11	9	4	
21	11	8	4	
20	10	8	4	
19	10	8	4	
18	9	7	4	
17	8	7	3	
16	8	6	3	
15	8	6	3	
14	7	6	3	
13	7	5	3	
12	6	5	3	
11	6	4	3	
10	5	4	3	
9	4	3	2	
8	3	3	1	
7	4	3	1	
6	3	3	1	
5	3	3	1	
4	2	2	1	
3	2	2	1	
2	1	1	0	
1	1	1	0	
0	0	0	0	

NOTAS



Firma _____ Fecha _____



INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

F
Femenino

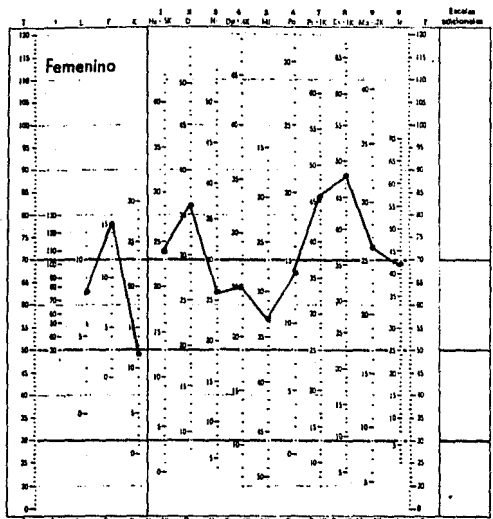
Nombre ANA MARTA (letra de nombre) 4

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil CASADA Edad 22 Referido por _____



Puntuación	8	15	12	18	36	26	20	33	14	38	36	24	42
Agrega Factor K			6			5				12	12	2	
Puntuación corregida			24			25				46	48	26	

Funciones	Puntuaciones			
	K	F	L	T
70	15	12	6	6
71	15	12	6	6
72	14	11	6	6
73	14	11	5	5
74	15	10	5	5
75	13	10	5	5
76	12	10	5	5
77	12	9	4	4
78	11	9	4	4
79	11	8	4	4
80	10	8	4	4
81	10	8	4	4
82	9	7	4	4
83	9	7	3	3
84	8	6	3	3
85	8	6	3	3
86	7	5	3	3
87	7	5	2	2
88	6	4	2	2
89	5	4	2	2
90	5	4	2	2
91	4	3	2	2
92	3	3	1	1
93	3	3	1	1
94	2	3	1	1
95	2	3	1	1
96	1	2	1	1
97	1	2	1	1
98	0	1	1	1

NOTAS

Firma _____ Fecha _____



INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

F
Femenino

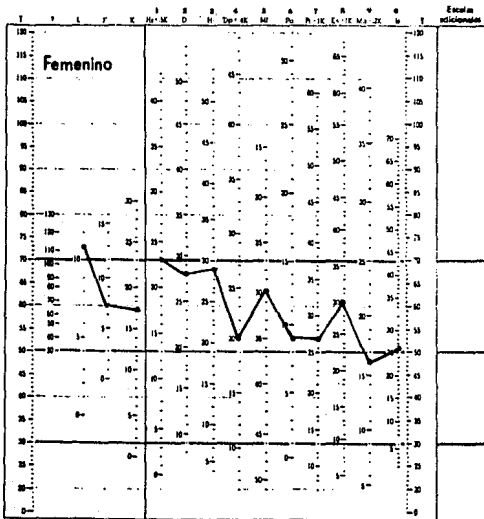
Nombre LUCILA 5
(letra de nombre)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil Casada Edad 23 Religió por _____



Puntuación
total 11 7 17 14 28 29 13 30 9 10 13 13 26

Agrega factor K 9 7 17 17 3

Puntuación corregida 23 20 27 30 16

Fracciones K

K	1	2	3	4	5
30	13	12	8		
29	15	12	6		
28	16	11	6		
27	14	11	5		
26	13	10	5		
25	13	10	5		
24	12	10	5		
23	13	9	5		
22	11	9	4		
21	11	8	4		
20	10	8	4		
19	10	8	4		
18	9	7	4		
17	8	7	3		
16	8	6	3		
15	8	6	3		
14	7	6	3		
13	7	5	3		
12	6	5	2		
11	6	4	2		
10	5	4	2		
9	5	4	2		
8	4	3	1		
7	4	3	1		
6	3	2	1		
5	3	2	1		
4	2	2	1		
3	2	1	0		
2	1	1	0		
1	0	0	0		

NOTAS

Firma _____ Fecha _____



PERFIL Y SUMARIO

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

Nombre ESTHER 6

(Letra de molde)

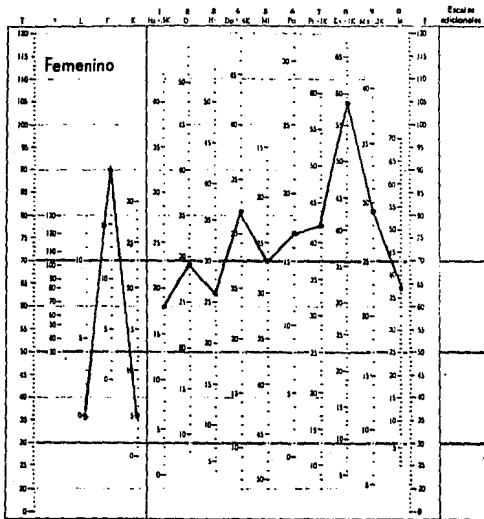
F
Femenino

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil soltera Edad 16 Referido por _____



Puntaje	0	25	5	15	29	26	30	27	17	37	53	28	37
Factor													
Puntaje con corrección													

Escala			
1	2	3	4
10	15	12	6
29	15	12	6
28	14	21	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	9	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	2
13	7	5	2
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	1
7	4	3	1
6	3	2	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	1	1	0
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS



Firma _____ Fecha _____

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA
PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

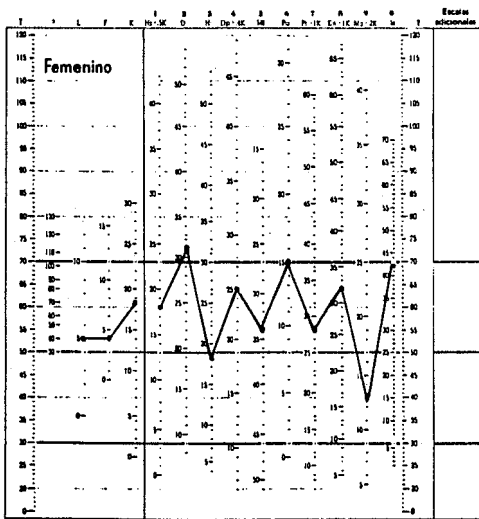
Nombre VICTORIA 7
(letra de maide)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil unión libre 19 Relato por _____



Puntuación natural	<u>5</u>	<u>4</u>	<u>18</u>	<u>9</u>	<u>31</u>	<u>18</u>	<u>18</u>	<u>34</u>	<u>15</u>	<u>10</u>	<u>14</u>	<u>9</u>	<u>42</u>	---	---
Agrupar factor K			<u>9</u>			<u>7</u>				<u>18</u>	<u>18</u>	<u>4</u>		---	---
Puntuación corregida			<u>18</u>			<u>25</u>				<u>28</u>	<u>32</u>	<u>13</u>		---	---

Fracciones N			
N	3	4	5
20	15	12	6
25	15	12	6
28	14	11	6
27	14	11	5
26	13	10	5
25	13	10	5
24	12	10	5
23	12	9	5
22	11	9	4
21	11	8	4
20	10	8	4
19	10	8	4
18	9	7	4
17	8	7	3
16	8	6	3
15	8	6	3
14	7	6	3
13	7	5	3
12	6	5	2
11	6	4	2
10	5	4	2
9	5	4	2
8	4	3	2
7	4	3	1
6	3	3	1
5	3	2	1
4	2	2	1
3	2	1	1
2	1	1	0
1	1	1	0
0	0	0	0

NOTAS



Firma _____ Fecha _____

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Storke R. Hathaway y J. Charnley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

Nombre IRENE 8

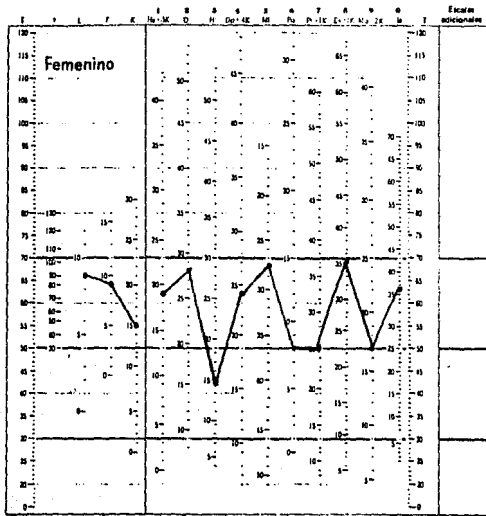
(letra de molde)

Dirección _____

Descripción _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado Civil casada Edad 29 Referido por _____



Fracciones N

1	2	3
30	15	12
29	15	12
28	16	11
27	16	11
26	13	10
25	13	10
24	12	10
23	12	9
22	11	8
21	11	8
20	10	8
19	10	8
18	9	7
17	9	7
16	8	7
15	8	7
14	7	6
13	7	6
12	6	5
11	6	5
10	5	4
9	5	4
8	4	3
7	4	3
6	3	2
5	3	2
4	3	2
3	2	1
2	1	1
1	1	1
0	0	0

NOTAS

Puntuación natural 9 11 15 11 28 14 18 27 8 10 20 14 36

Agrupar factor K B 6 15 15 3

Puntuación corregida 19 24 25 35 17



Firma _____ Fecha _____

MMPI
2-4

INVENTARIO MULTIFASICO DE LA PERSONALIDAD, MMPI - Español

Starke R. Hathaway y J. Chamley McKinley

PERFIL Y SUMARIO

F
Femenino

Nombre SOFIA 9

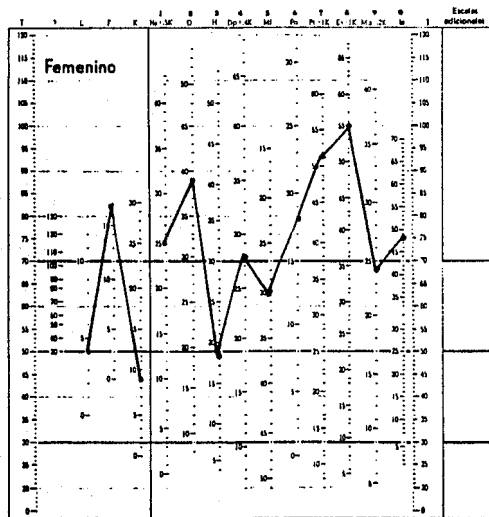
(letra de maide)

Dirección _____

Ocupación _____ Fecha de aplicación _____

Años escolares o estudios cumplidos _____

Estado (incl. casada) 27 Referido por _____



Puntuación total	<u>4</u>	<u>17</u>	<u>9</u>	<u>16</u>	<u>39</u>	<u>18</u>	<u>21</u>	<u>30</u>	<u>18</u>	<u>34</u>	<u>38</u>	<u>21</u>	<u>48</u>
Agrupar factor K		<u>9</u>				<u>7</u>				<u>17</u>	<u>17</u>	<u>3</u>	
Puntuación corregida		<u>25</u>				<u>28</u>				<u>51</u>	<u>55</u>	<u>24</u>	

Fracciones a

	1	2	3	4	5
20	13	11	6		
19	13	11	6		
26	14	11	6		
27	14	11	5		
26	13	10	5		
25	13	10	5		
24	12	10	5		
23	12	9	5		
22	11	9	4		
21	11	9	4		
20	10	8	4		
19	10	8	4		
18	9	7	4		
17	9	7	4		
16	8	6	3		
15	8	6	3		
14	7	6	2		
13	7	5	2		
12	6	5	2		
11	6	4	2		
10	5	4	2		
9	5	4	2		
8	4	3	2		
7	4	3	1		
6	3	3	1		
5	3	2	1		
4	3	2	1		
3	2	2	1		
2	1	1	0		
1	1	1	0		
0	0	0	0		

NOTAS



Firma _____ Fecha _____

CUESTIONARIO

Nombre _____
Edad _____
Estado Civil _____
Escolaridad _____
Antecedentes G.O. _____
Tiempo de Amenorrea _____

I) Motivo de Consulta al Instituto

- a) Embarazo
- b) Confirmación de embarazo
- c) Otros

II) Antecedentes Gineco-obstétricos

1.- ¿Cuántas veces se ha embarazado, sin contar el actual? _____

2.- ¿Tiene hijos vivos? si _____ no _____ cuantos _____ edades y sexo de cada uno _____

3.- Fecha del último embarazo/parto _____ Vive si _____ no _____

4.- Fué planeado y/o deseado si _____ no _____ Por qué _____

5.- ¿Cuántas pérdidas ha tenido? _____ ¿De qué tipo? _____

6.- ¿Cuándo fué la última pérdida? _____ ¿De que tipo? _____

7.- El actual embarazo, ¿lo desea? si _____ no _____ Por qué _____

8.- ¿De que sexo lo prefiere? hombre _____ mujer _____ Por qué _____

9.- ¿Que opina su pareja del actual embarazo? _____

- a) lo acepta gustoso _____
- b) lo acpta pasivamente _____
- c) lo rechaza abiertamente _____
- d) no sabe _____
- e) otro _____

10.- Cuando se enteró de su embarazo, ¿cual fué la primera reacción de Ud.? a) b) c) d) e) _____

11.- Sus familiares (padres, hermanos, hijos, etc.), ¿Cómo reaccionaron? a) b) c) d) e) _____

III) Vida Sexual

- 12.- ¿A que edad tuvo su primera menstruación? _____
- 13.- ¿Cual fué su reacción ante ésta? a) contenta _____
b) asustada _____
c) enojada _____
d) no sabía _____
e) otra _____
- 14.- En su menstruación siempre ha sido: regular ___ Irregular ___
¿cada cuando? _____
- 15.- ¿Siente dolores cuando menstrua? si ___ no ___ ¿Que tan in-
tensos? _____
- 16.- Fecha de última menstruación _____
- 17.- ¿A que edad inició su vida sexual? _____
- 18.- Su primera relación sexual ¿fué satisfactoria si ___ no ___
¿Por qué? _____
- 19.- ¿Cómo se sintió? a) culpable b) satisfecha (le gustó)
c) sucia d) indiferente e) no le gustó f) otro _____
- 20.- ¿Cuántas parejas sexuales ha tenido en total? _____
- 21.- ¿Ha tenido orgasmo con todos? si ___ no ___ ¿Por qué? _____
- 22.- ¿Su actual pareja la satisface sexualmente? si ___ no ___
no aplicable ___ ¿Por qué? _____
- 23.- ¿Que opina de las relaciones sexuales premaritales y/o -
extramaritales? a) son buenas _____
b) son malas _____
c) le da igual _____
d) no sabe _____
e) otro _____
- 24.- ¿Ha tenido relaciones sexuales premaritales? si ___ no ___
no aplicable ___ ¿Con su pareja actual o con otro? _____
- 25.- ¿Como se sintió (siente) al tenerlas? a) culpable b) sa-
tisfecha (le gustó) c) sucia d) indiferente e) no le
gustó f) otro _____
- 26.- ¿Ha tenido relaciones sexuales extramaritales? si _____
no ___ no aplicable _____
- 27.- ¿Como se sintió (siente) al tenerlas? a) b) c) d) e)
f) _____
- 28.- ¿Cual es la frecuencia de sus relaciones sexuales _____
- 29.- Le parecen: a) demasiado frecuentes b) frecuentes C) poco
frecuentes d) muy poco frecuentes' _____

30.- ¿Cambiaría algo de su vida sexual? si___ no___ ¿qué y -
por qué? _____

IV) Vida Familiar

31.- Número que ocupa dentro de su familia. Cuantos hombres y
mujeres. Orden cronológico _____

32.- ¿Viven todos en la casa de los padres? si___ no___
Explique _____

33.- Edad, escolaridad y ocupación del padre _____

34.- Edad, escolaridad y ocupación de la madre _____

35.- Cuando era niña, ¿con quienes vivió? a) padre b) madre c)
ambos d) tíos e) hermanos f) otros _____

36.- Si no vivió con los padres, ¿por qué fue así? _____

37.- ¿Con quienes prefería estar, y por qué? _____

38.- ¿De quién sentía más demostraciones de cariño hacia usted?

39.- Actualmente ¿viven juntos sus padres? si___ no___ ¿Por
qué _____

40.- Si se divorciaron, ¿que edad tenía usted, y con quien se
quedo a vivir? ¿Por qué? _____

41.- ¿Por qué se divorciaron sus padres? _____

42.- ¿Cual es la actual relación entre ellos? a) buena
¿Por qué? _____ b) mala
_____ c) regular
_____ d) no se ven
_____ e) no aplicable

43.- ¿Vive usted con ellos? si___ no___ ¿Por qué? _____

- 44.- ¿Con quién de los dos se lleva mejor? ¿Por qué? _____
- 45.- Describa al padre o tutor _____
- 46.- Describa a la madre o tutora _____
- 47.- Describa a los familiares o a las personas con las cuales vivió cuando era niña _____
- 48.- ¿Como se lleva con sus hermanos en general? _____
- 49.- ¿Con cual de ellos prefirió estar siempre? ¿Por qué? _____
- 50.- En la actualidad, ¿con cual de ellos prefiere estar? _____
- 51.- Describa a su familia de origen _____

V) Relación de Pareja

- 52.- ¿Tiene pareja? si___ no___ ¿Por qué? _____
- 53.- ¿Vive con él? si___ no___ ¿Por qué? _____
- 54.- ¿Cuanto tiempo tiene de relación con él? _____
- 55.- ¿Como describiría su relación con él antes del embarazo? _____
- 56.- ¿Notó algún cambio en la actitud de él al saber del embarazo? si___ no___ ¿Cual? _____
- 57.- ¿Por qué se casó, o decidió vivir con su pareja? _____
- 58.- ¿Tiene problemas de estreñimiento, colitis, gastritis, úlcera intestinal u otras? si___ no___ ¿Desde cuando? _____
- 59.- En general, ¿como describiría su relación con sus hijos? _____
- 60.- ¿Tiene preferencia por alguno de ellos? si___ no___
¿Por qué? _____

- 61.- ¿Cual fué la reacción de sus hijos al saber de su embarazo? _____
- 62.- ¿Trabaja fuera de casa? si___ no___ ¿En qué y desde cuando? _____
- 63.- ¿Dejó de trabajar cuando decidió vivir con su pareja? si___ no___ ¿Por qué? _____
- 64.- ¿Cuanto tiempo tardó en embarazarse? _____
- 65.- ¿Como se sentía durante esta espera? _____
- 66.- ¿Ha tenido en general dificultad para embarazarse? si___ no___ no se ___ ¿Por qué? _____
- 67.- ¿Vió a algún médico durante ese tiempo? si___ no___ ¿Que le dijo? _____
- 68.- ¿Suspendió sus relaciones sexuales al saber de su embarazo? si___ no___ ¿Por qué? _____
- _____
- _____

EXAMEN MENTAL