



Pseudociesis: un caso de interés

Ana Cecilia Márquez¹.

¹Servicio de Psiquiatría de la Maternidad Concepción Palacios
ceci2000@startmed.com

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina -
Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 31 de Diciembre del 2000 a la Revista Vitae Academia
Biomédica Digital.

RESUMEN

El presente caso clínico expone la exploración de los factores conscientes e inconscientes que conducen a la estructuración de un cuadro de Pseudociesis, considerado como la más angustiosa condición psicósomática de la que se tenga noticia en la literatura médica y la única cuya etiología psicológica no admite ningún género de dudas.

PALABRAS CLAVE: Pseudociesis, Trastorno Somatomorfo, Trastorno Adaptativo, Trastorno Psicósomático- Embarazo.

SUMMARY

The present clinical case exposes the exploration of the conscious and unconscious factors in the structuring of Pseudociesis. This somatoform disorder is considered like the most distressing psychosomatic condition of which the medical literature has news, and the only one whose psychological origin does not admit any doubt.

KEY WORDS: Pseudociesis – Adjustment Disorder- Somatoform Disorder- Personality Disorder - Psychosomatic Disorder - Pregnancy

INTRODUCCIÓN

María es una paciente de 34 años de edad con un embarazo de 28 semanas, referida a la emergencia de un Centro Materno Infantil por presentar ausencia de latidos cardíacos fetales. Su gestación había sido diagnosticada y controlada en la consulta ambulatoria del mismo centro asistencial. Ingresó a la emergencia con un embarazo aparente de 28 semanas. Al interrogatorio

reportó movimientos fetales desde los cinco meses de amenorrea, acompañados de otros síntomas propios del embarazo como aumento de peso, mareos, vómitos, hipersomnia y aumento del apetito. Al examen físico presentaba: aumento del volumen abdominal correspondiente a las semanas de embarazo referidas, modificaciones en las glándulas mamarias consistentes en turgencia, secreción de leche, pigmentación y aumento de tamaño de las papilas. Se evidenció la ausencia de latido cardíaco fetal que ameritó ecosonograma, el cual reportó ausencia de partes fetales.

Se le informó a la paciente que no estaba embarazada. Mostró poca comprensión de la situación y negación por lo cual se procedió a realizar estudio radiológico de pelvis. En presencia de la paciente se comparó su radiografía, con ausencia de partes fetales, con la de una gestante en avanzado estado de gravidez. En el momento que fue evidente para ella la diferencia entre las dos radiografías, el volumen abdominal comenzó a disminuir visiblemente, y la paciente expresó gran confusión y tristeza por la noticia.



Se ingresó con la siguiente impresión diagnóstica:

- Falso embarazo.
- Reacción depresiva.

Fue solicitada interconsulta por psiquiatría para evaluación y conducta, la cual reportó: Paciente femenina de 34 años, instrucción primaria, dedicada a las tareas del hogar, tres embarazos anteriores, tres hijos. Estaba viviendo en concubinato desde hacía un año con su pareja, con quien no tenía hijos.

Para el momento de la evaluación se mostraba tranquila, no estaba convencida de lo que había pasado, pero aparentemente aceptaba que en el momento actual no estaba embarazada.

Comentó haber tenido dos parejas previas con quienes tuvo un hijo con el primero y dos con el segundo; el menor de los niños tenía 3 años. Posteriormente, estuvo tomando anticonceptivos orales, pero ante el deseo imperioso de José por tener su primer hijo, María decidió consultar al servicio de ginecología y obstetricia. Por indicación médica, decidió dejar los anticonceptivos para poder quedar embarazada y “darle un hijo a este hombre que ha sido muy bueno conmigo y no tiene hijos con otra mujer. Ahora no entiendo como me dicen que no estoy embarazada, si desde el comienzo, cuando me realizaron la prueba, salió positiva y yo iba siempre a los controles. La doctora le oía el corazón al bebé. Nunca me dijeron que no estaba embarazada. Además yo veía los mismos cambios que tenía cuando tuve los otros embarazos: no me vino más el período, me dieron mareos, vómitos en la mañana, empecé a aumentar de peso, los senos me crecieron y se me pusieron duros y hasta me salía leche”. Su lenguaje era coherente y de tono normal. El pensamiento mostraba ideas de preocupación en torno a lo que había sucedido con el “embarazo”. “¿No será que yo al comienzo, cuando tenía unos sangramientos, lo perdí y no me dí cuenta?”. Su afecto era triste por lo sucedido: “Me siento muy mal, porque mi esposo y yo queríamos mucho este hijo”.

Diagnóstico Psiquiátrico

1. DSM-IV: Trastorno Somatomorfo no especificado (Pseudociesis).
2. Trastorno adaptativo con síntomas depresivos.
3. Trastorno de Personalidad dependiente.

ANTECEDENTES PERSONALES RELEVANTES



- Trastorno del ciclo menstrual de cinco (5) meses de evolución, caracterizado por amenorrea, presentando sangramiento escaso por genitales en los primeros dos meses.
 - Aumento del volumen abdominal acorde al tiempo del “embarazo”.
 - Modificaciones en las glándulas mamarias consistentes en: turgencia, secreción de leche y calostro, pigmentación y aumento del tamaño de las papilas, coincidente con el inicio de la amenorrea actual.
 - Sensación subjetiva de movimientos fetales.
 - Prueba de gonadotropina coriónica positiva desde el comienzo de la amenorrea.
- Historia obstétrica: tres (3) gestas, tres (3) cesáreas, con embarazos de alto riesgo que ameritaron esterilización quirúrgica posterior a última cesárea, hace tres años.
Es de hacer notar que este último dato no fue aportado por la paciente sino por su hermana, quien refirió: “Nosotros desde el principio nos dimos cuenta que ella no estaba embarazada, pero no entendíamos por qué tenía los cambios. Ella se vio muy mal en el último embarazo y en la cesárea. Se le subía mucho la tensión en los embarazos. En el último tuvieron que llevarla a terapia intensiva y fue cuando la familia decidió autorizar la esterilización durante la cesárea. Después le dijimos y ella lo aceptó. Ahora está obsesionada por darle un hijo a este marido y pareciera que no acepta que no puede.
 - Uso de anticonceptivos orales con regularidad desde su convivencia con la pareja actual.
"Cuando me uní a José, le dije que iba a seguir tomando los anticonceptivos hasta que lo conociera bien, pero después me insistió que le diera un hijo. Por eso dejé de tomarlos".

DATOS RELEVANTES DE LA BIOGRAFÍA

María es producto de una unión concubinaria. Es la menor de siete (7) hermanos y siempre estuvo muy cercana a los cuidados de la madre. Estudió hasta el primer año de bachillerato, pero su progenitora decidió que no continuara “por evitarle que estuviera sufriendo porque le costaba estudiar”.

Me quedé en casa ayudando a mi mamá en las cosas del hogar. Así se me fue pasando el tiempo. Cuando conocí a mi primera pareja, me ofreció una casa y ocuparse de mí, si lo aceptaba. Después que me embarazó, nunca me dio la casa y de repente se desapareció.



Recuerdo que me afectó mucho que me hubiese engañado. Mi mamá y mis hermanas me ayudaron a superarlo y al tiempo conocí a mi segundo marido. Con él tuve dos hijos. Los embarazos fueron muy difíciles, porque se me subía la tensión y me hinchaba. Cuando me embaracé del tercero, él me abandonó y al final del embarazo se me subió tanto la tensión que estuve muy grave..... Nunca lo volví a ver.....Hace un año me encontré a José y con él me he sentido muy bien. Me ha tratado como ninguno y hasta quiere a mis hijos. Me da plata para que les compre sus cosas. Como él no tiene hijos me pidió, hace 6 meses, que dejara de tomar las pastillas anticonceptivas para que le diera un hijo y así lo hice, porque por primera vez me encontré a un hombre que me quiere y se ocupa de mí, y no me ha

abandonado.”

La paciente recibió atención durante dos meses por el servicio de psiquiatría. Desde el comienzo se mostró sorprendida de no tener “el embarazo” y seguía pensando que “sin duda” pudo haberlo perdido en alguno de los sangramientos.

EVOLUCIÓN



María fue dada de alta de la hospitalización del Servicio de Obstetricia, una vez obtenidos todos los resultados de las pruebas de laboratorio. Previamente, se le dio cita para su asistencia a las consultas sucesivas de psiquiatría. Asistió durante dos meses, iniciando el tratamiento con psicoterapia de apoyo, por la reacción de duelo y ansiedad que presentó posterior a la noticia. Fue necesario indicarle fluoxetina 20 mg/día por presentar síntomas que interferían con sus tareas habituales, caracterizados por: sentimientos de tristeza, apatía, abulia, insomnio e hiporexia.

Posteriormente, se dirigió el tratamiento hacia la exploración de los factores conscientes e inconscientes que condujeron a la estructuración del cuadro de Pseudociesis. Se pudo entender que la paciente tenía amplias razones para darle un hijo a la pareja actual, quien representaba para ella una figura de valor que no quería defraudar. Su deseo fue tan intenso que en las primeras sesiones, nunca nombró el antecedente de la esterilización quirúrgica. Al explorar el conocimiento o la negación de esto, manifestó: “Cuando eso sucedió yo estuve muy grave, y nunca me quedó claro si eso me lo hicieron o no. Yo no estoy segura de eso....”. Ante la incertidumbre de la paciente, se solicitó el informe del servicio en donde había sido intervenida, con la finalidad de demostrarle la esterilización. Se logró el objetivo cuando, a través de una histerosalpingografía, se le mostró la ausencia de trompas.

A partir de ese momento, el trabajo con la paciente consistió en hacer psicoterapia con la asistencia de la pareja, con el fin de dar apoyo ante la imposibilidad de tener hijos propios.

Exámenes complementarios realizados durante la hospitalización

- Determinación de Gonadotropina: Negativo.
- FSH: 5 mUI/ml (corresponde a fase folicular precoz)

- LH: 7 mUI/dl (corresponde a fase folicular precoz)
- Prolactina: 40 mg/ ml (Valores normales: menos de 30 mg/ml)
- Histerosalpingografía: Ausencia de trompas
- Se le administró el Cuestionario de Personalidad SCID-II, el cual reportó: Trastorno de Personalidad Dependiente.

COMENTARIOS



El falso embarazo, embarazo fantasma o embarazo nervioso se conoce también como Pseudociesis, desde que John Mason Good introdujo este término en 1823. Ha sido considerado como la más angustiosa condición psicosomática de la que se tenga noticia en la literatura médica. Su conocimiento parte desde los tiempos de Hipócrates. La Pseudociesis es, de todas las condiciones psicosomáticas, la única cuya etiología psicológica no admite ningún género de dudas (1).

En la Pseudociesis se producen cambios corporales tan auténticos como los que se podrían ver en un embarazo normal. En cambio, la idea delirante de estar embarazada, o embarazado, es como toda idea delirante uno de los síntomas psicóticos más conspicuos.

Barglow y Brown (2), después de estudiar una amplia serie de casos reportados, resumen el cuadro clínico de la Pseudociesis de la siguiente manera:

1. Trastorno del ciclo menstrual, que varía entre la amenorrea y la hipomenorrea, de una duración aproximadamente de 9 meses, es decir, el tiempo que dura el embarazo real.
2. Aumento del volumen abdominal, sin borramiento del ombligo, originado por la posición de lordosis que toma la mujer y por la distensión de los músculos abdominales. El ombligo invertido permite establecer el diagnóstico diferencial con el verdadero embarazo.
3. Modificaciones en las glándulas mamarias consistentes en turgencia, secreción de leche y calostro, pigmentación y aumento de tamaño de las papilas.
4. Sensación subjetiva de movimientos fetales.
5. Ablandamiento del cuello uterino, acompañado de signos de congestión. Aumento del volumen uterino, cuyo tamaño varía de 6 semanas a 8 meses.
6. Náuseas y vómitos. Puede haber constipación y aberraciones del apetito.
7. Aumento de peso, generalmente mayor que los verdaderos embarazos.
8. Algunas pacientes pueden presentar niveles elevados de gonadotropina.

El margen de coexistencia de los síntomas mencionados varía según los casos. Sin embargo, en ocasiones, la sintomatología se presenta de forma tan completa, y cobra tal realismo, que hasta los obstetras más avezados resultan confundidos o engañados. (1)

El principal factor etiológico en la mayoría de los casos es el deseo de tener un hijo. Otros factores de interés etiológico y psicodinámico son los siguientes: necesidad de estrechar más los nexos conyugales, climaterio, fibromatosis uterina, necesidad de sentirse joven y fecunda, necesidad de reforzar la identidad femenina, etc.

Paddock (3), considera que las mujeres que presentan Pseudociesis pueden ser agrupadas en 3 categorías:

- a. Mujeres jóvenes recién casadas, o solteras jóvenes que mantienen relaciones sexuales ilícitas, en las cuales el origen de la Pseudociesis es el temor al embarazo, sobre todo en las solteras jóvenes.
- b. Mujeres de edad avanzada con fuertes deseos de quedar embarazadas. Esto ocurre más frecuentemente en mujeres que se han vuelto a casar y desean congraciarse con el esposo dándole un hijo. Este sería el tipo de Pseudociesis presentado por la paciente descrita en líneas anteriores.
- c. Mujeres de cierta edad que hacen una Pseudociesis a raíz de presentar una amenorrea de origen tumoral, menopáusica, etc. En estos casos subyace casi siempre la idea inconsciente de que aún se es fértil.
- d. Se ha llegado a considerar un cuarto grupo: mujeres estériles que a partir de la tercera década de la vida comienzan a formar aguda conciencia de su minusvalía. La incapacidad de ser madres aviva el deseo de tener hijos; deseo que se vuelve obsesivo, torturante, a medida que la mujer avanza en edad y ve aproximarse inexorablemente la menopausia.

A continuación analizaremos los factores etiológicos y la interacción entre los niveles que constituyen la personalidad, así como los mecanismos de defensa que intervienen en este trastorno.

Aspectos Psicológicos



Los deseos de tener un hijo, en la Pseudociesis están a su vez relacionados con los siguientes factores: deseos de forzar un matrimonio, complacer al esposo, salvar el matrimonio cuando las relaciones maritales están a punto de romperse, obtener atenciones especiales, etc. En las sucesivas entrevistas con la paciente presentada, pudimos observar que todos estos se relacionan como posibles causantes de su trastorno. (1)

Se distinguen diferentes mecanismos psicodinámicos en la Pseudociesis. Algunos se sustentan en estímulos corporales que son secundariamente interpretados de manera errónea por la paciente. Así ocurre, por ejemplo, después de una esterilización quirúrgica, como duelo adaptativo a la pérdida de la capacidad reproductiva (2), (4). Esta situación concuerda con nuestra paciente.

En ocasiones, la Pseudociesis representa una defensa mediante la cual se niegan los síntomas físicos provenientes de un cáncer en la región pélvica. Otras fuentes físicas de fantasía de embarazo son el aumento del útero, presión pelviana secundaria o un tumor benigno, el crecimiento abdominal por envejecimiento, los cambios de los senos correspondientes a la fase premenstrual y síntomas abdominales vagos (1), (5).

Existe la Pseudociesis de origen psicológico puro, en la cual no es posible la coexistencia de factores físicos coadyuvantes. Así, puede ocurrir que el embarazo sea visto como una fuente de gratificación narcisista, constituyendo el feto el sustituto de alguna relación objetal gratificante. Otras veces la firme creencia de estar embarazada representa la negación de una amenaza de muerte por enfermedad aguda o grave. El elemento psicodinámico más importante de la Pseudociesis es la “depresión” (2), (6). La paciente descrita pudo haber presentado una reacción

depresiva posterior a la esterilización quirúrgica, al punto de que este recuerdo fue reprimido de su conciencia como un mecanismo de defensa ante las fuertes ansiedades que le generaría la imposibilidad de tener un nuevo hijo. Deseo de gran intensidad, estimulado por el anhelo del esposo de tener su primer descendiente.

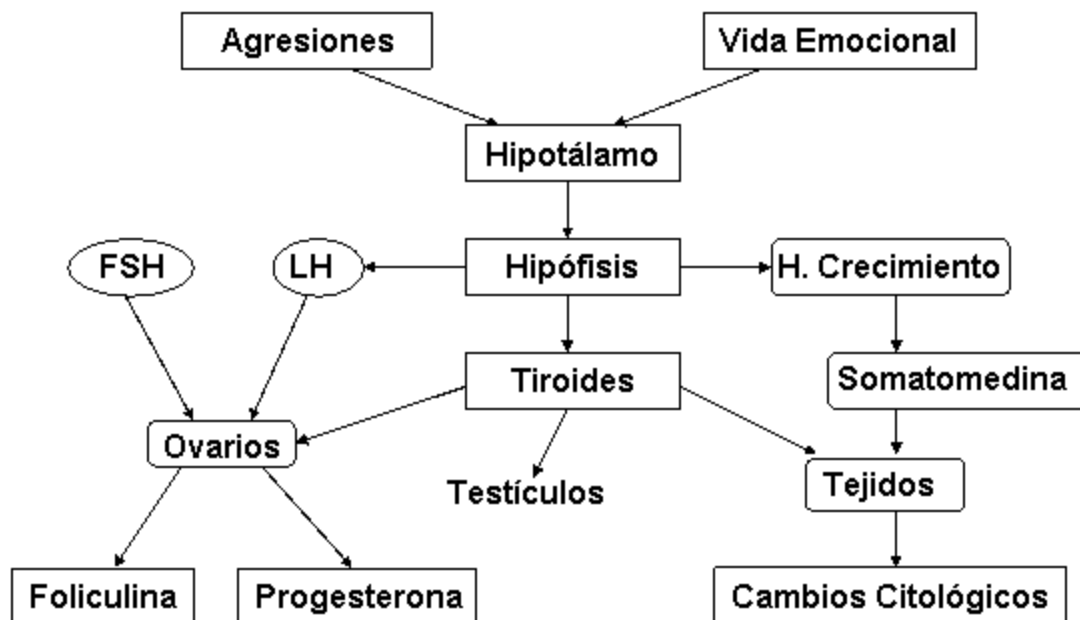
Como dice Barglow: “Un falso embarazo parece proporcionar una restitución defensiva, una especie de compensación para una pérdida real o imaginaria”.

Aspectos Biológicos

En relación al mecanismo psicofisiológico de este trastorno, los primeros autores que estudiaron el tema sostenían la idea de que en la Pseudociesis existía una persistencia del cuerpo lúteo (1), (7).

Los factores psíquicos, capaces de estimular la pituitaria a través del hipotálamo, provocarían “la liberación de hormonas lactogénicas”, la supresión de la hormona folículo-estimulante y la consecuente persistencia de la función luteínica, con la producción de estrógenos y progesterona (4). En apoyo de esta hipótesis se citan casos en los que las determinaciones de hormona folículo-estimulante, con concentraciones por debajo de lo normal, retornaron a sus valores habituales después de la psicoterapia - como en el caso de nuestra paciente- o simplemente, luego de ser notificada la persona afectada acerca de la ausencia de embarazo. (1)

El siguiente esquema pretende explicar en forma descriptiva todos los mecanismos biológicos que podrían estar interviniendo en la aparición de la Pseudociesis:



Hipótesis sobre el mecanismo de los cambios celulares y hormonales por efecto del sufrimiento crónico. La disminución de la función de la glándula Tiroides determina una reducción de la producción de progesterona por los ovarios y un aumento relativo de foliculina y produce una disminución progresiva de la oxigenación de los tejidos, causa de los cambios celulares.

FSH y LH: Hormona Folículo-Estimulante y lutenizante, respectivamente

Sistema Límbico

La depresión subyacente a la Pseudociesis, a través de la corteza y el sistema límbico, origina una disminución en la liberación del factor desinhibidor de las hormonas luteinizante (LRF) y folículo estimulante (FRF), así como del factor inhibidor de la prolactina. Los niveles disminuidos de LH y FSH, resultantes de estas alteraciones, impiden la ovulación y promueven la amenorrea; mientras que los niveles aumentados de prolactina inducen la lactación y, posiblemente, la persistencia del cuerpo lúteo, que a su vez refuerza la amenorrea. (2) (7)

Diversos autores concluyen que “no hay un simple perfil neuroendocrino para todos los pacientes con Pseudociesis”. (9) (10)

Mecanismos Mentales



La personalidad adquiere y desarrolla defensas específicas para enfrentarse la angustia, los impulsos agresivos, las hostilidades, los resentimientos y las frustraciones. Todos hacemos uso constante de mecanismos de defensa, los cuales no necesariamente son patológicos. El grado de salud mental de un individuo está determinado:

a. Por el tipo de recursos motivadores que selecciona inconscientemente para encarar las causas de stress y las necesidades emocionales y para proporcionar una defensa contra la angustia.

b. Por la frecuencia con que usa dichos recursos y el grado en que distorsionan la personalidad, dominan la conducta y trastornan la adaptación con individuos semejantes.

“El deseo consciente de tener un bebé de su nueva pareja, somete a la evolución del Super Yo, se reprime la idea de ser madre otra vez o la posibilidad de tener un hijo por su estado de ser estéril, originando de forma natural el conflicto”.

El conflicto psíquico es el dilema en el cual el individuo es impulsado por fuerzas mentales mutuamente incompatibles e irreconciliables y por impulsos y necesidades de la personalidad que compiten entre sí.

El Conflicto → Produce Angustia (proceso psicodinámico)

La angustia es un estado de tensión que revela la posibilidad de un desastre inminente, como una señal de peligro que nace de la presión de actitudes internas inaceptables, que surgen de pronto en la conciencia o en forma de acción, con las consecuentes respuestas de la personalidad individual o de la sociedad a dicha erupción. El que sufre de angustia, sólo se da cuenta del conflicto en forma vaga.

La angustia franca aparece cuando los mecanismos de defensa se desintegran. Estos mecanismos de defensa no son más que procesos que establecen un medio capaz de amortiguar las tensiones internas causantes de los conflictos. Estas son funciones del Yo.

Los mecanismos de defensa observados en la paciente son:

1. Represión.



2. Fijación (etapa oral) dependencia.

3. Disociación.

4. Negación.

Represión: actúa como una defensa contra los impulsos coercitivos y los recuerdos que no pueden ser controlados por el Yo. La paciente usa este mecanismo para manejar el conflicto que representa estar esterilizada y no poder concebir nuevamente un hijo.

Fijación: sabemos que de la lactancia a la madurez debe haber un desarrollo, una diferenciación y una maduración progresiva en el aspecto instintivo, en el emocional, y en otros de la personalidad. El desarrollo de algún aspecto de la personalidad puede detenerse en una etapa incompleta de su evolución, lo que resulta

de ciertos elementos inmaduros. Esta detención puede apreciarse en el aspecto intelectual de la maduración de la personalidad y en el emocional.

La paciente presenta una fijación en la etapa oral, por presentar rasgos dependientes, primero hacia la madre y luego hacia la pareja, lo que conduce a la estructuración de la patología actual.

Disociación: este mecanismo tiene un cierto grado de satisfacción, cuando diversos componentes de la personalidad no están bien integrados. La paciente recurre a esto para tratar de eliminar una parte de la personalidad que es fuente de inquietud emocional como lo es su incapacidad de tener hijos. Trata así de controlar un poco la conciencia y evitar su realidad. Es aquí donde están los elementos reprimidos. La persona organiza una personalidad propia, determinando una conducta distinta - como por ejemplo estar tomando anticonceptivos, teniendo el antecedente de una esterilización-, con una conciencia que no tienen aquellos factores que le causan angustia, molestia, perturbación, entre otros. Esta es una manera de escapar de la realidad que le causa depresión.

Negación: este mecanismo de defensa intrapsíquica es usado para que aquellas percepciones conscientes intolerables - su capacidad de procrear hijos- se traten de ignorar o de apreciar de manera insuficiente y así no causar tanto dolor, sufrimiento, angustia, temor, etc. Esta acción es una función del yo, puesto que ella no se da cuenta conscientemente de la negación de la situación. De tal manera que ella transforma o cambia su realidad - la esterilidad- y así ya no es desagradable ni dolorosa, y de esta forma ella cree - conscientemente- que puede darle un hijo a su pareja sin ningún problema.

La fantasía le proporciona una ilusión satisfactoria de deseos que no pueden cumplirse - desea darle un hijo a su pareja pero es estéril-, generando de forma fantasiosa un embarazo psicológico, a pesar de su frustración e incapacidad. Esto le ayuda a resolver su conflicto y prevenir su angustia.

Todos estos mecanismos de defensa fueron desarrollados por una paciente con inmadurez emocional y rasgos de dependencia, a raíz de la esterilización quirúrgica, acentuándose cuando la pareja, que nunca ha tenido hijos, desea tener uno, lo cual conduce a la aparición de la Pseudociesis.

CONCLUSIÓN



Una de las motivaciones más poderosas de la conducta femenina es la maternidad. A este respecto, puede afirmarse que mientras existan mujeres estériles o incapaces de ser madres, habrá condiciones propicias para la aparición de la Pseudociesis.

La Pseudociesis es, la mayoría de las veces, expresión patológica de la función maternal frustrada o bloqueada. En general, la actitud de la mujer ante el embarazo y la maternidad fluctúa entre la aceptación y el rechazo; entre el deseo vehemente y el repudio. Así como el rechazo puede conducir, entre otras manifestaciones, al aborto provocado, el deseo intenso, pero inalcanzable, es susceptible de desencadenar estados patológicos y conductas anormales. Dentro de las primeras está, sin lugar a dudas, el embarazo psicológico, el más representativo de todos. En mujeres con hijos, la Pseudociesis se ve luego de una segunda unión, después del divorcio o la viudez. Es frecuente que se trate entonces de falsos embarazos inducidos por el nuevo marido. La necesidad del hijo constituye aquí, más el anhelo del esposo sin herederos, que el de la mujer que ya tiene realizada su propia función maternal.

Es importante acotar que en la práctica clínica no se debe dar por concluido el caso anunciándole a la paciente de que no está embarazada, puesto que si no ha sido debidamente orientada para que tome conciencia de su patología, con muchísima probabilidad volverá a presentar embarazos fantasmas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guzmán Aquiles: Tratado de Obstetricia y Ginecología Psicosomáticas. La Pseudociesis Capítulo V. Segunda Edición. Caracas 1987.
2. Barglow, P.; Brown, E.: Pseudocyesis. To Be and not to be pregnant: a psychosomatic question. En Modern perspectives in psycho-obstetrics. Edited by John Howells. Brunner Mazed Publishers. NY, 1972.
3. Paddock, R.: Spurious pregnancy. Am. J. Obstet. Gynecol. 16:845, 1928.
4. Small G WW.: Pseudocyesis: an overview. Canadian Journal Of Psychiatry, 31(5):452-457 1986.
5. Starkman M.N.: Impact of psychodynamic factors on the course and management of patients with pseudocyesis. Obstetrics and Gynecology, 64(1):142-145 1984.
6. Meza E, Choy J, Villanueva C, Ayala A.: Peudocyesis: Clinical and hormonal evaluation. Asociación mexicana de ginecología y Obstetricia. 570: 308-310 1989.
7. Yen S.S.C., Quesenberry W., Rebar R.W.: Pituitary Function in Pseudocyesis. Journal of Clinical Endocrinology and metabolism, THE, 43(1):132-136 1976.
8. López Herrera, Lisandro: Algunos tipos de enfermedades por conflicto entre lo necesario y la libertad. En: Alquimia del Sufrimiento. Editorial oveja Negra., pp 214-219.
9. Tulandi T, Mcinnes R A, Lal S.: Altered pituitary hormone secretion in patients with pseudocyesis. Fertility and Sterility, 40(50):637-641 1983.

10. Starkman MN, Marshall JC, La Ferla J, Kelch R P.: Pseudocyesis: Psychologic and neuroendocrine interrelationships. *Psychosomatic Medicine*, 47 (1):46-57 1985.