

## PSEUDOCIESIS ¿TRASTORNO PSICOSOMÁTICO O BIOLÓGICO?

Dr. Octavio López Paredes\*

\* Médico Residente de Primer Año de Psiquiatría

**Resumen:** La pseudociesis ("falso embarazo") es una condición rara donde una persona tiene los signos y síntomas del embarazo, de los cuales su principal síntoma es la amenorrea, pero pueden ocurrir diversos otros. Esta entidad es conocida desde los 300 a.c. y fue descrita por Hipócrates. El término fue introducido en 1823, también fue estudiada por Freud. Con una incidencia 1 – 6 por cada 22,000 nacimientos, su etiología ha sido estudiada desde ambos puntos de vista, el psicosomático y el biológico. Dentro de la teoría psicodinámica su principal factor etiológico en la mayoría de casos es el deseo de tener un hijo (las mujeres que presentan pseudociesis pueden ser agrupadas en 4 categorías. Los mecanismos de defensa observados en las pacientes con pseudociesis son: Represión, fijación, disociación, negación. En relación con la etiología biológica existen 2 relaciones de importancia: 1. La relación hipófisis anterior con los ovarios y 2. La relación hipófisis con la hipófisis anterior. En conclusión se puede decir que esta entidad es un trastorno psicosomático con explicación biológica.

A mediados de la década de 1960, Radebaugh, un joven pediatra, trabajaba como voluntario en una clínica para peones agrícolas de Rochester (EE UU), y una noche recibió la llamada de una mujer que estaba de parto. Cuando llegó a la escena encontró a la mujer con una barriga del tamaño de un melón, gimiendo y retorciéndose de dolor. "Por el estado en que se encontraba, creímos que iba a dar a luz allí mismo y en aquel momento", recuerda. Radebaugh y los trabajadores de la clínica que le acompañaban decidieron renunciar a un examen pélvico y trasladar de inmediato a la paciente a la sala de urgencias de un hospital. Mientras ayudaba a la mujer a sentarse en una silla de ruedas del hospital, pareció romper aguas y le empujó de líquido transparente. Pero cuando llamó al hospital al día siguiente para comprobar los progresos de la paciente, Radebaugh obtuvo una respuesta inesperada. "Pues no está aquí", le dijo el médico que la atendía. "Recibió el alta ayer noche". "¿Ayer noche? ¿Cómo es posible?", preguntó Radebaugh. "No estaba embarazada en absoluto; sólo tenía la vejiga llena. Es un caso de pseudociesis", respondió el médico, que dejó a un escarmentado Radebaugh buscando el diagnóstico.

### DEFINICIÓN:

La pseudociesis ("falso embarazo") es una condición rara donde una persona tiene los signos y síntomas del embarazo<sup>1</sup>. Una definición más sencilla incluye es un falso

embarazo con cese completo de la menstruación<sup>1</sup>. La pseudociesis representa una parte del espectro de la psiconeuroendocrinología y del control gonadal<sup>2</sup>. La pseudociesis se encuentra catalogada como un trastorno fisiológico asociado con el afecto<sup>1</sup>.

### SINTOMATOLOGÍA:

Su cuadro clínico tiene la siguiente sintomatología: distensión abdominal, crecimiento mamario, cambios en la pigmentación, cese de la menstruación y malestares matutinos<sup>1</sup>. Aunque el cese menstrual se da en un 56 a 98 por ciento<sup>3</sup>. La idea delirante de estar embarazada, es como toda idea delirante uno de los síntomas psicóticos más conspicuos<sup>4</sup>.

La amenorrea es frecuentemente mencionada como síntoma de la depresión. Otros trastornos menstruales de causa desconocida, usualmente son clasificados como parte de este espectro<sup>2</sup>.

La conexión entre la depresión y la alteración gonadal tienen implicaciones psicofisiológicas, esto puede ser debido a una secuencia de eventos neuroendocrinos asociados con la depresión, llevando a una disminución de la secreción de la FSH y LH de la pituitaria anterior<sup>2</sup>.

Barglow y Brown<sup>3</sup>, después de estudiar una serie de casos, resumen el cuadro clínico así: Trastorno del ciclo menstrual, que varía entre la amenorrea y la hipomenorrea, de una duración aproximadamente de 9 meses (tiempo que dura el embarazo real). Existe un aumento del volumen abdominal, sin borramiento del ombligo (diferencia entre el embarazo real), el cual es originado por la posición de lordosis que toma la mujer y por la distensión de los músculos abdominales. Además hay modificaciones de las glándulas mamaria consistentes en turgencia, secreción de leche (incluso calostro), pigmentación y aumento de tamaño de las papilas<sup>4, 6</sup>.

También puede existir la sensación subjetiva de movimientos fetales. Puede ocurrir ablandamiento del cuello uterino, acompañado de signos de congestión, aumento del volumen uterino, cuyo tamaño varía de 6 semanas a 8 meses<sup>5, 6</sup>.

Otros de los síntomas que puede presentar la persona son náuseas y vómitos, constipación, aberraciones del apetito, aumento de peso (generalmente mayor que en los verdaderos embarazos)<sup>5, 6</sup>. Incluso algunas mujeres pueden presentar niveles elevados de gonadotropina<sup>5, 6</sup>.

Las pacientes con pseudociesis pueden dar positivo en las pruebas de embarazo<sup>7</sup>. "Se han registrado todas las señales y los síntomas del embarazo en estas pacientes, con la excepción de tres: no se oye el latido del feto, no se ve al feto con ultrasonidos, y no hay parto"<sup>3, 4, 7</sup>. Aunque algunos investigadores reportan un uno por ciento (1%) con un falso parto<sup>1</sup>.

#### HISTORIA:

La pseudociesis fue descrita por primera vez por Hipócrates<sup>1</sup>. En el año 300 a.c.

Hipócrates describía a 12 mujeres "que pensaban que estaban embarazadas" ya que observaban una supresión de la menstruación y una matriz agrandada.<sup>8, 9</sup>

En 1823, John Mason Good en su libro Sistema de Nosología introdujo el término griego compuesto de dos palabras que son *Pseudo - falso* y *Kynesis-Embarazo*.<sup>6, 10</sup>

La Reina de Inglaterra Mary Tudor (1515 – 1558) hija de Katherine de Aragón y Henry VIII de Inglaterra, tuvo dos episodios de pseudociesis<sup>1</sup>. Algunos expertos afirman que los actos violentos que le valieron el apodo de "Sangrienta" eran reacciones al descubrir que, después de todo, no llevaba dentro a un heredero<sup>9</sup>.

*Cerca de los 4 meses después de casarse, reportó amenorrea, náuseas matutina, cambios mamarios, y otras señales de embarazo. Su embarazo progresa sin alteraciones, aunque no se auscultó el latido fetal y los movimientos fetales no eran del todo característicos<sup>2</sup>.*

*Ella rehusó categóricamente, la posibilidad de considerar que no estaba embarazada o someterse a procedimientos que pudieran esclarecer la situación. Cuando el embarazo se encontró a término, después de 2 episodios de falso trabajo de parto, su abdomen, el cual tenía la apariencia de un embarazo a término, empezó a involucionar, los signos de embarazo empezaron a desaparecer y se deprimió. Probablemente se vio influenciada por la preocupación del deseo de tener hijos de su padre, ella creía que un hijo iba a acercar a su esposo en su relación marital<sup>2</sup>.*

*Durante su "embarazo", él fue más atento aunque después de terminación inusual, él se enojó e irrió y no regresó hasta haber pasado 11 años y medio. Después de su retorno, a pesar del fiasco anterior ella volvió a presentar los síntomas y la*

convicción de estar embarazada, nuevamente el resultado fue decepcionante y otra vez se deprimió<sup>2</sup>.

La paciente de Sigmund Freud; Anna O., también sufrió de pseudociesis<sup>1</sup>. Ella creía que estaba embarazada de su psicoanalista anterior, Josef Breuer. Freud lo atribuyó a lo que denominaba transferencia, es decir, el fuerte apego que desarrollan los pacientes por sus psicoanalistas, un concepto que más tarde constituiría la piedra angular de la teoría freudiana<sup>4</sup>.

#### EPIDEMIOLOGÍA:

La pseudociesis se da aproximadamente de uno a seis de cada 22,000 nacimientos<sup>4-9</sup>. La edad media de estas pacientes es 33 años, dos tercios están casadas y un tercio ha tenido un embarazo anterior<sup>3</sup>. No es algo exclusivo de los humanos, perros, gatos y conejos son los animales que más pseudociesis tienen<sup>3</sup>.

La pseudociesis puede ocurrir a cualquier edad, en hombres como en mujeres. La pseudociesis masculina se debe de diferenciar del fenómeno "Couvade" (covada en español) que ocurre en algunas culturas primitivas. En la covada, el padre reposa en cama durante el embarazo o en el periodo subsecuente al parto, como si él hubiera expulsado el producto<sup>1, 11</sup>.

#### ETIOLOGÍA:

##### Teoría Psicodinámica:

El principal factor etiológico en la mayoría de 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<sup>6</sup>.

Otros psiquiatras afirman que la pseudociesis se da en pacientes que sienten un fuerte deseo de participar en la experiencia del embarazo de un miembro de la familia<sup>4</sup>.

Paddock<sup>6, 12</sup>, considera que las mujeres que presentan pseudociesis pueden ser agrupadas en 4 categorías:

- (1) 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.
- (2) 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.
- (3) Mujeres de cierta edad que hacen una pseudociesis a raíz de presentar una amenorrea de origen tumoral, menopáusica, etc. En este caso subyace casi siempre la idea inconsciente de que aún se es fértil.
- (4) Mujeres estériles que a partir de la tercera década de la vida comienzan a formar aguda conciencia de minusvalía. La incapacidad de ser madres aviva el deseo de tener hijos: deseo que se obsesivo, torturante, a medida que la mujer avanza en edad y ve aproximarse inexorablemente la menopausia

Los deseos de tener un hijo, en la pseudociésis están a su vez relacionados con los siguientes factores<sup>1</sup>:

- Deseos de forzar un matrimonio,
- Complacer al esposo,
- Salvar el matrimonio cuando las relaciones maritales están a punto de romperse,
- Obtener atenciones especiales, etc.

Se distinguen diferentes mecanismos psicodinámicos en la pseudociésis, algunos se sustentan en estímulos corporales que son secundariamente interpretados de manera errónea por la paciente, lo que ocurre después de una esterilización quirúrgica, como duelo adaptativo a la pérdida de la capacidad reproductiva<sup>2</sup>.

En ocasiones la pseudociésis representa una defensa mediante la cual se niegan los síntomas físicos provenientes de un ya diagnosticado cáncer en la región pélvica. Otras fuentes físicas de fantasía de embarazo son el aumento del útero, presión pélvica secundaria o un tumor benigno, el crecimiento abdominal por envejecimiento, los cambios de los senos correspondientes a la fase premenstrual y síntomas abdominales vagos<sup>3</sup>.

Existe la pseudociésis 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 pseudociésis es la "depresión"<sup>4</sup>.

Como dice Barglow: "Un falso embarazo parece proporcionar una restitución defensiva, una especie de compensación para una pérdida real o imaginaria"<sup>5, 6</sup>.

"El deseo consciente de tener un bebé de su nueva pareja, somete a la evolución del Súper Ego, 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"<sup>7</sup>.

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. La angustia franca aparece cuando los mecanismos de defensa son insuficientes. Estos mecanismos de defensa no son más que procesos que establecen un medio capaz de amortiguar las tensiones internas causadas por los conflictos<sup>8</sup>.

Los mecanismos de defensa observados en las pacientes con pseudociésis son:

- (1) Represión: actúa como una defensa contra los impulsos coercitivos y los recuerdos que no pueden ser controlados por el Ego. La paciente usa este mecanismo para manejar el conflicto que representa estar esterilizada y no poder concebir nuevamente un hijo.
- (2) 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.

- (3) Disociación: este mecanismo tiene un cierto grado de satisfacción, cuando diversos componentes de la personalidad no están bien integrados. Las pacientes recurren a esto para tratar de eliminar un elemento de la personalidad que es fuente de inquietud emocional como lo es la incapacidad de tener hijos. Tratan así de controlar un poco la conciencia moral y evitar su realidad. Es aquí donde están los elementos reprimidos. La persona organiza una personalidad propia, determinando una conducta distinta, 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.
- (4) Negación: este mecanismo de defensa intrapsíquica es usado para que aquellas percepciones conscientes intolerables (en este caso la capacidad de procrear), 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 Ego, 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 se cree (conscientemente) que puede darle un hijo a su pareja sin ningún problema.

La fantasía le proporciona una ilusión satisfactoria de deseos que pueden cumplirse (deseo de 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<sup>6</sup>.

Todos estos mecanismos de defensa son desarrollados por mujeres con inmadurez emocional y rasgos de dependencia, a raíz de la esterilización quirúrgica o esterilidad natural, acentuándose cuando la pareja, que nunca ha tenido hijos, desea tener uno, lo cual conduce a la aparición de la pseudociesis<sup>6</sup>.

Teoría Biológica:

A pesar de que las teorías sobre el origen de la pseudociesis son a nivel del subconsciente, algunos estudios biológicos indican la intervención de una mediación hormonal. Debido al reducido número de personas que padecen el trastorno, no se han realizado estudios a gran escala para determinar un perfil hormonal típico de las pacientes con pseudociesis. Pero los estudios de casos realizados indican que muchas pacientes presentan niveles elevados de hormonas como los estrógenos y la prolactina, unos compuestos que pueden causar síntomas físicos similares, como hinchazón abdominal y secreción de leche, así como manifestaciones

psicológicas, como querer establecer lazos con un bebé<sup>4, 13</sup>.

Lo anterior plantea la posibilidad, que la pseudociesis sea el resultado de una retroalimentación entre la mente y el cuerpo: un estado emocional inicial induce una secreción anormal de hormonas, que a su vez tiene sus propios efectos físicos y psicológicos. La ansiedad puede ser un estado emocional que ayuda a poner en marcha esta retroalimentación<sup>4, 13</sup>.

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<sup>6</sup>.

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. En apoyo de esta hipótesis se citan casos en los que las determinaciones de hormona folículo - estimulante, con concentraciones por debajo de lo normal, retomaron a sus valores habituales después de la psicoterapia<sup>6</sup>.

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<sup>6</sup>.

#### **Neuroendocrinología: Relación Hipófisis anterior - Ovarios. (Figura 1).<sup>5</sup>**

El ciclo menstrual refleja la interacción hormonal entre la hipófisis anterior, los ovarios y el útero. La hipófisis anterior secreta la hormona folículo estimulante (FSH), la cual estimula el crecimiento folicular en el ovario y la hormona luteinizante (LH), la cual se encarga de la ovulación. La combinación de la FSH y LH actúan para aumentar la liberación de estrógenos del ovario. El cuerpo lúteo secreta estrógenos y progesterona. La menstruación (ruptura del endometrio uterino) resulta del retiro de la estimulación producido por el estrógeno y progesterona, que se ven acompañados por la atrofia del cuerpo lúteo<sup>5</sup>.

Se ha establecido que la prolactina es secretada por la hipófisis anterior en el humano y que además tiene un efecto luteotrófico. Se descubrió que la prolactina estaba presente en la orina de las pacientes con pseudociesis en las que fue medida<sup>6</sup>. Estas pacientes manifestaron síntomas relacionados con el incremento de la función lútea así como lactación. Otros estudios<sup>5</sup> mostraron que los niveles en orina y plasmáticos de la prolactina son superiores durante la fase lútea del ciclo menstrual. Estos estudios, indicaron que: no existe el efecto luteotrófico y que la FSH y LH son las responsables de la formación funcional normal del cuerpo lúteo<sup>5</sup>. Se ha sugerido que el cuerpo lúteo tiene una vida predestinada y una actividad intrínseca las cuales son iniciadas por la LH en la ovulación<sup>5</sup>. La presencia o ausencia de la acción luteotrófica de la prolactina en el

humano debe ser probada de forma conclusiva<sup>4</sup>.

Los siguientes estudios sugieren que la presencia del cuerpo lúteo debe ser considerada en la fisiopatología de la pseudociesis. Moulton<sup>5</sup> sugirió que en el humano, el mecanismo en ciertos casos de pseudociesis puede involucrar la persistencia del cuerpo lúteo, citó 3 casos de pseudociesis donde se demostró la presencia del cuerpo lúteo extraído por cirugía, lo que resultó en menomea en los 3 casos<sup>4</sup>.

Fried y col<sup>6</sup>., presentaron evidencia de la persistencia del cuerpo lúteo en la pseudociesis. Postularon lo siguiente: *"El factor psíquico... es capaz de afectar la pituitaria, probablemente por medio del hipotálamo, causando la liberación de las hormonas lactogénicas, la supresión de la FSH y la consecuente persistencia de la función luteínica con la producción de estrógenos y progesterona"*. Estudiaron 27 mujeres con pseudociesis y concluyeron que estas pacientes tenían una luteinización ovárica la cual fue demostrada por los siguientes datos:

- (1) Grados variables de secreción endometrial de actividad progestéronica mostrada por biopsia,
- (2) Presencia de niveles normales o elevados de estrógeno en la orina y
- (3) Efecto estrogénico mostrado por secreción vaginal.

Asimismo, los títulos de FSH fueron disminuidos en 24 pacientes y solo normales en 2 pacientes. La prolactina urinaria estuvo presente en 5 casos. La prolactina se secreta en estos pacientes, así como lo indica la presencia de lactación. La

persistencia del cuerpo lúteo se deduce, ya que se ha demostrado que la prolactina tiene un efecto luteotrópico en el humano<sup>4</sup>.

Otros posible mecanismo puede consistir de la secreción relativamente normal de la FSH con la elevada y prolongada secreción de la LH, siendo la LH la que provee la función luteotrópica. Esta teoría no es consistente con los hallazgos de Fried y col<sup>6</sup>., como ser: disminución de la FSH urinaria y la presencia de prolactina urinaria lo que demuestra la presencia de la luteinización.

Steinberg y col<sup>5</sup>., reportaron tres casos de pseudociesis cuyos niveles de gonadotropina y estrógeno urinario fueron encontrados más elevados que los valores normales.

Los hallazgos de la persistencia del cuerpo lúteo han sido demostrado en pocos estudios, la evidencia no es conclusiva. Asimismo, existen grados de la sintomatología de la pseudociesis. La amenorrea puede ser el único síntoma en algunos casos y esto se debe explicar por la luteinización persistente, en cambio esta puede ocurrir por la estimulación insuficiente del ovario por la FSH y LH. La lactación más la amenorrea se pueden deber al incremento de la secreción de prolactina más una disminución de la FSH y LH sin la persistencia de un cuerpo lúteo. Esta configuración de las secreciones de la hipófisis anterior, es decir, elevada prolactina y baja LH y FSH, es consistente con el funcionamiento de niveles elevados de la hipófisis anterior<sup>6</sup>.

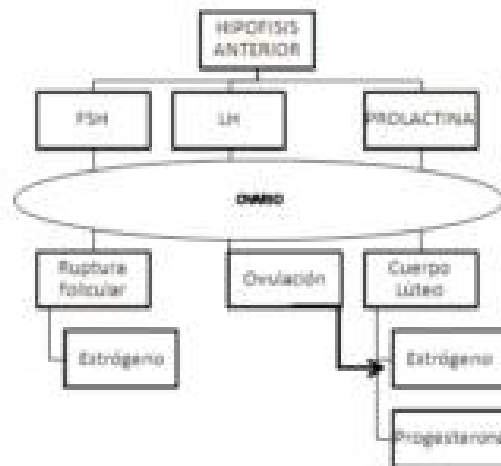


Figura #1: Relación esquemática de la hipófisis anterior y los ovarios<sup>4</sup>.

### Relación Hipotálamo - Hipófisis anterior. (Figura 2).<sup>8</sup>

La secreción de la hormona gonadotrópica de la hipófisis anterior está bajo el control de la eminencia media. La eminencia media es el área del hipotálamo a la cual el hipotálamo está "enraizada". Con el microscopio electrónico, el área de la eminencia media se ha demostrado que consiste de un número de pequeñas fibras nerviosas terminales. Estas fibras están rodeadas por espacios capilares perivasculares. En las fibras se encuentran pequeños granulos los cuales se piensan consisten en aminas biogénicas adrenérgicas.

La eminencia media secreta:

(1) Factor liberador de la FSH, (FRF) la cual actúa en las células basófilas de la hipófisis anterior para incrementar la secreción de la hormona FSH.

(2) Factor liberador de la LH, (LRF) la cual actúa en las células basófilas de la hipófisis anterior para incrementar la secreción de la hormona LH y

(3) Factor inhibidor de la prolactina, (PIF) el cual actúa en las células acidófilas de la

hipófisis anterior para disminuir la secreción de la prolactina.

Los factores liberadores de la eminencia media son llevadas a la hipófisis anterior por vía de la circulación portal hipotálamo - adenohipofisis. La eminencia media es la zona de transferencia crítica la cual es importante para el control de la hipófisis anterior<sup>6</sup>.

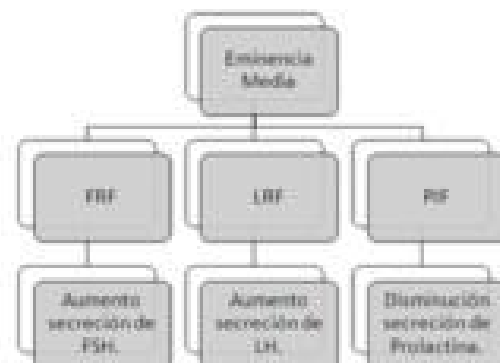


Figura #2: Relación esquemática de la hipófisis anterior y el hipotálamo<sup>8</sup>.

### TRATAMIENTO:

El tratamiento de la pseudociosis debe de realizarse en conjunto con un ginecólogo o un médico de atención primaria. Los resultados negativos de una prueba de embarazo que sean notificados de manera sensible y compasiva resultan en una disminución de los síntomas en la paciente<sup>1</sup>. El mejor método para mostrar a la madre la realidad, es mediante una ecografía u otra técnica de imágenes<sup>7</sup>.

La psicoterapia de apoyo basada en la realidad es el tratamiento de elección. Algunos pacientes responden a los antipsicóticos si su percepción persiste luego de observar los resultados de la prueba de embarazo<sup>1</sup>.

### Conclusión.



Al hablar de pseudociesis no se puede dejar de pensar en que se trata de una patología psicosomática, pero con los diversos estudios ya antes mencionados podemos decir que tiene una explicación biológica para que ocurran su psicopatología, aun así los diversos estudios confirman que todos estos cambios neuroendocrinológicos son secundarios a la etiopatogenia psicodinámica.

#### Bibliografía.

1. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry, 9na ed. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins; 2003. pg: 20-21, 270, 280.
2. Pseudocyesis a Paradigm for Psychophysiological Interactions. Brown E., Barglow P., Chicago. Archives General Psychiatry, marzo 1971; vol 24:221-230.
3. "Pseudociesis, embarazo fantasma o psicológico" Belén Junio 2009, acceso [www.psicobstetricia.org](http://www.psicobstetricia.org).
4. Diario EL País "La pseudociesis o falso embarazo se da aproximadamente entre uno y seis de cada 22.000 nacimientos" Enero 2007. [www.diarielpais.co](http://www.diarielpais.co)
5. Barglow P, Brown E: "To be and no to be pregnant: A psychosomatic question", Howells JG: Modern Perspectives in Psycho-Obstetrics, Edinburgh, Oliver - Boyd Ltd. 1970.
6. "Pseudociesis: El falso embarazo, embarazo fantasma, embarazo psicológico" Salud y Belleza Octubre del 2005.
7. Dafallah SE. "Pseudocyesis and infertility". Saudi Medical Journal 2004; 25: 964-965.
8. Hippocrates: "Oeuvres Completes". Paris Baliere.1839
9. Koic E, Muzinic L, Djordjevic V, Vondracek S, Molnar S. Pseudocyesis and couvade syndrome. Društvena Istraživanja 2002; 11:1031-47.
10. Manusiae S, Karloviae D, Zorieiae Z, Martinac M, Jokanoviae L. Pseudocyesis: A case report. Acta Clinical Croatia 2005; 44:291-5.
11. Diccionario Virtual de la Real Academia de la lengua española, 22da Edición [www.rae.org](http://www.rae.org).
12. Paddock, R.: Spurious pregnancy. American Journal Obstetric Gynecology, 16:845, 1928.
13. Hendricks-Matthews MK, Hoy DM. Pseudocyesis in an adolescent incest survivor. Journal of Familiar Practice 1993; 36:97-104.