

Trastornos en la menstruación y su relación con la depresión en el embarazo: una revisión teórica

Gloria CALLICÓ CANTALEJO
Miriam DOMINGO BOCHMANN
Elena REQUENA VARÓN
Universidad de Barcelona

Resumen

Este trabajo revisa diversos factores comúnmente implicados en la incidencia de trastornos menstruales y la aparición de sintomatología depresiva en el primer trimestre de embarazo. Comienza exponiendo las consideraciones psicoanalíticas acerca de la identidad femenina y su incidencia en la menstruación y el embarazo. A continuación se describen sus componentes psicobiológicos y la creciente importancia que toman los factores psicológicos para entender y explicar la dismenorrea y el síndrome premenstrual así como la sintomatología depresiva en el embarazo y la relación entre ambos tipos de trastornos.

Palabras clave: trastornos menstruales, sintomatología depresiva en el embarazo, identidad femenina.

Abstract

This work reviews several factors commonly involved in menstrual disorders and depressive symptomatology in the first quarter of pregnancy. We start with a reference to the psychoanalytic considerations of female identity and its consequences on menstruation and pregnancy. Secondly, we describe their psychobiologic components and the increasing importance of psychological factors in order to understand and explain Dysmenorrhea and Premenstrual Tension (PMT), as well as the depressive symptomatology in pregnancy and the relationship between both kinds of disorders.

Key words: menstrual disorders, depressive symptomatology in pregnancy, female identity.

El presente trabajo da continuidad a una investigación anterior (Callicó *et al.*, 1991) que tenía como objetivo averiguar qué variables estaban asociadas a la presencia de sintomatología depresiva en

el primer trimestre de embarazo en una muestra de 84 mujeres gestantes. En dicho estudio se recogieron datos relativos a ocho variables; éstas eran: planificación del embarazo, situación laboral, falleci-

miento de un progenitor, número de hijos, abortos, trastornos menstruales, edad y nivel de escolarización. Estos datos recogidos se relacionaron con la puntuación que cada sujeto de la muestra obtuvo en el *Beck Depression Inventory* (B.D.I.) (Beck, 1961) que fue administrado en el primer trimestre de gestación. Los datos fueron analizados con la prueba de Chi-Cuadrado. Sólo la variable «trastornos menstruales» se relacionó significativamente con la presencia de sintomatología depresiva ($p < 0,02$). En este estudio empírico, la variable «trastornos menstruales» fue recogida de forma abierta. Es decir, se le planteaba a la mujer si sentía algún tipo de molestia durante su menstruación. El tipo de trastorno al cual hacía referencia la mujer prácticamente en la totalidad de los casos era o bien a trastornos que aparecían días antes de la hemorragia o bien durante la misma. Este resultado sugiere que relacionaba trastornos menstruales y sintomatología depresiva en el primer trimestre de embarazo nos empujó a emprender una revisión teórica sobre la relación entre ambas variables que nos permitiera entender por qué las mujeres que han tenido a lo largo de sus vidas dolencias en sus períodos menstruales presentan también sintomatología depresiva durante los primeros meses de gestación.

En primer lugar, nos planteamos la justificación teórica de la relación de ambas variables dentro del marco de la teoría psicoanalítica. Partimos de que menstruación y embarazo son componentes básicos de la identidad sexual femenina, por ello abordaremos tanto el significado psicológico de la menstruación desde su aparición como el signifi-

cado psicológico del embarazo. En segundo lugar, consideramos otros estudios en relación a los componentes psicobiológicos de la menstruación y el embarazo. En esta segunda parte, haremos referencia a los cambios neurofisiológicos que implican ambas situaciones -menstruación y embarazo- centrándonos en los paralelismos y en cómo a partir de su interrelación con los factores psicológicos implicados pueden dar lugar a una sintomatología depresiva en el momento del embarazo.

Identidad sexual femenina, menstruación y embarazo

Freud hizo dos aportaciones que tomamos como premisa básica para acercarnos al tema que nos ocupa; la primera (Freud, 1893) cuando puso de relieve la interacción entre lo psicológico y lo somático, y la segunda (Freud, 1905) cuando distinguió la sexualidad de la genitalidad, considerando a la primera como algo mucho más amplio y no limitado a lo genital. Otro paso importante lo dieron primero Horney (citada en Langer, 1964) y, posteriormente, Klein (1933) al postular que tanto el niño como la niña reaccionan desde el primer momento según su biología y su sexo, con lo cual el funcionamiento mental de cada ser humano no sería independiente del sexo al cual se pertenece. Klein (1933) consideró que la niña tiene desde el comienzo de la vida un conocimiento instintivo de sus órganos genitales y de sus funciones receptoras.

Numerosos autores (Langer, 1964; Soifer, 1980; Cort, 1981; Videla, 1990) están de acuerdo en que el desarrollo de la feminidad y todos sus avatares de-

penden en gran parte de la identificación de la mujer con su madre. En este sentido, también consideran que las mujeres que presentan dificultades en las manifestaciones de su feminidad son mujeres identificadas con madres que ya habían tenido estas mismas dificultades. Esto ocurre especialmente durante el proceso de gestación. Durante éste se da una situación idónea para que la mujer repita la relación primitiva con su propia madre, reviviendo con el feto esta relación originaria. En este proceso de identificación intervienen según Mead (citado en Langer, 1964) además de los factores propios de la personalidad, factores culturales que explican por qué en diferentes civilizaciones las mujeres tienen sus embarazos y partos con síntomas distintos.

Aunque la causa fundamental por la que la mujer desea tener un hijo es, según Langer (1964), biológica, el instinto maternal, como parte integrante de la sexualidad femenina, gratifica a través de su realización múltiples deseos de la mujer: desea un hijo porque esto significa recuperar a su propia madre, también porque así puede identificarse con ella, también porque le permite comprobar su fertilidad, tener un hijo también puede corresponder a un deseo infantil de regalar un niño a su padre, el feto puede representar también el pene anhelado, además de otros muchos deseos más conscientes y racionales como que el hijo consiga hacer algo en la vida que la madre no ha podido, etc. Una fantasía inconsciente muy frecuente durante el embarazo es la de que el feto representa algo robado a la madre, que puede ser un hijo que pertenece a la madre, o el pene del padre que la madre lleva den-

tro; todo ello corresponde a las fantasías tempranas e inconscientes de la niña, de haber despojado a su madre de los contenidos valiosos de su cuerpo (Klein, 1933). Por otro lado, la mujer identificada con su hijo vive, a través de él, todo el temor de separarse de su madre. La reagudización de este tipo de fantasías durante el embarazo constituye la causa de múltiples trastornos somáticos. Otra fantasía que la mujer embarazada puede abrigar es el temor de ser dañada por el feto a causa de las proyecciones hacia éste de los propios impulsos agresivos. En este caso, la mujer experimenta a nivel inconsciente a menudo el embarazo como una trampa peligrosamente tendida por su madre y el mismo embarazo puede ser vivido como un castigo. Tener el feto dentro de ella puede significar haber robado algo que pertenece a la madre, y eso significa ganar y triunfar sobre ella. De ahí que implique peligro de castigo y destrucción del feto. Mientras que un embarazo difícil es, pues, indicio de conflictos, la ausencia de trastornos en sí no significa una verdadera aceptación del embarazo. Generalmente, en nuestra cultura, se consideran normales ciertos síntomas durante el embarazo como náuseas y vómitos durante el primer trimestre, causados por las adaptaciones tanto fisiológicas como psicológicas que la mujer sufre. No obstante, cuando estos síntomas persisten o presentan una frecuencia más allá de lo esperable o bien cuando aparecen otro tipo de perturbaciones que hasta ese momento la mujer no padecía, como por ejemplo un estado depresivo, será índice de conflictos en este proceso propio de la identidad sexual femenina que es el embarazo.

Este planteamiento es el mismo con respecto a la actitud de la mujer frente a la menstruación. La mujer normal no sufre por su regla ni se siente inferior por este estado. Pero, como señala Langer (1964), puede ocurrir que la mujer no sufra por la menstruación, porque logra ignorarla y la acepte porque le ayuda a calmar sus angustias y dudas acerca de su identidad sexual. En general, cuando aparece una patología manifiesta, en cualquier ámbito de la vida femenina, ésta proviene del temor a identificarse con una madre que ha sido destruida en la fantasía o del temor a su venganza. Este tipo de fantasías destructivas provendrían, de acuerdo con Klein (1933), de que la niña supone que el interior del cuerpo de su madre está repleto de cosas: hijos, leche, penes, etc, posesiones que quisiera tener para ella. Estas fantasías son reprimidas por temor a que su madre se vengue y que, como castigo, destruya el interior de su cuerpo. Además, la posibilidad de haber observado restos de sangre en la ropa de su madre, o enterarse de abortos, partos difíciles, dolencias menstruales, etc, le sirve a la niña para convencerle de la vulnerabilidad de su cuerpo. De este modo, la sangre que proviene del interior del cuerpo de la mujer será asociada a que algo está lastimado. Dentro del cuerpo femenino crecen los hijos, por lo tanto, la hemorragia puede ser tomada como indicio que los futuros hijos han sido dañados. Otra fantasía común es el suponer que se ha producido una herida como resultado de una agresión en los genitales. En la niña, todos los temores respecto a sus genitales y a su sexualidad son muy difíciles de calmar

porque, al ser interiores en su mayor parte, nunca podrá eliminar sus dudas y cerciorarse de que no ha sufrido daño. En este sentido, lo único que podrá despejar sus dudas es el logro de la maternidad. Por otra parte, los genitales femeninos implican un carácter prohibido por la capacidad que conllevan de hacer sentir placer y fácilmente se convierten en centro de muchas ansiedades. La menarquía supone para la niña el inicio de la pubertad y de todos los cambios del organismo que acompañan a ésta, tanto físicos como psíquicos: renuncia a la infancia, a la sexualidad infantil, así como revivir todos sus conflictos infantiles edípicos. También supone la madurez biológica - que no tiene por qué corresponder con la madurez psicológica paralela - de que se es mujer y que se está capacitada físicamente para la maternidad.

El efecto traumático de la primera menstruación es, según Langer (1964), un indicador de las dificultades de la adolescente para aceptar su feminidad. La menstruación según Schmiedeberg (citado en Langer, 1964) despierta el temor de la púber ante su madre - probablemente por la posibilidad de poder rivalizar y competir con ella en el ámbito sexual - y por ello es muy importante la actitud de la madre. Una madre que rechaza su propia feminidad es probable que adopte inconscientemente frente a su hija una actitud hostil. La púber puede entonces vivir la menstruación como evidencia de su castración y vivir la hemorragia como una falta de control vergonzoso e infantil de los excrementos y la orina. No obstante, este proceso regresivo ocurrirá cuando ha habido fijaciones importantes

en estas etapas. Una forma frecuente de reaccionar ante los procesos propios de la feminidad, según nos muestra la observación clínica, es mediante síntomas somáticos. Ciertos trastornos de la menstruación se consideran generalmente normales. Sin embargo, los dolores francos son índice de conflictos psicológicos que desaparecen a lo largo de un tratamiento psicológico adecuado. Por un lado, la menstruación significa en cada ocasión la pérdida de una esperanza de maternidad al tiempo que simboliza simultáneamente la juventud y la fecundidad, su capacidad de regeneración continua y la promesa de una nueva maternidad. Algunas mujeres presentan clínicamente un estado llamado de depresión premenstrual que desaparece cuando aparece el flujo menstrual. Según Horney (citada en Langer, 1964), la depresión en estos casos puede ser causada tanto por el deseo como por el temor y rechazo de tener un hijo. Los dolores menstruales pueden estar también al servicio del sentimiento de culpa que, de esta forma, se alivia. La menstruación puede significar para la mujer rivalizar con la madre, rivalidad que despierta mucha culpa y que puede resultar inaceptable.

Así, pues, consideramos menstruación y embarazo como dos componentes básicos de la identidad sexual femenina profundamente interrelacionados. Como se ha puesto en evidencia, la mayoría de autores están de acuerdo en el papel preponderante del proceso de identificación de la mujer con su propia madre, que viene determinado por las fantasías inconscientes que la mujer ha tenido desde niña respecto a los contenidos del cuerpo de su madre.

Componentes psico-biológicos en la menstruación y el embarazo

Pretendemos en este apartado constatar la influencia, estudiada por diversos autores a quienes nos referiremos más adelante, de factores psicológicos y de personalidad en algunas alteraciones de la menstruación y del embarazo y, a partir de la interacción psico-biológica en los trastornos menstruales, llegar a la comprensión de la aparición de sintomatología depresiva en el embarazo.

Lo psíquico y lo biológico están íntimamente relacionados en estos procesos con un sustrato físico y hormonal, pero también con un significado psicológico ligado a la posibilidad de maternidad y la capacidad de procrear que menstruación y embarazo implican. Por lo tanto, teniendo en cuenta también la vinculación de los procesos psicológicos con el sistema nervioso, en particular con el vegetativo, y con el sistema endocrino, es fácil que se den manifestaciones diversas tanto en lo físico como en lo psíquico, sin quedar clara la etiología de trastornos que parecen más bien inducidos por un origen multifactorial donde ambos aspectos contribuirían al desarrollo del trastorno, siendo difícil valorar por separado el peso de cada uno y entendiéndolos como inseparables. Tanto en la situación de embarazo como en la de menstruación, los estudios son controvertidos y difíciles por la multitud de variables que inciden. Por este motivo, nos centramos en la posible interrelación entre los cambios que implican uno y otro. En multitud de trastornos menstruales se alude de una u otra forma a la influencia del factor psicológico: menstruación escasa, poco frecuente,

síndrome premenstrual, dismenorrea... y, en cambio, en otros su influencia en la etiología queda descartada, como en la amenorrea, dolores a mitad del ciclo, ciclos cortos, hemorragias abundantes, pérdidas premenstruales, metrorragias, etc. aunque también tienen sus efectos psicológicos sobre la mujer que los padece y, a veces, por ejemplo en el caso de la amenorrea, pueden ser síntomas de trastornos psíquicos tan graves como en la anorexia nerviosa.

Especial atención nos merecen el síndrome premenstrual (SPM), y la dismenorrea primaria ya que son los trastornos donde se ha estudiado más la influencia del factor psicológico y, por otro lado, son los que mayoritariamente referían las mujeres de nuestro estudio ya citado. Magos, Brincat y Studd (1986) se refieren al SPM como las alteraciones psicológicas, físicas y de comportamiento que aparecen días antes de la menstruación, desaparecen con ella y no están producidas por enfermedad orgánica demostrable. El SPM implica tanto trastornos físicos como sensaciones negativas. Dalton (1982), lo define englobando componentes somáticos, emocionales y comportamentales, reconociendo la variabilidad de la sintomatología, por lo que pensamos también en el peso que la personalidad puede tener en sus distintas manifestaciones. La sintomatología es muy variable, pero entre los síntomas más frecuentes se incluyen el dolor, cambios en la capacidad de concentración, cambios en la conducta, reacciones del sistema autónomo, retención de líquidos, y cambios de humor. Por otro lado, la dismenorrea primaria se define, en general, por ser una menstruación dolorosa, un dolor pélvico durante el

período menstrual sin causa orgánica, que aparece asociada a otros síntomas como fatiga, vómitos, etc, suele aparecer muy pronto después de la menarquía y sin causa orgánica que lo explique. Por ello, muchos autores lo consideran un desorden funcional (Litt, 1983; Wood, 1983). En cambio, la etiología de la dismenorrea secundaria es siempre orgánica.

En una revisión de diversos estudios sobre el tema, Iglesias, Camarasa y Centelles (1987) encontraron la influencia de tres factores en la vivencia que la mujer tiene de la menstruación, incluyendo dolores y otras sintomatologías. Los factores en interacción en esta vivencia son: las creencias culturales, los factores de socialización y las experiencias vividas. De este modo, la menarquía supone el inicio de la pubertad y de todos los cambios que la acompañan; el acceso al mundo adulto, la renuncia a la sexualidad infantil, etc... También supone la madurez biológica de estar capacitada para la maternidad. Culturalmente la menarquía es también valorada positivamente en el mundo occidental. Es un suceso deseado y temido a la vez, es un paso más hacia el mundo adulto pero conlleva a la vez el miedo a un embarazo y, en algunos casos, supone la limitación de la libertad de la adolescente por este motivo. En este momento es importante la preparación e información con que cuente la adolescente, ya que sin duda éstas inciden también en la vivencia de la menarquía como una experiencia positiva o negativa (Sau, 1980).

El embarazo supone un cambio de rol social y también culturalmente está teñido de ambivalencia por el deseo y el

temor que despierta este estado. Es una situación que genera ansiedad y niveles elevados de estrés que pueden estar fuertemente condicionados por demandas sociales ante esta nueva situación a la que la mujer debe acomodarse. Salvatierra (1989) señala cuatro actitudes psíquicas posibles ante la gestación: ansiedad manifiesta, depresión, conversión psicósomática y adaptación. Pensamos que la actitud manifiesta dependerá de cómo se resuelva esta ambivalencia, proceso en el que sin duda se encuentran implicados factores de personalidad.

La incidencia del factor psicológico también ha sido estudiada, sobre todo en relación al papel de la feminidad (Berry y Mac Guire, y Gough, citados en Iglesias, Camarasa y Centelles, 1987) en el trastorno menstrual, anteriormente comentado, y también en general al tipo de personalidad, con resultados inconsistentes, en cambio se ha encontrado que en pacientes con trastornos afectivos la severidad de los síntomas es mayor (Endicott et al., y Halbreich, citados en Iglesias, Camarasa y Centelles 1987). Por otra parte, ha sido mucho más clara la relación encontrada entre aspectos del embarazo o parto de estas mujeres y trastornos menstruales, dato que apoya los resultados hallados en nuestro estudio. Dalton (1982) señala que concretamente las mujeres con SPM suelen tener pérdidas durante los primeros meses de embarazo y alto riesgo de padecer toxemia durante éste, así como que la mayoría de ellas padecen depresiones después del parto.

Aunque hay diferentes factores, tanto biológicos como psicológicos, a los que se ha aludido para explicar ambos

trastornos, SPM y dismenorrea, ninguno los explica totalmente, ya que siempre hay algunos casos en los que no se ha observado la relación buscada. Así, se han estudiado los siguientes factores: edad, nutrición, carencias vitamínicas, prolactina, opiáceos y neuropéptidos, hormonas suprarrenales, niveles de progesterona, factores cervicales, neurológicos, prostaglandinas, factores psicosociales, estrés, etc. (Birke et al., Asso, Alvin et al. y Comerci, citados en Iglesias, Camarasa y Centelles, 1987). En general, las hipótesis que parecen más claras son las que se refieren a factores hormonales como el desequilibrio entre estrógenos y progesterona y también a las prostaglandinas, en cualquier caso mediados por el funcionamiento del sistema nervioso central, sistema endocrino y sistema nervioso autónomo, por lo que los aspectos emocionales o psicológicos quedan implicados de una u otra forma en estas manifestaciones. Además, a nivel neuroendocrino se observan cambios en hormonas que influyen también en la manifestación de una sintomatología de tipo depresivo (tal como ha sido valorada con el B.D.I. en nuestra muestra).

Denney y Gerrard (1981) van aún más allá y explican el origen de la dismenorrea por conflictos psicológicos específicos que van desde preocupaciones relativamente superficiales sobre la presente menstruación a preocupaciones más profundas instauradas sobre la propia feminidad. Esto, según estos autores, daría lugar posteriormente a los cambios fisiológicos correspondientes. Uddenberg (citado por Salvatierra, 1989) también se refiere en su estudio a la relación encontrada entre complicaciones durante el primer trimestre de embarazo

y el rechazo del papel femenino, así como con otros rasgos de personalidad: inmadurez, dependencia, culpa ante la madre, todos ellos relacionados con dificultades a las que ya nos hemos referido en la primera parte de este artículo. Salvatierra (1989) considera que tanto la situación de menstruación como la de embarazo pueden ser por sí mismas situaciones estresantes, produciendo alteraciones neuroendocrinas que pueden dar como resultado manifestaciones psicósomáticas, todo lo cual corrobora esta fuerte interacción y el contenido emocional que conllevan. Según Alonso-Fernández (1988), habría en la vida de la mujer ciertos momentos cronobiológicos críticos en los que el riesgo de una fase depresiva está incrementado, siendo uno de estos momentos de alto riesgo depresivos el ciclo menstrual y el comienzo del embarazo.

Conclusiones

Con este trabajo hemos señalado algunos puntos de contacto entre dos fenómenos básicos de la identidad sexual femenina como son la menstruación y la gestación. El concepto clave para abordar las alteraciones aquí tratadas e intentar explicar por qué se relacionan trastornos menstruales y presencia de sintomatología depresiva en el embarazo, es el concepto de interacción.

Los datos aportados apoyan la dificultad, casi diríamos imposibilidad, de estudiar aisladamente aspectos biológicos y psicológicos que como queda patente actúan conjuntamente y forman parte ambos de una dinámica psíquica y física que en interacción provoca unas

determinadas manifestaciones o un tipo de sintomatología concreto. Analizando los resultados de los estudios revisados, observamos la base física y psíquica implicada e interrelacionada en ambas situaciones y capaz de producir una sintomatología de tipo depresivo. Es evidente, pues, que en los trastornos menstruales inciden de forma clara factores culturales, de personalidad y físicos. También, como ya se ha puesto de manifiesto anteriormente, en los primeros meses de embarazo tienen lugar una serie de modificaciones neurohormonales importantes. Pensamos que son esos cambios en interacción con los factores anteriormente mencionados los que pueden predisponer también a una sintomatología parecida en el momento de adaptación a un embarazo, siendo seguramente de mayor importancia el peso que aquí puede tener lo psicológico. Así, ambos estados, menstruación y gestación, tienen en común importantes cambios hormonales y conocemos el peso de éstos en nuestra conducta. Pero también sabemos que, a pesar de que todas las mujeres van a sufrir esos cambios hormonales, no todas ellas presentarán trastornos menstruales y/o depresivos si se quedan embarazadas. Por tanto, no hay que olvidar la importancia de la personalidad de la mujer, ciertamente influenciada por el sistema endocrino y el sistema nervioso pero también por sus experiencias pasadas y la vivencia emocional que las ha teñido.

La presente revisión abre muchos interrogantes respecto al alcance de los resultados del estudio empírico que tomábamos como punto de partida (Gallicó *et al.* 1991). Por ejemplo, si la

relación significativa entre trastornos menstruales y sintomatología depresiva, en el primer trimestre de embarazo se mantuvo a lo largo de toda la gestación, o se manifestó en una depresión postparto, o en más dificultades posteriores para manejarse con su hijo que otras mujeres; aspectos todos ellos que estamos actualmente investigando. Pensamos que el conjunto de cuestiones plantea todo un campo de estudio con importantes implicaciones para el diseño de programas preventivos y de atención a la mujer.

Referencias

- ALONSO-FERNANDEZ, F. (1988). *La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico*. Barcelona: Ed. Labor.
- BECK (1961). Inventario de Depresión de Beck (B.D.I.). [Adaptado por Conde, V.; Ballesteros, M.C.; López, M.N.; y Frank, J.I. en: Cuestionarios, inventarios y escalas de evaluación comportamental en la evaluación clínica de los trastornos afectivos. *Tercer Simposium Nacional del Comité para la Prevención y el Tratamiento de las Depresiones*. Valladolid, 1986].
- CALLICO, G.; DOMINGO, M.; LIGERO, P.; PLA, M.; GRAU, E. y POCH, J. (1991). La depresión en el primer trimestre de embarazo. *Tercer Congreso de Evaluación Psicológica*. Barcelona, Facultad de Psicología.
- CORT, B. (1981). *Daughters becoming mothers: The relationship between maternal identification and the development of pregnancy women's sense of themselves as mothers*. Los Angeles: California School of Professional Psychology.
- DALTON, K. (1982). Premenstrual syndrome and its treatment. *International Medicine*, 2 (2), 10-13
- DENNEY, D.R. y GERRARD, M. (1981). Behavioral treatments of primary dysmenorrhea: a review. *Behaviour Research and Therapy*, 19, 303-312.
- FREUD, S. (1893). *Estudios sobre la histeria*. En: *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1980.
- FREUD, S. (1905). *Tres ensayos sobre teoría sexual*. En: *Obras Completas*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1980.
- IGLESIAS, X.; CAMARASA, E. y CENTELLES, N. (1987). *Trastornos de la menstruación*. Barcelona: Martínez-Roca.
- KLEIN, M. (1933). *El psicoanálisis de niños*. En: *Obras completas*. Buenos Aires: Paidós, 1980.
- LANGER, M. (1964). *Maternidad y sexo*. Buenos Aires: Paidós.
- LITT, I. F. (1983). Menstrual problems during adolescence. *Pediatrics in Review*, 4 (7), 203-210.
- MAGOS, A.L.; BRINCAT, N. y STUDD, J.W.W. (1986). Trend analysis of the symptoms of 150 women with a history of the premenstrual syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 155, 277-282.
- SALVATIERRA, V. (1989). *Psicobiología del embarazo y sus trastornos*. Barcelona: Martínez-Roca.
- SAU, V. (1980). Mito y realidad del fenómeno de la menstruación. En: J.M. Farré, M. Valdés y E. Maideu (Eds.) *Comportamientos sexuales*. Barcelona: Fontanella.

SOIFER, R. (1980). *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Buenos Aires: Kargieman.

VIDELA, M. (1990). *Maternidad, mito y realidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.

WOOD, C. (1983). Dysmenorrhea. En: Dennerstein-Burrows (Eds). *Handbook of Psychosomatic obstetrics and gynaecology*. Melbourne: Elsevier Biomedical Press.