

NÁUSEAS Y VÓMITOS EN GESTANTES: ¿LOS PSICÓLOGOS PODEMOS PREDECIR SU APARICIÓN?

Ysis Roa Meggo *

Universidad de San Martín de Porres

Instituto de Investigación de la Facultad de Obstetricia y Enfermería

Recibido: 26 de mayo de 2008

Revisado: 14 de julio de 2008

Aceptado: 20 de agosto de 2008

RESUMEN

Las náuseas y los vómitos son síntomas comunes del embarazo. Sin embargo, la revisión de la literatura refiere investigaciones en las que se lograron delimitar variables que podrían contribuir con el trazado de un perfil psicológico de la gestante con náuseas y vómitos. Por tanto el objetivo de este trabajo, fue analizar si los datos existentes sobre el perfil psicológico de la mujer gestante, continúan vigentes en sus contenidos y si son susceptibles de aplicación en la actualidad en una muestra de gestantes del Instituto Materno Perinatal de Lima (n= 265). Se encontró vigencia y pertinencia del perfil psicológico de la mujer gestante desarrollado, dado que fue encontrado también en nuestra población estudiada.

Palabras clave: Náuseas, vómitos y gestantes.

ABSTRACT

Nausea and vomiting are common symptoms of pregnancy. However, the review of the literature refers to research that were achieved delimit variables that could contribute to the delineation of a psychological profile of a pregnant woman with nausea and vomiting. Therefore the objective of this work was to examine whether existing data on the psychological profile of the pregnant woman, still in force in its contents and whether they are capable of implementation at present in a sample of pregnant Institute of Maternal and Perinatal of Lima (n = 265). We found validity and relevance of the psychological profile of the pregnant woman developed since it was also found in our study population.

Key words: Nausea, Vomiting and Pregnant Women.

Es conocido que las náuseas y los vómitos son síntomas comunes del embarazo. Así, ha sido descrito por muchos autores quienes refieren que las mujeres deben estar preparadas para su llegada y esperar a que transcurran unos meses para que éstos desaparezcan pero ¿esto debe ser así?. Los profesionales en salud hemos sido entrenados para detectar aquellos eventos que son poco saludables para la población y en el caso específico de los psicólogos además, para comprender cuándo algunos comportamientos o manifestaciones psíquicas de la persona no contribuyen con su bienestar pleno y su salud. La psicología ha hecho grandes aportes al elaborar perfiles sobre diferentes tipos de trastornos tales como la ansiedad, la depresión, etc., ¿será posible entonces un perfil psicológico de la mujer gestante?

La revisión de la literatura refiere, que tienen larga data, los trabajos de estudiosas de la mente tales como Hélène Deutsch (1924), Marie Langer (1951), Joyce McDougall (1972), Marie Meierhofer (1975) entre otras, quienes, mediante su experiencia con pacientes femeninas, obtuvieron importante evidencia que señalaría la importancia de incluir al psicólogo en el análisis de los trastornos de la sexualidad femenina. Y la necesidad a su vez, de que el psicólogo incluyera en su trabajo el análisis de las experiencias o vivencias de la joven con sus padres en el período de su infancia. Destacando,

sobre todo, la importancia de una buena relación con la madre en la infancia como un factor de protección para la prevención de trastornos en la sexualidad de la mujer adulta. La explicación a la que llegaron la resumiré a continuación. Para estas autoras la niña pequeña, necesita satisfacer sus demandas afectivas parentales, entiéndase como el afecto que la niña necesita recibir de sus padres para tener un desarrollo psíquico saludable y un modelo de identificación saludable, entiéndase como aquella persona quien debido a sus características puede representar un modelo de identificación para la niña .

Esto quiere decir en primer lugar que ella debe tener padres que la amen, pero que también se amen y se respeten entre ellos. Así Según McDougall, 1996 (p. 37) "... si el niño tiene desde su primera infancia progenitores que se aman, se desean y se respetan recíprocamente, y cuyas eventuales disensiones no son duraderas (lo que quiere decir que aprenden que la agresión no es peligrosa cuando el amor es más fuerte que el odio), él se inclinará a seguir el modelo parental en su vida. La niña tratará de identificarse con la madre, no solo en su maternidad sino también en sus relaciones amorosas y sexuales".

En segundo lugar una madre que en palabras de Winnicott

*ysis_roa@yahoo.com

(1969) sea “suficientemente buena” para sostener a la niña y darle el cariño que necesita sin discriminación alguna por razón de sexo u otra causa. Y en tercer lugar una madre que proporcione un modelo de identificación femenina sano, es decir que la madre esté conforme y acepte con agrado sus cambios y funciones sexuales femeninas, lo que le permitirá poder transmitirlo a su niña y por consecuencia la niña logrará también aceptar también con agrado las características y los cambios que acompañan el desarrollo de su sexualidad (ej. menstruación).

A continuación un gráfico que nos mostrará las 3 condiciones mencionadas para, según los autores señalados, gozar de una construcción de una identidad sexual femenina saludable en la niña (figura 1).

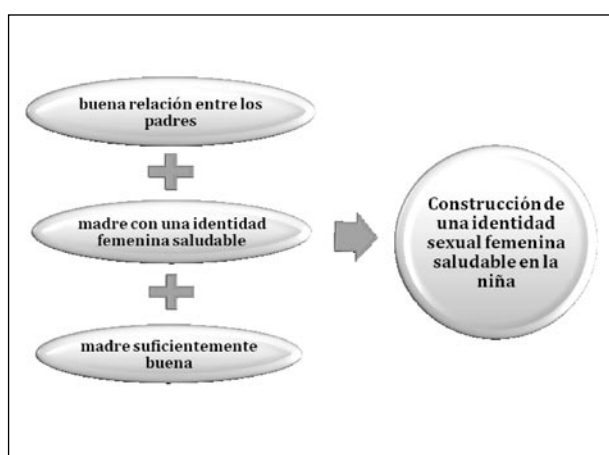


Figura 1: Factores necesarios de una identidad sexual femenina adecuada. (Elaboración propia)

En palabras de Joyce McDougall (1990, p. 160) tales características son importantes debido a que tendrán un efecto perdurable en la psique del individuo: “... es legítimo postular que los conflictos y juicios de valor parentales van a impregnar la psique del infante, a medida que crezca con un corpus de creencias duraderas concernientes a su identidad biológica, sexual y psicosocial”. Por lo que si es que madre e hija tienen una relación distante, fría u hostil esto no les permitirá compartir las experiencias que en cuanto a su ser femenino les compete, ni la transmisión de la experiencia del manejo de la madre ante estos eventos, además de la imposibilidad del esclarecimiento de las dudas de la niña. Lo que resulta importante no solo en el periodo de la niñez sino porque las investigaciones que describiremos demuestran que tiene relevancia en la adultez de la niña. En palabras de Langer (1978, p. 38): “La primera relación amorosa de la niña con la madre es fundamental para su capacidad de identificarse más tarde con ella. Si la madre ha sido buena y la niña logra esta identificación, será una buena madre para sus hijos y una buena esposa para su marido. Si la relación con la madre

fue conflictiva, existe el peligro de que más tarde repita los mismos conflictos con su marido”.

Los aportes señalados son importantes debido a que no solo fueron las investigaciones pioneras en el campo, sino que además fueron posteriormente evaluadas y reforzadas en sus principales postulados por estudios realizados en poblaciones femeninas por otros profesionales de la salud y de la educación (véase Read, 1958; Heilbrun, 1968, 1965; 1962; Lynn, 1962; Sears, 1965; Wright & Taska, 1966; Mussen & Rutherford, 1963; Weiss & English, 1957; Drellich & Bieber, 1958; Després, 1937; Rheingold, 1964; Mann, 1959; Coppen, 1958; Barrucand, 1968; Benedek, 1952^a, 1959^a, 1959^b entre otros), aportando así evidencia empírica que brindaría refuerzo a la teoría propuesta.

Por ejemplo, Lynn (1962), Wright & Taska (1966) encontraron que el grupo más femenino de jovencitas mostraba más cordialidad respecto a los padres que el grupo más bajo en femineidad. En cambio, las sujetas de Lynn, que puntuaban bajo en femineidad, atribuían más hostilidad hacia la figura de la madre que a la figura del padre. Siendo este hallazgo consecuente con el de Gray & Klaus (1956) quienes señalaban que las niñas con más afecto hacia sus madres se veían a sí mismas como muy semejantes a ellas. En otro estudio sobre 2650 estudiantes femeninas de college, Wright & Taska (1966) encontraron que las mujeres femeninas recordaban una madre emocionalmente satisfactoria y un padre favorable. Así, Rheingold (1964) habría sugerido también que los muchos y variados problemas de la función femenina tienden a estar relacionados y dependen de la misma fuente: problemas en la temprana relación con la madre. Así, Després (1937) informaría sobre las actitudes de 100 primíparas. Esta autora encontró que las mujeres con actitudes más favorables hacia sus embarazos eran menos neuróticas y habían tenido una relación más estrecha con sus madres. Barrucand (1968) encontró que 22 de las 24 mujeres con vómitos incontrolados en los primeros tres o cuatro meses de embarazo eran emocionalmente inmaduras, especialmente en la relación con sus madres. Coppen (1958) encontró que las mujeres que padecían toxemia en el embarazo habían tenido una menarquía con más disturbios emocionales, tensión premenstrual, pobre ajuste sexual, síntomas psiquiátricos durante el embarazo, y sentimientos enfermizos respecto del mismo, más acidez y vómitos repentinos durante el estado de gestación, altas puntuaciones en la escala de neuroticismo en el Maudsley y puntuaciones andrógenas anormales que indicaban conflicto con su femineidad.

Sin embargo, a pesar de esta comprensión psicológica e investigaciones en el campo, la psicología en la actualidad no considera dentro de sus competencias profesionales el tratamiento de los trastornos de la sexualidad femenina, tales como la dismenorrea, las náuseas o los vómitos en el embarazo. Lo cual, frente a las evidencias empíricas que muchos de

los especialistas de la mente aportaron sobre la importante influencia de lo psíquico sobre los aspectos fisiológicos y especialmente los reproductivos, resulta injustificable.

Por ello es que al existir un vacío teórico actualizado en el área y una falta de información que actualizada contribuya con el trabajo de los psicólogos en estas dolencias, es que se propuso un estudio en el cual se analizara si los postulados teóricos y los resultados de las investigaciones mencionadas continuaban vigentes y podían ser utilizados en pro de una contribución a la salud de nuestra población gestante dado que es evidente que el número de mujeres que padecen de trastornos en su sexualidad es cada vez mayor. Pero es aún más evidente que el psicólogo se auto-excluye del campo por tratarse de un tema que considera debe someterse a un abordaje médico únicamente lo cual ante la evidencia de investigaciones y teorizaciones en el campo resulta infundado.

METODOLOGÍA

- **Diseño:** Se utilizó un diseño descriptivo, correlacional y transversal.

- **Participantes:** se estudió una muestra representativa de 265 gestantes que acudieron a sus controles en el Instituto Materno Perinatal de Lima, las cuales provenían del sector urbano y urbano marginal.

- **Muestreo:** Se utilizó un muestreo de tipo intencional.

- **Instrumentos de evaluación:** Para la recolección de los datos, se utilizó una encuesta denominada "Encuesta anónima sobre sexualidad femenina" que consta de una sección cuyos ítems recogen información referida a los síntomas de náuseas y vómitos presentes y 4 escalas cuyo interés es recoger información sobre la presencia y frecuencia de dismenorrea, y las experiencias infantiles con los padres que incluyen percepción negativa sobre la infancia, demandas afectivas hacia sus padres durante la infancia y relaciones positivas con los padres. Asimismo, incluía variables demográficas de interés, como son: sexo, ocupación actual, nivel educativo, tiempo de embarazo, estado civil, entre otras. A continuación se incluye una tabla (tabla 1) con la fiabilidad de cada una de las escalas contenidas en el instrumento:

Tabla 1: Fiabilidad de las escalas de la Encuesta anónima sobre sexualidad femenina

Escalas	Fiabilidad
	(Alfa de Cronbach)
Experiencias infantiles con los padres	0.8535
Trastornos y angustia menstrual (dismenorrea)	0.7955

- **Análisis de datos:** Los datos fueron analizados mediante el paquete estadístico SPSS versión 15, utilizando estadísticas descriptivas, de comparación de promedios, de correlación de Pearson y el análisis de varianza para la comparación de grupos. La fiabilidad de las escalas ha sido medida a través del Coeficiente Alfa de Cronbach (α) el cual informa sobre la consistencia interna u homogeneidad de la distribución de los ítems.

RESULTADOS

a. Descriptivos

La mayoría de las entrevistadas se caracterizó por tener una edad promedio de 26.57 años, tener secundaria completa (42.6%), por ser ama de casa (66%), por ser conviviente (64.5%), por tener otros hijos (57%) y por tener pareja actualmente (88.3%). En cuanto al embarazo se encontró que las gestantes tenían un promedio de 26 semanas de embarazo, un 25.7% refirió haber sentido como muy doloroso su primer parto, un 62.6% refirió haber padecido de náuseas en su embarazo anterior y un 54% refirió haber padecido de vómitos en su embarazo anterior. En referencia a los síntomas actuales del embarazo, encontramos que 38.5% refieren padecer de náuseas todos los días y 24.9% refieren padecer de vómitos todos los días.

Con respecto a las experiencias infantiles, 54% refirieron haber tenido una infancia feliz, 6% refirieron una infancia infeliz, 12.5% refirieron ser indiferentes ante el recuerdo de su infancia, 12.8% manifestaron haber tenido una infancia conflictiva y 11.3% refirieron no recordar su infancia. Además refirieron haber preferido algunas situaciones particulares en su infancia. Así, el 47.2% hubiese preferido que su padre fuera más cariñoso, 43.4% hubiese preferido que su madre sea más cariñosa y 52.8% hubiese preferido que su madre y padre se entendieran y no discutieran. Con respecto a la relación con sus padres, solo 47.9% de las gestantes refirieron que la relación con su madre era siempre buena y solo 34.7% refirió que la relación con su padre era siempre buena. De los datos se pudieron extraer 3 grupos con los cuales iniciaremos los análisis de relación. Aquellas que tienen síntomas elevados por su frecuencia (40%), aquellas con síntomas moderados (32%) y aquellas con muy pocos síntomas (28%) (Ver tabla 2).

Tabla 2: Grupos por frecuencia de síntomas

	Fr	(%)
Síntomas elevados (náuseas y vómitos)	84	40%
Síntomas moderados (más náuseas menos vómitos)	67	32%
Muy pocos síntomas (sin vómitos pocas náuseas)	58	28%
Total	209	100.0

b.De relación

En cuanto a la relación entre náuseas y vómitos y experiencias infantiles con los padres, se encontró que las gestantes con mayores niveles de náuseas y vómitos fueron aquellas que refirieron haber tenido una infancia infeliz, dolorosa y conflictiva (MD.=18.57, D.S.= 8.53), o indiferente (MD.=21.20, D.S.= 8.71) o no la recordaban (MD.= 17.10, D.S.=10.99), en comparación con aquellas que refirieron haber tenido una infancia feliz (MD=15.23, D.S.=10.03). Estas diferencias son significativas ($F=3.250$, $p=.023$).

En la tabla 3, podemos ver las correlaciones entre la presencia de las náuseas y los vómitos y otros factores tales como la percepción negativa sobre la infancia, la demanda parental afectiva, la presencia de dismenorrea y la relación positiva con los padres.

Como vemos, existe una correlación fuerte y positiva entre las náuseas y los vómitos, además existe una correlación positiva entre la percepción negativa de la infancia y la presencia de vómitos y náuseas lo cual nos refiere que a una mayor percepción negativa de la infancia la presencia de los vómitos y las náuseas es mayor. Los datos nos hacen referencia también a una correlación positiva entre la dismenorrea y la presencia de náuseas y vómitos. Lo cual nos hace referencia a que la gestante con náuseas y vómitos ha padecido antes del embarazo de dismenorrea. Y los resultados nos hacen referencia también a una correlación negativa entre una relación positiva con los padres y la percepción negativa sobre la infancia y la demanda afectiva y parental de la gestante.

Tabla 3: Correlación entre nauseas y vómitos y otros factores

		Náuseas	Vómitos	Percepción negativa sobre la infancia	Demanda afectiva parental en la infancia	Dismenorrea	Relación positiva con los padres
Náuseas	Correlación de Pearson	1	.721 (**)	.145 (*)	.058	.153 (*)	-.025
	Sig. (bilateral)		.000	.028	.409	.030	.717
	N	235	213	230	204	200	210
Vómitos	Correlación de Pearson	.721(**)	1	.146(*)	.048	.192(**)	-.030
	Sig. (bilateral)	.000		.034	.512	.009	.675
	N	213	216	212	187	182	194
Percepción negativa sobre la infancia	Correlación de Pearson	.145(*)	.146(*)	1	.165(*)	.053	-.470(**)
	Sig. (bilateral)	.028	.034		.015	.437	.000
	N	230	212	256	216	214	225
Demanda afectiva parental en la infancia	Correlación de Pearson	.058	.048	.165(*)	1	.006	-.253(**)
	Sig. (bilateral)	.409	.512	.015		.936	.000
	N	204	187	216	223	186	203
Dismenorrea		.153(*)	.192(**)	.053	.006	1	-.055
	Sig. (bilateral)	.030	.009	.437	.936		.445
	N	200	182	214	186	222	198

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

En la tabla a continuación (véase tabla 4), aquellas que tienen síntomas elevados (náuseas y vómitos) son las que expresan una mayor percepción negativa sobre su infancia (MD. = 2.1071, D.S.= 1.23228) en comparación con las del grupo de síntomas moderados

(MD.= 1.8955, D.S.= 1.14329) y las de muy pocos síntomas (MD.= 1.7069, D.S.= 1.02613). Además las de síntomas elevados son las que refieren una demanda afectiva parental en la infancia mayor (MD.= 1.75, D.S.= .89629) en comparación con las del grupo de síntomas

moderados (MD.= 1.6230, D.S.=.95156) y las del grupo de muy pocos síntomas (MD.= 1.6811, D.S.= .90345). Lo que significa que a las del grupo de síntomas elevados les hubiese gustado un hogar en el que papá o mamá hubiesen sido más cariñosos con ella o que no hubiesen peleado entre ellos. Sin embargo, las diferencias entre los grupos no se encontraron significativas. Aunque en la tabla a continuación (tabla 4) se puede apreciar que si se encontraron diferencias significativas entre aquellas que tenían una percepción negativa sobre la infancia y aquellas con una demanda parental en la infancia.

Tabla 4: Síntomas según percepción negativa sobre la infancia y demanda afectiva parental

		Percepción negativa sobre la infancia	Demanda afectiva parental en la infancia
Síntomas elevados (náuseas y vómitos)	Media	2.1071	1.7500
	N	84	76
	Desv. típ.	1.23228	.89629
Síntomas moderados (más náuseas menos vómitos)	Media	1.8955	1.6230
	N	67	61
	Desv. típ.	1.14329	.95156
Muy pocos síntomas (sin vómitos pocas náuseas)	Media	1.7069	1.6458
	N	58	48
	Desv. típ.	1.02613	.86269
Total	Media	1.9282	1.6811
	N	209	185
	Desv. típ.	1.15593	.90345

(* F= 2.119; p=.1213)

Tabla 5: Síntomas en el embarazo según discriminación parental, relación positiva con los padres, dismenorrea y percepción negativa sobre la infancia.

		N	Media	Desviación tip.
Discriminación parental (preferencia por otros hijos)	Síntomas elevados (náuseas y vómitos)	61	1.4590	1.97968
	muy pocos síntomas (sin vómitos pocas náuseas)	42	2.1429	2.83335
Relación positiva con los padre	Síntomas elevados (náuseas y vómitos)	76	3.8289	1.73119
	muy pocos síntomas (sin vómitos pocas náuseas)	54	4.1852	1.74911
Dismenorrea	Síntomas elevados (náuseas y vómitos)	75	9.6533	5.18963
	muy pocos síntomas (sin vómitos pocas náuseas)	46	7.0870	5.09390
Percepción negativa sobre la infancia	Síntomas elevados (náuseas y vómitos)	84	1.9881	1.11392
	muy pocos síntomas (sin vómitos pocas náuseas)	58	1.7241	1.08891

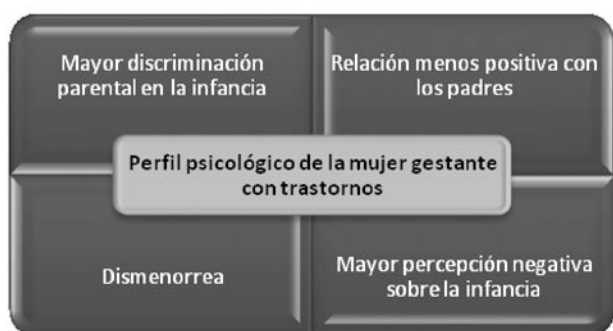
En el mismo sentido, se puede apreciar en la tabla a continuación (tabla 5) que al comparar al grupo de síntomas elevados con aquellas que tienen muy pocos síntomas encontramos diferencias significativas en el caso de la dismenorrea. Así, las de síntomas elevados refieren haber padecido más de discriminación parental (MD.= 1.4590, D.S.= 1.97968; t=-1.443; p=.152), menos de una relación positiva con los padres (MD.= 3.8289, D.S.= 1.73119; t=-1.151; p=.252), más de dismenorrea (MD=9.6533, D.S.= 5.18963, t.=2659, p=.009) y tienen una mayor percepción negativa sobre su infancia (MD=1.9881, D.S.= 1.11392, t.=1.401, p=.164), en comparación con las de muy pocos síntomas.

DISCUSIÓN

El interés principal de este trabajo fue comprobar si es que los postulados sobre el perfil psicológico de la gestante con trastornos siguen vigentes en la actualidad en una muestra de gestantes del Instituto Materno Perinatal. Y sobre la base de los resultados puedo decir que las variables enumeradas por las distintas teóricas de la sexualidad femenina han sido halladas en la muestra de gestantes referida.

Así, los resultados refieren que las gestantes con trastornos o síntomas elevados de la gestación como náuseas, vómitos, antojos, etc., se han caracterizado por haber vivido una mayor discriminación parental que implica -según la encuestada- que los padres prefirieron a otro hijo (a) en desmedro de su atención, haber tenido una relación menos positiva con los padres lo que significó -según la encuestada- que durante la infancia no tenía una buena relación con ellos, haber padecido de dismenorrea (dolores y síntomas asociados a la menstruación) y tener una mayor percepción negativa sobre su infancia lo que significó para la encuestada haber tenido una infancia más infeliz (véase figura a continuación).

Figura 2: Perfil psicológico de la mujer gestante con trastornos (elaboración propia)



Supuesto que es corroborado por la literatura que refiere que la aparición de los trastornos en la sexualidad femenina tales como las náuseas y los vómitos se relacionan con infancias conflictivas, ambientes fríos y hostiles y padres ambivalentes o abiertamente discriminadores con la niña (Langer, 1978; McDougall, 1990; Meierfoher, 1975; Deutsch, 1952; Benedek, 1969; Mussen & Rutherford, 1963 entre otros). Así, Pines (1990) de su práctica con pacientes dice que la experiencia que una mujer tiene con su propia madre en relación a la maternidad, la manera como su propia madre lidió con su propia feminidad tiene una importancia fundamental en el establecimiento de la identidad femenina madura.

En el mismo sentido, otros estudios clínicos y en poblaciones han demostrado que entre las experiencias infantiles, la

discriminación parental por algún hermano u hermana afectan el desarrollo sexual de las mujeres. A decir de Sherman (1978, p. 140) “Los factores que influyen en la adopción por parte de las niñas de una conducta congruente con el rol sexual incluyen el nivel de desarrollo cognoscitivo, la autoridad de los padres y sus cuidados, la posición ordinal y la edad, sexo y status de los hermanos”. En relación por ejemplo a la discriminación tenemos que Rosenberg & Sutton-Smith (1964) encontraron que las chicas pertenecientes a familias de dos hijos con hermanos varones eran menos femeninas que las niñas con hermanas, lo cual puede haberse originado por una preferencia de la madre por el hijo varón. A decir de McDougall (1996, p. 68): “Si la niña advierte que su feminidad no es aceptable a los ojos de la madre, interpreta esta percepción como una demanda materna de que adquiera los atributos psíquicos «masculinos» a fin de gustarle y merecer su amor.”

Otro aspecto es el de la dismenorrea. Los autores mencionan que aquella mujer que padece de síntomas en su embarazo ha tenido una historia también de dismenorrea. Lo cual además de haber sido mencionado por otras investigaciones (autores) es encontrado en nuestra investigación también. Con respecto a éste tema Heinrich Meng (1931, p. 75) referiría: “El problema del esclarecimiento de la menstruación no puede ser solucionado por la explicación, por parte del educador, de los hechos fisiológicos, psicológicos y biológicos de la madurez. Esta explicación puede ser de cierto valor. Pero lo que generalmente determina la actitud de la niña púber es el destino que sufrió en su primera infancia”. Así, la etiología desde el punto de vista psicológico de la dismenorrea se centra en las fallas que existen en el proceso de identificación madre-hija durante la infancia. Así el camino de una sexualidad saludable y libre de trastornos estaría relacionado con la presencia de una madre en la infancia que demuestre satisfacción con las funciones y procesos propios de su sexualidad, tales como la menstruación. Datos aportados por Gompel (1984) refieren que el 70% de las hijas de madres dismenorréicas presentan también el trastorno. Cuando las menstruaciones de las madres son indoloras, sólo el 32% de sus hijas las sufren. Así, en primer lugar una madre que padece de dolores menstruales puede ser el modelo a partir del cual se irán moldeando similares comportamientos, sin que la niña sea consciente de ello (Acquarone, 2004). Así McDougall (1996, p. 38) referiría que: “la madre tiene que valorizar la feminidad de su hija, así como se estima a sí misma como mujer en su vida social y sexual.” Pero si ella misma se resiente frente a aspectos propios de su sexualidad existe mayor posibilidad que la sexualidad de la niña siga el mismo camino. Además es importante la diferencia significativa que se encontró en cuanto a la dismenorrea. Así, las mujeres que padecen de dismenorrea demostraron padecer de mayores síntomas en el embarazo, lo cual demuestra que si la mujer ha tenido problemas en su menstruación y estos no han sido resueltos adecuadamente es

posible que los mismos problemas, presumiblemente originados por trastornos en la identidad sexual de la joven, vuelvan a hacer su aparición cuando la gestación que es un proceso propio de la sexualidad femenina inicie.

En otro sentido, resulta tentador especular que los cambios de ánimo asociados a la dismenorrea estén relacionados con las variaciones de los niveles hormonales que se producen durante el ciclo o quizá incluso, que estén provocados por ellos (Bardwick, 1971). No obstante, sobre la base de una serie de aspectos, esa conclusión ha recibido importantes críticas, porque de tales datos también podría concluirse que el sentido de causalidad fuese el inverso y fuesen los factores psicológicos quienes influirían en los niveles hormonales y en las fases del ciclo menstrual. Por ejemplo, los textos de ginecología documentaron el hecho de que el estrés puede retrasar la menstruación o precipitar su comienzo, así en los campos de concentración de la Segunda Guerra Mundial, los estudios refirieron que muchas mujeres debido a su encierro dejaron de menstruar (Stieve, 1942). En resumen, la inferencia de que el nivel hormonal influye en el estado de ánimo no puede justificarse por completo sobre la base de los datos disponibles, aunque otras evidencias que pudieran encontrarse permitieran deducir la validez de tal conclusión. Como hemos visto es válido y justificable también postular lo contrario de que quizá algunos factores psicológicos sean los responsables de los cambios hormonales. Además sabemos que un número importante de mujeres no padece dismenorrea, por lo que los dolores menstruales no deben considerarse, como muchos creen, como un hecho fatal e inevitable propio de toda mujer (Bayés, Camarasa & Centelles, 1987).

CONCLUSIONES

Del análisis de los datos y de la revisión de la literatura podemos inferir que los psicólogos tenemos importante apoyo no sólo teórico sino también empírico que podrían sustentar nuestra intervención en los casos de mujeres que padecen trastornos en su sexualidad tales como dismenorrea, náuseas y vómitos en el embarazo, infertilidad, etc. Por tanto se recomienda seguir haciendo investigaciones en distintos grupos etáreos de mujeres para así contribuir no sólo con las pacientes que requieren de una intervención eficaz sino también para contribuir con nuestro posicionamiento como profesionales de la salud dentro de los distintos grupos multidisciplinarios.

REFERENCIAS

Acquarone, S., (2004). Aspectos psicológicos de la dismenorrea primaria. Eldiario médico: salud hoy. Argentina: Buenos Aires.

Barrucand, D., (1968). La psicogénesis del vómito incontrolado en la mujer embarazada. Annales Médico-Psychologiques, 2, 618-26.

Bayés, R., Camarasa, M. & Centelles, N., (1987). Realidad y tratamiento no farmacológico de la dismenorrea. Revista Papeles del Psicólogo, 30.

Benedek, T., (1952b). Infertility as a psychosomatic defense. Fertility and Sterility, 3, 527-544.

Benedek, T., (1959a) Parenthood as a developmental phase. Journal of American Psychoanalytic Association, 7, 389-417.

Benedek, T., (1952a). Psychosexual functions in women. Nueva York: Ronal Press.

Benedek, T., (1959b). Sexual function in women and their disturbance. En Silvano Arieti (Ed.) American Handbook of Psychiatry. Nueva York: Basic Books, 726-748.

Bowlby, J., Robertson, J. & Rosenbluth, D. (1952). A two-year-old goes to hospital. Psychoanal. Study Child, 7, 82-94.

Coppen, A., (1958). Vomiting of early pregnancy-psychological factors and body build. Lancet; 1, 172-173.

Després, M., (1937). Favorable and unfavorable attitudes toward pregnancy in primiparae. Journal of Genetic Psychology, 51, 241-59.

Deutsch, H. (1960). Psicología de la Mujer. Tomo I y II. Buenos Aires: Losada S.A.

Drellich, M. & Bieber, I. (1958). The psychologic importance of the uterus and its functions. Journal of Nervous and Mental diseases, 126, 322-36.

Gompel, A. (1984). Concepciones actuales de la dismenorrea. Ginecología, policopiado.

Gray, S. & Klaus, R. (1956). Perceived similarity to parents and adjustment. Child Development, 30, 91-107.

Heilbrun, A., (1962). Parental identification and college adjustment. Psychological Reports, 10, 853-854.

Heilbrun, A., (1965). Sex differences in identification learning. Journal of Genetic Psychology, 106, 185-193.

Heilbrun, A., (1968). Sex-role identity in adolescent females a theoretical paradox. Adolescence, 3, 79-88 y 185-193.

Langer, M. (1987). Maternidad y Sexo. México: Paidós.

Levitt, E. & Lubin, B. (1967). Some personality factors associated with menstrual

- complaints and menstrual attitude. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 267-70.
- Lynn, R. (1962). Sex-role preferent and mother-daughter fantasies in young girls. *Dissertation Abstracts*, 22, 4084.
- Mann, E. (1959). Habitual abortion: a report in two parts on 160 patients. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 77, 706-18.
- McDougall, J. (1996). *Las mil y un caras de eros*. Buenos Aires: Paidós.
- Meierhofer, M. (1975). *Los primeros estadios de la personalidad*. Barcelona: Herder.
- Modestin, J.; Furrer, R. & Malti, T., (2005). Different Traumatic Experiences are Associated with Different Pathologies. *Psychiatric Quarterly*, 76(1), 19.
- Montes, S. & Rivera, J. (1991). *Maternidad y Cultura*. Lima: Energeia-Instituto de Desarrollo Humano.
- Mussen, P. & Rutherford, E. (1963). Parent-child relations and parental personality in relation to sex-role preferences. *Child Development*, 34, 589-607.
- Pines, D. (1990). Aspectos emocionales de la infertilidad y sus remedios. *Libro Annual de Psicoanálisis*, 6, 223-230.
- Read, G. (1958). *Parto sin dolor: Teoría y práctica del parto natural*. Buenos Aires: Central.
- Reymond-Rivier, B., (1980). *El desarrollo social del niño y del adolescente*. Barcelona: Herder.
- Rheingold, J. (1964). *The fear of being a woman: A theory of maternal destructiveness*. Nueva York Grune y Stratton.
- Ribble, M. (1943). *Los derechos de los niños*. Buenos Aires: Nova.
- Rosenberg B. & Sutton-Smith, B. (1964). Ordinal position and sex-role identification. *Genetic Psychological Monographs*, 70, 297-328.
- Sears, R. (1965). *Identification and child rearing*. Stanford California: Stanford University Press.
- Sherman, J. (1978). *Psicología de la mujer: Revisión de estudios empíricos*. Madrid: Marova.
- Stieve, H. (1942). *Die Zentralnervöse Steuerung, der Geschlechtsorganen*. Medizinische Klinik, (1-2), 138; citado en Sherman, J. (1978) *Psicología de la Mujer*. Madrid: Marova.
- Weiss, E. & English, O. (1957). *Psychosomatic Medicine*. 3era ed. Philadelphia: Saunders.
- Wright, B. & Taska, S. (1966). The nature and origin of feeling feminine. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 5, 140-149.