

Trastornos específicos de la mujer

Cristina Larroy

psicología clínica

guías de intervención



EDITORIAL
SÍNTESIS

TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE LA MUJER

CRISTINA LARROY

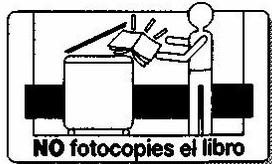


TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE LA MUJER

PROYECTO EDITORIAL
PSICOLOGÍA CLÍNICA

Serie
GUÍAS DE INTERVENCIÓN

Directores:
Manuel Muñoz López
Carmelo Vázquez Valverde



Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con autorización de los titulares de la propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (arte. 270 y sigs. Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (www.cedro.org) vela por el respeto de los citados derechos.

TRASTORNOS ESPECÍFICOS DE LA MUJER

CRISTINA LARROY



Consulte nuestra página web: www.sintesis.com
En ella encontrará el catálogo completo y comentado

Diseño de cubierta: JV Diseño gráfico

© Cristina Larroy

© EDITORIAL SÍNTESIS, S. A.
Vallehermoso, 34. 28015 Madrid
Teléfono: 91 593 20 98
<http://www.sintesis.com>

ISBN: 978-84-995812-2-4

Reservados todos los derechos. Está prohibido, bajo las sanciones penales y el resarcimiento civil previstos en las leyes, reproducir, registrar o transmitir esta publicación, íntegra o parcialmente, por cualquier sistema de recuperación y por cualquier medio, sea mecánico, electrónico, magnético, electroóptico, por fotocopia o cualquier otro, sin la autorización previa por escrito de Editorial Síntesis, S. A.

Índice

Capítulo I. Aspectos previos en la consideración de los trastornos de la mujer

- 1.1. El aparato reproductor femenino
- 1.2. Fisiología del ciclo menstrual
- 1.3. Aspectos psicosociales relacionados con la menstruación
- Cuadro resumen
- Preguntas de autoevaluación

Capítulo 2. Trastornos de la mujer

- 2.1. Trastornos de la menstruación
 - 2.1.1. *Amenorrea*
 - 2.1.2. *Hipomenorrea*
 - 2.1.3. *Hipermenorrea*
 - 2.1.4. *Oligomenorrea*
 - 2.1.5. *Polimenorrea*
 - 2.1.6. *Metrorragias*
 - 2.1.7. *Dismenorrea*
 - 2.1.8. *Síndrome premenstrual*
- 2.2. Trastornos relacionados con inicio y final del ciclo menstrual
 - 2.2.1. *Trastornos relacionados con la menarquia*
 - 2.2.2. *Trastornos relacionados con la menopausia*
- 2.3. Trastornos relacionados con la capacidad reproductora
 - 2.3.1. *Trastornos relacionados con el embarazo y el parto*
 - 2.3.2. *Trastornos relacionados con la esterilidad*
- Cuadro resumen
- Preguntas de autoevaluación

Capítulo 3. Dismenorrea primaria

- 3.1. Sintomatología y taxonomía actuales. Presentación de un caso
- 3.2. Procedimientos y técnicas de evaluación. Aplicación al caso
- 3.3. Prevalencia del trastorno

- 3.4. Etiología
 - 3.4.1. *Variables fisiológicas y físicas*
 - 3.4.2. *Variables psicosociales*
 - 3.5. Modelo explicativo
 - 3.6. Tratamientos
 - 3.6.1. *Tratamientos no psicológicos*
 - 3.6.2. *Tratamientos psicológicos*
 - 3.6.3. *Propuesta de intervención*
 - 3.6.4. *Caso: Intervención*
 - 3.6.5. *Caso: Resultados*
 - 3.7. Guía para la paciente
- Cuadro resumen
Preguntas de autoevaluación

Capítulo 4. Síndrome premenstrual

- 4.1. Sintomatología y taxonomía actuales
 - 4.2. Evaluación y diagnóstico
 - 4.3. Prevalencia del síndrome premenstrual
 - 4.4. Etiología
 - 4.4.1. *Deficiente nivel de progesterona*
 - 4.4.2. *Carencias vitamínicas*
 - 4.4.3. *Corticoesteroides*
 - 4.4.4. *Otros factores*
 - 4.5. Modelo explicativo
 - 4.6. Tratamientos
 - 4.6.1. *Tratamientos no psicológicos*
 - 4.6.2. *Tratamientos psicológicos*
 - 4.6.3. *Valoración de los tratamientos del síndrome premenstrual*
 - 4.6.4. *Propuesta de intervención*
- Cuadro resumen
Preguntas de autoevaluación

Capítulo 5. Menopausia

- 5.1. Sintomatología
- 5.2. Procedimientos y técnicas de evaluación
- 5.3. Etiología
- 5.4. Tratamientos

5.4.1. Tratamientos no psicológicos

5.4.2. Tratamientos psicológicos

Cuadro resumen

Preguntas de autoevaluación

Anexos

Clave de respuestas

Lecturas recomendadas y bibliografía

Aspectos previos en la consideración de los trastornos de la mujer

Los trastornos específicos de la mujer, o más concretamente, todos aquellos temas relacionados fundamentalmente con aspectos reproductores de carácter femenino, y especialmente el ciclo menstrual, han despertado desde siempre la curiosidad popular, pero no siempre, desgraciadamente, la científica. Temas tales como la menstruación (y los aspectos mágicos que la rodeaban para las civilizaciones antiguas y no tan antiguas), la fertilidad y la maternidad (por su trascendencia onto y filogenética), la menopausia (por la pérdida que significaba de una función trascendental), etc. han sido objeto a menudo de chascarrillos y refranes de la sabiduría popular. Sin embargo, los problemas y trastornos que todas estas funciones acarreaban y acarrearán a un elevado número de mujeres no han empezado a estudiarse con profundidad hasta bien entrado el siglo XX, empezando por el hecho mismo de la menstruación.

La menstruación, incluso si no es dolorosa (que lo es para casi la mitad de la población que la experimenta), se considera como un suceso engorroso, molesto, sucio para muchas personas; suceso que, en la mayoría de los casos, ni siquiera se presenta como sería deseable: de forma regular, sin molestias ni dolores, con una duración corta y con un flujo mínimo.

La menstruación vuelve a muchas mujeres agradables en personas irritadas y susceptibles, interrumpe las relaciones sexuales, interfiere con el rendimiento académico y laboral, y limita las relaciones sociales. Cuando la menstruación desaparece, la menopausia comporta trastornos físicos y psíquicos para un porcentaje elevado de mujeres. No es de extrañar, por tanto, que algunos de los eufemismos con los que se la conoce hagan referencia, precisamente, a sus aspectos negativos: la "maldición", los "días

malos del mes", la "cosa sucia".

Los trastornos asociados a la menstruación son algunos de los grandes olvidados en el área de la salud, de modo que hasta hace muy pocos años no han comenzado a estudiarse. Es más, actualmente hay muchos profesionales que "desprecian" estos trastornos, considerándolos inherentes a la menstruación y no como un problema de salud. Y esta actitud se refleja y se mantiene en gran parte de la sociedad, aunque la tendencia parece estar cambiando desde la última mitad del siglo.

Los trastornos de la menstruación no son trastornos psicopatológicos y no están, por tanto, recogidos como tales en el DSM-III-R ni en el DSM-IV. Sin embargo, estas clasificaciones sí recogen un trastorno (que en el DSM-III-R se denomina *Trastorno del final de la fase lútea* y en el DSM-IV, *Trastorno Disfórico Premenstrual*) que abarca los síntomas psicológicos del SPM y la dismenorrea primaria y que se explicarán con más detalle en los capítulos dedicados a estos síndromes.

Por otro lado, también se ha generado cierto interés en los últimos cincuenta años por los aspectos psicológicos relacionados con la maternidad y con los problemas que comportan en los aspectos personales, sociales y de pareja los trastornos de la capacidad reproductora. Todos estos temas se abordarán con detalle en el libro, con la esperanza de incitar a la investigación y fomentar el interés por unos trastornos que, por afectar a una parte tan elevada de la población, merecen un estudio amplio y profundo.

1. 1. El aparato reproductor femenino

Es exiguo el número de mujeres que tienen un conocimiento adecuado de su anatomía genital y reproductora. La moral tradicional ha presionado sistemáticamente para inhibir en las mujeres todo interés por esta zona de su cuerpo y por sus funciones, por lo que han pasado a ser algo desconocido e innombrable.

Sin embargo, los trastornos de la menstruación y la capacidad reproductora están íntimamente relacionados con disfunciones del aparato reproductor femenino y/o con alteraciones del ciclo menstrual. Por ello, se ofrece a continuación una breve descripción de ambos.

El aparato reproductor de la mujer está constituido, básicamente, por unas glándulas, los ovarios, y por varios conductos excretores: las trompas de Falopio, el útero y la vagina.

- a) *Ovarios*. Los ovarios son dos órganos ovales, de 3-4 cm de longitud, situados a ambos lados del útero, dentro de la pelvis, a la altura de los riñones. Tienen, aproximadamente, el tamaño y forma de una ciruela y su función consiste en producir, una vez al mes, el gameto femenino u óvulo.

Cada ovario consta de dos zonas:

- La zona cortical contiene óvulos en diferentes estadios de evolución,

encerrados en unas vesículas llamadas folículos de Graaf. Cada ovario cuenta con una dotación aproximada de 300.000 a 500.000 folículos, cada uno de los cuales contiene un óvulo inmaduro. Cuando el óvulo es expulsado, el folículo se convierte en el cuerpo amarillo o lúteo. En esta zona tiene lugar la producción hormonal ovárica. En líneas generales, en la envoltura del folículo se segregan estrógenos, y en la del lúteo, progesterona.

- La zona medular es la parte central del ovario. Es muy rica en vasos sanguíneos.
- b) *Trompas uterinas.* Las trompas de Falopio u oviductos, son dos conductos sinuosos que comunican los ovarios con el útero. La zona en contacto con el ovario es un pabellón provisto de franjas, que se adapta muy bien a la superficie de aquél. La misión de las trompas de Falopio es doble: en primer lugar, y durante la ovulación, se adaptan perfectamente a la superficie del ovario correspondiente, succionando el óvulo maduro (comportándose como una trompa de elefante). El óvulo viaja a través de las trompas hasta el útero, facilitándose el camino por los cilios que presenta la cara interior de las trompas. En segundo lugar, en las trompas se produce el encuentro entre el óvulo y el espermatozoide que lo fecundará.
- c) *Útero.* El útero o matriz es un órgano único, en forma de pera invertida y con una longitud de 7 a 9 cm. Se encuentra situado en el centro de la pelvis. Este órgano presenta gruesas paredes musculares muy elásticas (no hay en el cuerpo humano un músculo hueco más grande). El útero está dividido en tres partes: el cuerpo, el istmo y el cuello (o cérvix).
- El cuerpo es una cavidad formada por el miometrio (masa muscular compuesta de varias capas dispuestas en diferentes direcciones) y revestida por una mucosa denominada endometrio, cuya misión es recibir el óvulo ya fecundado. El endometrio es una zona altamente vascularizada y muy rica en terminaciones nerviosas libres. En su parte superior se comunica con las trompas de Falopio.
 - El istmo, de límites algo imprecisos por su brevedad y estrechez, comunica el cuerpo con el cérvix o cuello uterino.
 - El cuello o cérvix es un estrechamiento del cuerpo, que comunica a éste con la vagina.
- d) *Vagina.* La vagina es una cavidad en forma de tubo que comunica el útero con el exterior. Es un órgano único, aplanado y musculoso, con una longitud aproximada de 8 cm, y extraordinariamente elástico. Por su extremo superior, se adapta al cuello uterino; por el inferior, se abre al exterior mediante la vulva, conformada por los labios (mayores y menores), que cierran la entrada

de la vagina. En la unión superior de los labios se encuentra el clítoris.

1.2. Fisiología del ciclo menstrual

El ovario suele entrar en funcionamiento entre los 11 y los 13 años. Comienza entonces el ciclo menstrual o genital, que suele repetirse todos los meses y prolongarse hasta los 45-50 años. Este ciclo tiene por objeto el permitir que la mujer pueda quedar embarazada, provocando que el endometrio experimente cíclicamente una serie de cambios morfológicos que posibilitan la implantación del huevo fecundado, o descamándose, si es que este huevo no llega. Esta actividad cíclica es posible gracias a la correcta producción y equilibrio hormonales. Las fases de este ciclo son las siguientes:

- a) Fase folicular: la hipófisis segrega gonadotropinas (hormonas estimulantes del ovario). La gonadotropina A estimula la maduración de un folículo con un óvulo en su interior. A su vez, el folículo segrega los estrógenos, que actúan en el interior del útero, facilitando la reconstrucción de la mucosa endometrial, que había quedado descamada en la anterior menstruación. En esta fase al endometrio se le denomina también endometrio proliferativo. Los estrógenos propician, asimismo, la proliferación de unas glándulas que más tarde servirán para la nutrición del óvulo fecundado. En esta fase, el endometrio crece y se desarrolla hasta duplicar o triplicar su tamaño
- b) Fase ovulatoria: en un momento dado, a la gonadotropina A se le une la gonadotropina B, lo que provoca la rotura del folículo y la emisión de un óvulo.
- c) Fase lútea: el folículo vacío se convierte en el lúteo o cuerpo amarillo, que además de estrógenos, segrega progesterona (hormona protectora de la gestación, de ahí su nombre). Ésta convierte el endometrio proliferativo en endometrio secretor, preparándolo para recibir un posible huevo, estimulando la producción de elementos nutritivos con que alimentarlo.
- d) Fase menstrual: si no ha habido fecundación, la hipófisis segrega una hormona, la oxitocina, que provoca las contracciones de las paredes del útero, desprendiendo la mucosa endometrial y la expulsión de ésta, junto con una cantidad importante de sangre (aproximadamente unos 35 ml) y de agua, originando así la menstruación.

1.3. Aspectos psicosociales relacionados con la menstruación

Desde siempre, y en casi todas las culturas, la menstruación ha sido considerada como un hecho misterioso y muchas veces casi mágico. El hombre primitivo no podía comprender cómo las mujeres de su tribu comenzaban a sangrar, de forma regular, sin

ninguna herida aparente y sin perecer o enfermar por ello (Dalton, 1969). De esta incompreensión surgieron multitud de mitos y supersticiones, muchos de los cuales se conservan actualmente, ya que se achacaban a la menstruación y a las mujeres menstruantes poderes sobrenaturales tanto positivos como negativos. En algunos pueblos se creía, por ejemplo, que una mujer que tuviera la menstruación podía detener una tormenta o proteger al amado del enemigo; en otros, por el contrario, se pensaba que una mujer que tuviera la menstruación corrompería todo aquello que tocara. En algunos pueblos primitivos, la mujer debía permanecer aislada del resto de la tribu durante el tiempo que durara su menstruación y le estaba prohibido preparar comidas o tocar los instrumentos que compartía con los demás. La religión no ha estado tampoco exenta de estas supersticiones: el Antiguo Testamento y el Corán recogen la prohibición de mantener relaciones sexuales con una mujer menstruante, ya que, durante esos días, se considera que las mujeres son impuras y pueden transmitir su impureza a quien las toque o incluso las mire.

Tampoco las religiones orientales carecen de estos mitos: hoy en día, en Japón, las mujeres menstruantes no pueden acercarse ni tocar los altares familiares, ni participar en las celebraciones del Año Nuevo (la fiesta más importante del año), entrar en los templos por la puerta principal, ni ayudar en las ceremonias. Está claro, por tanto, que las creencias supersticiosas acerca de la menstruación se han dado y se dan en todas las culturas, incluso en las más avanzadas. Aún hoy se mantienen muchas de estas supersticiones y muchas mujeres creen, por ejemplo, que la mayonesa se les cortará si la hacen durante la menstruación; muchas parejas se abstienen de mantener relaciones sexuales durante esta fase del ciclo; y muchas madres aconsejan a sus hijas que no se bañen, laven el pelo, coman helados o caminen descalzas cuando tengan la menstruación. También se aconseja no practicar mucha actividad física durante estos días.

El mantenimiento de estas creencias supersticiosas se debe, fundamentalmente, a la falta de información existente acerca de la menstruación. En la mayoría de los casos es la madre la que ofrece la primera información, muchas veces incorrecta e incompleta (Iglesias, Camarasa y Centelles, 1987). En otros casos, la menarquia aparece sin que la niña o adolescente haya recibido ningún tipo de conocimientos acerca de los cambios que se están operando en su cuerpo. La información, si la recibe, puede provenir también de las hermanas y de las amigas y, por último, puede recibirse en la escuela.

Todos estos estudios ponen de manifiesto el gran desconocimiento que, en el ámbito general, existe sobre la menstruación y que hace que este fenómeno permanezca aún para mucha gente en el umbral de lo extraño y lo desconocido.

Esta ignorancia acerca de la menstruación, de la anatomía participante y los procesos fisiológicos implicados, fue también muy grande en el mundo científico, hasta hace relativamente poco tiempo. Así, por ejemplo, durante siglos, se mantuvo la creencia, difundida por Aristóteles, de que el feto se alimentaba y formaba con la sangre menstrual; por ello, cuando una mujer estaba embarazada, no aparecía la menstruación. Según se creía, el semen del hombre aportaba un niño ya preformado, con todas sus características, y la madre sólo era el medio para que el niño se desarrollara hasta el

momento del parto; de ese modo, la sangre menstrual se convertía en el alimento y en la misma sangre del feto.

Es en la segunda mitad del siglo XVIII cuando comienzan a aparecer algunos manuales de obstetricia y se despierta el interés por el estudio de los mecanismos del embarazo y del parto, de la anatomía femenina y, posteriormente, del proceso de la menstruación. Sin embargo, estos primeros estudiosos tuvieron que luchar contra las supersticiones y mitos firmemente establecidos y no siempre les vencieron; y así, por ejemplo, en 1878, a las puertas del siglo XX, el *British Medical Journal* seguía publicando que una mujer con la menstruación corrompía la carne si la tocaba. Después de más de dos mil años de cultura, no se había avanzado casi nada.

Y si la ignorancia ha sido grande con respecto a la menstruación, ha sido aún mucho mayor en lo que se refiere a los trastornos, molestias y dolores asociados a ella. Y sin embargo, estos problemas parecen ser tan antiguos como la misma menstruación. De hecho, ya Hipócrates estudió la dismenorrea o dolor menstrual (el trastorno de la menstruación más importante, junto con el Síndrome Premenstrual), debido a la frecuencia con que aparecía. Sin embargo, y durante muchos años, hasta prácticamente nuestros días, los problemas de la menstruación fueron olvidados, aunque no hay razones para suponer que se redujera su incidencia o morbilidad.

El panorama ha cambiado en los últimos años y hoy los denominados trastornos específicos de la mujer (los relacionados con la menstruación, el embarazo y los problemas de índole reproductora) han comenzado a tomarse en consideración y a despertar el interés de los profesionales de la salud; sin embargo, y como síntoma significativo, hay que hacer notar que la mayor parte de los autores que investigan en este campo son mujeres, lo que raramente ocurre en otras áreas.

Cuadro resumen

La menstruación es un suceso que supera ampliamente los límites fisiológicos y que adquiere, desde la primera vez que se experimenta, connotaciones de tipo social y psicológico. Ha sido (y sigue siendo aún) un tema tabú en muchas culturas y religiones, lo que ha propiciado el desconocimiento social acerca de este proceso y la aparición de muchas creencias erróneas (como el que las mujeres menstruantes no deben tocar determinados alimentos). Quizá el carácter eminentemente femenino de la menstruación haya propiciado, asimismo, el relativo desinterés por su estudio a nivel científico.

Preguntas de autoevaluación

1. Aristóteles difundió la creencia, mantenida durante siglos, de que el feto se alimentaba de la sangre menstrual. V F

2. El aparato reproductor femenino incluye:

3. Las fases del ciclo menstrual son:

4. En la fase ovulatoria se segrega progesterona. V F



Trastornos de la mujer

Como ya se ha comentado, los trastornos específicos relacionados con la capacidad reproductora de la mujer abarcan los trastornos del ciclo menstrual, los problemas relacionados con la aparición y desaparición de la menstruación (menarquia y menopausia, respectivamente), los problemas que aparecen en la fase perinatal y, por último, los trastornos psicosociales y familiares derivados de la dificultad o incapacidad para la procreación. De todos ellos, los que aparecen más frecuentemente en la población femenina son los primeros, los trastornos de la menstruación.

2.1. Trastornos de la menstruación

Es difícil hablar de la incidencia de determinados trastornos del ciclo menstrual, dado el patrón eminentemente individual y variable con que se presenta la menstruación. Aspectos de la menstruación como la cantidad de flujo, la longitud de los ciclos, etc. varían enormemente de una mujer a otra, sin que necesariamente tengan que ser considerados anormales. Precisamente, es esa variabilidad la que dificulta el establecimiento de una norma y, por tanto, favorece la existencia de un gran número de clasificaciones de estos trastornos.

Se puede considerar normal una menstruación que dura entre tres y seis días, con un flujo que obliga al cambio higiénico de tres a seis veces al día (en el primer día, menos en los siguientes) y que se presenta de forma regular en ciclos de, aproximadamente, 28 días (entre 21 y 35 días pueden ser considerados ciclos normales para determinadas mujeres).

Los trastornos que suelen aparecer relacionados con el ciclo menstrual son los

siguientes.

2.1.1. Amenorrea

La amenorrea es la desaparición de la menstruación, que puede producirse de forma temporal (en el período de embarazo, por ejemplo; o en determinados trastornos, como los procesos de anorexia) o de forma definitiva (como tras la menopausia). La amenorrea puede deberse a distintas causas: alteraciones fisiológicas y hormonales, alteraciones endocrinas, problemas del sistema nervioso central, trastornos hipofisarios, trastornos del aparato reproductor, anomalías genéticas o determinadas enfermedades (como algunos trastornos de la alimentación, tanto por lo que se refiere al adelgazamiento excesivo como a la obesidad).

Dependiendo de si la menstruación ha aparecido alguna vez o no, se habla de amenorrea primaria o secundaria. Se trata de amenorrea primaria cuando la mujer ha cumplido 18 años y no ha tenido nunca la menstruación. Se trata de amenorrea secundaria (mucho más frecuente) cuando la menstruación ha desaparecido por un período superior a tres meses, una vez que ya estaba establecido el ciclo menstrual. Las amenorreas fisiológicas (el tercer grupo de este trastorno) son las que se presentan en períodos como el embarazo o la lactancia.

2.1.2. Hipomenorrea

Se denomina así el trastorno en el que la menstruación presenta un flujo muy escaso o es de muy corta duración (dos días o menos) o presenta ambas características.

La hipomenorrea puede deberse a factores orgánicos (útero de pequeño tamaño o reducido quirúrgicamente) y se cree que pueda deberse también a factores psicológicos, aunque la evidencia científica en este sentido es aún débil.

En la mayoría de los casos, la hipomenorrea tiene carácter constitucional y no implica la presencia de aspectos patológicos.

2.1.3. Hipermenorrea

Es aquel trastorno del ciclo en el que la menstruación se presenta con un flujo muy abundante o con una duración superior a los seis días (o ambos combinados, en cuyo caso se denomina menorragia). Tanto estos trastornos como la hipomenorrea son difíciles de delimitar debido a la gran variabilidad individual que existe en cuanto a cantidad y duración de flujo menstrual. Por tanto, se considera que existe trastorno cuando aparece una alteración en el patrón de menstruación habitual de cada mujer.

2.1.4. Oligomenorrea

Cuando los ciclos son superiores a 36 días, debido a un alargamiento de la fase preovulatoria, se habla de oligomenorrea. Las menstruaciones suelen aparecer cada tres o cuatro meses y suelen ser normales en cantidad y duración del flujo, aunque a veces se expulsan coágulos de sangre.

La oligomenorrea puede presentarse en el período posmenárquico y en la fase perimenopáusica, debido a fluctuaciones ováricas; su causa puede estar en algunas enfermedades sistémicas, la malnutrición, la obesidad; puede deberse también a alteraciones endocrinas e incluso a trastornos psíquicos.

2.1.5. Polimenorrea

Aunque, por lo general, los ciclos menstruales tienen una duración aproximada de 28 días (+/- 3 días), hay algunas mujeres que presentan ciclos más cortos de forma habitual, sin que ello deba ser considerado como un trastorno. Sin embargo, si el ciclo es menor de 18 días, sí debe ser tratado. Las polimenorreas son frecuentes en períodos previos a la menopausia y, más frecuentemente, en los meses inmediatamente posteriores a la menarquia, debido a las fluctuaciones ováricas.

2.1.6. Metrorragias

Se denominan así las pérdidas fuera de la menstruación; pueden presentarse en el período premenstrual (generalmente, debido a un mal funcionamiento del lúteo o cuerpo amarillo), o en cualquier fase del ciclo (en este caso, las causas suelen ser lesiones orgánicas, como tumores benignos alojados en la cavidad uterina, por lo que es muy importante determinar con precisión las causas que generan estas pérdidas).

2.1.7. Dismenorrea

Se entiende por dismenorrea el conjunto de síntomas, entre los que destaca el dolor, que se presenta a la vez que la menstruación (o unas horas antes o después) y que se prolonga a lo largo de ésta, con una intensidad decreciente.

La dismenorrea puede deberse a trastornos orgánicos del aparato reproductor, como la endometriosis, los miomas o los tumores, y en este caso se denomina dismenorrea secundaria. Por el contrario, la dismenorrea primaria o funcional (la más frecuente de todas) aparece en ausencia de una patología orgánica que la justifique. Este tipo de dismenorrea se suele presentar a la vez o un poco después de la menarquia, se asocia

habitualmente a ciclos ovulatorios (hay controversia sobre este punto) y suele ser más intensa el primer día de la menstruación. La dismenorrea primaria ha sido el objeto de estudio de los trabajos que se revisan en los capítulos siguientes. Por tanto, siempre que se hable de "dismenorrea" se hace referencia a la dismenorrea primaria.

Junto con el Síndrome Premenstrual, son los dos trastornos más importantes de la menstruación, por lo que se comentarán con detalle en los capítulos siguientes.

2.1.8. Síndrome premenstrual

El Síndrome Premenstrual (o SPM) es un conjunto de alteraciones psíquicas, conductuales y fisiológicas, que aparece en la fase premenstrual y que remite entre uno y tres días antes de presentarse la menstruación, no estando presente tampoco en las demás fases del ciclo menstrual. No existe causa orgánica demostrable que explique este trastorno, que, junto con la dismenorrea, es el de más alta incidencia entre la población femenina y el que más estudios ha suscitado.

2.2. Trastornos relacionados con inicio y final del ciclo menstrual

La menarquia y la menopausia son momentos muy importantes en la vida de las mujeres, por los cambios fisiológicos, sociológicos y psicológicos que comportan. Es frecuente, por tanto, que se presenten alteraciones de todo tipo en los meses previos y posteriores a la aparición de estos sucesos, que, por otro lado, raramente se produce de manera brusca (sobre todo en el caso de la menopausia) sino que supone un proceso paulatino que abarca un período de varios meses, en el que se van a realizar una serie de ajustes hormonales, endocrinos y fisiológicos que, en el caso de la menarquia van a desembocar en la instauración adecuada del ciclo menstrual y de la menstruación; y en el caso de la menopausia va a suponer la desaparición definitiva de aquélla.

2.2.1. Trastornos relacionados con la menarquia

En la menarquia suelen aparecer desajustes en la menstruación, debido a la aparición de desequilibrios hormonales, producidos por "la puesta en marcha" del aparato reproductor. Durante estos primeros meses, los ciclos suelen ser anovulatorios, debido a que la cantidad de gonadotropinas segregadas por la hipófisis no es suficiente para provocar la maduración completa de los folículos de Graaf, aunque sí para provocar las primeras menstruaciones. Por lo tanto, los desajustes son bastante frecuentes y no pueden considerarse, en realidad, como trastornos.

Cómo se vivan estas primeras menstruaciones va a ser muy importante para

determinar las experiencias futuras de la mujer respecto a su menstruación. Si la niña o adolescente no ha sido convenientemente informada de los cambios que van a aparecer en su organismo, y, especialmente, de la posibilidad de aparición de la menstruación, la presencia repentina de ésta puede provocar reacciones aversivas de miedo o asco. Por otro lado, las informaciones provenientes de amigas, hermanas o incluso de la madre, enfatizando los aspectos negativos de ésta, como el dolor o las molestias que suelen acompañarla, pueden condicionar la experiencia y convertirla en aversiva, máxime cuando ciertamente, y debido a que la pared uterina no está bien preparada para soportar las descamaciones, es frecuente que las primeras menstruaciones cursen con dolor o molestias (Larroy, 1995).

2.2.2. Trastornos relacionados con la amenopausia

La menopausia, definida como el cese definitivo de la menstruación, constituye un acontecimiento trascendental en la vida de la mujer, siendo el resultado de una serie de cambios evolutivos, de carácter hormonal y metabólico.

La manera de vivir la menopausia difiere notablemente de una mujer a otra: para algunas, supone una pérdida, y no sólo de su capacidad reproductora (que, en realidad, es lo que de verdad desaparece) sino también por la aparición de determinados cambios físicos asociados (sequedad vaginal y de la piel, aumento de peso, etc.) y, sobre todo, por la pérdida de valores tales como la juventud, el atractivo o el deseo sexual. Para otras mujeres, en cambio, supone una liberación (por la desaparición de los posibles embarazos, o porque sus menstruaciones eran realmente dolorosas o molestas). Estos temas se verán con más detalle y profundidad en el [capítulo 5](#).

2.3. Trastornos relacionados con la capacidad reproductora

Dentro de este epígrafe se comentarán, en primer lugar, los trastornos relacionados con el embarazo y el parto y, posteriormente, los trastornos psicológicos que aparecen relacionados con los procesos de infertilidad.

2.3.1. Trastornos relacionados con el embarazo y el parto

El embarazo constituye, por sí mismo, un suceso estresor prolongado (al menos, por unos meses) que va a influir tanto física como psíquicamente en la mujer. Los cambios físicos, endocrinos y fisiológicos que se producen en el organismo obligan a éste a un esfuerzo de adaptación. La preocupación de la mujer por la salud de su hijo y de ella misma, conjuntamente con preocupaciones de otra índole (dudas sobre su capacidad

para cuidar al recién nacido, el esfuerzo económico que éste comporta, situaciones relacionadas con el trabajo, el temor al parto, etc.) pueden desembocar en diversos trastornos o, al menos, facilitar la aparición de éstos, como la hiperemesis gravídica o el parto distócico.

La hiperactividad simpática con sobredescarga de catecolaminas, típica de la primera fase del estrés, puede explicar algunas de las perturbaciones del embarazo, como el aborto espontáneo, el parto prematuro o una hipertensión inducida, que provoca preeclampsia (y el consiguiente riesgo para la vida de la mujer y del feto). Por el contrario, el agotamiento simpático, relacionado con el estrés crónico, puede provocar situaciones de inhibición inmunitaria, dando lugar a infecciones, y facilitando, asimismo, la prolongación del parto y la distocia hipotónica (inercia uterina).

2.3.2. Trastornos relacionados con la esterilidad

Médicamente, se define esterilidad como la ausencia de embarazo al cabo de dos años de relaciones sexuales sin la presencia de precauciones contraceptivas de ningún tipo.

La fertilidad es un concepto de pareja. Esto significa que la fertilidad disminuida de uno de los miembros de la pareja no tiene por qué provocar esterilidad, siempre y cuando el otro consorte presente una fertilidad normal. Por el contrario, dos fertilidades disminuidas juntas pueden provocar una situación de esterilidad de difícil situación.

Esto implica que es la pareja (y no sólo uno de sus miembros) la que debe someterse a las pruebas que determinen el origen de la esterilidad y que, asimismo, es la pareja la que debe someterse a tratamiento.

Los problemas de infertilidad pueden perturbar significativamente la relación de pareja, produciendo un descenso de la frecuencia de las relaciones sexuales, una disminución del deseo y la satisfacción sexual, etc. La ansiedad y los días de obsesión esperando que no llegue la menstruación, la decepción y la depresión cuando ésta aparece, los sentimientos de culpabilización a uno mismo o al otro por la incapacidad de concebir pueden llegar a afectar muy negativamente a la relación de pareja. Además, las pruebas diagnósticas y los tratamientos a que se someten estas personas suelen ser molestos (cuando no dolorosos) e impiden la espontaneidad de la pareja, convirtiendo la relación sexual en algo obligatorio y muchas veces estresante.

Cuadro resumen

La aparición de trastornos de la menstruación está asociado en muchas ocasiones, pero no siempre, a variables psicológicas. Por ello, es importante descartar en el diagnóstico posibles problemas físicos o fisiológicos, que pueden acarrear consecuencias graves. Los trastornos de la mujer que se revisan en este capítulo están relacionados con el ciclo menstrual (instauración, desarrollo y cese), con su actividad reproductora y con los fenómenos relativos al embarazo y parto. Entre los trastornos menstruales, podemos encontrar los relacionados con la presencia/ausencia del ciclo, su cese, la duración del ciclo y la cantidad de flujo; pero entre ellos, sobresalen los relativos al dolor y molestias relacionados con la menstruación, siendo, por tanto, los trastornos más importantes (por su prevalencia y su repercusión personal, social y económica) la dismenorrea primaria y el síndrome premenstrual. Por lo que respecta a los trastornos relacionados con la reproducción, el más importante, por sus repercusiones para las personas, es el de la infertilidad. La fertilidad es un concepto de pareja, por lo que la evaluación y la intervención de un solo miembro de la misma no resulta adecuada. La intervención psicológica resulta en muchos casos necesaria para reducir los procesos emocionales negativos que generalmente acompañan a los tratamientos de infertilidad.

Preguntas de autoevaluación

1. A la hora de establecer un diagnóstico de trastorno menstrual, es necesario determinar previamente el patrón menstrual de la mujer afectada. V F

 2. La aparición de polimenorrea implica un patrón menstrual muy largo en el tiempo. V F

 3. La hiperactividad simpática con sobredescarga de catecolaminas, típica de la primera fase del estrés, puede explicar algunas de las perturbaciones del embarazo. V F

 4. La esterilidad es un concepto individual. V F
-

Dismenorrea primaria

En este capítulo se revisarán exhaustivamente los aspectos más relevantes de un trastorno que afecta de forma importante a la población femenina: la dismenorrea o dolor menstrual.

Etimológicamente, el término "dismenorrea" hace referencia a cualquier disfunción relacionada con el ciclo menstrual, ya fuera ésta retraso o desaparición de la menstruación (amenorrea); dolor y molestias durante la menstruación (menalgia), cambios en la duración o intensidad de la hemorragia, etc.

Sin embargo, la acepción etimológica se ha perdido y actualmente muchos autores utilizan este término para designar los trastornos que aparecen en el período final del ciclo menstrual; es decir, de unos días a unas horas antes del comienzo de la menstruación, y que se prolongan durante la misma.

Otros autores, fundamentalmente en el campo médico, restringen aún más el significado del término, y lo hacen coincidir exactamente con el de menalgia; es decir, definen dismenorrea como el dolor que se presenta al mismo tiempo o un poco después de la menstruación.

En este trabajo se va a utilizar la primera de las definiciones actuales de dismenorrea (es decir, el conjunto de dolor y síntomas asociados que aparece en la última fase del ciclo menstrual), ya que es la más comúnmente aceptada por la mayoría de los psicólogos que han trabajado en el tema; por tanto, se hablará de dismenorrea como el conjunto de dolor menstrual y síntomas asociados que se puede presentar un poco antes o un poco después de la menstruación y prolongarse durante ésta.

3.1 Sintomatología y taxonomía actuales. Presentación de un caso

El conjunto de síntomas que acompaña a la menstruación suele ser muy variado y bastante amplio. La sintomatología que aparece con el dolor menstrual suele ser distinta según preceda o acompañe a la menstruación. Por supuesto, no todas las mujeres presentan los mismos síntomas, ni éstos aparecen en todas las menstruaciones en una misma mujer, ni tienen por qué presentarse siempre con la misma intensidad.

En general, los síntomas que más frecuentemente conforman la dismenorrea son los siguientes: dolor abdominal; dolor de espalda, especialmente intenso en la zona lumbar; calambres en las zonas abdominal y lumbar; dolor en las piernas, especialmente intenso en el muslo; malestar general, sordo y continuo; dolor de cabeza, debilidad; mareos, vómitos, falta de apetito; edema abdominal; diarrea o estreñimiento; sentimientos disfóricos; manchas faciales y granos.

Como puede observarse, la lista de síntomas es extensa y variada. Debido a esto, ha sido muy difícil obtener una definición clara y operativa de la dismenorrea y una clasificación de síntomas en la que coincidiesen los distintos autores. De hecho, todavía existe controversia acerca de los síntomas que conforman la dismenorrea y de su peso en el trastorno.

Diversas taxonomías han ido viendo la luz consecutivamente, sin que hasta el momento las controversias a que han dado lugar se hayan resuelto, ya que los distintos estudios han llegado, muchas veces, a resultados contradictorios.

Los trabajos cuyos resultados parecen obtener el mayor apoyo científico, y que se comentarán más adelante, abogan por la existencia de varios factores importantes en la dismenorrea. Sin embargo, el trabajo más famoso en este campo es, sin duda, el de Dalton (1969), quien sugirió una primera taxonomía de la dismenorrea, discutida y contestada por muchos autores, defendida por otros tantos, y en la que se basaron los primeros cuestionarios de dolor menstrual.

Dalton propuso que los síntomas de la dismenorrea se agrupaban en torno a dos tipos básicos del trastorno: la dismenorrea congestiva y la dismenorrea espasmódica.

La dismenorrea congestiva se caracteriza por un dolor sordo y difuso, localizado en la cabeza, espalda y vientre. Suele presentarse acompañada de retención de agua, edema abdominal y trastornos gastrointestinales (especialmente, estreñimiento), así como de incremento del peso corporal. Son también muy frecuentes los sentimientos disfóricos, la irritabilidad, las sensaciones de fatiga y desgana, etc. Los síntomas comienzan dos o tres días antes de la menstruación y remiten poco después de presentarse ésta. Suele aparecer entre seis y doce meses después de la menarquia. Muchos autores han considerado la dismenorrea congestiva como una variante del síndrome premenstrual (SPM), por la similitud de los síntomas con los de este trastorno. Sin embargo, se diferencia de éste por el momento de aparición (más cercano a la menstruación) y remisión (después de presentada aquélla) y por afectar a mujeres jóvenes (el SPM se da con mayor frecuencia en mujeres adultas y tiende a empeorar con la edad, no así la dismenorrea congestiva).

La dismenorrea espasmódica está caracterizada por la aparición de agudos espasmos

en la zona del abdomen que irradian hacia los muslos y a la zona lumbar de la espalda. Frecuentemente, el dolor se acompaña de mareos, náuseas, vómitos, diarreas e incluso desmayos. El abdomen se encuentra inflamado. El dolor se presenta a la vez o un poco después de la menstruación y puede prolongarse durante dos o tres días, aunque lo normal es que remita, siquiera parcialmente, horas después de haber comenzado. La intensidad de la dismenorrea espasmódica es muy variable. Cuando es moderada, el dolor suele prolongarse durante algunos días (generalmente, no más de tres); si el dolor es muy intenso, no suele durar más de unas cuantas horas (Iglesias y cols., 1987).

La dismenorrea espasmódica está asociada, para Dalton, con los ciclos ovulatorios; comienza aproximadamente a los dos años de la menarquia y suele desaparecer después del primer embarazo llevado a término. Otros autores, sin embargo, han constatado la presencia frecuente de dismenorrea de tipo espasmódico desde las primeras menstruaciones, cuando casi el 50% de los ciclos son anovulatorios, y después del primer parto (Widholm, 1979; Larroy, 1989).

Dalton propuso una teoría acerca de la etiología de la dismenorrea basada en el desequilibrio de los niveles de estrógeno y progesterona. Según esta autora, la dismenorrea congestiva se debería a un predominio de los estrógenos; la espasmódica, por el contrario, estaría producida por predominio de la progesterona, lo que explicaría las fuertes contracciones uterinas y abdominales propias de este tipo de dismenorrea. Sin embargo, los estudios realizados han sido incapaces de identificar sustratos hormonales o bioquímicos únicos y específicos para cada tipo de dismenorrea.

Los estudios de Dalton llevaron a Chesney y Tasto a desarrollar el Menstrual Symptom Questionnaire (MSQ), quizá el instrumento de evaluación más utilizado en dismenorrea. El MSQ pretendía, además de evaluar la frecuencia de los síntomas, determinar el tipo de dismenorrea que sufría cada mujer. Se hablará más en detalle de este instrumento en el apartado de evaluación.

Los estudios de Dalton y Chesney y Tasto (1975a) fueron prontamente contestados por numerosos trabajos que pretendían solventar distintos problemas conceptuales y metodológicos planteados por la diferenciación de dos tipos de dismenorrea. Los autores de estos estudios propugnan un único tipo de dismenorrea, al encontrar que un elevado porcentaje de mujeres sufre tanto síntomas congestivos como espasmódicos. Actualmente, se considera que los síntomas de la dismenorrea se agrupan en siete factores independientes, que son los que se recogen en el [cuadro 3.1](#).

Estos factores sintomatológicos pueden presentarse en algunas o en todas las menstruaciones, solos o acompañados por otros factores.

• *Presentación del caso*

La paciente, Trinidad S., tiene 21 años, estudios secundarios, está casada y no tiene hijos. Actualmente no tiene trabajo remunerado, está recibiendo un curso de mecanografía e informática y se ocupa de las tareas del hogar.

Cuadro 3.1. Sintomatología de la dismenorrea primaria (Stephenson y cols., 1983)

<i>Dolor menstrual:</i>	Espasmos y contracciones de los músculos uterinos y vaginales. Localizado en abdomen y cara interna de los muslos.
<i>Efectos psíquicos negativos premenstruales:</i>	Irritabilidad, sentimientos disfóricos, fatiga, desgana.
<i>Retención de agua premenstrual:</i>	Dolor de vientre, inflamación, edema.
<i>Malestar general premenstrual:</i>	Dolor sordo y difuso, localizado en espalda (zonas lumbar y cervical), cuello y cabeza.
<i>Dolor menstrual de espalda:</i>	Dolor tensional de la zona lumbar, es una continuación del dolor abdominal.
<i>Trastornos gástricos:</i>	Estreñimiento o diarrea, mareos, náuseas, vómitos.

Trinidad acude a un programa de tratamiento de la dismenorrea funcional que se imparte en la Casa de la Mujer de la localidad donde vive. El programa tiene un carácter grupal y las sesiones están estandarizadas, pero, por diversos motivos, Trinidad tuvo la oportunidad de recibir el tratamiento de forma individual, por lo que éste se pudo adaptar a las necesidades específicas de la paciente.

Trinidad comenzó a menstruar a los 13 años, pero hasta los 15 sus menstruaciones fueron irregulares e indoloras, aunque refiere sufrir molestias leves en la zona abdominal y las mamas. Recuerda que tanto sus hermanas como su madre sufrían fuertes dolores al comienzo de cada menstruación, dolores que las mantenían postradas en la cama durante varias horas (a las hermanas) y que les obligaba a medicarse, a pesar de lo que no conseguían un alivio apreciable del dolor. Recuerda asimismo que sus hermanas le repetían con frecuencia que ella también acabaría por sufrir menstruaciones dolorosas, como de hecho así fue. El trastorno comenzó un año y medio después de la menarquia. Como sucesos importantes de aquella época recuerda que su hermano fue atropellado por un coche, de resultas de lo cual tuvo que ser ingresado y sufrir varias operaciones. Fueron días de una gran tensión emocional y, cuando el hermano salió del hospital, ella cayó enferma y tuvo que permanecer varios días en cama. En esas circunstancias, tuvo la menstruación y su primer ataque de dismenorrea. En las menstruaciones siguientes, el trastorno se presentó, aunque con intensidad más leve. Sin embargo, poco a poco, el trastorno fue agravándose, tanto en lo referente a intensidad y duración de los síntomas, como al momento de aparición de los mismos, que fue, paulatinamente, adelantándose.

En el momento en que se adhiere al programa de la Casa de la Mujer, la paciente refiere sufrir molestias desde tres o cuatro días antes de la menstruación. Estas molestias se acentúan notablemente al comienzo del sangrado, momento en el que aparece también el dolor abdominal y lumbar. Los síntomas se prolongan con una intensidad elevada

durante varias horas y luego decrecen. El dolor desaparece al cabo de varias horas, pero no así otras molestias que se prolongan (con intensidad progresivamente decreciente) hasta dos o tres días después del comienzo de la menstruación (prácticamente, mientras dura el sangrado).

Concretamente, los síntomas que sufre Trinidad son los siguientes:

- Dolor descrito como calambres, localizados en la zona baja del abdomen, la vagina, los muslos y la zona lumbar.
- Mareos, náuseas y vómitos (ocasionalmente), así como trastornos intestinales (fuertes diarreas) asociados al comienzo de la menstruación.
- Tensión en las mamas e inflamación y molestias abdominales, durante la fase premenstrual.

Trinidad refiere también sentir un alto nivel de ansiedad durante esta fase y sentirse triste, deprimida, irritada y desesperanzada durante la menstruación, especialmente en las primeras horas, cuando el dolor es más intenso.

Actualmente, toma medicación (dos ampollas de Nolotil) y tiene que permanecer en la cama durante varias horas al comienzo de la menstruación. Se pone una manta eléctrica, a la máxima potencia, para proporcionar calor al abdomen y la zona lumbar. En alguna ocasión, el calor ha sido tan intenso que le ha producido quemaduras en la piel.

3.2. Procedimientos y técnicas de evaluación. Aplicación al caso

La mayoría de los trabajos clínicos y experimentales sobre la dismenorrea han evaluado el trastorno mediante tres tipos de instrumentos: los cuestionarios, las escalas y los autorregistros.

El cuestionario más famoso y el que se ha utilizado más frecuentemente en los estudios sobre dismenorrea ha sido, sin duda, el Menstrual Symptom Questionnaire, o MSQ, desarrollado por Chesney y Tasto en 1975. Basado en el modelo bifactorial de la dismenorrea de Dalton, el MSQ pretendía diferenciar entre mujeres con dismenorrea congestiva y espasmódica. Falló en ese propósito (quizá porque la diferenciación era más artificial que real), pero, en cambio, se constituyó en el instrumento por excelencia en la evaluación de la dismenorrea, que, con sucesivas modificaciones se ha aplicado a un elevadísimo número de mujeres, pues constituye un amplio y preciso listado de los síntomas que aparecen en la fase menstrual. El MSQ consta de 25 ítems. Los 24 primeros hacen referencia a uno de los tipos de dismenorrea (12 a síntomas congestivos y 12 a espasmódicos); en el ítem restante, la mujer tiene que escoger entre dos párrafos que describen cada uno de los dos tipos de dismenorrea cuál es el que caracteriza mejor su dolor menstrual. En el MSQ los sujetos tienen que contestar a cada ítem en función de la frecuencia con que experimentan los síntomas. Cada ítem se contesta en una escala de 1 a 5 (1 = nunca; 2 = casi nunca; 3 = a veces; 4 = a menudo; 5 = siempre). Se

contabiliza la puntuación de forma directa para los síntomas espasmódicos y de forma inversa para los congestivos. Por tanto, la puntuación teórica máxima para la dismenorrea espasmódica se sitúa en 125 puntos, y para la dismenorrea congestiva en 25 puntos. La puntuación 77 sería la línea de demarcación entre los dos tipos de dismenorrea. El MSQ se recoge en el anexo 1.

Diversos problemas metodológicos (muestras muy pequeñas y extremas) hicieron que la elaboración del MSQ fuera criticada y modificada. En los estudios posteriores no se encontraron los dos factores propugnados por Dalton, sino los que se recogen en el [cuadro 3.1](#). Webster, Martin, Uchalick y Gannon (1979) hicieron notar que las puntuaciones intermedias que habían aparecido en numerosos estudios podían deberse a distintas combinaciones de frecuencias y síntomas. Por ello, propusieron un procedimiento de puntuación alternativo. Se formaron dos subescalas (una, con los 12 ítems característicos de la dismenorrea congestiva; la segunda, con 11 ítems de dismenorrea espasmódica). La puntuación de cada subescala se obtenía por la suma de las puntuaciones de sus ítems. Por tanto, la puntuación de la subescala Congestiva podía variar entre 12 y 60 puntos y la de la subescala Espasmódica entre 11 y 55 puntos.

Estos autores encontraron que muchas mujeres puntuaban en ambas subescalas; y que existía una correlación positiva ($r_{xy} = .56$), estadísticamente significativa, entre las puntuaciones dadas a las subescalas Espasmódica y Congestiva, lo que les llevó a reafirmarse en las conclusiones derivadas de sus trabajos anteriores de que no existían dos tipos diferenciados de dismenorrea.

Stephenson y cols. (1983) introdujeron varias modificaciones en el cuestionario, con objeto de adaptarlo a su estudio, ya comentado. La primera consistió en la adición de varios ítems iniciales que recogían información acerca de la intensidad del dolor y las molestias menstruales, aunque no contaban para el cómputo final. La segunda modificación se refiere al último ítem del cuestionario: el sujeto, en vez de escoger un párrafo, tenía que puntuar ambos en la misma escala que el resto de los ítems. El cuestionario, por tanto, pasa a tener un ítem más. La última modificación estaba en las instrucciones: se pedía a los sujetos que, en vez de evaluar un ciclo menstrual "típico", evaluaran su última menstruación. Como consecuencia de ello, la escala de frecuencia tuvo que ser sustituida por una escala de intensidad, de 1 a 5 (1 = intensidad nula; 5 = intensidad muy severa). Esta última modificación ha sido adoptada posteriormente por diversos autores. El cuestionario ha ido sufriendo otras distintas modificaciones que pretendían mejorar su validez, pero que no alteraban esencialmente su estructura, como la ampliación del último ítem del cuestionario: a los dos párrafos que caracterizaban la dismenorrea espasmódica y la congestiva, se le añadieron las opciones "Ambos" y "Ninguno de los dos".

Las modificaciones que ha sufrido el cuestionario no han sido, en general, importantes. Según los autores que las proponen, han contribuido a incrementar la validez del cuestionario y a demostrar, una vez más, que no existen dos tipos de dismenorrea y sí una serie de síntomas que pueden concurrir en una misma persona tanto en la fase premenstrual como en la menstrual.

El Menstrual Distress Questionnaire fue elaborado por Moos en 1968. Se ha utilizado escasamente en la evaluación de la dismenorrea, aunque con frecuencia en la del SPM, por lo que se comentará más adelante.

En cuanto a las escalas, la que más se ha utilizado ha sido la Escala de Severidad de Síntomas (Symptom Severity Scale), desarrollada por Chesney y Tasto (1975b). Consiste en la evaluación de la intensidad de los quince síntomas más frecuentes en la menstruación. La intensidad de cada síntoma se valora en una escala de 5 puntos (0 = intensidad nula; 4 = intensidad muy severa). Esos quince síntomas son los siguientes: calambres; náuseas; vómitos; falta de apetito; dolores de cabeza; dolores de espalda; dolor de piernas; debilidad; diarrea; mareos; manchas faciales; irritabilidad; fatiga; malestar general apagado y continuo y dolores abdominales.

Respecto a los autorregistros, suponen una práctica habitual en los estudios sobre dismenorrea. Los modelos de autorregistros que se han utilizado con mayor frecuencia son la Escala Retrospectiva de Síntomas y la Escala de Síntomas Diarios.

Cox y Meyer (1978) desarrollaron la Retrospective Symptom Scale. Esta escala, que se completa durante la menstruación, además de los síntomas y la intensidad de la dismenorrea, incluye el registro de la medicación utilizada y de las horas en que las pacientes han tenido que permanecer inactivas.

La escala consta de los 18 síntomas más frecuentes en dismenorrea y los sujetos han de evaluar su duración (en una escala que abarca desde la ausencia del síntoma hasta su presencia durante varios días) y su intensidad (0 = nula; 4 = muy severa).

La Escala de Síntomas Diarios consiste en el registro diario de 18 síntomas asociados a las fases premenstrual y menstrual del ciclo. La paciente valora la intensidad de los síntomas en una escala de 5 puntos (0 = nula; 4 = muy severa). Se ha utilizado, fundamentalmente, en trabajos en los que se pretende descubrir la relación entre dismenorrea y cambios en el nivel de estrés; y, en general, en aquellos estudios en que era necesaria la información día a día de los cambios asociados al ciclo menstrual.

La escasez de instrumentos y los diferentes objetivos de los distintos estudios favorecen el que los autores desarrollen modelos de autorregistros específicos para sus trabajos. Larroy (1989) presenta un cuestionario de dismenorrea en el que se recoge información acerca de la intensidad del dolor; de la duración del dolor; de los síntomas asociados; la ingesta de medicación; tiempo de reposo debido al dolor y utilización de otras estrategias para aliviar el dolor (véase anexo 2). También se han utilizado para evaluar la intensidad del dolor menstrual las escalas analógica-visual y numérico-verbal. Larroy (2002) ha comparado la utilidad de ambos tipos de escalas en la evaluación de la intensidad del dolor menstrual en un estudio epidemiológico, concluyendo que ambos tipos de escalas se muestran útiles para este cometido (su coeficiente de correlación era $r = .951$ y Spearman = $.937$, ambos con significación estadística $p < .0001$), si bien la escala analógica-visual plantea más problemas de comprensión por parte de las encuestadas para su contestación que la escala numérico verbal; y plantea mayores dificultades en la transcripción de los datos; por lo que, al menos en estudios epidemiológicos, se recomienda la utilización de la escala numérico-verbal.

Es importante señalar la casi total ausencia de modelos teóricos explicativos tanto en lo que se refiere a la génesis y mantenimiento de la dismenorrea como en lo referido a la evaluación del trastorno. En la mayoría de los estudios, se evalúa la dimensión sensorial de la dismenorrea (generalmente, mediante listados de síntomas), olvidando que, como en todo problema de dolor crónico, hay que evaluar también los factores motivacional-afectivo (a veces contemplado en esos listados), y el cognitivo-evaluativo, además del posible control operante (reforzamiento de conductas de dolor y de evitación, por ejemplo). Estos aspectos son especialmente relevantes en la dismenorrea, por la alta predictibilidad de su ocurrencia, y, por tanto, la facilidad de anticipación del dolor, por lo que aún es más necesario su estudio.

En este sentido, Larroy (1990) propone un, más que modelo, programa o procedimiento de evaluación de la dismenorrea. Para esta autora, un procedimiento de evaluación adecuado de la dismenorrea debería recoger información sobre los aspectos siguientes:

- *Definición y caracterización del dolor*: estudio de los parámetros principales del dolor (frecuencia, intensidad, duración y localización); estudio de los aspectos sensoriales de dolor (si éste es pulsátil, sordo, fásico, tónico, etc.). Seguramente, sería interesante poder contar con medidas fisiológicas, como la intensidad de las contracciones uterinas o el nivel del tono cervical durante la menstruación. La evaluación de estas respuestas, aunque técnicamente posible, es complicada de llevar a cabo, por lo que muchas veces se ha optado por la utilización de instrumentos de lápiz y papel (autorregistros, escalas, cuestionarios, etc.).
- *Estudio de las respuestas psicofisiológicas y cognitivas* del sujeto frente a determinados estímulos: es conocida la relación entre estrés y dismenorrea; también es conocido el hecho de que, en pacientes de dolor crónico, la presencia de determinados estímulos provoca la aparición de una cadena de pensamientos negativos y de habla interna que producen la elevación de la ansiedad del sujeto y favorecen la aparición del dolor. Este fenómeno es especialmente importante en la dismenorrea, por la alta predictibilidad de su ocurrencia, por lo que aún es más necesario su estudio.
- *Determinación y evaluación de las conductas de dolor*, sus antecedentes y sus consecuentes, ya que el estudio de estos aspectos determina si el problema está mantenido, al menos parcialmente, por condicionamiento operante; es decir, si la paciente obtiene algún beneficio por serlo.
- Por último, conviene conocer *si el dolor afecta la realización de distintas actividades ordinarias de la paciente*. La evaluación de las variaciones de la frecuencia de estas actividades constituye una medida indirecta de gran utilidad en la cuantificación del dolor.

Dado que, hasta el momento, no existen instrumentos que contemplen todos estos

aspectos, el proceso de evaluación se limita, generalmente, y como ya se ha comentado, a la recogida de información sobre los síntomas más relevantes (mediante cuestionarios, autorregistros o listados) y, ocasionalmente, la información se completa y contrasta mediante entrevistas. Se recomienda para ello utilizar el modelo de entrevista para problemas de dolor propuesta por Philips (1991). Esta entrevista está estructurada de tal manera que permite, en poco tiempo, recabar información sobre los aspectos siguientes: datos personales; descripción del dolor y sintomatología asociada; antecedentes, agravantes, atenuantes del trastorno; consecuencias; medicación y utilización de drogas; estrategias de enfrentamiento al dolor; historia del problema; consultas y tratamientos previos y resultados; información sobre aspectos generales del paciente y su relación con el dolor: salud física, familia, pareja, amigos, historia laboral, historia psiquiátrica, etc.

• *Evaluación del caso*

Dado que, debido a circunstancias excepcionales, se podía proceder a la evaluación individualizada de la paciente, ésta se realizó a través de los instrumentos siguientes:

- Entrevista conductual.
- Escala de Severidad de Síntomas.
- Autorregistro diario de síntomas.
- Cuestionario mensual de dismenorrea (Larroy, 1989).

Los datos de escalas, autorregistros y cuestionarios fueron contestados en tres ocasiones: durante la menstruación previa a la intervención (LBI), en la menstruación inmediatamente posterior a la intervención (LBII) y tras un período de tres meses de seguimiento.

La entrevista, realizada según la guía de entrevista para problemas de dolor crónico (Philips, 1991) reveló algunos de los datos que se han comentado en la presentación del caso, concretamente todos los referidos a la sintomatología asociada a la menstruación (tanto los de carácter más fisiológico como los referidos a los sentimientos disfóricos y de ansiedad) y a las conductas de dolor que muestra la paciente (permanecer en cama, abandonar cualquier tipo de actividad, medicarse, ponerse la manta eléctrica, etc.). También se obtuvo información acerca de los antecedentes y consecuentes asociados al trastorno.

Respecto a los antecedentes, Trinidad no pudo identificar claramente ningún estímulo discriminativo ni tampoco ningún estímulo delta: parecía que en todas las menstruaciones la sintomatología se presentaba aproximadamente al mismo tiempo y con la misma intensidad. Trinidad sí informó, en cambio, que, en algunas ocasiones en que estaba ocupada o entretenida, los síntomas podían ser, a ratos, menos intensos, o la mejoría más rápida; sin embargo, eso ocurría sólo en algunas de las ocasiones en que estaba muy ocupada; en otras ocasiones parecía, por el contrario, que el tener muchas

cosas que hacer y tener que abandonarlas incrementaba su ansiedad y su malestar.

Respecto a los consecuentes asociados al trastorno, éstos tenían diversos caracteres: las conductas de dolor que realizaba la paciente (meterse en la cama, medicarse, ponerse la manta eléctrica) conseguían aliviar el dolor y el malestar, si bien es cierto que sólo al cabo de varias horas, así que actuaban bajo un paradigma de reforzamiento negativo. Por otro lado, estas conductas eran también mantenidas por reforzamiento positivo: en efecto, cuando Trinidad sufría el dolor menstrual, siempre había alguien que le ofrecía su atención y consuelo (su madre, si Trinidad estaba sola, se acercaba a cuidarla, o si no, su marido) y se ocupaba de hacer por ella sus tareas. También Trinidad reconoció que, en algunas ocasiones, había exagerado su malestar para evitar situaciones que le desagradaban (por ejemplo, una vez que tenían que participar en un campeonato de tenis y ella pensaba que iban a hacer el ridículo; o alguna vez que habían tenido que visitar a una cuñada con la que Trinidad se llevaba especialmente mal). Sin embargo, estas ocasiones habían sido muy pocas. Por el contrario, las ocasiones en que la dismenorrea le había estropeado un buen plan parecían ser muchas.

El análisis de sus relaciones sociales indicaba que la paciente no parecía presentar problemas en ese campo, así como tampoco en lo referente a relaciones de pareja.

La información relativa a los síntomas se contrastó mediante las escalas y autorregistros comentados anteriormente, realizados durante la menstruación previa al tratamiento. En el cuestionario de dolor menstrual se obtuvo la información siguiente:

- Intensidad máxima del dolor (en una escala de 0 a 10): 8.
- Duración del dolor con intensidad máxima: 3 horas.
- Duración total del dolor: 15 horas.
- Medicación: 2 ampollas de Nolotil.
- Tiempo de reposo: 5 horas.

Por la información obtenida con los instrumentos de evaluación se puede caracterizar la respuesta de dolor en tres niveles:

- a) *Nivel fisiológico.* las respuestas que presentan una mayor intensidad son la de los calambres (un 8 en una escala de 0 a 10, medida en la Escala de Severidad de Síntomas –ESS– y en el autorregistro diario) y la de los dolores abdominales (un 8 también en ambas escalas). También los trastornos digestivos presentan una puntuación alta (7 en la ESS y 8 en el autorregistro el día de comienzo de la menstruación). Los inputs fisiológicos origen de estas respuestas son la elevación del nivel de prostaglandinas en útero (que origina los calambres) y en el torrente circulatorio sanguíneo (trastornos digestivos); así como el aumento del tono muscular de la zona abdominal, perineal y de las piernas (también relacionado, si bien indirectamente, con el incremento en los niveles de prostaglandinas). La tensión en mamas y vientre fue bastante intensa los dos días previos a la menstruación, tal y como también lo fue el

malestar general. Todos estos síntomas quedan recogidos en el autorregistro que completó la paciente.

- b) *Nivel cognitivo.* La paciente presenta una serie de cadenas de pensamientos negativos referidos tanto a la intensidad y duración del problema ("esto cada vez me duele más", "no puede dolerme tanto", "a ver si se acaba de una vez"), como a los orígenes del mismo ("lo que tengo debe ser grave, seguro que al final me descubren un tumor y no puedo tener hijos", "me encontrarán algo y me moriré") o a la incapacidad que el dolor le produce ("cada vez que me pasa esto me vuelvo inútil", "en vez de estar de compras estoy aquí tirada") y a la indefensión provocada por el trastorno ("no puedo soportarlo", "no lo controlo, esto me destroza cada vez que me pasa", "no puedo más"). Esta cadena aparece en cuanto la paciente comienza a pensar en el dolor, pero sólo cuando ha empezado el sangrado. Existen asimismo cadenas de pensamientos anticipatorios ("El 18 no podremos salir de viaje, porque me toca ponerme mala"; "ojalá no me venga la menstruación el día de la boda de Elena", etc.). Estos pensamientos anticipatorios generaban ansiedad en la paciente, pero no tan intensa como los pensamientos negativos que aparecían asociados al sangrado.
- c) *Nivel emocional.* Existe un fuerte componente de ansiedad asociado a la aparición de los primeros dolores y a la cadena de pensamientos negativos. La ansiedad, sin embargo, comienza cuando aparecen los primeros síntomas (inflamación y tensión en las mamas y en el abdomen), aunque se acrecienta progresivamente a medida que se acerca el momento de la menstruación.

El autorregistro que completó la paciente durante el mes de LBI se muestra en el [cuadro 3.2](#).

Cuadro 3.2. Autorregistro completado por Trinidad en la menstruación previa al tratamiento

Autorregistro diario de síntomas de dismenorrea (Larroy y cols., 1988)

Aquí tienes una lista de los trastornos más frecuentemente asociados a la menstruación. Valora su intensidad en una escala de 0 a 10 (0 = ninguna intensidad; 10 = intensidad muy severa, incapacitante), en el registro, empezando el día que sientas las primeras molestias. Señala con una X el día de comienzo de la menstruación.

- ES: Espasmos y contracciones en el abdomen y cara interna de los muslos.
- EP: Irritabilidad, fatiga, depresión, desgana.
- RA: Hinchazón y tensión en mamas y vientre, edemas.
- MG: Malestar general, dolor de cabeza, debilidad.

DE: Dolor y/o espasmos en la zona baja de la espalda.
 TD: Trastornos digestivos: mareos, vómitos, diarrea, etc.

Día	Hora	ES	EP	RA	MG	DE	TD
1	Mañana	0	3	4	3	4	0
	Tarde	0	3	4	3	5	0
	Noche	0	3	5	3	5	0
2	Mañana	0	3	6	6	5	0
	Tarde	0	4	7	6	5	0
	Noche	0	4	8	7	6	2
3 X	Mañana	8	6	4	7	5	8
	Tarde	8	6	4	7	5	9
	Noche	5	6	3	7	5	8
4	Mañana	1	2	2	4	2	6
	Tarde	1	2	2	2	0	4
	Noche	1	1	0	1	0	1
5	Mañana	0	0	0	0	0	1
	Tarde	0	0	0	0	0	0
	Noche	0	0	0	0	0	0

3.3. Prevalencia del trastorno

La dismenorrea es un fenómeno universal: la sufren mujeres de todas las razas, culturas y estatus socio-económico y ha estado presente desde los comienzos de la medicina: ya Hipócrates estudió suficientemente el trastorno como para atribuirle una etiología y un tratamiento.

Los estudios sobre la prevalencia de la dismenorrea ofrecen resultados muy dispares, dependiendo de la muestra estudiada, los instrumentos de evaluación utilizados y del concepto de dismenorrea que se maneje (si éste hace referencia sólo a dolor menstrual o abarca más síntomas; las ocasiones al año en que aparece; la intensidad que presenta el trastorno, etc.). Debido a estas disparidades, algunos autores hablan de una prevalencia del 95%, mientras que otros la sitúan alrededor del 35%. La mayoría de los autores presentan, sin embargo, prevalencias de entre el 65-80% de las muestras cuando se

trabaja con mujeres jóvenes y adolescentes; y porcentajes entre el 40-60% cuando se trabaja con muestras de mujeres adultas. En general, podemos considerar que la dismenorrea afecta al 50% de las mujeres que menstrúan, siendo estos porcentajes bastante más elevados entre la gente más joven y menor entre las mujeres adultas (Iglesias y cols., 1987; Larroy, 1989; Larroy, Crespo y Meseguer, 2001).

Muchos estudios han presentado resultados similares a lo largo del tiempo y los países. Y así, para Dalton (1969), el 50% de la población menstruante de Inglaterra padecía dismenorrea de forma regular. Estos porcentajes son similares a los encontrados en otros estudios con poblaciones distintas. Así, por ejemplo, se encontró que el 26% de una muestra de adolescentes escandinavas sufría dolor en todas las menstruaciones. El porcentaje se elevaba al 70% cuando se consideraban también las adolescentes que sufrían dolor en varias de sus menstruaciones. Otros autores aportan datos parecidos al reflejar que el 30% de una muestra de universitarias británicas sufría dolor en todas sus menstruaciones. Para el 7% de la muestra total, ese dolor era de intensidad elevada y las incapacitaba durante dos o más días. Stephenson y cols. (1983) encontraron que sólo el 20% de una muestra de universitarias norteamericanas no sufría nunca o casi nunca trastornos asociados a la menstruación. Algunos autores han encontrado que cerca del 80% de las mujeres padecían dismenorrea en diverso grado en alguna o todas sus menstruaciones, mientras que otros cifran este porcentaje alrededor del 75%, y aún hay otros que lo sitúan cerca del 95% de la muestra. En una cultura y sociedad tan diferente a la occidental como es la india, los resultados se acercan mucho a los anteriores. Y así, se ha encontrado que cerca del 70% de la población femenina de la India sufre dismenorrea, no habiendo diferencias significativas entre las zonas urbanas y las rurales. En un estudio que trabajó con mujeres australianas, se encontró que el 46% de la muestra sufría dismenorrea de forma regular o episódica. En este trabajo se resalta, además, que la duración del dolor es de 1-2 días para el 68% de las mujeres dismenorreicas, y que sólo para el 13% el dolor duraba menos de 1 día.

En nuestro país son escasos los estudios que se han realizado sobre el tema. Pérez Sanz (1983) encontró que el 45,6% de las mujeres que acudieron a su consulta por diversos motivos (un total de 5.114), padecían dolor menstrual. Existen estudios que indican que el 46% de una muestra de universitarias sufría dismenorrea con regularidad y que al 20% de la muestra le gustaría no tener la menstruación. Camarasa y Centelles (1986) hallaron que el 72% de una muestra de universitarias padecían dolor menstrual. Larroy (1987), trabajando con mujeres de 13 a 38 años, encontró que el 52,5% de la muestra sufría dismenorrea en todas sus menstruaciones y que ese porcentaje se elevaba hasta el 72% cuando se consideraba también la dismenorrea episódica (la que ocurre al menos en cuatro ocasiones al año). En un trabajo posterior (Larroy, 1989), la autora, trabajando con una muestra de 574 mujeres de edades entre 12 y 45 años, encontró que el 74,3% de la muestra total sufría dismenorrea en, al menos, cuatro menstruaciones al año; y que el 54,2% la padecía de forma continua (más de seis menstruaciones al año). Los grupos de adolescentes y jóvenes la sufrían con mayor prevalencia (77 y 76%, respectivamente) que las mujeres adultas (63,5%). Respecto a la intensidad del trastorno,

el 25% de la muestra general consideraba que aquella era moderada, mientras que el 37,3% la calificaba de severa. El 57,1% de las mujeres dismenorreicas utilizaba habitualmente medicación para reducir las molestias y también el 57,1% requería reposo, que en la mayoría de los casos duraba entre media y tres horas. La Sociedad Española de Obstetricia y Ginecología publicó en 1994 una encuesta realizada a médicos de familia y ginecólogos acerca del dolor menstrual en España, que reveló datos similares. Larroy, Crespo y Meseguer (2001) informan que el 69,9% de una muestra de 1.387 mujeres sufrían dolor y molestias en, al menos, tres de sus menstruaciones al año; el 41,9% de estas mujeres sufrían dismenorrea en cinco o más menstruaciones anualmente. Así pues, parece que la dismenorrea es realmente un trastorno de incidencia muy elevada en la población femenina, que no presenta una tendencia a decrecer en frecuencia en los últimos años, aunque sí a medida que aumenta la edad de ésta y, sobre todo, el número de hijos.

Es claro que un trastorno que se presenta de forma tan frecuente entre la población femenina ha de tener, por fuerza, importantes repercusiones en el ámbito laboral y de carácter económico. Larroy, Crespo y Meseguer (2001) no hallaron que los porcentajes de incidencia variaran en función del nivel cultural de las encuestadas ni de su profesión.

En otros estudios, por el contrario, se ha observado que la incidencia del trastorno variaba en función del tipo de profesión, hallándose que la dismenorrea afectaba en el 47% de los casos en una muestra de amas de casa y de azafatas, pero que sólo lo hacía en el 23% en una muestra de enfermeras.

Se ha estimado que, a finales de los setenta, en Estados Unidos se perdían al año 140 millones de horas por esta causa. Basándose en estos datos, se ha calculado una media de dos o más días de trabajo perdido por mujer empleada y por mes. Para Friederichs (1983) las mujeres que sufren dismenorrea severa pierden de 5 a 12 días más de trabajo al año que aquellas que sufren dismenorrea leve o ningún dolor menstrual. Otros autores elevan a 600 millones las horas al año perdidas en Estados Unidos por el dolor menstrual y se calcula en 200.000 millones de dólares el coste que esto supone. Sin embargo, algunos estudios han considerado exageradas estas estimaciones.

En Francia, también a finales de los setenta, se estimó que se perdían 30 millones de horas laborables al año por culpa de la dismenorrea, aunque no se podía calcular su coste económico.

En España, se ha sugerido que el dolor menstrual constituye la primera causa de absentismo laboral entre las mujeres, teniendo en cuenta que el 50% de las mujeres dismenorreicas pierde todos los meses media jornada por esta causa; que el 30% pierde una jornada y que el 20% restante pierde más de una jornada.

Queda claro, pues, que la dismenorrea tiene una importante repercusión en el ámbito laboral y que esta repercusión es más importante si se considera también (aunque es imposible medirla) la pérdida de eficacia y rendimiento de las mujeres que, sufriendo dolor menstrual, no abandonan el puesto de trabajo.

Si a estos costes se añaden los de medicación, consultas médicas, exploraciones e, incluso, hospitalización, se comprende que la dismenorrea es un trastorno que genera un

enorme coste social, ya sea éste soportado a escala privada, como a escala estatal (Balbi, Musrone, Menditto, DiPrisco, Cassese, Dájello, Ambrosio y Cardone, 2000; Banikarim, Chaco y Kelder, 2000; Lau, Yu y Leung, 2000).

La incidencia de la dismenorrea en la escuela es también muy elevada, como era de esperar, dado que este trastorno afecta de forma muy importante a las adolescentes y las mujeres más jóvenes. Algunos estudios informan de que entre el 9 y el 44% de las muestras de escolares estudiadas faltaba al colegio o instituto asiduamente debido al dolor menstrual. El porcentaje más bajo de absentismo se daba entre las niñas más jóvenes (13 y 14 años) y el mayor, entre las de más edad (17 a 20 años). En otros trabajos, se indica que entre el 10 y el 14% de las jóvenes falta a clase todos los meses por culpa de la dismenorrea. En otro estudio se recoge que cerca del 70% de las adolescentes menstruales sufren dismenorrea y que el 14% padece incapacitación todos los meses, con el consiguiente absentismo escolar. Ahora bien, también se indica, sin embargo, que este frecuente absentismo escolar no afecta al rendimiento ni a las calificaciones finales obtenidas por las jóvenes dismenorreicas frente a las no dismenorreicas.

Así pues, parece claro que la elevada prevalencia de la dismenorrea en la población femenina (en todas las edades, pero especialmente entre las más jóvenes) se pone de manifiesto en sus repercusiones tanto en el ámbito escolar como en el laboral, generando un coste económico importante, tanto por lo que se refiere a pérdida de horas de trabajo como a gastos de tipo médico y farmacológicos. Quizá debido a este creciente coste (que se incrementa con la cada vez mayor incorporación de la mujer al trabajo fuera de casa), en los últimos años se ha despertado el interés por la investigación de la etiología y los tratamientos de la dismenorrea.

3.4. Etiología

Al hablar de la etiología del trastorno hay que recordar que se habla de un trastorno funcional y que, por tanto, se debe descartar la existencia de aquellos factores de carácter orgánico (miomas, fibromas, etc.) que dan lugar a la denominada dismenorrea secundaria.

3.4.1. Variables fisiológicas y físicas

Desde la perspectiva fisiológica, la dismenorrea es debida a una serie de factores hormonales (altos niveles de progesterona en útero, presencia en plasma de oxitocina y vasopresina), cervicales (estenosis del cuello uterino), hiperactividad del miometrio (contracciones del miometrio muy intensas, prolongadas y disríticas), y factores neurológicos (concentración de noradrenalina en útero, irritación de las terminaciones nerviosas libres); pero, sobre todo, la dismenorrea es debida a la acción (en útero y

sangre) de las prostaglandinas. Las prostaglandinas son sustancias endógenas, liposolubles, procedentes del ácido prostánico, cuya síntesis está regulada por el AMPc y cuya producción puede ser inducida por hormonas como la adrenalina y la progesterona. De hecho, se relaciona la síntesis de prostaglandinas con elevaciones en el nivel de estrés. La concentración endometrial de prostaglandinas es más alta en la fase secretoria que en la proliferativa y mucho mayor en el plasma de las mujeres dismenorreicas que en las que no lo son.

La acción de las prostaglandinas en la dismenorrea se lleva a cabo por diferentes vías: el incremento en el útero de prostaglandinas produce hipertonicidad del miometrio (provocando contracciones más intensas y disrítmicas), constricción vascular e isquemia, así como el estrechamiento del cuello uterino, lo que dificulta la salida del flujo menstrual. La interrupción total o parcial del flujo a través del cérvix favorece la reabsorción de prostaglandinas, aumentándose así su concentración y, consiguientemente, la sensibilidad del útero a éstas y a otras sustancias (como la bradiquinina o la noradrenalina) porque las prostaglandinas provocan la irritación de las terminaciones nerviosas uterinas. Además de esta acción directa, muy relacionada con el dolor menstrual, las prostaglandinas que pasan a la circulación general estimulan los músculos lisos del estómago y del tracto intestinal, provocando los trastornos gastrointestinales que frecuentemente acompañan a la menstruación: mareos, náuseas, vómitos y diarrea. También los "sofocos" podrían ser debidos a la presencia de prostaglandinas en la circulación general. Éstas estimularían la contracción rápida de la musculatura lisa, lo que, a su vez, produciría la rápida contracción y consiguiente dilatación de los vasos sanguíneos y, con ello, la sensación de sofoco. Si esa vasodilatación es muy brusca o intensa, puede provocar el desmayo, por falta de aporte sanguíneo al cerebro.

Por otro lado, la administración exógena de prostaglandinas provoca síntomas muy similares a los de la dismenorrea, mientras que, por el contrario, la administración de inhibidores de las prostaglandinas reduce significativamente los síntomas. Por tanto, parece claro que un nivel excesivamente alto de prostaglandinas en el útero está fuertemente relacionado con la aparición de la dismenorrea.

3.4.2. Variables psicosociales

A pesar de la relevancia de los factores fisiológicos, y como en todo proceso crónico, los factores psicosociales tienen también gran importancia, especialmente por la influencia que las alteraciones psicológicas tienen sobre el sistema neuroendocrino. Si bien por sí solos los factores psicológicos no pueden explicar la dismenorrea, también es cierto que los síntomas del trastorno están mediados por factores culturales, emocionales y cognitivos (Larroy, 1995). Dentro de los factores cognitivo-conductuales que influyen en el mantenimiento de la dismenorrea podemos destacar los siguientes:

- a) *VARIABLES DE TIPO VICARIO.* Cualquier dolor puede estar mediado por un aprendizaje de tipo vicario, ya sea éste la imitación, la exposición a modelos de dolor, la instigación verbal, etc. De hecho, la historia familiar de dolor influye de manera decisiva en la experiencia de dolor del sujeto. En la dismenorrea, estos factores pueden ser aún más importantes que en cualquier otro tipo de trastorno, por la forma en que se transmite la información (de madres a hijas, entre hermanas, amigas, etc., deformada por la propia experiencia) y la extendida creencia, socialmente aceptada, de que la dismenorrea es algo inherente a la menstruación que no puede evitarse ni tratarse. El aprendizaje vicario podría explicar la altísima coincidencia de síntomas que se da entre madres e hijas o entre hermanas, si bien no se descartan factores genéticos, o el hecho de que jóvenes que no sufrían dolor menstrual, comiencen a padecerlo después de convivir con amigas que sí lo sufren.
- b) *VARIABLES DE TIPO COGNITIVO.* La actividad cognitiva tiene una enorme importancia en los pacientes de dolor crónico y, también, en la dismenorrea. La focalización de la atención en el dolor, la aparición de un habla interna referida al trastorno, el desencadenamiento de pensamientos, muchas veces irracionales, acerca del dolor o la especial sensibilidad que desarrollan las mujeres dismenorreicas para percibir los síntomas más sutiles que pueden desencadenar el dolor, son algunas muestras de esa actividad cognitiva, agravada por la alta predictibilidad del trastorno. La actividad cognitiva exagera la valoración negativa del dolor ("abre la puerta", en el modelo de Melzack) haciendo más traumática la experiencia de la menstruación.
- c) *VARIABLES EMOCIONALES.* La ansiedad, la irritación, la indefensión y otros sentimientos disfóricos favorecen e incrementan la acción del procesamiento cognitivo negativo del trastorno, haciendo que la percepción e interpretación maligna de los síntomas se exacerbe.
- d) *VARIABLES OPERANTES.* Las conductas de dolor (quejarse, llorar, medicarse, etc.) y muy especialmente, las conductas de evitación (anular citas, trabajos o actividades de ocio, etc.) juegan un importante papel en la reducción del sentimiento de control sobre el propio dolor y en el incremento de las expectativas del paciente de que, si se expone a determinados estímulos, el dolor se incrementará. Por esta razón, muchas dismenorreicas dejan de acudir al trabajo o al colegio, suspenden citas o ingieren fármacos (en resumen, emiten conductas de dolor), incluso antes de que el dolor aparezca. Por otro lado, se ha comprobado que un patrón estable de conductas de dolor, reforzadas socialmente, facilita que la paciente interprete como dolorosas muchas de las sensaciones corporales que puede percibir y que, por tanto, la tasa de emisión de esas conductas de dolor se incrementa, potenciando así los factores atencionales y cognitivos que aumentan la percepción del dolor.

También otras conductas poco saludables (como fumar e ingerir alcohol) están relacionadas con una mayor incidencia del trastorno.

3.5. Modelo explicativo

La integración de los factores fisiológicos y psicológicos ha sido un tema escasamente abordado. Larroy (1995) propone un modelo de predisposición psicobiológica de la dismenorrea en dos fases ([figura 3.1](#)):

Fase I. Posibles factores genéticos y de aprendizaje (existe una concordancia de cerca del 70% de síntomas entre madres e hijas) convergen en una predisposición psicobiológica de la dismenorrea. Las primeras menstruaciones pueden provocar alteraciones emocionales (vergüenza, ansiedad, temor, sorpresa, etc.) y dolor (debido a la fragilidad del endometrio, que sufre las primeras descamaciones). Estos síntomas ejercen una retroalimentación en el estado psíquico y físico del sujeto, influyen en la valoración y vivencia de las menstruaciones futuras y refuerzan la predisposición al trastorno.

En algunas ocasiones, el dolor no comienza con las primeras menstruaciones, sino una vez que se ha instaurado ésta. La aparición de la dismenorrea puede deberse, en estos casos, a cambios importantes en las circunstancias físicas de la mujer (enfermedad o trastornos de algún tipo, a la intensificación de los cambios hormonales propios de la menstruación, etc.), a cambios en las circunstancias emocionales (como exposición a situaciones de estrés continuas o intensas, frecuentes en la adolescencia), pero también a procesos de aprendizaje social, donde juegan un papel importante la exposición a modelos (por ejemplo, una amiga íntima), la imitación y la instigación (la amiga, la hermana o, incluso, la madre, que comentan cada mes: "Pero cómo ¿aún no te duele la regla? Pues ya te dolerá, yo siempre lo paso fatal").

Fase I

Fase II

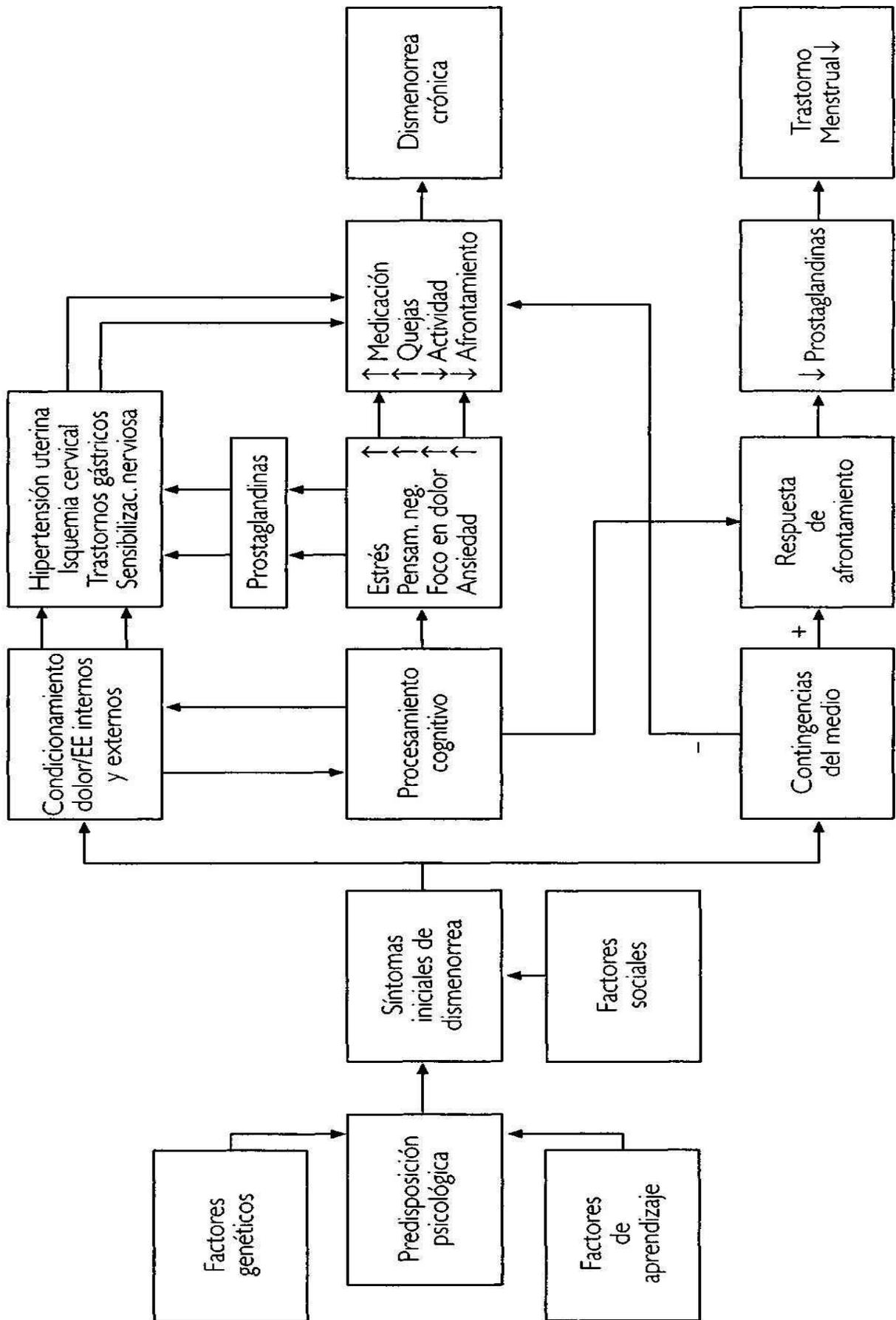


FIGURA 3.1. Modelo de predisposición psicobiológica de la dismenorrea

Si los síntomas dolorosos se repiten en las menstruaciones siguientes, comienza el mantenimiento del problema:

Fase II. Se produce un condicionamiento del dolor menstrual a varios estímulos internos (como pequeñas molestias) y externos (como la fecha en el calendario o el comienzo del sangrado) que facilitan la aparición de ansiedad y de un procesamiento cognitivo negativo, lo que, a su vez, incrementa el nivel de estrés de la mujer y, por ende, el de prostaglandinas, responsables de muchos de los síntomas de la dismenorrea, incluido el dolor menstrual. Las repetidas ocurrencias del dolor asociadas a los mismos estímulos fortalecen todo el proceso.

Por otro lado, si las conductas de dolor son reforzadas, tenderán a incrementarse, aumentando así las expectativas de falta de control sobre el dolor, la actividad cognitiva negativa y los sentimientos disfóricos, cerrando un círculo vicioso que sólo lleva a la cronificación del trastorno.

Por el contrario, si existe un procesamiento cognitivo positivo, éste lleva a la búsqueda e implementación de estrategias de manejo de la situación y al desarrollo de respuestas alternativas al dolor, rompiéndose así el proceso de cronificación del trastorno.

Según este modelo, por tanto, la interrelación entre respuestas psicofisiológicas, procesamiento cognitivo inadecuado y conductas de dolor, tienen como resultado el mantenimiento y, en último extremo, la cronificación de la dismenorrea funcional.

3.6. Tratamientos

El capítulo de tratamientos es el que más investigación ha generado. Lógicamente, la mayoría de los estudios y, desde luego, los más antiguos, provienen del campo médico. Los tratamientos más difundidos en la actualidad son los farmacológicos; los primeros fueron los quirúrgicos; actualmente y de forma tímida, se van utilizando algunos tratamientos psicológicos; y desde siempre se han utilizado tratamientos de muy diversa índole, con diferentes resultados: remedios caseros (tisanas, alcohol, friegas), ejercicio, yoga, etc.

3.6.1. Tratamientos no psicológicos

En este epígrafe se pueden considerar los tratamientos farmacológicos, los quirúrgicos y los de diversa índole.

Los tratamientos farmacológicos constituyen el acercamiento terapéutico más utilizado y también el considerado más rápido y eficaz. Su cada vez más frecuente utilización ha determinado un amplio interés experimental por la investigación de sus efectos, mucho más extenso que el generado por otros tipos de tratamiento.

La investigación ha provocado el progresivo desplazamiento de los primeros fármacos utilizados (analgésicos, tranquilizantes menores, diuréticos y antihistamínicos) y su sustitución por otros: fundamentalmente, los inhibidores de la ovulación y los inhibidores de las prostaglandinas. Los primeros se utilizan cuando no existen contraindicaciones de administración exógena de estrógenos y progesterona. La forma más usual de administración de estos fármacos han sido las píldoras anticonceptivas. Frente a su indudable eficacia en el alivio de la dismenorrea primaria, los inhibidores de la ovulación presentan, sin embargo, importantes desventajas: los graves y múltiples efectos colaterales que pueden producir; su ingesta no puede prolongarse durante un largo período de tiempo de forma continuada; interfieren en el normal funcionamiento del ovario y, en general, de todo el aparato reproductor; no se pueden administrar a mujeres en una situación especial: pacientes muy jóvenes, mujeres que quieran tener hijos, mujeres en período de lactancia, etc.

Por otro lado, y dado que las prostaglandinas parecen estar tan estrechamente relacionadas con la dismenorrea, se hipotetizó que las sustancias que inhibieran la biosíntesis de las prostaglandinas conseguirían una reducción importante del trastorno.

Estas sustancias pueden ser divididas en dos tipos:

- Inhibidores de tipo I: actúan inhibiendo la síntesis del endoperóxido cíclico, precursor de las prostaglandinas. A este grupo pertenecen el ácido acetilsalicílico y otras drogas similares, como la indometacina. No siempre consiguen mejores resultados que los tratamientos placebo, por lo menos, en las dosis utilizadas.
- Inhibidores de tipo II: son las sustancias que actúan más adelante en la cadena metabólica, en los anclajes de las enzimas con el endoperóxido cíclico (PGG y PGH), impidiendo que se transforme en prostaglandinas. Además, ejercen una acción antagonista en los receptores de las prostaglandinas en el útero. Un ejemplo de este tipo de inhibidores es la fenilbutazona. Actualmente, los fármacos de este tipo que más se recetan son los fenamatos y los derivados del ácido propinoico.

La efectividad de los tratamientos farmacológicos para reducir la intensidad de los síntomas de la dismenorrea varía dependiendo de los estudios, pero, en la mayoría de ellos, es alta; y sus efectos secundarios, cada vez más controlados y reducidos, por lo que su utilización se extiende cada vez más.

Respecto al tratamiento quirúrgico, se ha empleado en aquellos casos en los que el farmacológico se había revelado ineficaz.

Las operaciones quirúrgicas más comunes han sido la neurectomía presacral y la

dilatación cervical. El hecho de que las intervenciones no siempre sean eficaces y sí, en cambio, peligrosas y molestas, además de lo irreversible de sus efectos y del hecho de que el efecto placebo en estas intervenciones sea alto, hace que se evite en lo posible este tipo de tratamiento.

También se han utilizado tratamientos de diversa índole. Estos tratamientos son muy variados y no siempre cuentan con una fundamentación científica adecuada: acupuntura, ejercicio físico, dieta alimenticia, yoga o tratamientos caseros (como la ingesta de alcohol o tisanas) se han utilizado frecuentemente con resultados desiguales y con escasas garantías metodológicas. En ese sentido cabe destacar el trabajo de Akin, Weingand, Hengehold, Goodale, Hinkle y Smith (2001) quienes, en un estudio con todas las garantías metodológicas, demostraron que la irradiación de calor de baja intensidad durante las horas previas al comienzo de la menstruación conseguía aliviar el dolor de forma tan efectiva como la administración de ibuprofeno y más que un tratamiento placebo. Asimismo, es notable el trabajo de Deucht, Jorgensen y Hansen (2000) quienes demostraron que la administración suplementaria de ácidos grasos Omega-3 y vitamina B12 conseguían reducir de forma significativa el dolor menstrual.

3.6.2. Tratamientos psicológicos

El abordaje de la dismenorrea por parte de la Medicina Conductual es un hecho relativamente reciente. Tres son los factores decisivos para que se inicie la búsqueda de un tratamiento psicológico para la dismenorrea funcional: los problemas planteados por los tratamientos farmacológicos y quirúrgicos (efectos secundarios, problemas derivados de la interferencia prolongada en el sistema reproductor...); la aceptación de la importancia de los componentes cognitivos, emocionales y conductuales en el dolor menstrual; y la eficacia que los tratamientos psicológicos han demostrado en otros problemas de dolor crónico y funcionales. Además, la dismenorrea parece ser una de las formas de dolor crónico más propicia para ser abordada por técnicas cognitivo-conductuales, debido a la alta predictibilidad de su ocurrencia y a la brevedad de sus episodios.

Los primeros acercamientos terapéuticos provienen del ámbito psicoanalítico. Sin embargo, la mayoría de los trabajos se han desarrollado dentro del marco cognitivo conductual. Dentro de éste, podemos distinguir cuatro programas o técnicas de intervención que han demostrado su eficacia en la reducción de los síntomas de la dismenorrea: los ejercicios de Lamaze, el *biofeedback*, la relajación progresiva y la inoculación de estrés.

El entrenamiento basado en la adaptación de los ejercicios de preparación al parto de Lamaze incluye: control de la atención, entrenamiento en relajación muscular mediante la autoaplicación de masajes, control de la respiración, entrenamiento en desviar la atención del foco de dolor y ejercicio físico para la elevación del tono muscular y la disminución de la congestión pélvica.

El *biofeedback* ha sido el acercamiento terapéutico del que más estudios informan, especialmente en los últimos setenta y principios de los ochenta, aunque actualmente ha sido sustituido por técnicas como la relajación progresiva o por paquetes cognitivoconductuales. Las formas de *biofeedback* más frecuentemente empleadas han sido el BFB electromiográfico frontal y el BFB de temperatura manual, basándose en que éstos proporcionan índices aproximados de la respuesta general de relajación del organismo, que se considera incompatible con el dolor. Pese a su evidente inadecuación para el control de las respuestas psicofisiológicas implicadas en la dismenorrea, estos tratamientos han obtenido resultados sorprendentemente buenos. Su efectividad puede deberse, más que a la técnica en sí, a sus efectos inespecíficos, como han señalado varios autores. Larroy, Vallejo y Labrador (1988) desarrollaron un sistema de *biofeedback* específico, de tensión de músculos cervicales, cuyo objetivo es la reducción de la hipertonía del cuello uterino durante la menstruación. Los resultados indican una reducción del 43% del dolor en los dos meses siguientes al tratamiento y del 60% en un seguimiento a 30 meses (Larroy, 1989; 1992).

En los últimos años, han sido varios los estudios que han propuesto la relajación muscular progresiva como tratamiento de la dismenorrea primaria, obteniendo resultados muy satisfactorios.

La lógica de su utilización reside en varios hechos: en primer lugar, el entrenamiento en relajación muscular está presente en algunos de los programas que se han aplicado con éxito a la dismenorrea (como los ejercicios de Lamaze); en segundo lugar, las técnicas de *biofeedback* que se supone dirigidas a la consecución de un estado general de relajación (como el BFB EMG frontal o el de temperatura periférica), también han sido eficaces en la reducción del dolor menstrual; por otro lado, la relajación logra, no sólo el control del tono muscular, sino también el control de la ansiedad, generalmente presente en trastornos crónicos como la dismenorrea; por último, porque la relajación parece ser un excelente método para incrementar el autocontrol del paciente ante el dolor.

Además de sus virtudes terapéuticas, la relajación cuenta con grandes ventajas prácticas, que hacen aún más aconsejable su elección, frente a otras técnicas de aplicación más dificultosa, larga o cara. Esas ventajas son las siguientes: es un tratamiento, en principio, barato; que puede aplicarse de forma grupal; que no requiere ningún tipo de aparataje; es un procedimiento fácil de comprender y que se aprende en un número reducido de sesiones; y el sujeto puede practicar la técnica en casa, sin más ayuda que una cinta grabada.

El entrenamiento en relajación muscular se ha ampliado en ocasiones a entrenamiento específico de control de los músculos perineales, mediante *biofeedback* (Larroy, 1991). Sin embargo, en la mayoría de los estudios, se utiliza el entrenamiento en relajación muscular general, como único tratamiento, como elemento vertebrador del programa (como en los programas de DS aplicados a la dismenorrea), o combinado con otras técnicas, como *biofeedback*, imaginación, etc. Valga como botón de muestra el trabajo de Larroy (1989), que combina la relajación con información sobre la psicofisiología de la dismenorrea (previa a la introducción de las técnicas) y con

inducción de sugerencias de calor en las manos y en las zonas abdominal y lumbar. El entrenamiento en el programa de relajación seguido se ajusta al propuesto por Bernstein y Borckovec (1983), incluyendo una modificación para lograr la relajación específica de la zona perineal. Este programa de relajación se recoge en el anexo 4.

Además de ser un tratamiento paliativo eficaz, la relajación progresiva se ha mostrado también como una técnica de gran ayuda a la hora de prevenir la dismenorrea (Larroy, 1991). En este trabajo, 80 niñas premenárquicas fueron asignadas aleatoriamente a dos grupos: grupo de tratamiento y grupo control. La intervención consistió en una sesión de psicoeducación; seis sesiones de entrenamiento en relajación muscular progresiva, incluyendo la relajación pélvica; dos sesiones de entrenamiento en visualización y una sesión de prueba. No se dispuso de datos de línea base, por motivos obvios, y se evaluaron la intensidad y duración del dolor menstrual, la ingesta de fármacos y el tiempo de reposo, durante las cinco primeras menstruaciones tras la menarquia. Los resultados indican diferencias significativas entre el grupo tratado y el grupo de control, tanto estadística como clínicamente en las variables: intensidad y duración del dolor. Los resultados se mantuvieron durante el período de seguimiento (cinco meses tras la menarquia).

Respecto a las técnicas cognitivas, sólo en los últimos años han comenzado éstas a integrarse en programas de intervención, a pesar de haber demostrado sobradamente su eficacia en el control del dolor clínico y experimental. Larroy (1991) las incluyó en un programa conjuntamente con *feedback* de tensión cervical uterina; Penzo (1986) e Iglesias, Camarasa y Centelles (1987) defienden su inclusión en programas multimodales de control de la dismenorrea; Larroy (1993b) propone un programa de inoculación de estrés aplicado al tratamiento del trastorno. Este programa incluye:

- a) Una fase educacional o de conceptualización del dolor, consistente en una sesión informativa sobre los procesos fisiológicos de la menstruación, y de los mecanismos psicofisiológicos del dolor, según el modelo de la Puerta de Melzack; asimismo, se incluye una breve exposición de cómo el dolor puede ser controlado a través de estrategias psicológicas.
- b) Una fase de entrenamiento. Se entrenó a las pacientes en las técnicas siguientes: respiración (dos sesiones), técnicas de imaginación: visualización y creación de imágenes incompatibles con el dolor (dos sesiones); focalización de la atención en estímulos distintos del dolor (una sesión); uso de autoinstrucciones y autorrefuerzos; detención del pensamiento (una sesión); detección y extinción de conductas de dolor (se completaba la sesión con una explicación acerca de qué eran conductas de dolor, por qué se emitían y cómo podían controlarse).
- c) Una fase de aplicación en que las pacientes ponían a prueba las habilidades aprendidas en una situación de dolor inducido.

Los datos relativos a este trabajo se exponen a continuación.

El programa se aplicó a una muestra de mujeres adolescentes, de 7.º y 8.º de EGB (entre 12 y 14 años). Asimismo, también se aplicó a un grupo de mujeres jóvenes, estudiantes universitarias, de edades entre 18 y 23 años y con una historia de dolor de entre 5 y 12 años.

En ambos estudios, el programa consiguió la reducción significativa de la intensidad y duración del dolor, con respecto a los datos de línea base y con respecto al grupo control; y los resultados se mantenían en el seguimiento (de tres meses, en el caso de las adolescentes; y de nueve meses, en el caso de las jóvenes universitarias).

En el grupo de mujeres jóvenes los resultados fueron mejores que en el grupo de adolescentes, en el sentido de que se logró una reducción mayor de las variables: intensidad y duración del dolor (en el grupo de las adolescentes, un programa basado en el entrenamiento en relajación progresiva se presentó como la mejor opción de tratamiento).

A la vista de los resultados, se puede afirmar que las intervenciones conductuales en el tratamiento paliativo de la dismenorrea han sido satisfactoriamente eficaces, especialmente por lo que se refiere a la relajación progresiva y los programas como la inoculación. También el *biofeedback* específico se ha mostrado altamente efectivo, pero lo aparatoso y costoso de su aplicación desaconsejan su empleo. Los otros dos tipos de intervención, por el contrario, mantienen una buena relación coste/eficacia, por lo que se recomienda su utilización.

3.6.3. Propuesta de intervención

A tenor de los comentarios expuestos más arriba, la propuesta de intervención intenta combinar aquellas técnicas que mejores resultados han obtenido en el tratamiento paliativo de los síntomas de la dismenorrea, a la vez que su aplicación resulta sencilla y poco costosa. Por ello, y considerando que la dismenorrea, como cualquier tipo de dolor crónico, implica aspectos conductuales, cognitivos, emocionales y fisiológicos, la propuesta de intervención se fundamenta en un programa que considere el control de todos estos aspectos y que incluya la técnica de relajación muscular progresiva modificada. Siguiendo el esquema propuesto por Meichembaum, el programa se articularía en tres fases, correspondientes a las fases educacional o de conceptualización, de adquisición de habilidades y de ejecución controlada de las mismas. Éstas se explican a continuación.

Previa a la intervención, y de cara a facilitar a la paciente la comprensión de la conceptualización, así como para disponer de datos y parámetros acerca del trastorno (sobre la intensidad, duración, frecuencia y localización del dolor menstrual y los síntomas asociados a la dismenorrea) es necesario que la paciente conteste a un cuestionario o a un diario mensual. Los datos obtenidos de esta manera nos servirán para establecer la eficacia de la intervención, en cuanto a reducción o eliminación de los parámetros del trastorno. Con este propósito pueden utilizarse cualquiera de los

cuestionarios comentados en el apartado de evaluación. Sin embargo, con objeto de ajustarse al modelo de evaluación propuesto, se recomienda la utilización del Cuestionario de Dolor Menstrual de Larroy (recogido en Larroy, Crespo y Mesenguer, 2000) o, si se precisa mayor sencillez, el de Larroy (1989).

1. Fase de conceptualización del dolor. Consiste en una sesión de información, en la que se explican los mecanismos fisiológicos de la menstruación y los mecanismos psicofisiológicos del dolor, incluyendo y ejemplarizando cuáles son los factores cognitivos, emocionales y conductuales que consiguen mitigar o acentuar la percepción del dolor. Esa explicación se concreta posteriormente en el dolor menstrual. Se comenta cómo aparece y cómo se perpetúa, cuáles son los factores que coadyuvan a su mantenimiento y cómo se puede controlar el dolor y los síntomas asociados por medios psicológicos. Asimismo, se explica qué son las conductas de dolor y por qué deben identificarse y controlarse. Posteriormente, se pide a las mujeres participantes que identifiquen y apunten las conductas de dolor que emiten con frecuencia durante los períodos de dismenorrea y se discuten (aprendizaje discriminativo de las conductas de dolor).
2. Fase de adquisición de habilidades. El programa comprende las técnicas siguientes:
 - Técnicas de respiración: respiración natural completa, profunda, y alternante. Se entrena en las sesiones segunda y tercera. Tras entrenar en respiración natural completa (2.^a sesión) se enseñan las otras dos técnicas (3.^a sesión).
 - Técnica de relajación muscular progresiva modificada: incluyendo la relajación específica de la zona perineal. Se entrenan 9 grupos de músculos (los correspondientes a la segunda fase del entrenamiento de Borkovec, más los correspondientes a la zona del perineo). Se proporciona a las mujeres una cinta grabada con la relajación (duración: 20 minutos) con instrucciones para que practiquen la técnica una vez al día. También se les da un autorregistro de control de la relajación (sesión 4.^a). Este autorregistro se recoge en el [cuadro 3.3](#).
 - Entrenamiento en focalización de la atención en estímulos reales distintos del dolor: estímulos ambientales e interoceptivos (sesión 5.^a).
 - Entrenamiento en imaginación, utilizando las técnicas de visualización (interacción entre dolor y bienestar, y colores) y la técnica de creación de imágenes incompatibles con el dolor (sesiones 5.^a y 6.^a).

Cuadro 3.3. Autorregistro de control de la relajación

A continuación se presenta una serie de respuestas que son indicadores de relajación. Señale con una cruz los indicios que experimenta en este momento, después de haber practicado la relajación.

1. Siente relajación en:

- La frente
- La cara
- Los hombros
- La espalda
- El pecho
- El estómago
- El perineo (vagina)
- Otras partes del cuerpo
(especifique dónde _____)

2. Su corazón late despacio y rítmico

3. Siente su piel seca y tibia

4. Su respiración es rítmica y pausada

– Técnicas cognitivas:

- a) Autoinstrucciones (autoverbalizaciones que han de decirse las mujeres en distintos momentos del episodio de dolor, para seleccionar y utilizar las técnicas de afrontamiento adecuadas en cada momento, incluyendo frases de autorrefuerzo); los momentos en que generalmente se deben producir las autoverbalizaciones son (dependiendo de las características individuales del trastorno): el día antes de la menstruación (cuando aparecen las primeras molestias, que no son dolorosas); cuando se percibe la primera mancha o las primeras molestias dolorosas; cuando el dolor alcanza su máxima intensidad; y cuando se ha conseguido controlar el dolor o éste ha desaparecido.
- b) Detención del pensamiento, aplicada a las cadenas cognitivas negativas referidas al problema más visualización de escenas positivas.

Esta sesión, la 7.^a, al contrario de las restantes, se realiza de modo

individual.

3. Fase de aplicación de lo aprendido. En esta sesión las mujeres ponen en práctica, en una situación de dolor experimental, las habilidades aprendidas. Generalmente, el dolor se provoca mediante un manguito de presión, o mediante inmersión de un miembro periférico en agua fría. También puede pedirse a la paciente que se imagine a sí misma experimentando las sensaciones dolorosas y poniendo en marcha las estrategias aprendidas. Sin embargo, la inducción del dolor experimental es más útil para que las pacientes perciban que son capaces de poner en marcha estrategias que consiguen reducir la percepción de la sensación dolorosa.

3.6.4. Caso: Intervención

A partir de los datos obtenidos en el análisis funcional, quedaba claro que el componente de ansiedad (y la tensión muscular asociada) debía ser uno de los primeros objetivos de tratamiento. Evidentemente, también había que intervenir con el componente cognitivo, ya que todos los pensamientos negativos influían poderosamente en la intensificación y cronificación del trastorno, especialmente aquellos relacionados con sentimientos de falta de control ("no puedo salir, no puedo pensar, el dolor me está volviendo inútil") y de indefensión ("ya no sé qué hacer para solucionar esto, es que no puedo hacer nada; es que haga lo que haga, todo es inútil"). Y, por supuesto, había que tratar los síntomas físicos, y, fundamentalmente, los inputs sensoriales relacionados con el dolor: los calambres y la tensión muscular.

La sesión de devolución de información se aprovechó para hacer psicoeducación. En esa sesión, se le explicó a Trinidad la fisiología y el mecanismo del ciclo menstrual, así como los fundamentos fisiológicos y psicológicos de la dismenorrea. Se le comentó cómo y mediante qué mecanismos se había generado y cronificado el problema, utilizando el modelo de dismenorrea de Larroy, ejemplificado con información obtenida en la entrevista y los cuestionarios. Asimismo, se le explicó el plan de intervención que se iba a seguir en su caso.

Se escogió la relajación como técnica de aplicación en primer lugar, por varias razones:

- a) Con esta técnica se conseguía alcanzar dos de los objetivos fijados para la intervención: el control de la ansiedad y el control del tono muscular elevado en la zona lumbar y perineal.
- b) Es una técnica sencilla, de rápido aprendizaje si se ensaya frecuentemente y que proporciona en breve tiempo al paciente el control sobre las respuestas a que va dirigida.
- c) Asimismo, proporciona al paciente una sensación de control que incrementa su

motivación y sus expectativas hacia el tratamiento.

Las dos primeras sesiones se utilizaron en entrenar a Trinidad en una técnica de relajación muscular progresiva modificada, que incluía ejercicios de tensión-distensión de la zona perineal. Se hizo especial hincapié en esos ejercicios, dado que el perineo era una zona con niveles elevados de tensión muscular asociados al dolor menstrual. Se le explicó cuáles eran las razones para empezar entrenando con esa técnica, y cómo debía llevarse a cabo. Se ejemplificó el entrenamiento en sesión y se le proporcionó una cinta grabada, con las instrucciones de que llevara a cabo el entrenamiento una vez al día. En la segunda sesión, se comentaron los problemas que Trinidad había tenido para realizar el entrenamiento y se le entrenó en relajación de nueve y cinco grupos musculares (incluidos los perineales), con la indicación de que entrenara los tres primeros días en nueve grupos y los restantes en cinco grupos.

La reducción del nivel de prostaglandinas, el otro input sensorial relacionado con el dolor, no podía llevarse a cabo directamente. Sin embargo, y, dado que la producción de prostaglandinas está mediada por el disparo de ACTH, y ésta se relaciona con el disparo del eje I (eje neurológico) como respuesta al estrés, se pensó que la reinterpretación de las situaciones estresoras podía reducir, indirectamente, la producción de prostaglandinas. Es decir, de lo que se trataba era de que algunas de las situaciones que Trinidad evaluaba como estresoras, y a las que creía que no podía hacer frente, dejaran de ser consideradas como tales. Para ello, se trabajó con un conjunto de técnicas cognitivas, a saber: detención del pensamiento, entrenamiento en autodirección de pensamientos agradables y autoinstrucciones.

La detención se llevó a cabo aplicando este procedimiento tanto a los pensamientos que se relacionaban con la ansiedad premenstrual (otra vez me voy a poner mala, lo voy a pasar fatal; no voy a poder hacer nada; etc.) como a la cadena de pensamientos que se producía una vez instaurada la menstruación franca (esto duele cada vez más, estoy harta, me duele mucho; no puedo hacer nada; etc.). Para incrementar la eficacia de la técnica, se pidió a la paciente que, durante unos minutos, imaginara escenas agradables justo después del corte de pensamientos negativos.

Esas escenas agradables formaban parte, asimismo, del entrenamiento en autodirección de pensamientos, que se llevó a cabo mediante el procedimiento siguiente:

- a) Entrenamiento en visualización: se describió una pluma de ave a la paciente, pluma que al principio estaba en reposo y que luego empezaba a moverse suave y lentamente. Se le pedía a Trinidad que intentara visualizar la pluma y, tras varios ensayos, que analizara las sensaciones (de tranquilidad y relajación) que la descripción de la pluma en movimiento le sugería. El paso siguiente era que ella misma imaginara una pluma en movimiento, que le produjera, asimismo, sensaciones de tranquilidad y bienestar.
- b) Una vez que Trinidad era capaz de imaginar vívidamente la pluma, se le pidió que escogiera tres o cuatro situaciones que le generaran, asimismo,

sensaciones de tranquilidad y bienestar y que apuntara todos los elementos sensoriales que contribuían a recrear estas situaciones. Tras varios intentos, Trinidad fue capaz de recrear vívidamente dos situaciones: con su marido, tumbados en la playa de una isla tropical, donde no había nadie más; y ella sola, recostada contra el tronco de un árbol, en el jardín de la casa de sus padres.

- c) En la tercera fase, se entrenó a la paciente a imaginar vívidamente estas situaciones y a experimentar y prolongar las sensaciones de tranquilidad y bienestar que aquéllas le generaban.

El entrenamiento en autoinstrucciones tenía como objetivo guiar las actuaciones de Trinidad en diversos momentos relacionados con la menstruación, de modo que supiera qué era lo que tenía que hacer en cada momento para afrontar el dolor y los síntomas asociados. El procedimiento es el que está descrito en el [apartado 3.6.3](#), propuesta de intervención, por lo que no se abundará más en ello.

Con estas técnicas se procuró a la paciente la posibilidad de cambiar los pensamientos negativos por otros positivos y agradables, así como una guía de actuación que le permitía poner en marcha, en los momentos precisos, estrategias efectivas de afrontamiento al dolor. Todo ello le proporcionó una cierta sensación de control, contraria y reductora del sentimiento de indefensión que, hasta el momento, experimentaba Trinidad.

También fue necesario intervenir para reducir las conductas de dolor. Aunque éstas no implicaban, básicamente, ganancias secundarias (como ocurre en algunos pacientes de dolor crónico), sí parecían contribuir al mantenimiento del problema. Las conductas de dolor estaban generando un efecto múltiple. Al ser reforzadas, tanto positiva como negativamente, estas conductas se estaban incrementando. Ello hacía que las posibilidades de que Trini afrontara el dolor con conductas alternativas se fuera reduciendo progresivamente. Por otro lado, algunas de esas conductas, como la de tumbarse en la cama, aislándose de todo, favorecía procesos tales como la focalización de la atención en el dolor, o el disparo de las cadenas de pensamientos negativos que incrementaban los sentimientos de ansiedad, impotencia e indefensión que hacían que la situación se viviera de forma muy aversiva. Por último, las conductas de dolor perpetuaban un estatus de enfermo incurable que no favorecían en absoluto a los objetivos de la intervención.

A Trini se le explicó en qué consistían las conductas de dolor, cómo se manifestaban y qué papel jugaban en el mantenimiento del problema. Se le pidió que identificara qué conductas realizaba y cuáles eran las consecuencias de las mismas. Conjuntamente con la terapeuta, Trini buscó conductas alternativas a cada una de las conductas de dolor que emitía durante la menstruación (excepto la ingesta de medicación, que se abordaría más adelante y la de tomarse una tisana). Se le instruyó para que, cada vez que fuera a emitir una conducta de dolor determinada, pusiera en marcha la conducta alternativa. También se habló con el marido y se le dio instrucciones para que extinguiera las conductas de

dolor y reforzara, por el contrario, las conductas alternativas. Se le pidió que esas instrucciones las explicara y las hiciera extensivas a la madre de Trinidad, que no acudió a la consulta.

3.6.5. Caso: Resultados

Se evaluaron los efectos de la intervención en la menstruación siguiente a la misma y tras un seguimiento de tres meses.

En la primera de estas medidas, se obtuvieron los siguientes resultados:

- a) En la Symptom Severity Scale (Chesney y Tasto, 1975b) se aprecia una reducción de síntomas cercana al 65% con respecto a las puntuaciones obtenidas previamente a la intervención.
- b) En la escala numérica de intensidad del dolor se obtuvo una reducción del dolor percibido del 80%; también la reducción en la duración del dolor fue muy importante, quedando ésta en el 22% de la duración en el período de línea base (reducción del 78%).
- c) En el autorregistro diario, se observan reducciones que oscilan entre el 60 y el 80% de los síntomas con respecto a la línea base. Específicamente, el síntoma Retención de agua se redujo en el 60% de la medida inicial; los calambres en el abdomen y las piernas se redujeron en un 70%, y los síntomas premenstruales y los trastornos digestivos obtuvieron una reducción del 80%.

Además de estos resultados, se constató que el dolor y las molestias se circunscribían únicamente al día anterior de la menstruación y al de comienzo de ésta. Como el dolor se había amortiguado de forma importante, la paciente pudo reducir y, finalmente, eliminar la ingesta de medicación. Asimismo, ya no necesitaba permanecer en la cama y, aunque los dos primeros meses se quedó en casa el primer día de la menstruación (por si acaso, comentaba ella), en los dos siguientes que se evaluaron realizó sus actividades con toda normalidad.

La paciente verbalizó una reducción importante en la ansiedad experimentada y en los pensamientos negativos (aunque no se obtuvieron medidas específicas de ninguno de ellos) y mostró su satisfacción porque, cuando se presentaban, era capaz de controlarlos.

Los resultados obtenidos en la evaluación realizada tras el período de seguimiento se mantenían similares a los ya comentados.

3.7. Guía para la paciente

Las personas que decidan emprender por sí mismas un proceso de intervención

sobre el dolor menstrual pueden hacerlo de forma práctica y sencilla, siguiendo los mismos pasos que pondría en marcha un terapeuta profesional:

- Evaluación inicial del problema: en este caso, evaluación de los síntomas asociados a la menstruación, en sus parámetros de intensidad, duración, momento de aparición, etc.; también deben evaluarse las conductas de dolor emitidas, los remedios empleados, su eficacia; los determinantes de la aparición del dolor, etc.; para una información más completa, revisar el modelo de evaluación del dolor menstrual de Larroy (1989), recogido en el [apartado 3.2](#), Procedimientos y técnicas de evaluación.
- Selección de las técnicas adecuadas al problema específico de la persona, en función de la sintomatología y de los determinantes que parezcan más relevantes.
- Elaboración de un programa de intervención, que incluya un cronograma que recoja: el momento de presentación de las técnicas seleccionadas, la duración del entrenamiento en las mismas, etc.
- Establecimiento de un plan de trabajo: determinación del número de sesiones que se van a necesitar (en principio), cuánto van a durar, la estructura de las mismas, cuándo se van a llevar a cabo, etc.
- Puesta en marcha del programa de intervención.
- Evaluación de los resultados, con los mismos criterios y parámetros utilizados en la evaluación inicial, con objeto de comparar ambos resultados y decidir si la intervención ha sido suficientemente efectiva o si, por el contrario, es necesario insistir en la reducción de determinados síntomas o conductas.

Cada uno de estos puntos se explican detalladamente a continuación.

• *Evaluación inicial*

Es conveniente que, al menos durante dos menstruaciones, se registren los datos de las siguientes variables:

- Sintomatología asociada distinta del dolor: los síntomas más frecuentes son malestar, tensión mamaria, inflamación abdominal, retención premenstrual de líquidos, cambios de humor, sentimientos disfóricos, etc. De la sintomatología puede registrarse, bien únicamente presencia o ausencia, o bien, intensidad. En este caso, es conveniente utilizar una escala numérica (de 0 a 10 o de 0 a 5 son las más frecuentes), en la que el polo más bajo (0) indique ausencia del síntoma y el polo más alto (5 o 10, dependiendo de la escala empleada) indique la intensidad más alta que se pueda experimentar (el síntoma sería tan intenso que incapacitaría totalmente a la persona). Generalmente, basta con

señalar ausencia o presencia de estos síntomas, que suelen ser secundarios al dolor menstrual. La evaluación de la intensidad de los mismos puede complicar innecesariamente el proceso, por lo que sólo se recomienda en el caso en que éstos sean muy intensos o perturbadores para la paciente. Los síntomas pueden consultarse en cualquiera de las escalas comentadas en el [apartado 3.2](#), o bien la paciente puede elaborar una lista con los síntomas que experimenta más frecuentemente. Si se considera necesario (aunque no suele serlo) se obtendrá también información del momento de aparición de cada uno de los síntomas.

- Dolor menstrual: dado que es el síntoma principal de la dismenorrea, se debe evaluar con especial consideración. Del dolor, debe evaluarse la intensidad (en las mismas escalas que se han comentado antes), en su grado máximo, o como media del dolor (generalmente, el patrón del curso del dolor menstrual se asemeja a una meseta: el dolor comienza, se va intensificando, alcanza una intensidad máxima, permanece así durante un tiempo y luego comienza a descender; por lo tanto, lo que se suele medir es la intensidad máxima del dolor, cuando se alcanza lo alto de la meseta). Es importante también considerar la duración del dolor, tanto globalmente (desde que se inicia hasta que se acaba), como la duración del dolor en su máxima intensidad (en lo alto de la meseta), pues suele ser en esas horas cuando las mujeres se sienten incapacitadas o limitadas en la realización de sus tareas. La duración suele establecerse en horas y minutos. Es asimismo conveniente evaluar la caracterización física del dolor: localización, tipo (si son espasmos o una presión continua, si se siente únicamente en el abdomen o también en la zona lumbar, si se irradia a otras zonas del cuerpo, etc.).
- Cadenas cognitivas y emociones: está sobradamente probada la influencia de los pensamientos en la percepción del dolor, y la dismenorrea no es una excepción. Por ello, es conveniente que se registren (mediante simples anotaciones en un cuaderno) los pensamientos negativos que la paciente experimenta cuando está sufriendo el dolor menstrual. Esto ayuda a conocerlos y rebatirlos en su momento. Lo mismo ocurre con las emociones: es necesario conocer cómo se siente la paciente para poder seleccionar la técnica de control emocional que mejor se adecue a sus necesidades. Un autorregistro, que incluya los apartados *¿Qué siente?* O *¿Cómo se siente?* y *¿Qué piensa?* Son suficientes para obtener la información necesaria.
- Conductas de dolor: al igual que los pensamientos y las emociones, las conductas de dolor reforzadas pueden mediar en la percepción del dolor, por lo que deben ser controladas. Las conductas de dolor suelen evaluarse mediante un autorregistro funcional, donde se contemplen los antecedentes y consecuentes de las conductas (dado que es importante conocer si obtienen reforzamiento de cualquier tipo). Este autorregistro puede combinarse con el de pensamientos y emociones.

Resumiendo, para una correcta y completa evaluación del dolor menstrual se han de considerar todos los factores mencionados anteriormente. Los instrumentos para recabar información de estos factores pueden ser autorregistros, que diseñe el terapeuta, pero también se puede acudir a los instrumentos que se comentaron en el apartado 3.2. Por ejemplo, se puede utilizar el Cuestionario Mensual de Dismenorrea de Larroy (1989), que se recoge en el anexo 2, para evaluar intensidad y duración del dolor, presencia de síntomas no dolorosos, y conductas de dolor paliativas del mismo (ingesta de medicación y reposo) y recoger la información precisa sobre pensamientos, emociones y determinantes mediante un autorregistro del tipo siguiente:

Día/hora	Descripción de la situación	Pensamientos	Emociones	Conductas	Consecuentes
	(Lugar, personas presentes, etc.)		¿Qué siente?	¿Qué hace?	¿Qué hace luego? ¿Qué hacen los demás?

Para la caracterización del dolor (localización, tipo, etc.) se puede utilizar el Mc Gill Pain Questionnaire, en cualquiera de sus adaptaciones españolas o, simplemente, tratar de hacer una descripción completa de las características del dolor y adjuntarla a los cuestionarios ya comentados (aunque no se pueda utilizar para una comparación estadística con los datos de la evaluación postratamiento, sí puede servir para una evaluación cualitativa, generalmente suficiente desde el punto de vista del paciente).

- *Selección de las técnicas adecuadas*

En función de la sintomatología (fundamentalmente, del tipo de dolor, sentimientos, pensamientos y conductas) que presente la mujer, se seleccionarán las técnicas más adecuadas a cada caso.

En general, casi siempre se ha de utilizar el entrenamiento en relajación progresiva, dado que esta técnica se ha mostrado eficaz tanto en la reducción de la tensión muscular asociada al dolor, como para generar en las pacientes un estado de calma y tranquilidad, así como para proporcionarles una cierta sensación de control y disminuir los sentimientos de impotencia e indefensión. Por otro lado, y con la práctica adecuada, la relajación se puede llevar a cabo en multitud de situaciones variadas, y no requiere

demasiado tiempo.

El resto de las técnicas dependerán de cada caso en particular, dependiendo de las conductas cognitivas, motoras y emocionales que se presenten:

- Si existe un fuerte componente cognitivo, como verbalizaciones negativas encadenadas, pensamientos de impotencia o sobre la irresolubilidad del problema, etc. habrá que utilizar técnicas como la detención del pensamiento (si esas cadenas cognitivas aparecen de forma incontrolada y van haciéndose progresivamente más intensas, ocupan más tiempo y adquieren un carácter catastrofista: "nunca voy a ser capaz de superar esto, necesito que alguien haga algo, no puedo más, esto cada vez es peor", etc.) y la distracción cognitiva (por ejemplo, con técnicas de visualización como las comentadas en el [apartado 3.6](#)). Asimismo, es conveniente incluir el entrenamiento en autoinstrucciones, que ayuda a guiar la conducta de la paciente durante el enfrentamiento con la situación (por ejemplo: "tengo que hacer los ejercicios de relajación; ahora tengo que pensar en una situación agradable; ahora tengo que reforzarme por haber practicado las técnicas", etc.); y en verbalizaciones positivas, que contribuyan a disminuir las negativas y refuercen a la paciente ("lo estoy haciendo muy bien; ahora ya sé lo que tengo que hacer; la próxima menstruación todo me saldrá mejor", etc.).
- Si existe un componente de ansiedad, las técnicas expuestas (relajación y técnicas cognitivas) suelen ser suficientes para controlarlo. También resulta muy útil el entrenamiento en respiración, que consigue una rápida desactivación fisiológica y, muchas veces, también emocional. Se recomienda el entrenamiento de las técnicas de respiración natural completa, en primer lugar, y de la respiración alternante y la respiración profunda, más adelante.
- Si existe un componente motor importante (conductas de dolor reforzadas socialmente) será necesario establecer un control estimular adecuado (por ejemplo, que la paciente se ausente del lugar donde están las personas que la refuerzan), así como implementar un sistema de autorreforzamiento por no emitir las conductas de dolor y dar, en su lugar, conductas adecuadas (como poner en marcha las estrategias aprendidas).

• *Elaboración del programa de intervención*

Una vez seleccionadas las técnicas que van a utilizarse, se debe establecer el orden de presentación de las mismas y el tiempo que se va a dedicar al entrenamiento en cada una de ellas (por supuesto, tiempo aproximado).

Es conveniente comenzar con psicoeducación o biblioterapia, recomendando cualquier libro, artículo o folleto divulgativo que permita a la paciente conocer los procesos implicados en la menstruación y la dismenorrea, por qué se produce ésta y

cómo puede controlarse. A continuación, se puede comenzar el entrenamiento de las técnicas seleccionadas. Se recomienda comenzar por el entrenamiento en relajación, por varios motivos: esta técnica requiere una práctica continuada antes de que se alcance un nivel de ejecución satisfactorio (que el sujeto se relaje profundamente en pocos minutos); sin embargo, produce desde el principio sus efectos terapéuticos; suele proporcionar una sensación de control (la persona aprende que puede hacer algo para controlar su dolor), lo que provoca efectos motivadores de cara al resto del tratamiento. El entrenamiento en relajación requiere de una práctica, si no diaria, sí muy frecuente (tres o cuatro veces a la semana). Con este ritmo, en cuatro semanas se suele adquirir la habilidad necesaria para poder relajarse rápidamente en cualquier situación.

La organización del resto de las técnicas dependerá de cuáles sean las que vayan a utilizarse. En general, suelen entrenarse primero las técnicas cognitivas que las dirigidas al control de la conducta motora y, dentro de aquéllas, la detención del pensamiento y las autoinstrucciones antes que las técnicas de distracción. Dado que las técnicas de respiración ocupan poco tiempo de entrenamiento (aunque requieren una práctica continuada), suelen entrenarse a la vez que las técnicas cognitivas. Basta media hora para aprender el mecanismo de la respiración natural completa (aunque se tendrá que practicar varias veces todos los días para alcanzar un nivel de ejecución satisfactorio). La técnica de detención de pensamiento puede quedar establecida en alrededor de una hora (aunque también se requiere entrenamiento adicional para llegar a dominarla). Respecto a las técnicas de distracción, su duración depende en gran medida de la capacidad de abstracción y visualización de las personas, por lo que es muy difícil establecer, a priori, la duración de los entrenamientos.

Cuadro resumen

La dismenorrea primaria es el trastorno de la menstruación más relevante, tanto por su prevalencia como por los costes sociales, económicos y personales que provoca. Se calcula que aproximadamente el 50% de las mujeres menstruantes sufren de dolor y trastornos en, al menos, varias de sus menstruaciones al año, siendo este porcentaje mayor entre las mujeres jóvenes y las adolescentes.

La evaluación del trastorno puede hacerse mediante entrevista y el empleo de cuestionarios (el más importante es el MSQ), escalas o, más frecuentemente, autorregistros diarios o mensuales.

En la etiología de la dismenorrea participan factores fisiológicos (el más importante son las prostaglandinas) y factores sociales y psicológicos: las respuestas emocionales, las cogniciones negativas, las conductas de dolor, etc., que pueden potenciar o minimizar los efectos de los factores físicos.

El tratamiento de la dismenorrea es fundamentalmente farmacológico; sin embargo, el abordaje cognitivo-conductual, que integra técnicas que regulan las respuestas fisiológicas, emocionales, cognitivas y motoras, se ha mostrado eficaz y eficiente, tanto en la intervención paliativa como en la preventiva.

Preguntas de autoevaluación

1. La dismenorrea espasmódica agrupa los síntomas que aparecen fundamentalmente en la fase premenstrual. V F

 2. Para evaluar la dismenorrea es suficiente con recoger información sobre la caracterización y localización del dolor. V F

 3. La dismenorrea afecta aproximadamente al 50% de las mujeres que menstrúan, siendo este porcentaje menor a medida que se incrementa la edad de la población. V F

 4. En la etiología de la dismenorrea, las prostaglandinas juegan un papel poco relevante. V F

 5. Una técnica que ha mostrado su valor para la prevención y tratamiento del trastorno es la relajación. V F
-

Síndrome premenstrual

El Síndrome premenstrual (a partir de ahora, también SPM), constituye, junto con la dismenorrea primaria, el trastorno de la menstruación de mayor relevancia, dado lo elevado de su incidencia entre la población femenina y de la gravedad que pueden alcanzar sus síntomas.

El interés por este trastorno comenzó en el primer tercio del siglo pasado. De hecho, en 1931, Frank describió por primera vez el síndrome, denominándole "tensión premenstrual". En aquellos días, las mujeres que sufrían el síndrome eran consideradas ninfómanas y tratadas como tales (en la actualidad, por supuesto, nadie mantiene esta creencia). Durante los años siguientes, se trató de estudiar el trastorno en relación con desórdenes psiquiátricos y con la comisión de delitos (de hecho, en alguna ocasión, el padecer SPM y hallarse en fase premenstrual cuando se cometió el delito ha sido alegado y aceptado como atenuante de éste). Paralelamente, el auge de la industria farmacéutica posibilitó un tímido comienzo del tratamiento farmacológico del trastorno. Se buscaban tratamientos parcialmente paliativos, dado que la etiología del trastorno no estaba (ni lo está) en absoluto clara. Pero fue Katherine Dalton quien, a mediados de los años cincuenta, inicia una serie de estudios que abrirán el campo de la investigación del SPM. Realmente, Dalton es la figura señera y la referencia obligada para todo estudioso del SPM, y no sólo por sus investigaciones, sino por su contribución a la divulgación de los conocimientos acerca de este trastorno. El interés por el SPM ha ido en aumento y, en los últimos años, ha llegado hasta el público en general, a través de artículos de divulgación en revistas y periódicos. Este interés ha hecho que proliferaran los estudios acerca del síndrome, lo que ha originado numerosas polémicas tanto por lo que se refiere a la caracterización y sintomatología del SPM, como por lo relativo a su incidencia, etiología y posibles tratamientos.

4.1. Sintomatología y taxonomía actuales

El término que mejor describe la caracterización del SPM es "diversidad" de manera similar, aunque en mayor grado, a lo que ocurre en la dismenorrea primaria (de hecho, se han encontrado más de 150 síntomas diferentes relacionados con el SPM). El trastorno comprende un variado listado de síntomas que difieren de una mujer a otra e, incluso, en una misma mujer se presentan (o no) con distintas intensidad y duración en las diferentes menstruaciones. Asimismo, también es frecuente que varíe el momento de aparición de los síntomas, una de las variables que se tienen en cuenta a la hora de caracterizar el trastorno.

En general, la sintomatología que se considera fundamentalmente es la siguiente: dolor o tensión muscular, cambios en la capacidad de concentración, cambios comportamentales, reacciones autonómicas diversas, retención de líquido y cambios de humor.

Una sucinta caracterización de estos síntomas se recoge en el [cuadro 4.1](#).

Generalmente, se considera que los síntomas más importantes, por su incidencia, son las manifestaciones mamarias, las alteraciones conductuales y psíquicas y la congestión pelviana (inflamación del abdomen).

El SPM suele comenzar unos días antes de la menstruación (incluso hasta 10 días antes), alcanzar su máxima intensidad entre 48 y 24 horas antes de la aparición de la menstruación y desaparecer a las pocas horas de instaurada ésta. Es precisamente esta consonancia en el momento de presentación o *time cause* del trastorno y en la sintomatología lo que ha llevado a varios autores a considerar que el SPM es lo mismo que la dismenorrea congestiva y que, por tanto, SPM y dismenorrea no pueden considerarse como trastornos distintos, sino que existiría un único problema con manifestaciones muy variadas. Sin embargo, un número importante de los autores en la materia no piensan así y el tema sigue generando controversias. Ahora bien, sí es cierto que algunos síntomas del SPM (concretamente, la retención de líquido, con la consiguiente inflamación mamaria y abdominal, y los efectos psíquicos negativos, como irritabilidad o cambios de humor), coinciden con algunos de los síntomas propuestos por Stephenson y cols. (1983), en su taxonomía. No es un supuesto teórico la coincidencia de síntomas entre ambos trastornos en las mismas mujeres. De hecho, Larroy, Taberero, Gil, Garrido y Feito (2001) han encontrado esta misma coincidencia en un estudio epidemiológico realizado sobre 1.387 mujeres de la Comunidad Autónoma de Madrid. Lo que sí parece arriesgado, en cambio, es suponer que esta coincidencia en algunos de los síntomas hace del SPM y de la dismenorrea un mismo trastorno, ya que existen aspectos muy relevantes, como los etiológicos, en los que se aprecia claramente las diferencias entre SPM y dismenorrea, como se comentará más adelante. Por último, sí hay que señalar, aunque también se comentará posteriormente, que la coincidencia de síntomas y de momentos de aparición de ambos trastornos, con respecto a la menstruación, hace posible un tratamiento conjunto y similar de los mismos.

Cuadro 4.1. Taxonomía de los síntomas del Síndrome Premenstrual

<i>Dolor:</i>	Tensión muscular, dolor de espalda y cabeza, dolor y malestar difusos y generalizados, cansancio.
<i>Cambios en lo capacidad de concentración:</i>	Confusión, mala memoria y falta de concentración.
<i>Cambios de conducta:</i>	Insomnio, disminución de la eficacia y del rendimiento.
<i>Reacciones autonómicas:</i>	Mareos, sudores fríos, náuseas, vómitos y desmayos.
<i>Retención de líquido:</i>	Inflamación del abdomen, hinchazón y tensión mamaria, edemas, aumento de peso.
<i>Cambios de humor:</i>	Ansiedad, irritabilidad, depresión, propensión al llanto, labilidad emocional.

Debido a la gran variedad de síntomas, a la amplitud del rango en cuanto al momento de aparición de estos síntomas, a los diferentes grados de intensidad que muestran, etc., diversos autores (Moos, 1968; Halbreich y Endicott, 1982, entre otros) han propugnado la existencia de varios y distintos síndromes premenstruales, en vez de uno único. Esta propuesta (actualmente parece la más aceptada), no indica, sin embargo, cómo deben categorizarse los síndromes: si como diferentes tipos de procesos cíclicos o como diferentes reacciones físicas y psicológicas al mismo patrón cíclico; es decir, si como varios síndromes, o si como un único síndrome con patrones diferentes.

4.2. Evaluación y diagnóstico

Además de la existencia de varios de los posibles síntomas que pueden caracterizar el trastorno, para el diagnóstico del SPM hay que considerar otros aspectos, tales como:

- El momento de aparición y desaparición de la sintomatología.
- La recurrencia cíclica de los síntomas en la misma fase de cada ciclo menstrual.
- La existencia de un período posmenstrual libre de síntomas.

Estos tres factores son de particular importancia a la hora de considerar el diagnóstico del síndrome; pero existen, también, otros indicadores que pueden facilitar el diagnóstico, en caso de duda.

Estos indicadores son (Dalton, 1982):

- Intolerancia a los anticonceptivos.
- Mala tolerancia al alcohol en la fase premenstrual.
- Antojos alimentarios.
- Fluctuaciones de peso, que pueden alcanzar hasta los tres o cuatro kilogramos al mes.

La evaluación del SPM se ha realizado, tradicionalmente, mediante cuestionarios y autorregistros diarios de síntomas o gráficas mensuales, algunos de los cuales se presentan y comentan a continuación.

Entre los cuestionarios, destacan el de Moos (1968): Menstrual Distress Questionnaire; y el de Halbreich, Endicott, Schacht y Nee (1982), denominado Premenstrual Assessment Form.

El Menstrual Distress Questionnaire (MDQ) comprende 47 ítems, que reflejan los síntomas más frecuentemente recogidos en la literatura. Cada síntoma se puntúa en una escala de 5 puntos (de "no experiencia" a "experiencia severa" del síntoma). Existen dos formas del cuestionario. En la forma T, el sujeto evalúa la intensidad de los síntomas en ese mismo día, tenga o no la menstruación. En la forma C, los síntomas se valoran, retrospectivamente, en tres momentos distintos del último ciclo menstrual: durante la menstruación, durante los cuatro días anteriores a la menstruación y en el resto del ciclo.

El cuestionario identifica ocho grupos de síntomas: dolor, concentración, cambios del comportamiento, reacciones autonómicas, afectividad negativa, retención de agua, estimulación y control. En el [cuadro 4.2](#) se recogen algunos ítems del MDQ.

Cuadro 4.2. Ejemplos de ítems del Menstrual Distress Questionnaire

- Erupciones o granos.
 - Ansiedad.
 - Dolor de espalda.
 - Dolor de cabeza.
 - Cansancio.
 - Bajo rendimiento.
 - Zumbido en los oídos.
 - Pobre coordinación motora.
 - Evitación de actividades sociales.
 - Falta de concentración.
-

Aunque el MDQ fue el primer cuestionario para evaluar el SPM, no es el único, ni el más utilizado. Halbreich y cols. (1982) desarrollaron el Premenstrual Assessment Form (PAF) para facilitar la evaluación y selección de sujetos con distintos tipos de SPM, de

acuerdo con el modelo propuesto por estos mismos autores, que propugnaban la existencia de distintos síndromes, en vez de un único SPM. El PAF consta de 95 ítems que describen cambios específicos en estado anímico, conducta y condiciones físicas. Cada ítem se valora en una escala de 6 puntos, para indicar el grado de cambio en la fase premenstrual respecto al estado normal de la mujer en el período "no premenstrual" durante los tres ciclos anteriores a la evaluación.

La escala de valoración es la siguiente:

1. No aplicable (por ejemplo, "faltar al trabajo", si no se trabaja); o sin cambios (el síntoma no se presenta o no cambia en severidad).
2. Cambios mínimos (sólo apreciables por uno mismo; los demás seguramente no notarán el cambio).
3. Cambios suaves (fácilmente apreciables por uno mismo y por las personas que le conocen bien).
4. Cambios moderados (claramente apreciables por uno mismo y por los allegados).
5. Cambios severos (muy evidentes para uno mismo y sus allegados).
6. Cambios extremos (el cambio respecto al estado normal de la mujer es tan llamativo que se hace evidente incluso a las personas que no la conocen bien).

El PAF discrimina entre distintos subtipos de SPM, que pueden o no presentarse conjuntamente y que son los siguientes: síndromes depresivos mayores, síndromes depresivos menores, irritabilidad, ansiedad, hostilidad, incremento del malestar, impulsividad, estado mental "orgánico", retención de agua, malestar general, cambios autonómicos, cambios en condiciones físicas, fatiga y funcionamiento social alterado (Halbreich y Endicott, 1982). En el [cuadro 4.3](#) se recogen algunos ítems del PAF.

Aunque los cuestionarios han sido ampliamente utilizados, sobre todo en la investigación, con vistas a caracterizar el trastorno y fundamentar su sintomatología, en la práctica clínica los instrumentos más útiles han sido, sin duda, los autorregistros diarios y las gráficas mensuales. En estas gráficas se recogen, día a día, los síntomas que sufre la paciente, los días de su menstruación y la relación temporal de éstos con aquéllos. Un ejemplo de una gráfica mensual se recoge en el anexo 3.

Cuadro 4.3. Ejemplos de ítems del Premenstrual Assessment Form

- Tener cambios rápidos de humor en el mismo día (llorar, *reír*, sentirse muy enfadado o feliz).
- Perder el apetito.
- Sentir dolor, tirantez o hinchazón en el pecho.
- Sufrir náuseas o vómitos.

- Mostrar agitación física (tamborilear con los dedos, mover las piernas y los pies, no permanecer sentada).
 - Sentimientos de malestar general.
 - Distraerse fácilmente (la atención se desvanece fácil y rápidamente).
-

El síndrome premenstrual no es un trastorno psicopatológico. Sin embargo, y como se comentará posteriormente, se ha pretendido identificar el síndrome premenstrual con el Trastorno disfórico premenstrual. Según el DSM-IV (APA, 1994), los criterios diagnósticos del trastorno disfórico premenstrual son los siguientes:

- a)* En la mayoría de los ciclos menstruales del pasado año, cinco o más de los síntomas siguientes tienen que haberse presentado durante la mayor parte del tiempo de la última semana de la fase lútea, comenzando a remitir pocos días después del comienzo de la fase folicular y estando ausente en la semana siguiente a la de la menstruación (para las mujeres menstruantes, la fase lútea corresponde al período entre la ovulación y la menstruación y la fase folicular comienza con esta última). Uno de estos síntomas debe ser uno de los cuatro primeros:
1. Notable estado de ánimo deprimido, sentimientos de desesperanza o ideas de autorreproche.
 2. Ansiedad, tensión notables, sensación de estar al límite.
 3. Notable labilidad afectiva (por ejemplo, sentirse repentinamente triste, llorosa o enfadada).
 4. Ira o irritabilidad persistentes y notorias, o importante aumento de los conflictos interpersonales.
 5. Disminución del interés por las actividades cotidianas (trabajo, escuela, amigos, aficiones, etc.).
 6. Sensación subjetiva de dificultad para concentrarse.
 7. Letargo, fatigabilidad fácil o notable falta de energía.
 8. Cambios significativos en el apetito, comer en exceso o antojos de alimentos específicos.
 9. Hipersomnias o insomnio.
 10. Sensación de estar abrumada o fuera de control.
 11. Otros síntomas físicos, como tensión mamaria, cefaleas, algias osteomusculares, sensación de estar hinchada o inflamada o aumento de peso.
- b)* El trastorno interfiere notablemente con el trabajo, las actividades sociales o las relaciones con los demás.
- c)* La alteración no es una mera exacerbación de los síntomas de otro trastorno,

como el trastorno depresivo mayor, trastorno por pánico, trastorno distímico o trastorno de la personalidad (aunque puede superponerse a ellos).

- d) Los criterios A, B y C deben confirmarse con autorregistros diarios prospectivos durante, al menos, dos ciclos sintomáticos consecutivos (puede hacerse el diagnóstico provisionalmente antes de esta confirmación).

Desde mi punto de vista, no puede identificarse el trastorno disfórico premenstrual con el síndrome premenstrual, debido a que, aunque la sintomatología es muy similar, la importancia que tienen los síntomas físicos en el SPM (especialmente, la tensión mamaria y la inflamación o edema en todo el cuerpo y concretamente en el abdomen) y la gravedad de los mismos (aunque no se especifican valores mínimos) no queda reflejada en la descripción del trastorno disfórico premenstrual. Asimismo, el *time cause* también varía para ambos trastornos. Quizá pudiera considerarse que el trastorno disfórico premenstrual supone la abstracción de los síntomas psicológicos del síndrome premenstrual. Ello puede apoyar la idea de la existencia de diversos subtipos de SPM, propugnada por autores como Halbreitch y Endicott (1982), uno de los cuales podría coincidir con los criterios diagnósticos del trastorno disfórico premenstrual.

4.3. Prevalencia del síndrome premenstrual

Es difícil extraer conclusiones acerca de la incidencia del SPM en la población: existen pocos estudios y, además, la amplia variedad en la sintomatología del trastorno dificulta el acuerdo entre los autores acerca de la definición de SPM, por lo que se hace difícil establecer el porcentaje exacto de mujeres afectadas. Algunos de los estudios realizados sobre el tema indican que el SPM afecta a entre el 25 y el 97% de las muestras estudiadas. Esta gran variabilidad de porcentajes se explica en función de algunas variables, tales como: el número de síntomas considerado; la presencia de sintomatología en todas o en algunas menstruaciones; el instrumento de evaluación utilizado; o la definición de SPM adoptada por los autores.

Lo que sí parece claro es que los trastornos de la menstruación y, más en concreto, el síndrome premenstrual, al igual que la dismenorrea, afecta a un porcentaje elevado de adolescentes en el primer año de la menarquia (esto contradice la hipótesis de que estos trastornos se relacionan únicamente con ciclos ovulatorios, ya que durante esta época casi el 50% de los ciclos son anovulatorios), y que los síntomas van empeorando con la edad, de modo que algún autor lo ha denominado "el síndrome de mediados los treinta". Este hecho podría indicar una alteración de los patrones endocrinos (a partir de los 30 años, se produce menos progesterona y más estrógenos, lo que puede provocar un desequilibrio entre ambos, que contribuye, según Dalton, al SPM).

En un estudio llevado a cabo por Larroy y Tabernero (2001) en la Comunidad Autónoma de Madrid, se determinó que los síntomas más prevalentes asociados con la menstruación y previos a ella eran los siguientes: para la muestra total (1.387 mujeres de

edades comprendidas entre los 13 y los 52 años), los síntomas que aparecen con un mayor índice de prevalencia son: cambio de humor un día antes del comienzo de la menstruación (35,3%), cambio de humor dos días antes (25,9%), cambio de humor al comienzo de la menstruación (30,3%), irritabilidad un día antes (25,1%), irritabilidad al comienzo de la menstruación (24,6%), inflamación de pecho un día antes (42,2%), inflamación de pecho dos días antes (34,2%), inflamación de pecho tres días antes (23,9%), inflamación de pecho al comienzo de la menstruación (29,5%), inflamación de vientre un día antes (47,5%), inflamación de vientre dos días antes (33,2%), inflamación de vientre al comienzo de la menstruación (44,2%), e inflamación de vientre un día después del comienzo de la menstruación (29,8%). Resumiendo, pues, los síntomas más prevalentes son los referidos a irritabilidad, cambios de humor, retención de agua (inflamación abdominal) e inflamación mamaria, cambiando ligeramente su porcentaje de aparición en relación con el momento de la menstruación.

4.4. Etiología

La etiología del SPM no está aún suficientemente aclarada. Se acepta generalmente la interrelación de factores fisiológicos y psicológicos. Mientras que entre los primeros se hipotetiza acerca del papel de la progesterona, alergias alimenticias, determinadas hormonas o carencias vitamínicas, la mayoría de los estudios que recogen los factores psicológicos provienen del ámbito psicoanalítico, aunque esta tendencia está cambiando en los últimos años.

La confusión existente respecto a la etiología del SPM responde a varias circunstancias: la imprecisión en la definición del síndrome; la falta de control metodológico en la mayoría de los trabajos (por ejemplo, en muchos de ellos no se controla el posible efecto placebo, que se ha demostrado de gran importancia entre las mujeres que sufren este problema); la dificultad de cuantificar los cambios producidos por los tratamientos, etc.

La pregunta de si el SPM está determinado por causas biológicas o psicosociales ya no se plantea actualmente. Por el contrario, el SPM se considera un síndrome complejo, en cuya etiología participan, fundamentalmente, factores biológicos que pueden exacerbarse por trastornos emocionales, estrés o problemas interpersonales.

El SPM (al que se ha querido identificar con los "Trastornos del final de la fase lútea", recogidos con esta terminología en el DSM-III-R y como "Trastorno disfórico premenstrual" en el DSM-IV) se ha relacionado muchas veces con alteraciones psiquiátricas. Lo que se concluye de estos trabajos es que las mujeres con alteraciones psiquiátricas presentan una menor tolerancia hacia los cambios producidos por el ciclo menstrual, y, especialmente, hacia los síntomas psicológicos del síndrome; y que son las mujeres con trastornos afectivos las que acusan en mayor medida estos cambios.

Se comentó antes que parece que las causas del SPM son de naturaleza biológica principalmente. Aunque existe un cuerpo de datos importante que apoyan esta hipótesis,

los resultados sobre los factores específicos implicados no son en absoluto concluyentes. Sin embargo, podemos señalar como más importantes los siguientes.

4.4.1. Deficiente nivel de progesterona

Dalton (1982) defiende el déficit de progesterona (o también un desequilibrio en la tasa estrógeno/progesterona, por incremento de los estrógenos) como causante del SPM. Las razones que aduce para sostener esta afirmación son las siguientes:

- a) Los síntomas se presentan en la fase lútea o luteica en la que se produce la síntesis y liberación de progesterona.
- b) Los síntomas están ausentes durante el embarazo, en el que el nivel de progesterona es muy alto.
- c) El tratamiento con progesterona reduce los síntomas.

Aunque la hipótesis de Dalton fue aceptada durante algún tiempo, pronto aparecieron datos que la contradecían. El hecho de que haya mujeres con SPM y niveles normales de progesterona; el que mujeres con niveles bajos de progesterona no presenten los síntomas; y el que el SPM pueda presentarse en ciclos anovulatorios e, incluso, tras la histerectomía, han hecho que esta hipótesis sea fuertemente criticada. Sin embargo, todas las hipótesis explicativas del SPM posteriores formuladas desde la perspectiva biológica se apoyan parcialmente en el deficiente nivel de progesterona.

4.4.2. Carencias vitamínicas

El consumo continuado de productos refinados produce una carencia del grupo vitamínico B (y, especialmente, de las vitaminas B₆ y B₁₂) que provoca un incremento en la producción de estrógenos, lo que, a su vez, intensifica la carencia de esta vitamina, con lo que se produce un círculo vicioso que lleva al incremento constante del nivel de estrógenos, relacionado, como se comentó anteriormente, con la aparición del SPM, y que puede paliarse con la administración de vitamina B₆. Además, esta vitamina está asociada a los neurotransmisores que regulan el humor, lo que explicaría los síntomas de irritabilidad, tristeza y depresión del SPM.

También se ha formulado la hipótesis de que la carencia parcial de vitamina A contribuía al trastorno, ya que su administración exógena parece reducir los síntomas del SPM.

4.4.3. Corticoesteroides

Dalton (1982) sugirió que, cuando el ovario no produce suficientes prostágenos, las necesidades del útero se satisfacen con prostágenos procedentes de las cápsulas suprarrenales. Esto provoca una alteración de los niveles de corticoesteroides, lo que, a su vez, puede producir retención de agua, alteraciones del balance sodio-potasio, alteración del nivel de glucosa en sangre, etc., que explicarían muchos de los síntomas presentes en el SPM. Por otro lado, estos mecanismos justificarían la presencia de SPM en mujeres a las que se ha extirpado el útero o los ovarios.

Asimismo, se ha observado una relación directa entre incremento en el nivel de estrógenos y aumento del nivel de aldosterona, hormona que provoca la retención hídrica (por el contrario, la progesterona funciona como un diurético, ya que acelera el proceso de eliminación mediante la inhibición de esta hormona). Las mujeres que sufren SPM tienen un nivel elevado de aldosterona en la orina (pero no en sangre), de lo que se ha concluido que una elevada tasa de aldosterona en orina podría estar relacionada con fluctuaciones de los niveles de estrógeno y progesterona, aunque no se ha encontrado una relación clara entre esta tasa y los síntomas del SPM.

4.4.4. Otros factores

La bibliografía referente a este tema presenta una lista de factores que se relacionan con la etiología del SPM. Entre ellos se cuentan el estilo de nutrición de las pacientes, el incremento del nivel de prolactina, la aparición de determinados opiáceos endógenos y otros neuropéptidos, o la alteración de los niveles de estrés de las pacientes.

Se contemplan también, además de los ya presentados, factores tan dispares como alteraciones y negación del rol femenino, sentimientos de pérdida, fluctuaciones en los niveles de melatonina, e hipoglucemia.

En general, la evidencia del papel de estos factores en la etiología del SPM es aún muy escasa; se necesita mucha más investigación (y mejor controlada) para que pueda llegarse a conclusiones definitivas acerca de la etiología del trastorno.

Entre los factores psicológicos, puede destacarse el papel del sometimiento a una situación de estrés continuada como uno de los factores que más pueden exacerbar la sintomatología del síndrome premenstrual. En efecto, las situaciones de estrés mantenidas, que el sujeto percibe y evalúa como situaciones de daño o amenaza, provocan el disparo del eje III o eje endocrino. Esta activación se traduce en fenómenos tales como la hiperproducción de prolactina, hormona relacionada, además de con la producción de leche, con la retención de agua y la tensión mamaria. Parece que muchas de las mujeres que sufren síndrome premenstrual presentan niveles anormalmente elevados de prolactina durante la fase lútea. Sin embargo, aún no está completamente claro cuál es el papel del estrés en el mantenimiento del síndrome, dado que, el mismo disparo del eje endocrino provoca alteraciones en la producción de estrógenos y progesterona que no siempre coinciden con las tesis de las teorías hormonales del síndrome (déficit en la producción de progesterona o desequilibrio en la tasa de

estrógenos/progesterona por incremento de los primeros).

4.5. Modelo explicativo

El estudio de los factores psicológicos implicados en la etiología del síndrome premenstrual ha sido mucho más escaso que el proveniente del ámbito fisiológico y no ha conseguido arrojar una luz definitiva sobre la cuestión estudiada. Existe un modelo desde la perspectiva psicológica que explica el síndrome premenstrual. Es el modelo de Blechman (1992) basado en la hipótesis de seguridad de Seligman. Este modelo, que se explica someramente a continuación, se articula en seis pasos o fases:

1. *El sangrado se identifica con acontecimiento aversivo, lo que produce vulnerabilidad al síndrome premenstrual por parte de la mujer:* las mujeres vulnerables al SPM temen el inicio de la menstruación, porque para ellas significa un suceso desagradable, aversivo.
2. *Búsqueda de indicios acerca de la proximidad de la menstruación:* la mujer busca activamente los indicios del comienzo de la menstruación, lo que la mantiene en un estado de hipervigilancia, que se manifiesta en forma de irritabilidad, tensión y ansiedad.
3. *La alerta convierte los cambios premenstruales en síntomas:* la hipervigilancia y la focalización cognitiva hacen que la mujer evalúe los cambios premenstruales como sucesos aversivos y desagradables (como síntomas) incrementando su importancia y las consecuencias negativas de éstos.
4. *Los síntomas premenstruales refuerzan otros, como la ansiedad, la depresión y otros síntomas somáticos:* como en el caso de la profecía autocumplida, el estado de hipervigilancia, la ansiedad asociada a ésta y la interpretación catastrofista de los cambios premenstruales hacen que la mujer viva como más desagradable aún la menstruación, lo que, a su vez, intensifica la vigilancia premenstrual en el siguiente ciclo.
5. *Los síntomas refuerzan las conductas de evitación:* algunas de ellas, tales como el consumo de alcohol, muy poco adaptativas, que, en general, hacen que se perpetúe el problema.
6. *Las conductas evitativas incrementan el estrés:* dado que son conductas habitualmente poco saludables y que no ayudan a la mujer a resolver su problema. El estrés está asociado a una mayor producción de prostaglandinas, por lo que es probable que las siguientes menstruaciones sean aún más dolorosas o desagradables.

De este modo, se establece un círculo vicioso en el que el problema se va agravando a medida que se suceden los ciclos menstruales.

4.6. Tratamientos

Han sido muchos los tratamientos que se han empleado para la reducción de los síntomas del SPM; pero su aplicación ha sido frecuentemente poco rigurosa, por lo que la efectividad real de estos tratamientos está aún por conocer.

Como en el caso de la dismenorrea, los primeros tratamientos provenían de los campos médico y farmacológico.

De todas formas, y antes de emprender cualquier tipo de tratamiento, se recomienda la evaluación y el registro diario de síntomas que permita confirmar el patrón cíclico del trastorno (condición esencial para el diagnóstico de éste como SPM).

4.6.1. Tratamientos no psicológicos

Entre éstos, se pueden destacar los tratamientos de carácter quirúrgico, farmacológico y tratamientos de diversa índole, que incluyen desde cambios en la dieta hasta otros, ya más de carácter psicológico, como la intervención familiar y/o de pareja.

Las intervenciones quirúrgicas que se han practicado para resolver el trastorno han sido la histerectomía (extirpación del útero) y, en ocasiones, la extirpación de todo el aparato reproductor. Estos tratamientos no sólo se han mostrado ineficaces, sino que someten a la mujer a los riesgos derivados de una intervención y a los producidos por la falta súbita de estrógenos (en el caso de extirpación de los ovarios). Su práctica, actualmente, se ha abandonado.

Los tratamientos farmacológicos han sido, de lejos, los más utilizados y los más investigados. Sin embargo, no está claro que su eficacia sea mayor que la obtenida por tratamientos placebo (precisamente, los buenos resultados obtenidos por tratamientos placebo han señalado la importancia de los factores psicológicos en el mantenimiento del trastorno).

Los tratamientos farmacológicos aplicados al SPM han sido muy variados. A continuación se comentan algunos de los utilizados más frecuentemente.

En ocasiones, se ha abordado el tratamiento de SPM mediante drogas que afectaban directamente al SNC, concretamente, con antidepresivos, tranquilizantes y con carbonato de litio. Aunque este último obtuvo excelentes resultados en tratamientos individuales, los demás no sólo se mostraban inefectivos sino que, en ocasiones, empeoraban los síntomas.

También ha sido frecuente la administración de vitaminas, fundamentalmente las del grupo B, que han conseguido reducir algunos síntomas (depresión, dolor de cabeza, tensión en las mamas) de forma importante (Dalton, 1982).

Algunas veces se han utilizado diuréticos. Si bien éstos reducen la inflamación abdominal, la tensión mamaria y los edemas, no afectan al componente psicológico del SPM. Además, la posible adicción de la paciente al uso de diuréticos (que sólo deben administrarse en la fase lútea) hacen desaconsejable su utilización.

La administración de progesterona natural ha resultado ser el tratamiento que consigue mejores resultados. Los problemas derivados de su administración (es un tratamiento muy costoso, no es recomendable administrarla de forma oral, porque es metabolizada por el hígado) hicieron que se planteara su sustitución por progestágenos sintéticos que, generalmente, no se muestran tan eficaces como la progesterona natural y que pueden producir efectos secundarios muy poco deseables (efectos masculinizantes, retención hídrica, etc.). Por ello, se propone como alternativa la administración de progesterona en supositorios por vía vaginal o rectal, en dosis adecuadas a cada mujer y durante la segunda mitad del ciclo menstrual. La dosis inicial se mantiene durante tres meses y luego se reduce paulatinamente. Administrada de este modo, la progesterona no produce efectos secundarios importantes ni presenta contraindicaciones.

A pesar de los resultados hallados por Dalton, otros autores han encontrado que el placebo podía obtener resultados iguales o superiores a los de la progesterona. A partir de estos resultados se hipotetizó que la progesterona podía ser útil para mujeres que sufrieran síntomas distintos de la irritabilidad, edema y tensión mamaria. Sin embargo, no se han hecho estudios que confirmen esta hipótesis y, por tanto, no se ha podido determinar de forma controlada la eficacia terapéutica de la progesterona en el tratamiento del SPM (Robinson y Garfinkel, 1990).

La relación del SPM con altos niveles de prolactina ha sugerido la utilización de bromocriptina como tratamiento del trastorno. Este fármaco ha conseguido reducciones importantes de los síntomas del SPM (sobre todo los relacionados con la retención hídrica: edemas, tensión mamaria, inflamación abdominal). Sin embargo, presenta numerosos efectos colaterales.

En el tratamiento farmacológico del SPM se han utilizado también antiinflamatorios no esteroideos, fármacos a base de extracto de tiroides, inhibidores de las prostaglandinas, antihipertensivos y antihistamínicos, sales de litio, danazol, etc. Ninguno de ellos ha obtenido resultados de eficacia probada (Steimberg, 1991).

Por el contrario Deucht, Jorgensen y Hansen (2000) demostraron que la administración suplementaria de ácidos grasos Omega-3 y vitamina B₁₂ conseguían reducir de forma significativa los síntomas previos a la menstruación.

De entre los tratamientos de diversa índole que se han aplicado para la reducción y/o eliminación de la sintomatología del síndrome premenstrual, dos han sido, fundamentalmente, las estrategias empleadas: el ejercicio físico y la dieta alimenticia.

El ejercicio físico se ha considerado por su capacidad para combatir el estrés (ya se ha comentado que muchas mujeres sufren la exacerbación de los síntomas cuando están sometidas a situaciones de estrés). El ejercicio contribuye, por un lado, a que la mujer evite o escape de una situación estresora, canalice su energía hacia actividades de alto consumo energético (como la práctica de deportes) y focalice su atención en algo distinto del estímulo estresor. Por otro lado, los ejercicios gimnásticos moderados se han mostrado efectivos por sí mismos para reducir algunos de los síntomas del SPM.

Respecto a la dieta, se recomienda a las mujeres con SPM que restrinjan su consumo de sal y de líquidos durante la semana anterior a la aparición de los síntomas.

Se recomienda también una dieta con un alto contenido proteico, cereales integrales y verduras ricas en carbohidratos (patatas, guisantes, etc.). Además, las mujeres que sufrieran de depresión, dolor de cabeza y agitación, deben abstenerse de consumir cafeína (té, café, chocolate) durante estos días, así como de consumir alcohol, ya que la tolerancia disminuye en esta fase del ciclo menstrual.

Basándose en la práctica de ejercicio moderado y en la dieta alimenticia, se han formulado algunos "tratamientos naturales del SPM". Además de dieta, ejercicio y descanso para combatir el estrés, en estos programas se propone una cura completa de vitaminas (A, D, C, E y grupo B) y sales minerales (zinc, magnesio, hierro y potasio), específica para cada mujer y que debe realizarse bajo control médico.

Del mismo modo, y como ya se ha comentado antes, Deucht, Jorgensen y Hansen (2000) consiguen reducir de forma significativa los síntomas premenstruales con la administración suplementaria de ácidos grasos Omega-3 y vitamina B₁₂.

4.6.2. Tratamientos psicológicos

El abordaje del SPM mediante técnicas conductuales ha sido reciente y los estudios que existen son escasos, por lo que no se puede concluir de forma definitiva la eficacia de las técnicas empleadas, aunque los resultados son esperanzadores.

Una característica de estos estudios es que muchos autores identifican SPM con dismenorrea congestiva, por lo que algunos de los trabajos revisados se han recogido ya en el capítulo anterior.

Chesney y Tasto (1975b) trabajaron con 38 mujeres con SPM (evaluado mediante el Menstrual Symptom Questionnaire y la Symptom Severity Scale) que fueron repartidas en tres grupos de tratamiento: desensibilización sistemática, pseudotratamiento (las mujeres se reunían en grupos con el terapeuta y hablaban de sus experiencias menstruales) y grupo control. La DS imaginaria comenzaba con un entrenamiento en relajación muscular (dos sesiones y práctica en casa), seguido de imaginación de escenas neutras no relacionadas con el dolor (tercera sesión). En las dos sesiones siguientes las mujeres, una vez relajadas, tenían que imaginar escenas relacionadas con el inicio de la menstruación. Los resultados indican que tanto la DS como el pseudotratamiento obtuvieron mejores resultados que el grupo control, aunque no existieron diferencias entre ellos (quizá debido a que los ítems que debían imaginar las mujeres se relacionaban con el inicio de la menstruación, y no con el momento de mayor severidad de los síntomas). Cox y Meyer (1978) también utilizaron desensibilización imaginaria para tratar a un grupo de mujeres con dismenorrea (Cox engloba en este término también al SPM), obteniendo resultados satisfactorios: las mujeres experimentaron reducción del dolor y de las molestias asociadas, de la medicación, del tiempo de reposo y de las actitudes negativas hacia la menstruación. Durante dos menstruaciones, las mujeres remitieron diariamente la Dayly Symptom Scale (se utilizaron estos informes como línea base). Las mujeres fueron entrenadas en un procedimiento de desensibilización sistemática,

comenzando el tratamiento el primer día después de la menstruación (en que ya no experimentaban ningún síntoma), hecho al que el autor atribuye los buenos resultados conseguidos. No se reportan datos de seguimiento. También en otro estudio, con población española, se consiguió reducir la intensidad de los síntomas mediante el entrenamiento en DS, en una muestra de 20 mujeres. El grupo control (también 20 personas) no mostró reducción de los síntomas. Tampoco en este caso se ofrecen datos de seguimiento.

La aproximación biopsicosocial al SPM ha generado tratamientos de carácter multidisciplinar, como el descrito por Miota y cols. (1991), que tiene por objetivo enseñar a las mujeres a identificar sus síntomas cíclicos, entrenarlas en estrategias específicas para controlar esos síntomas, modificar la percepción y valoración negativa de los cambios cíclicos (apreciar la función adaptativa del SPM) y ayudarlas a realizar diversos cambios en su vida cotidiana.

Desde la misma perspectiva, se han elaborado programas que incluyen entrenamiento en relajación, inoculación de estrés, entrenamiento en asertividad, ejercicio y terapia de pareja. Estos tratamientos, de carácter individual, se llevaron a cabo durante 9 semanas. Y en ellos se logró una reducción importante de los síntomas, que se mantuvo durante el seguimiento (de 3 y 9 meses).

Robinson y Garfinkel (1990) proponen que el tratamiento del SPM debe incluir el entrenamiento de la paciente en técnicas de control de estrés; otros autores sugieren la importancia de los grupos de apoyo y de las técnicas de autocontrol.

Larroy (2001), trabajando con un grupo de mujeres adultas no universitarias (de hecho, la mayoría de ellas no tenían más que estudios primarios), que se habían presentado voluntarias para un estudio piloto en la Casa de la Mujer de Fuenlabrada, consiguió, mediante tratamiento cognitivo-conductual, la reducción significativa (estadística y clínicamente) de los síntomas premenstruales. Este tratamiento se comentará detalladamente en el [apartado 4.6.4](#), Propuesta de intervención.

4.6.3. Valoración de los tratamientos del síndrome premenstrual

La variada sintomatología del SPM y el hecho de que no haya una definición clara del trastorno que compartan todos los autores (recordemos que algunos autores identifican SPM con dismenorrea congestiva, otros lo incluyen en la dismenorrea primaria en general y otros lo consideran como un trastorno aparte), hace muy difícil valorar la eficacia diferencial de los tratamientos revisados. Además, aunque se llegara a una definición unitaria, la sintomatología seguiría siendo muy diversa, por lo que quizá habría que definir distintos tipos de SPM (o pedir a los autores que informen detalladamente de la sintomatología tratada).

De los tratamientos médicos, el quirúrgico ha sido actualmente abandonado, por su ineficacia y por los riesgos que conllevaba su aplicación. En cuanto a los tratamientos basados en administración de fármacos, los más frecuentes hasta el momento, no han

demostrado de forma contundente su eficacia para reducir o eliminar la sintomatología del SPM (ni siquiera la terapia hormonal, que ha sido la más investigada y aplicada). La falta de resultados concluyentes, unido al hecho de que, en muchas ocasiones, se presentan efectos secundarios importantes y de que la administración prolongada de los tratamientos puede conllevar riesgos para la salud, hacen que no sean especialmente aconsejables, por lo menos en los casos de SPM ligero o moderado que pueden abordarse con otras técnicas.

En este sentido, sí parece recomendable un tipo de tratamiento que combina una dieta adecuada, ejercicio moderado y descanso para combatir los síntomas y el estrés al que han de enfrentarse las mujeres durante esta fase del ciclo. Es muy posible que la combinación de un tratamiento de este tipo con uno conductual consiguiera una elevada reducción de los síntomas del trastorno. De hecho, los estudios psicológicos revisados, aunque escasos, han logrado resultados alentadores, especialmente aquellos que consideran el SPM desde una perspectiva biopsicosocial. Porque, a fin de cuentas, no hay que olvidar que las pacientes se relacionan con determinadas personas que pueden exacerbar sus síntomas o sufrir las consecuencias del trastorno (irritabilidad y tensión en el ambiente familiar, bajo rendimiento laboral, evitación de interacciones sociales, etc.). Un tratamiento que integre el control de aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales de la mujer con SPM es, probablemente, la manera más eficaz de abordar el trastorno, y la que se está proponiendo en los últimos años, tal y como se recoge en la bibliografía revisada.

4.6.4. Propuesta de intervención

De acuerdo con lo expresado en el apartado anterior, se propone una intervención que combina las estrategias cognitivo-conductuales con cambios nutricionales en momentos específicos del ciclo menstrual y con la instauración de un programa de ejercicio físico adecuado a cada paciente, en función de su edad, peso, vigor y preparación física.

El programa propuesto, que puede llevarse a cabo de forma grupal (lo que, además de abaratar costes y presentar, por tanto, una mayor eficiencia, ayuda a la discusión de los temas y a la implicación de las mujeres en la intervención) se articula en unas pocas sesiones, que se explican a continuación:

- Sesión I. Presentación del programa, de las terapeutas y del grupo. Recogida de datos de línea base (durante los dos meses previos a la intervención, se han completado los gráficos mensuales; y en la sesión se contesta a los cuestionarios seleccionados). Asimismo, se recaba el compromiso de las participantes (en cuanto adherencia al tratamiento y cumplimentación de las tareas intersesiones).
- Sesión II. Psicoeducación: El síndrome premenstrual, causas y formas de

- combatirlo. En esta sesión se introducen los conceptos de génesis y mantenimiento del trastorno, se explica la importancia de la dieta y el ejercicio físico, así como la de las diferentes técnicas que componen la intervención. Se ofrece educación nutricional, guías para la alimentación adecuada en la fase premenstrual y se dan tablas de ejercicio físico que pueden realizarse por parte de la mayoría de las pacientes (si se cuenta con la colaboración de un fisioterapeuta, éste puede elaborar una tabla específica para cada una de las participantes).
- Sesión III. Entrenamiento en técnicas de desactivación I: se enseña a las mujeres el procedimiento de relajación muscular progresiva (16 grupos musculares) y se les proporciona una cinta y un registro de relajación con la instrucción de que la practiquen todos los días.
 - Sesión IV. Entrenamiento en técnicas de desactivación II: se enseñan los procedimientos de relajación muscular progresiva en ocho y cuatro grupos musculares. Se enseña y practica la respiración natural completa, según el entrenamiento en seis fases.
 - Sesión V. Repaso de la respiración y entrenamiento en visualización, mediante ejercicios progresivamente más complejos: visualización de objetos recién vistos o conocidos, de objetos o situaciones descritos por el terapeuta, y, por último, de objetos y situaciones imaginados sin guía verbal.
 - Sesión VI. Entrenamiento en detección y detención de pensamientos negativos y cambio por visualizaciones o pensamientos positivos. Se aplica la técnica de detención de pensamientos, utilizando como estímulo aversivo una goma de pelo con la que la mujer se aplica un golpe cuando detecta la aparición de pensamientos disfuncionales y haciendo que el cese de los mismos esté reforzado positivamente por la visualización de una escena agradable.
 - Sesión VII. Reestructuración de pensamientos negativos. Se explica la teoría ABC de Ellis, y se enseña y practica la refutación de pensamientos negativos y su cambio por ideas alternativas, y el cambio de sentimientos, mediante la técnica de las cuatro columnas. En determinados grupos, esta técnica puede cambiarse por la de autoinstrucciones, que permite guiar la conducta de las mujeres de forma adecuada en la selección de estrategias que pueden poner en marcha para afrontar el malestar.
 - Sesión VIII. Identificación y control de conductas de malestar. En esta sesión se enseña a las mujeres cómo las conductas pueden estar mantenidas por sus consecuencias; y cómo "extinguir" o cambiar la emisión de conductas que expresan malestar, de forma que se dificulte su reforzamiento por parte del medio.
 - Sesión IX. Repaso de las estrategias aprendidas. Solución de los problemas planteados en su aplicación. Prevención de recaídas. Recogida de datos (gráficos y cuestionarios).

En determinados grupos, o cuando se recurre a la terapia individual, es posible que la intervención pueda completarse con entrenamiento en asertividad, en función de los datos recogidos en la fase de evaluación. Quizá pueda ser interesante incluir, asimismo, el entrenamiento en técnicas de resolución de problemas, tal y como recogen las propuestas de otros autores.

El lector interesado en la aplicación práctica de los programas puede consultar la Guía para la paciente del [capítulo 3](#), dado que una parte importante de las técnicas utilizadas para el control de la sintomatología dismenorreica puede emplearse, asimismo, para la reducción de los síntomas del síndrome premenstrual.

Cuadro resumen

El Síndrome Premenstrual (o SPM) es uno de los trastornos más importantes de la menstruación por su prevalencia y sus repercusiones personales y sociosanitarias. Sin embargo, existe una gran confusión en todo lo relacionado con el SPM, desde su sintomatología (se han listado más de 150 síntomas), su taxonomía, su etiología, etc. Esta confusión o diversidad de información ha redundado en la generación de muy pocos modelos explicativos consistentes. Desde una perspectiva psicológica, quizá el modelo que mejor explica el mantenimiento del trastorno es el propuesto por Blechman (1992), basado en la hipótesis de seguridad de Seligman.

El tratamiento farmacológico del SPM es muy diverso; no siempre resulta eficaz y, en numerosas ocasiones, presenta efectos secundarios poco deseables. En cuanto al tratamiento cognitivo-conductual, los resultados, escasos, obtenidos hasta el momento, indican que puede ser un abordaje realmente eficiente y eficaz; siempre y cuando incluya dos elementos que parecen imprescindibles: el control de la dieta y la realización regular de ejercicio físico.

Aunque los resultados son prometedores, el escaso número de estudios que involucran programas cognitivo-conductuales de intervención no permiten establecer conclusiones contundentes respecto a la oportunidad de aplicar esos tratamientos.

Preguntas de autoevaluación

1. El SPM puede identificarse con el trastorno disfórico premenstrual recogido por el DSM-IV V F
2. En la evaluación diferencial del SPM es fundamental la determinación del *time cause*. V F
3. El PAF es un instrumento de evaluación que permite la caracterización del SPM en diversos subsíndromes. V F
4. La causa principal en la etiología del SPM es el desequilibrio en la tasa estrógenos/progesterona. V F

5. La dieta y el ejercicio físico resultan muy recomendables en cualquier programa de tratamiento.

V F

La menopausia se define como el cese permanente de las menstruaciones debido al agotamiento de la actividad folicular ovárica.

El concepto de menopausia está íntimamente relacionado con el de climaterio, que es la fase del proceso de envejecimiento de la mujer, y que incluye tres períodos. El primero de ellos es el premenopáusico y comprende de uno a ocho años antes de producirse la menopausia. En este período empiezan a aparecer una serie de cambios graduales en el sistema endocrino, así como manifestaciones clínicas indicativas de que se aproxima la menopausia. Se diagnostica ésta (segundo período) tras haberse producido un año de amenorrea (falta de menstruación durante el ciclo) menstrual. La etapa posmenopáusica comprende desde la menopausia confirmada hasta la senectud.

La menopausia suele instaurarse alrededor de los cuarenta o cincuenta años (en España, la media se sitúa en torno a los cuarenta y seis), siendo considerada precoz cuando aparece antes de los cuarenta años.

Es importante abarcar el concepto de la menopausia desde los tres principales factores que influyen en ella: los aspectos sociales, los familiares y los fisiológicos. Comienzan a aparecer en esta etapa una serie de acontecimientos vitales importantes (preocupación por el atractivo físico, problemas de sueño, cuidado de padres y nietos, riñas con la pareja, síndrome del nido vacío, problemas de índole sexual, etc.) que, como consecuencia, pueden provocar una disminución en el bienestar y calidad de vida de la mujer, conduciendo a estados depresivos y/o de ansiedad que, al relacionarse con los problemas físicos que aparecen asimismo en este período (trastornos cardiovasculares, aparición de varices, osteoporosis, sequedad vaginal, sofocos, etc.) pueden provocar una valoración negativa de la experiencia de la menopausia. Hay que considerar, además, que

el término menopausia ha sido utilizado por la sociedad en multitud de ocasiones en forma despectiva o como sinónimo de enfermedad (endocrinopatía), por lo que la llegada de la menopausia puede llegar a convertirse en un suceso verdaderamente estresante para algunas mujeres.

El interés por la menopausia se ha incrementado en los últimos años (así lo demuestra, por ejemplo, la aparición de programas para el conocimiento y abordaje de la menopausia que se están desarrollando en los centros de salud dependientes de muchos ayuntamientos; o la publicación de manuales de autoayuda, artículos en publicaciones femeninas, etc.). Sin embargo, existen aún muchas falacias o creencias erróneas sobre la menopausia. Esto ha ayudado, en parte, a crear la imagen que existe hoy día de la menopausia en la sociedad, asociada a palabras como crisis, época de miedo, fin de la vida útil, tristeza, etc. Esta visión también ha llevado a imponer una serie de ideas completamente falsas sobre esta etapa y sobre las mujeres que están pasando por ella. Algunas de las falacias más extendidas son las siguientes:

1. *La mujer es lo que es su biología y está determinada por ella.* El error principal de esta idea está en que piensa que el ser humano sólo se define por su cuerpo, cuando en realidad es un conjunto rico en emociones, sentimientos y vivencias acumuladas a lo largo de la vida.
2. *La menopausia se reduce a cambios hormonales.* En esta idea también se olvidan todos los aspectos personales, sociales y culturales de la persona.
3. *La menopausia es una desviación de la verdadera feminidad.* Esta idea encierra la creencia impuesta en la sociedad de que una mujer femenina es aquella que es joven, bella y que produce muchas hormonas.
4. *La menopausia supone una pérdida del estado de salud.* Esto se basa en la idea de que el cambio en la producción de estrógenos acarrea graves riesgos para la salud de todas las mujeres, pero ¿acaso es una pérdida de salud la primera vez que se presenta la regla? Y sin embargo en esa etapa también se produce un cambio en la producción de estrógenos.
5. *Todas las mujeres menopáusicas precisan de diagnóstico y tratamiento.* Se tiene la idea equivocada de que el reajuste hormonal es malo, cuando en realidad es un cambio totalmente normal al igual que los que se producen en otras etapas de la vida (primera regla, embarazos).
6. *La mujer menopáusica no es una mujer completa.* Parece que el dejar de ser fértil y el reajuste de hormonas es lo que define a la mujer que se ve reducida a una "máquina" de procrear dejando de lado todo lo demás (sentimientos, deseos, etc.).

Para desmontar todas estas ideas es importante tener en cuenta que la menopausia es una transición fisiológica por la que pasan todas las mujeres y en la que hay grandes diferencias individuales, algunas mujeres pueden tener cambios físicos y otras no, y estos cambios pueden resultar a unas más molestos que a otras. Como ya se ha comentado,

existe, además, un gran desconocimiento sobre esta etapa en la que hay que tener en cuenta no sólo aspectos biológicos de la mujer sino también los sociales, históricos y personales, al igual que en las demás etapas.

Por este motivo, para poder abordar el problema desde una perspectiva completa, para prevenir o tratar patologías y síntomas, para mejorar la salud e incrementar la calidad de vida en esta etapa, el tema ha de tratarse desde una visión integral de todos los factores que se incluyen en el mismo.

Como resumen de lo anterior, debe quedar claro que la menopausia no es un trastorno en sí mismo, no es una enfermedad, sino una etapa de la vida de la mujer, aunque debido al cese de la actividad hormonal pueden aparecer una serie de alteraciones; para ayudar a los cambios que la mujer presenta en la etapa de la premenopausia y menopausia deben desarrollarse medidas de carácter preventivo y tratamientos adecuados. La menopausia al igual que cualquier otra situación de cambio, puede conllevar crisis personales, de pareja y sociales que afectan psicológicamente a las mujeres y requieren información y atención profesional especializada.

5.1. Sintomatología

Los síntomas de la menopausia deben diferenciarse en dos grupos. Por un lado, los síntomas primarios, incluyendo a los síntomas vasomotores (sofocos), osteoporosis y atrofia vaginal; por otro, los síntomas secundarios, como la fatiga, la depresión, la ansiedad, el insomnio, la irritabilidad, los dolores de cabeza y la ganancia de peso. Estos últimos no parecen estar asociados a la menopausia sino a características premenopáusicas, a los múltiples roles que en esta etapa las mujeres han de asumir, al conjunto de acontecimientos vitales que suceden en este período y a la edad; y pueden ser abordados desde una perspectiva cognitivo-conductual. También algunos de los síntomas vasomotores, como los sofocos, pueden ser tratados eficazmente con una intervención de este tipo, tal y como ponen de manifiesto algunos estudios.

La sintomatología de la menopausia (o, mejor, dicho, la intensidad de la sintomatología) parece estar mediada por diferencias culturales (Matthews, 1991). Así, en aquellas culturas donde la mujer madura es considerada importante por su experiencia y se encuentra perfectamente integrada dentro de su estatus social, apenas refiere sintomatología relacionada con la menopausia. Por el contrario, en las civilizaciones occidentales y los países más desarrollados, donde la belleza y la juventud son excesivamente valorados por la sociedad, la mujer madura atraviesa el período climatérico con muchas más dificultades y con una sintomatología más intensa. Pero también en aquellas culturas donde el papel de la maternidad es fundamental para la mujer, la menopausia se vive también de una forma más dramática. La OMS (1981) estableció una serie de factores culturales y socioeconómicos que influyen de forma determinante en la sintomatología menopáusica. Entre estos factores relevantes, se pueden encontrar los siguientes: la actitud de la pareja, el grado de privación económica

de la mujer, el cambio del papel socio-familiar, la disponibilidad para abordar nuevos papeles en su vida y la existencia de servicios de salud específicos para atender a las mujeres en este período.

En el [cuadro 5.1](#) se encuentra un resumen de la sintomatología más frecuente asociada a la menopausia.

Cuadro 5.1. Sintomatología más frecuente asociada a la menopausia

Síntomas físicos	Síntomas psíquicos
– Sofocos.	– Agobio constante.
– Alteraciones genitourinarias:	– Tensión.
• Atrofia vaginal.	– Irritabilidad.
• Alteraciones de uretra y vejiga.	– Ansiedad.
– Alteraciones en la piel.	– Tristeza.
– Osteoporosis.	– Incapacidad para concentrarse.
– Cardiopatía isquémica.	– Sin confianza en sí misma.
– Ganancia de peso-Obesidad.	– Pérdida de memoria.
– Hipertensión.	– Trastornos del sueño.
– Dolor de cabeza, espalda, cuello, articulaciones.	– Pérdida de libido.
– Estreñimiento.	
– Varices.	
– Hormigueos.	

Entre la sintomatología primaria, hay que destacar, indudablemente, las alteraciones vasomotoras, los famosísimos sofocos. Los sofocos, calores o sudores (con todos estos nombres son conocidos) consisten en una sensación repentina de calor en la cara y el cuello, que va descendiendo a lo largo del cuerpo (los brazos, el pecho, el tronco) y que va seguida de sudoración y frío. Su duración oscila entre el medio y los dos minutos y su frecuencia es muy variable de una mujer a otra e, incluso, para cada mujer, de una situación a otra: a veces, pueden aparecer dos o tres por semana; en otras ocasiones, varias veces al día.

También la intensidad y las características de los sofocos son muy variadas: para algunas mujeres, son simplemente una sensación más o menos acentuada de calor; para otras, por el contrario, pueden constituir un proceso de calentamiento y consiguiente sudoración muy intensos y desagradables; para otras mujeres, el factor más relevante es

el enrojecimiento de la cara o la aceleración del pulso.

Para algunas mujeres, lo peor de los sofocos no son las sensaciones puramente físicas, sino la vergüenza por sentirse acaloradas y sudorosas de repente, delante de la gente y pensar en si los demás se darán cuenta de lo que les ocurre.

Otros síntomas físicos que vale la pena comentar, siquiera brevemente, por la relevancia que tiene para las mujeres afectadas son: las alteraciones genitourinarias, la ganancia de peso y la osteoporosis.

De las alteraciones genitourinarias podemos destacar, por un lado, la sequedad vaginal, que va a dificultar la relación coital y que puede, a la larga, provocar problemas de índole sexual; y por otro, la urgencia e incontinencia urinaria a pequeños esfuerzos, que constituyen para la mujer un problema, si no grave, sí muy molesto y que puede disminuir o afectar a su nivel de autoestima.

La ganancia de peso asociada a la menopausia es también uno de los síntomas que preocupan a las mujeres, toda vez que perjudica no sólo a su salud, sino que es también contraria al canon de belleza imperante en la sociedad. Además, cada vez se hace más difícil perder la grasa excedente acumulada en el abdomen (que constituye, por otra parte, un recurso valioso de reserva de estrógenos): la mujer comienza a verse vieja, gorda y fea, y además, se siente impotente para mejorar su situación. Es fácil que el proceso desemboque en, al menos, alteraciones de índole afectiva, si no en baja autoestima y depresión.

La osteoporosis es el último síntoma físico relevante de la menopausia que se comenta y quizá el de mayor relevancia sociosanitaria, por su enorme repercusión en la morbi-mortalidad de las mujeres y el elevado coste socio-económico que genera (Fernández, Magnani, Fernández y Fernández-Arcilla, 2000). La osteoporosis es un desorden metabólico caracterizado por la reducción cuantitativa del tejido óseo. La pérdida de masa ósea (en una de cada cuatro mujeres, en una proporción del 2% al año, el doble que en los hombres) favorece la fragilidad de los huesos y la fácil fractura de los mismos (con todas las consecuencias que ello implica tanto personales, como aislamiento, pérdida de masa muscular del miembro afectado, pérdida de actividad, de reforzadores, etc., como sociales) además de dolores articulares que pueden llegar a ser intensos.

La osteoporosis posmenopáusica es el resultado de dos procesos biológicos que se presentan conjuntamente: el incremento de edad (a partir de los 30 años comienza a perderse masa ósea en ambos sexos) y el déficit de estrógenos asociado a la menopausia.

La pérdida progresiva de masa ósea es asintomática en la mayoría de los casos, por lo que las mujeres que la sufren (entre el 30 y el 50% de las mujeres posmenopáusicas) no toman conciencia de la enfermedad hasta que es muy tarde, cuando se produce una fractura o se descubren vértebras gravemente dañadas. El diagnóstico precoz de la enfermedad es esencial para prevenir la aparición de estos daños; y el establecimiento de unos hábitos de vida saludables es asimismo esencial en la prevención o minimización de los efectos de la osteoporosis.

Los síntomas psicológicos asociados a la menopausia pueden adquirir también una

relevancia considerable en el bienestar de la mujer. De la sintomatología menopáusica relacionada con anterioridad en el [cuadro 5.1](#), se comentan brevemente a continuación los síntomas psicológicos más importantes:

- *Ansiedad*. No existen estudios que demuestren claramente la relación entre menopausia y ansiedad desde un punto de vista etiopatogénico; sin embargo, sí es cierto que el consumo de ansiolíticos en mujeres de edad perimenopáusica es mucho más elevado que entre hombres de la misma edad o entre mujeres de edades diferentes. Ya se ha comentado la conjunción de situaciones psicosociales que pueden estar en la base de este abuso de ansiolíticos (y, por ende, de la experimentación de la ansiedad): la pérdida de la capacidad reproductora, la pérdida de la juventud y el atractivo físico, excesivas (o muy pocas) demandas del medio para cuidar a otras personas, etc. La ansiedad va estar relacionada con alguno de los otros trastornos psicológicos ya mencionados, como los del sueño, los sentimientos disfóricos, la irritabilidad, la falta de autoestima e, incluso, los trastornos del deseo sexual.
- *Depresión*. Es otra alteración psicológica característica de la menopausia. La mujer se siente triste, fatigada, sin fuerzas; siente que no puede hacer frente de forma efectiva a las situaciones de la vida cotidiana que se le presentan, que no sabe cómo solucionar adecuadamente diversos problemas, nuevos o antiguos, como lo hacía antes; se siente desbordada, y su autoestima empieza a decaer. Los factores psicosociales y culturales comentados con anterioridad tienen mucho que ver con la aparición de depresión y/o de sentimientos disfóricos.
- *Trastornos del sueño*. Es bastante frecuente que durante la menopausia aparezcan también distintos trastornos del sueño. Generalmente, aparecen en forma de insomnio de conciliación (a la persona le cuesta dormirse), pero no son infrecuentes los despertares a media noche, debidos a la aparición de sofocos nocturnos (la mujer se despierta con una incómoda sensación de calor), frecuentemente durante las horas finales de la noche. Asimismo, la ansiedad y otras alteraciones psicológicas pueden desestabilizar el sueño.
El sueño deja de ser reparador y eso se manifiesta en una pérdida de la capacidad de concentración y rendimiento, en una sensación continua de malestar, en la aparición de fatiga crónica y en la experimentación de irritabilidad y sentimientos disfóricos.
- *Problemas en la relación sexual*. La sequedad vaginal y la atrofia vulvovaginal asociada a la disminución de estrógenos puede provocar que la mujer sienta dolor durante la realización del coito (coitalgia), lo que, a su vez, puede provocar insatisfacción y rechazo de las relaciones sexuales, miedo a mantenerlas, disminución del deseo sexual, etc., y, finalmente, desembocar en alteraciones psicológicas de mayor relevancia (incremento de la depresión,

pérdida de la autoestima, ansiedad ante las situaciones sexuales, problemas con la pareja, etc.).

En resumen, las alteraciones psicológicas asociadas a la menopausia pueden constituir un complejo entramado en el que los distintos trastornos se retroalimentan unos a otros y, a su vez, agravan y mediatizan la sintomatología fisiológica.

5.2. Procedimientos y técnicas de evaluación

La evaluación de la sintomatología asociada a la menopausia debe contemplar demasiados síntomas físicos (y, en ocasiones, de demasiada relevancia) como para que éstos puedan ser ignorados u obviados. De ahí se desprende que la evaluación debe ser realizada conjuntamente por los distintos profesionales de la salud que vayan a trabajar con la paciente: fundamentalmente, médicos (ginecólogos, pero también traumatólogos, cardiólogos, internistas, endocrinos, etc., según lo precise la paciente) y psicólogos, aunque en los equipos multidisciplinares de reciente creación se incluyen también terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas.

La evaluación médica es imprescindible. En ella se hará un chequeo exhaustivo, incluyendo las analíticas completas pertinentes, una revisión de los problemas derivados de la falta de estrógenos, así como la realización de la historia clínica y familiar de la paciente. Es imprescindible revisar los posibles factores de riesgo a que esté sometida la mujer respecto a los trastornos importantes: la cardiopatía isquémica, la osteoporosis, el cáncer de mama y el cáncer de endometrio, dado que alguno de estos factores puede hacer desaconsejable la utilización de un tratamiento hormonal. Estos factores se recogen en el [cuadro 5.2](#).

La evaluación médica se completa con una revisión ginecológica (incluyendo citología), mamografía, densitometría y ecografía.

El registro de Balatt y Kuperman (recogido en Magnani, Sánchez-Arcilla, Aranda, Campillo, de Dios, García, García y Rodríguez, 1999) es, quizá, uno de los instrumentos más útiles como método de recogida de información acerca de la sintomatología menopáusica. Integra un listado de síntomas, tanto físicos como psíquicos, elegidos entre los que más frecuentemente se presentan en la menopausia, que, valorados en función de su importancia y severidad, permite alcanzar una puntuación total (el índice de Kupperman) que refleja el grado de gravedad o relevancia del problema. Así, por ejemplo, los síntomas vasomotores (los famosísimos sofocos) tienen la valoración máxima (4). La valoración de cada uno de los síntomas se multiplica por su índice de severidad (que oscila entre 0 y 3), obteniéndose, para cada síntoma, una puntuación. La suma de las puntuaciones de los síntomas constituyen el índice de Kupperman, que puede oscilar entre 0 (ninguna sintomatología) y 48 (sintomatología muy intensa).

Un ejemplo del instrumento se recoge en el anexo 5.

Cuadro 5.2. Factores de riesgo para la salud que pueden aparecer en la etapa menopáusica (Fernández y cols., 2000)

Cardiopatía isquémica	Osteoporosis	Cáncer de mama	Cáncer de endometrio
<ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes familiares. - Menopausia precoz. - Hipercolesterolemia. - Disminución de DL HDL colesterol. - Hipertensión arterial. - Hiperuricemia. - Diabetes. - Obesidad. - Actividad física escasa. - Tabaquismo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Envejecimiento. - Baja masa ósea. - Fracturas previas. - Menopausia precoz. - Constitución delgada. - Bajo peso corporal. - Historia familiar de fracturas. - Dieta baja en calcio. - Alcohol. - Tabaco. - Sedentarismo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Edad. - Herencia. - Dieta. - Obesidad. - Radiaciones. - Menarquia precoz. - Menopausia tardía. - Patología benigna previa. - Hiperestrogenismo. - Hiperinsulinismo. - Adenopatía axilar sin hallazgos en mamas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Edad. - Obesidad. - Raza. - Diabetes. - Número de hijos. - Menopausia tardía. - Tumores funcionales ováricos.

Respecto a la evaluación psicológica, la sintomatología que debe evaluarse es, fundamentalmente, y en primer lugar, la relacionada con ansiedad y depresión, lo que suele hacerse a través de instrumentos tradicionales (BDI, STAI, las escalas de Hamilton, etcétera), así como a través de una entrevista. Dada la amplia difusión de estos cuestionarios e inventarios, no se van a explicar detalladamente aquí.

Es necesario también evaluar los problemas derivados de la situación psicosocial por la que atraviesa la mujer, problemas que pueden variar sustancialmente de una persona a otra, pero que, como se ha comentado con anterioridad, básicamente están relacionados con los aspectos siguientes:

- El incremento de la carga familiar: en estas edades, las mujeres dejan de preocuparse mayoritariamente del cuidado de los hijos (lo que algunas viven como una pérdida, reflejada en lo que se denomina "síndrome del nido

vacío"); pero comienzan a ocuparse del cuidado de personas mayores (generalmente, sus padres o suegros) y, en muchas ocasiones, también del cuidado de los nietos.

- La pérdida de la juventud y el atractivo físico, tan relevantes en la sociedad occidental. La menopausia suele conllevar un incremento del peso y de la proporción de grasa corporal frente al que las dietas tradicionales son poco efectivas. También la disminución de estrógenos se asocia con un adelgazamiento de la dermis, que favorece la aparición de arrugas. Los trastornos del sueño producen, por su parte, la aparición de bolsas y ojeras, lo que provoca que la mujer presente un aspecto cansado. Para muchas mujeres, desviarse de los cánones de belleza establecidos produce tristeza y baja autoestima.
- La pérdida de la función reproductora. Aunque la mayoría de la gente no desea embarazos a edades tan avanzadas, la imposibilidad de volver a ser madre es vivida por algunas mujeres como una pérdida importante. La sequedad vaginal, que da lugar a coitalgia y dispareunia, entorpece y dificulta las relaciones sexuales y provoca, a la larga, la inhibición o disminución del deseo sexual.

Por último, y además de todo lo anterior, es necesario investigar acerca de los hábitos de la mujer en tres áreas básicas para la elección e implementación de uno u otro tratamiento: las referidas a la nutrición, al ejercicio físico y al consumo de sustancias tóxicas (fundamentalmente, alcohol, tabaco y café). Es importante conocer los hábitos de las mujeres en estas tres áreas, dado que pueden alterar e incrementar la sintomatología menopáusica y están directamente relacionados con los dos problemas de salud más importantes después del cese de la actividad hormonal: la osteoporosis y la cardiopatía isquémica. De estas áreas se hablará en el apartado de tratamientos.

5.3. Etiología

La menopausia es debida al cese de la actividad ovárica, y, por tanto, al cese de la producción de hormonas ováricas femeninas (fundamentalmente, estrógenos). En el primer capítulo se ha explicado detalladamente la fisiología del ciclo menstrual. Al llegar a determinada edad, pasados los cuarenta años, este ciclo comienza a sufrir alteraciones, que suelen manifestarse en cambios en la duración del ciclo (éste se alarga o se acorta, se vuelve irregular), en la cantidad de flujo menstrual expulsado, en la duración del sangrado, etc.

En la menopausia, el mecanismo hipotálamo-hipófisis-ovarios deja de funcionar correctamente: los ovarios ya no liberan óvulos, ni segregan en cantidad suficiente estrógeno y progesterona; el hipotálamo no envía órdenes a la hipófisis para que produzca hormonas sexuales (foliculoestimulina o FSH, que estimula la liberación de

óvulos por los ovarios, y luteína o LH, que activa la síntesis de estrógenos por los ovarios) y ésta no estimula la actividad ovárica. El resultado es la irregularidad de los ciclos menstruales y, en definitiva, el cese de los mismos.

El desajuste hormonal suele comenzar unos años antes de la desaparición de la menstruación. A partir de los cuarenta y cinco años son cada vez más frecuentes los ciclos anovulatorios, o con un óvulo que ha perdido su capacidad de ser fecundado (aunque, dado que aún existen algunos ciclos fértiles, la mujer debe seguir utilizando métodos anticonceptivos hasta un año después de aparecer la menopausia).

La baja producción de estrógenos por parte de los ovarios no significa que aquéllos desaparezcan totalmente de la fisiología femenina; de hecho, las cápsulas suprarrenales producen un precursor del estrógeno que se convierte en éste en los tejidos grasos del cuerpo (se ha hipotetizado que el acúmulo de grasa y de peso que experimentan las mujeres en esta fase de su vida es un recurso del organismo que tiene como objetivo favorecer el almacenamiento de estrógenos ante la pérdida de los mismos por la baja producción ovárica; y de hecho, parece cierto que las mujeres ligeramente gruesas sufren una sintomatología menopáusica más leve que las mujeres delgadas).

Las mujeres cuyo sistema hormonal cambia gradualmente no suelen presentar problemas durante la menopausia. Sin embargo, otras mujeres sufren altibajos hormonales repentinos, que cursan con sintomatología elevada.

Por último, en la etiología de la menopausia hay que considerar también los factores psicosociales que se han comentado con anterioridad.

5.4. Tratamientos

Aunque hay que volver a insistir en que la menopausia no es una enfermedad, sino únicamente una etapa de cambio en la vida de la mujer, la reducción en la producción de estrógenos, así como los cambios sociales, familiares, personales que experimentan muchas mujeres, hacen que los síntomas más intrusivos y perturbadores deban tratarse, con objeto de eliminarlos o minimizarlos. Aunque el tratamiento médico (y más concretamente la terapia hormonal sustitutiva) sea "el tratamiento" por excelencia, en los últimos años han surgido, desde el abordaje psicológico, diversos programas que vale la pena comentar.

Antes de nada, es preciso indicar que el establecimiento de unas mínimas medidas higiénicas y terapéuticas pueden reducir o controlar los síntomas de la menopausia y mejorar el estado de salud de las mujeres. Por ello, y en cualquier caso, se deben promover actitudes y hábitos saludables relacionados con la alimentación, el ejercicio y el consumo de sustancias tóxicas (Díaz, 2002).

- *Alimentación.* Respecto a la alimentación, es fundamental establecer una dieta pobre en grasa y rica en calcio, vitaminas y fibra. De este modo, se conseguirá prevenir o retrasar la aparición de la osteoporosis y los trastornos

cardiovasculares.

En lo referente al calcio, éste es el componente mineral más importante del hueso. El déficit en su ingesta o su mala absorción son parcialmente responsables de la aparición de la osteoporosis. Es importante consumir alimentos ricos en este mineral desde la infancia, especialmente en períodos especiales, como los embarazos o la lactancia. Los alimentos más ricos en calcio son los lácteos (leche, quesos, yogures, etc.) y también algunos frutos, como los higos secos, los dátiles o las aceitunas. Asimismo, algunos pescados azules, como el salmón y las sardinas (especialmente si son enlatadas y se consumen con la raspa) son alimentos muy recomendables por su alto contenido en calcitonina, por lo que deberían consumirse, por lo menos, una vez a la semana.

Se aconseja el consumo de productos lácteos desnatados, para reducir el consumo de grasas; y la morigeración en la ingesta del resto de los alimentos ricos en calcio (dado que son hipercalóricos). La absorción del calcio y la fijación de éste al hueso mejora notablemente por la acción de la vitamina D, presente en la yema de huevo y en el hígado, entre otros alimentos. También, para fijar los efectos de esta vitamina, es necesario la exposición moderada a los rayos solares (utilizando siempre protectores solares). Los alimentos que producen mayor pérdida de masa ósea son: dietas ricas en grasas animales, ácido oxálico (espinacas), sodio (sal), exceso de fibras, bebidas carbonatadas, cafeína y alcohol (también el consumo de tabaco produce aceleración de la pérdida de masa ósea).

Respecto a las grasas, deben consumirse en cantidades moderadas y, siempre que sea posible, deben ser de origen vegetal (el mejor aceite es el de oliva, pero pueden utilizarse otros, como el de girasol). Hay que tener en cuenta que los estrógenos aumentan el nivel de HDL colesterol (el colesterol "bueno", ligado a lipoproteínas de alta densidad) y disminuyen el nivel en sangre de LDL colesterol (el colesterol "malo", ligado a lipoproteínas de baja densidad); por eso, mientras las mujeres mantienen una producción hormonal estable, su riesgo de sufrir un trastorno de carácter cardiovascular es menor que en los varones. Sin embargo, con la menopausia y la ralentización en la producción de estrógenos, el nivel de LDL colesterol puede aumentar de forma peligrosa y provocar la aparición de estos trastornos. Por ello, se recomienda a las mujeres climatéricas que adapten su dieta, reduciendo el consumo de grasas de origen animal y manteniendo las grasas vegetales.

El consumo de fibra (verduras y legumbres) es, asimismo, importante, aunque si se produce de forma exagerada puede contribuir a una mala absorción del calcio. Por ello, se recomienda una dieta que incluya el consumo de legumbres dos o tres veces por semana (cocinadas preferiblemente sólo con hortalizas) y de verduras, al menos, cinco o seis veces por semana. Las frutas, los pescados y carnes a la plancha o hervidos,

los huevos y los cereales (en cantidades moderadas) deben completar la dieta. Se recomienda que ésta oscile entre las 1.800 y 1.200 kcal. diarias, pero que no se baje de esta última cifra, pues, en este caso, sería difícil asegurar un correcto aporte de hidratos, proteínas y grasas.

La alimentación también puede ayudar a controlar la frecuencia e intensidad de los sofocos. Para ello, se recomienda la eliminación de las dietas de alimentos picantes (guindillas, banderillas, etc.) y el consumo de abundantes líquidos: agua, zumos naturales de frutas, especialmente aquellas que sean ricas en vitamina C; zumos de hortalizas y verduras, que, además de ser ricos en vitaminas, suelen tener efectos depurativos (como el de apio, o el de cebolla); o infusiones (excepto el té, o moderando su consumo) que deben tomarse tibias o frías.

Por último, es muy recomendable la inclusión en la dieta de soja en cualquiera de sus variedades (natural, en forma de perlas, etc.). Esta leguminosa es uno de los alimentos más completos que se conocen: es un alimento particularmente rico en vitaminas A, B, C, D y E; su "leche" (obtenida por extracción) puede sustituir a la leche de mujer; la harina que se obtiene de sus frutos es la sustancia más rica en proteínas que se conoce; contiene lecitina, fermentos y diastasas que intervienen en el metabolismo general, y es, por último, muy rica en fitoestrógenos o estrógenos vegetales que atenúan la pérdida de estrógenos propios de la mujer en esta etapa de la vida, por lo que alivia muchos de los síntomas menopáusicos, a la vez que protege del cáncer de mama.

- *Ejercicio físico.* Es bien sabido que la práctica habitual de ejercicio físico moderado es altamente recomendable para la salud. El ejercicio físico regular incrementa la masa ósea hasta los 30 años, edad en la que se alcanza el pico máximo de la misma. A partir de ahí, la cantidad de masa ósea comienza a descender, más lentamente en los hombres que en las mujeres, especialmente después de la menopausia. Mantener una masa ósea elevada a lo largo de toda la vida es la mejor manera de prevenir los problemas derivados de la osteoporosis, por lo que es muy recomendable llegar a la edad madura, a la menopausia con el mayor capital óseo (contenido mineral óseo) posible.

El ejercicio contribuye poderosamente a mantener ese capital, además de sus efectos beneficiosos sobre el sistema cardiovascular. El ejercicio habitual hace trabajar regularmente al corazón, incrementa los niveles de HDL colesterol (el colesterol "bueno"), disminuye el sobrepeso y la hipertensión y previene, por tanto, la aparición de trastornos cardiovasculares, además de incrementar la producción de endorfinas, sustancias opioides que contribuyen al control y disminución de sensaciones dolorosas y favorecen la aparición de sensaciones euforizantes (tan convenientes en aquellas personas que sufren de estado de ánimo deprimido, como es el caso de muchas mujeres menopáusicas).

No es necesaria la realización de un deporte específico (aunque la natación o la gimnasia acuática suelen ser muy recomendables), sobre todo si la mujer no está acostumbrada a practicarlo. Una simple caminata puede ser un ejercicio muy adecuado, con la condición de que el ritmo de la marcha sea un poco más rápido que el de un paseo, se practique de forma regular (unas tres horas semanales o, mejor aún, alrededor de media hora o cuarenta minutos diarios) y siempre que sea posible, en espacios abiertos y soleados (hay que recordar la influencia de los rayos solares en la síntesis de la vitamina D, que es la que facilita la absorción de calcio por parte de los huesos).

- *Hábitos tóxicos.* El tabaco, el alcohol y la cafeína son sustancias que incrementan la sintomatología menopáusica, de modo que la prevención o reducción de los mismos pasa necesariamente por la moderación o eliminación del consumo de estas sustancias.

El tabaco tiene un efecto antiestrogénico (de hecho, en las mujeres fumadoras la menopausia comienza antes que en las que no lo son). El incremento del consumo de tabaco en las mujeres españolas (que no sólo fuman más, sino que también comienzan antes a fumar) está relacionado con un aumento en la incidencia de trastornos tales como la cardiopatía isquémica, enfermedades pulmonares (bronquitis, cáncer de pulmón) y osteoporosis (Fernández y cols., 2000).

El alcohol dificulta la absorción de calcio por parte de los huesos, por lo que contribuye a la pérdida de masa ósea y a la aparición de osteoporosis. El consumo abusivo de alcohol incide también en la hipertensión arterial y en la obesidad, favoreciendo o provocando la aparición de enfermedades cardiovasculares. El consumo moderado de alcohol (uno o dos vasos de vino al día o cantidad equivalente) no parece causar problemas significativos.

Respecto a la cafeína (contenida en café, té, colas y bebidas gaseosas), puede incidir en la pérdida de masa ósea, ya que incrementa la excreción de calcio por la orina. Su consumo moderado está permitido.

Así pues, el establecimiento de unos hábitos de vida saludable (fáciles, por otro lado, de llevar a cabo) puede contribuir no sólo a un mejor estado de salud general, sino también a la minimización de la sintomatología asociada a la menopausia. Cuanto antes se establezcan estos hábitos, mayores efectos beneficiosos se obtendrán.

5.4.1. Tratamientos no psicológicos

El tratamiento por excelencia de la menopausia es la terapia hormonal sustitutiva, que tiene como objetivo solucionar el déficit hormonal ovárico mediante la administración exógena de estrógeno, progesterona y andrógenos.

La terapia hormonal sustitutiva (THS) se ha mostrado altamente eficaz en la reducción de la sintomatología menopáusica, pero, como se comentó anteriormente, se requiere una completa revisión médica antes de que el ginecólogo pueda proceder a su administración. Además, y como también se ha comentado, existen numerosos factores de riesgo que hacen desaconsejable o imposible su utilización (Carnicer, Castro y Paublete, 2002).

Entre las contraindicaciones absolutas para la aplicación de la THS están las siguientes:

- Antecedentes de cáncer de mama.
- Antecedentes de cáncer de endometrio.
- Hemorragias uterinas de causa desconocida.
- Antecedentes de tromboflebitis o enfermedad tromboembólica.
- Enfermedades hepáticas.

Entre las contraindicaciones relativas para la utilización de la THS se encuentran las siguientes:

- Miomas uterinos.
- Varices importantes.
- Alteración hepática crónica.
- Diabetes.
- Hipertensión arterial.
- Aumento anormal del colesterol y los lípidos.
- Obesidad.
- Tabaquismo.

La THS debe comenzarse, cuando así se requiera y se apruebe, con independencia de la etapa del climaterio. También puede indicarse como intervención preventiva cuando la mujer tenga un alto riesgo de sufrir cardiopatía isquémica y osteoporosis. La THS debe mantenerse mientras el beneficio obtenido sea superior al riesgo derivado de su administración; por ello, deben realizarse a la mujer sometida a THS revisiones periódicas (alrededor de dos al año) que evalúen el balance beneficio/riesgo.

La THS suele consistir en la administración de estrógenos combinada con gestágenos (progesterona) y/o andrógenos.

El estrógeno más utilizado en Europa es el estradiol. Es más potente que los estrógenos producidos por el ovario (estriol y estrona) y permite una pauta de aplicación cíclica o continua a través de distintas vías.

La pauta de aplicación cíclica consiste en la administración de estrógenos durante tres semanas seguida de una semana de descanso. En los días 11 a 21 del ciclo se administra un gestágeno. Aparece un sangrado similar al de la menstruación en la semana de descanso.

La pauta de administración continua supone la administración todos los días de los estrógenos y durante una o dos semanas (dependiendo de la dosis) de los gestágenos asociados. Este tipo de administración previene la aparición de sangrados, de modo que si se producen éstos, hay que consultar con el médico.

La administración del estradiol puede hacerse a través de vía oral, de vía percutánea, a través de parches intradérmicos o por cremas vaginales.

- Administración oral. Ha sido la vía de administración más empleada. Sin embargo, presenta el problema de la inactivación parcial de los estrógenos al ser absorbidos por el hígado y las paredes intestinales. Por ello se están utilizando otras vías.
- Vía percutánea. Se administran los estrógenos en forma de gel o crema aplicados sobre la piel del abdomen, cara externa de los muslos, brazos, hombros o cuello. El gel así aplicado se absorbe muy rápidamente (menos de diez minutos).
- Parches transdérmicos. A su eficacia, comprobada clínicamente, unen la comodidad de su administración. Los estrógenos liberados son absorbidos a través de la piel y transmitidos al torrente sanguíneo durante tres o cuatro días.
- Cremas vaginales. Están indicadas en aquellos casos en los que la sintomatología esté relacionada fundamentalmente con alteraciones genitourinarias y, especialmente, en las coitalgias.

Además del estradiol, se han utilizado (aunque con mucha menos frecuencia) el estriol (que es un estrógeno menos potente, recomendado para normalizar la atrofia vaginal), los estrógenos equinos (muy populares en Estados Unidos, provenientes de la orina de la yegua gestante y administrados por vía oral) y los estrógenos sintéticos (muy potentes, indicados en la pre-menopausia para evitar embarazos indeseados).

La administración de gestágenos ayuda a la prevención del desarrollo del cáncer de útero, pues tienen un efecto protector sobre el endometrio. Los más utilizados son la progesterona natural (que presenta los problemas de una mala absorción y una rápida metabolización) y géstagenos sintéticos (el acetato de medroxiprogesterona es el más utilizado para el tratamiento de la sintomatología menopáusica). Las pautas de administración son las que se han indicado al hablar de los estrógenos, siempre por vía oral.

Por último, la administración de andrógenos parece tener efectos muy beneficiosos sobre problemas relacionados con la sexualidad, el estado de ánimo, la caída del cabello y las cefaleas y migrañas.

Además de la THS, existen otras opciones médicas para el control de la sintomatología menopáusica, que son las siguientes:

- Tratamientos no hormonales.

- Moduladores selectivos de receptores de estrógenos (SERM).
- Tratamiento hormonal alternativo.

Entre los tratamientos no hormonales encontramos los bifosfonatos o difosfonatos y actúan provocando cambios metabólicos en el hueso parecidos a los de los estrógenos, pero no son hormonas. Estas sustancias son efectivas para la prevención de la osteoporosis en personas con muy alto riesgo a desarrollarla o para quienes ya la padecen. Se utilizan por vía oral.

Además también entrarían en este apartado los fitoestrógenos que son sustancias de origen vegetal que se encuentran principalmente en la soja. El más importante es la isoflavona. Tienen una acción similar a los estrógenos pero más débil y más corta y suponen una alternativa natural al tratamiento con estrógenos.

Los moduladores selectivos de receptores de estrógenos (SERM) actúan uniéndose a las células en los receptores de estrógenos, pero de forma selectiva, como su nombre indica. Esto quiere decir que tienen la propiedad de modificar o modular a unos receptores sí y a otros no, para actuar en unos tejidos como si fuesen estrógenos, con los mismos efectos, pero en otros con efecto contrario o sin efecto. En mujeres con ciertas enfermedades que son agravadas por la presencia de estrógenos (miomas, ciertos tipos de cáncer como el de mama o endometrio) estas sustancias les pueden resultar muy útiles durante la menopausia, ya que actuarían como los estrógenos favorablemente sobre el hueso, el corazón, la vagina, etc., pero no actuarían, o tendrían el efecto contrario, sobre el tejido de la matriz y mamas.

Entre los tratamientos hormonales alternativos se incluyen los gonadomiméticos, que son sustancias sintéticas capaces de realizar, simultáneamente, las acciones de todas las hormonas sexuales. Tienen, por tanto, capacidad de actuación como estrógenos, gestágenos y andrógenos, aunque con distinto nivel de actividad. El efecto similar al de la progesterona, que es el predominante, hace que la posibilidad de sangrado prácticamente se elimine. El efecto similar al del estrógeno actúa sobre los sofocos, insomnio, previene a largo plazo la osteoporosis y la enfermedad cardiovascular. Se presenta como una alternativa a la terapia hormonal tradicional, y está indicado para aquellas mujeres a quienes les parece intolerable el sangrado vaginal asociado con la terapia tradicional, para quienes han tenido tumores dependientes de hormonas (mama y endometrio) o tienen factores de riesgo para padecerlos. Se usa por vía oral y sus resultados tardan en notarse al menos 12 meses. Es un fármaco sólo aplicable en la menopausia, con lo cual es imprescindible esperar un año al cese de la regla para su aplicación.

5.4.2. Tratamientos psicológicos

La terapia hormonal sustitutiva es eficaz para reducir la sintomatología menopáusica (o una parte importante de ella) en un porcentaje elevado de los casos en los que se aplica. Sin embargo, sólo en algunos casos puede reducir la sintomatología de carácter

psicológico (la sensación de tristeza o malhumor, las preocupaciones excesivas, las rumiaciones, la depresión, etc.) asociada con la menopausia. Además, y debido a las estrictas contraindicaciones a su utilización, existe un porcentaje importante de mujeres que no pueden acceder a la TSH. Por último, hay mujeres que, si bien sufren sintomatología menopáusica, ésta no es lo suficientemente intensa como para justificar el empleo de la TSH, por los riesgos que este tipo de terapia conlleva.

Para todos los casos en los que la TSH está contraindicada y como complemento (o incluso sustituto) de cualquier terapia hormonal, se han desarrollado varios programas desde la perspectiva cognitivo-conductual que contribuyen en gran medida al control de los síntomas asociados a la menopausia.

A) Técnicas y programas

El abordaje de la menopausia desde la perspectiva cognitivoconductual es muy reciente y los trabajos son escasos, pero pueden citarse algunos, como el de Hunter y Liao (1996), que diseñaron una intervención cognitivo-conductual para el tratamiento de los sofocos menopáusicos. Hunter y Liao (1996) reclutaron una muestra de 52 mujeres, que optaban entre dos posibles tratamientos: (a) TSH y tratamiento cognitivo-conductual; y (b) la ausencia de tratamiento.

Las técnicas cognitivo-conductuales que se utilizaron para controlar los sofocos fueron: lenguaje auto-tranquilizador, relajación (Bernstein & Borkovec, 1973), respiración profunda; e identificación y reducción de los precipitantes o exacerbantes de los sofocos (disputas, comidas picantes, etc.). El entrenamiento se llevó a cabo en cuatro sesiones de una hora, distribuidas en torno a seis u ocho semanas. Se comparó la eficacia de ambos tratamientos en la disminución del número de sofocos y su grado de malestar. Asimismo, se comparó el grupo que pasó por el tratamiento cognitivo-conductual, con el grupo control. La TSH y el tratamiento cognitivo-conductual disminuyeron de forma significativa la frecuencia de los sofocos, pero la terapia cognitivo-conductual también redujo significativamente la ansiedad y la valoración negativa de los sofocos. Los cambios se mantenían en los tres meses del seguimiento. Por tanto, la terapia cognitivo-conductual podría ser especialmente útil para el tratamiento de los sofocos que interactúan con sentimientos de malestar y ansiedad, así como para aquellas mujeres que no deseen o no puedan ser tratadas mediante una TSH.

Otro de los trastornos con que se ha trabajado es la hipertensión arterial. Puesto que durante la menopausia es uno de los síntomas más frecuentes, Camuñas *et al.* (2001) pusieron en marcha una intervención psicológica en diez mujeres menopáusicas con hipertensión. Dentro de los trastornos cardiovasculares las variables emocionales (ansiedad, ira y estrés) cobran una consideración especial. El objetivo del programa de intervención era disminuir la tensión arterial mediante el manejo de la ansiedad y la mejora sobre el control y la expresión de la ira, así como la modificación de hábitos de vida no saludables. El programa constaba de 15 sesiones distribuidas en los siguientes

módulos: informativo, técnicas psicofisiológicas, aprendizaje de hábitos de vida saludables, entrenamiento en solución de problemas y control de ira. Se utilizaron el ISRA, el STAXI y un esfigmomanómetro de presión en las evaluaciones de pretratamiento, tratamiento, postratamiento y seguimiento. Los resultados indicaron un descenso significativo de la ansiedad, en el rasgo de ira y en la HTA en sus dos medidas (sistólica y diastólica). Seis de las participantes suspendieron la medicación antihipertensiva por prescripción médica. A los cinco meses del tratamiento se seguían manteniendo los resultados obtenidos en la situación de postratamiento.

Sueiro *et al.* (1999) pusieron en marcha un programa de promoción de la salud, para un grupo de mujeres climatéricas. El programa se aplicó a ocho mujeres menopáusicas con una edad comprendida entre los 45 y 55 años, que manifestaban sintomatología depresiva, que no había cedido después de haber sido tratadas durante año y medio con THS.

En este caso, se utilizó una metodología cuasi-experimental con un diseño pre y postratamiento sin grupo control. Cada mujer fue evaluada mediante los inventarios de depresión y ansiedad de Hamilton y el cuestionario de calidad de vida de Ruiz y Baca (1991). Durante el programa se llevaba a cabo una evaluación continuada de las variables ansiedad y depresión.

Se planteó como objetivo del programa el que las mujeres logaran el control de la ansiedad, y como técnicas se utilizaron la relajación, la comunicación y la creación de redes sociales. La intervención psicológica se diseñó como una forma breve de terapia cognitivo-conductual en grupo, utilizando metodología psicoeducativa. El programa constaba de once sesiones durante una hora y media cada una de ellas, un día a la semana.

Los resultados indicaron un descenso significativo en las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de ansiedad y depresión. También se detectó un aumento en la calidad de vida, aunque no fue significativo. Las autoras reconocen que la muestra no fue suficientemente grande para establecer resultados concluyentes de las variables estudiadas, pero estos buenos resultados animaron a la realización de programas similares como el que se expone a continuación.

B) Programa de intervención

A continuación se presenta un programa de intervención para el control de la sintomatología menopáusica, desarrollado por la autora en colaboración con la Casa de la Mujer de Fuenlabrada. El taller se llevó a cabo dentro del programa de prácticas externas del Máster de Psicología Clínica y de la Salud de la UCM y fue aplicado por alumnas del mismo. Se pretendió que el trabajo, además de ser un taller aplicado, tuviera también un carácter investigador.

La intervención consistió en un programa organizado en diez sesiones, realizadas semanalmente, de hora y media cada una. El esquema de las sesiones, cuyo contenido se

detalla más adelante, está recogido en el [cuadro 5.3](#).

Cuadro 5.3. Resumen de las sesiones de la intervención con sintomatología menopáusica

<i>Taller de menopausia</i>	
• <i>Sesión 1:</i>	Presentación del programa y sus objetivos; evaluación pretratamiento.
• <i>Sesión 2:</i>	Educación en aspectos de la menopausia I (cambios a corto plazo: fisiológicos, físicos, sociales y psicológicos).
• <i>Sesión 3:</i>	Educación en aspectos de la menopausia II (cambios a medio y largo plazo).
• <i>Sesión 4:</i>	Relajación muscular progresiva.
• <i>Sesión 5:</i>	Respiración diafragmática, ejercicio y nutrición.
• <i>Sesión 6:</i>	Ejercicios de Kegel y opciones para combatir la sequedad vaginal.
• <i>Sesiones 7 y 8:</i>	Identificación y control de preocupaciones excesivas y creencias irracionales.
• <i>Sesión 9:</i>	Solución de problemas y administración del tiempo.
• <i>Sesión 10:</i>	Evaluación postratamiento y despedida del programa.

Sesión 1: Se dedica a la presentación del programa, de las terapeutas, de las participantes y a la recogida de datos pretratamiento: cuestionario biográfico, cuestionario de calidad de vida (Sánchez Cánovas, 1999), índice de Kupperman y evaluación de la ansiedad y la depresión a través de las medidas obtenidas en la HADS. Los objetivos específicos de esta sesión se centran en dar a conocer a las participantes los contenidos a desarrollar a lo largo del programa y a motivar la participación de las mujeres en el mismo. Se les entrega un material escrito con el contenido de esta sesión y las dos siguientes, con el ruego de que trabajen sobre los contenidos en el período intersesiones.

Sesiones 2 y 3: Tienen un carácter eminentemente educativo: se imparten conocimientos acerca de diversos aspectos del proceso de la menopausia: en ellas se explica el proceso biológico de la menopausia (por qué y cómo se produce) y los cambios que lleva asociados a corto, medio y largo plazo, cambios de carácter fisiológico, psicológico y social. Se hace especial hincapié en la prevención y mejora de la sintomatología a través de hábitos adecuados referidos a los aspectos nutricionales (con la proposición y elaboración de un recetario menopáusico-saludable) y a la realización de ejercicios. Se proporciona a las participantes unas tablas de ejercicios adecuadas a su

nivel físico y sus posibilidades de práctica.

Sesión 4: Se explican los diferentes métodos para combatir los cambios a corto plazo (especialmente los sofocos), insistiendo principalmente en la relajación muscular progresiva (16 grupos musculares). Se enseña el método en el taller, practicando la relajación y resolviendo las dudas y problemas que plantean las participantes. Asimismo, se proporciona a las participantes una cinta de relajación y un autorregistro que deben completar diariamente tras la práctica de la relajación. Se recuerdan los consejos nutricionales acerca del control y reducción de los sofocos. A partir de esta sesión, se van recabando semanalmente recetas de cocina de las participantes con objeto de elaborar el recetario menopáusico-saludable. Estas recetas deben cumplir tres condiciones: que se ajusten a los consejos nutricionales proporcionados, que sean rápidas y fáciles de preparar y que no sean costosas.

Sesión 5: Se entrenó en respiración diafragmática, como otra técnica para combatir los cambios a corto plazo, proporcionando a las participantes una guía escrita de los pasos del entrenamiento en respiración y un autorregistro diario de práctica de la misma. Asimismo, se abordaron los aspectos educativos concernientes a los cambios a medio y largo plazo: los problemas de osteoporosis, los cardiovasculares y los derivados de las alteraciones genitourinarias, especialmente la sequedad vaginal (y la subsiguiente coitalgia e inhibición del deseo sexual) y las pérdidas de orina. De nuevo se insiste en la importancia de la nutrición y el ejercicio moderado continuado como forma de prevenir o retrasar la temida osteoporosis y los problemas cardiovasculares. Se enseñaron y practicaron posturas saludables, así como algunos ejercicios estáticos recogidos en las tablas que se habían proporcionado con anterioridad.

Sesión 6: Se abordan las alteraciones genitourinarias. Para combatir la laxitud del suelo pelviano (responsable de las pequeñas pérdidas de orina que sufren muchas mujeres en esta edad) se llevó a cabo el entrenamiento en ejercicios de Kegel. Estos ejercicios fortalecen el tono muscular del suelo pelviano. Pueden realizarse tumbada o de pie y consisten en lo siguiente:

- a) Interrumpir un chorro imaginario de orina, contrayendo el esfínter urinario, manteniendo la contracción unos segundos y relajándolo a continuación. No debe practicarse cuando se está orinando realmente, pues puede provocar el reflujo urinario, causa de diversas infecciones (si a la paciente le cuesta mucho identificar el esfínter urinario, puede probar a hacerlo una o dos veces cuando orine realmente, pero no de forma frecuente, por lo que se ha comentado).
- b) Contraer el esfínter anal, sin contraer al mismo tiempo los glúteos (este ejercicio es importante porque, en ocasiones, además de pérdidas de orina pueden producirse incontinencia de gases y heces). Mantener la contracción unos segundos y relajar.
- c) Cerrar la vagina verticalmente, como si se tratara de evitar un parto; mantener y relajar.

Estos ejercicios deben practicarse varias veces al día, con diez repeticiones cada uno y cada vez.

La sesión se dedicó, asimismo, a ofrecer opciones para combatir la sequedad vaginal e incrementar el placer del intercambio sexual, entre ellas, la utilización de lubricantes vaginales. Es muy importante la elección del lubricante, ya que tiene que tener una base hídrica o al menos soluble en agua. No se deben utilizar lubricantes provenientes del petróleo, como la vaselina o aceites minerales, ya que no son solubles en agua y pueden adherirse a la mucosa vaginal y disfrazar infecciones o favorecer el desarrollo de bacterias. Asimismo, es conveniente que el producto que se use sea ligeramente ácido, con un pH no mayor de 5.0, de tal forma que sea parecido al pH natural de esta parte de su cuerpo. Esto evita el desarrollo de bacterias que con mayor frecuencia invaden la vagina.

Sesiones 7 y 8: Estas dos sesiones se destinaron a la identificación y control de preocupaciones excesivas y creencias irracionales. Se explicó el modelo A-B-C de Ellis, practicando en el taller la identificación de pensamientos distorsionados y negativos y su sustitución por pensamientos adaptativos, mediante la técnica de las cuatro columnas. Se trabajó con pensamientos que las mujeres habían ido registrando durante las semanas anteriores.

Sesión 9: En esta sesión se enseñó a las mujeres el entrenamiento en solución de problemas, aplicando esta técnica a un problema escogido por ellas mismas. Asimismo, se proporcionó la información necesaria para el entrenamiento en administración del tiempo, que las participantes realizaron en el período intersesiones.

Sesión 10: La última sesión se destinó a la revisión de las técnicas aprendidas, con los comentarios sobre las dificultades surgidas y las formas de solventarlas; se tomaron también los datos correspondientes a la evaluación postratamiento y se dedicó un corto espacio de tiempo a la despedida del programa.

Los resultados obtenidos por este tratamiento fueron muy esperanzadores, pues se consiguieron mejoras significativas tanto estadística como clínicamente en todas las variables estudiadas. Mejoró de forma importante la depresión, lo mismo que la ansiedad (evaluadas por la escalas HAD); se redujo la sintomatología evaluada por el índice de Kupperman y mejoró ligeramente la calidad de vida de las participantes del taller, según las puntuaciones del cuestionario de Calidad de Vida de Sánchez Cánovas; es decir, el tratamiento fue realmente satisfactorio en lo que respecta a la reducción de la sintomatología menopáusica. Pero, además, la intervención consiguió efectos similares en un grupo de mujeres en etapa climatérica pero que no habían alcanzado plenamente la fase de la menopausia. Ello implica que el tratamiento puede ser eficaz no sólo de forma paliativa, sino también preventiva. Es muy posible que, una vez instaurada la menopausia de forma franca, las mujeres experimenten menos sintomatología, ya que podrán controlar su intensidad y frecuencia mediante las técnicas aprendidas.

Además, hay que tomar en consideración el hecho de que el paquete terapéutico aquí expuesto se trata de una sencilla intervención, de fácil aplicación, susceptible de ser

utilizado en las diferentes instituciones dedicadas a la mujer. Se ha utilizado la educación como el principal factor terapéutico, y como el primer paso para la remisión de la sintomatología. Durante las sesiones, se enseñaron las técnicas necesarias, mostrando alternativas de respuesta para modificar comportamientos inadecuados.

Este estudio, con probabilidad, ha ofrecido implicaciones a nivel práctico y clínico. Ha supuesto una nueva forma de intervención para abordar la problemática menopáusica, carente de posibles efectos secundarios, que ofrece no sólo tratamiento para dicha sintomatología, sino también información y alternativas de respuesta para la prevención de síntomas que aún no hayan aparecido. Se ha demostrado que la terapia psicológica puede ayudar a esta población específica, en la gran mayoría de las ocasiones, y esto es, en aquellos casos donde no existen serios problemas de salud (cáncer, trastornos cardiovasculares, obesidad, etc.). Con la aplicación de programas de este tipo se podría producir un interesante ahorro en el gasto farmacéutico. Asimismo, puede suponer un nuevo campo para abordar en la psicología clínica, desde el punto de vista de la investigación y la práctica, fomentando el interés acerca de este tema y animando a que proliferen más estudios acerca de programas de intervención en el climaterio desde la psicología clínica. Este paquete terapéutico no sólo es importante desde el punto de vista asistencial, sino también desde el punto de vista educativo y preventivo. Se debería insistir que desde los centros de salud, ayuntamientos e instituciones relacionadas con la mujer, se ofertaran este tipo de programas de intervención.

Cuadro resumen

La menopausia no es un trastorno en sí mismo, no es una enfermedad, sino una etapa de la vida de la mujer, en la que, debido al cese de la actividad hormonal, pueden aparecer una serie de alteraciones, de carácter primario (fundamentalmente sofocos, osteoporosis, problemas cardiovasculares y trastornos genitourinarios). Aparecen también síntomas secundarios (irritabilidad, fatiga, depresión, trastornos del sueño) relacionados más con factores personales, sociales y culturales que con la propia pérdida estrogénica. En la etiología de la menopausia, como trastorno, juega un papel importantísimo la disminución en la producción de estrógenos, pero también aspectos culturales y sociales (como la minusvaloración de la mujer por su aspecto menos atractivo o por su pérdida de la capacidad reproductora; los problemas relacionados con el área sexual; o la coincidencia de situaciones que demandan de la mujer un esfuerzo extra, tales como el cuidado de padres y/o nietos). La correcta evaluación de la menopausia requiere una completa revisión médica, así como recabar información acerca de la situación psicosocial de la mujer, indicios de ansiedad o depresión, hábitos alimenticios, ejercicio, etc. La utilización de determinados instrumentos (como el registro de Balatt y Kupperman) facilita una visión rápida y bastante completa de la sintomatología de la menopausia. Aunque en un porcentaje importante de mujeres la sintomatología no requiere tratamiento, hay veces en que éste es necesario. La terapia hormonal sustitutiva (TSH), que proporciona estrógenos de forma exógena, se ha mostrado muy eficaz en la mayoría de las mujeres. Sin embargo, sus efectos secundarios y la imposibilidad de aplicarla en determinados casos, por los riesgos que

conlleva, ha permitido la búsqueda de nuevos tratamientos, entre los que se halla la intervención propuesta en este libro, una intervención de corte cognitivo-conductual, que, además de aspectos psicoeducacionales, incluye control de la dieta y práctica de ejercicio físico, control y reducción de las preocupaciones, administración del tiempo y cambio de las ideas irracionales. El programa se ha mostrado eficaz en la reducción de la sintomatología primaria y secundaria, proporcionando, a su vez, una pauta para posibles programas de tipo preventivo.

Preguntas de autoevaluación

1. La vivencia de la menopausia es una experiencia universal, que no está sujeta a diferencias culturales. V F

 2. Los sofocos consisten en una sensación de calor que aparece en cara y cuello, se extiende hacia abajo y va seguida de sudoración y frío. V F

 3. Uno de los instrumentos más utilizados en la evaluación de la sintomatología menopáusica es el registro de Balatt y Kupperman. V F

 4. Parece que el incremento de grasa abdominal experimentado en la etapa climatérica no se relaciona con la pérdida de estrógenos, sino con diferentes factores de carácter social. V F

 5. La intervención cognitivo-conductual aplicada a la sintomatología menopáusica ha resultado ser eficaz en el tratamiento de los síntomas primarios, pero no de los secundarios. V F
-

Anexos

Anexo I.

Cuestionario de Dolor Mestrual

En cada frase, marca con una X la casilla que consideras expresa mejor la frecuencia con que experimentas lo que se indica en cada una de las frases siguientes:

1 = Nunca; 2 = Casi nunca; 3 = A veces; 4 = A menudo; 5 = Siempre

	1	2	3	4	5
- Me siento irritable, fácilmente agitada e impaciente pocos días antes de que empiece mi período.	<input type="checkbox"/>				
- El primer día del período me duele el vientre.	<input type="checkbox"/>				
- Unos días antes de mi período me siento deprimida.	<input type="checkbox"/>				
- Un día antes de mi período tengo dolores abdominales y malestar.	<input type="checkbox"/>				
- Me siento exhausta, letárgica o cansada unos días antes de mi período.	<input type="checkbox"/>				
- Sólo sé que se acerca mi período mirando el calendario.	<input type="checkbox"/>				
- Durante mi período tomo una medicación para el dolor.	<input type="checkbox"/>				
- Durante mi período me siento débil y mareada.	<input type="checkbox"/>				



-
- Antes de mi período me siento ten-
sa y nerviosa.
 - Durante mi período tengo diarrea.
 - Unos días antes del período me due-
len los riñones.
 - Durante mi período tomo aspirinas
para el dolor.
 - Unos días antes del período noto los
pechos sensibles y doloridos.
 - El primer día de mi período me due-
len los riñones, el vientre y la parte
interior de los muslos.
 - El primer día del período desearía
estar en la cama, encogida, con una
bolsa de agua caliente en el vientre
o tomando un baño caliente.
 - Antes de mi período aumento de
peso.
 - Durante mi período padezco estre-
ñimiento.
 - Al principio de mi período tengo
dolores que pueden disminuir o de-
saparecer durante algunos minutos
y volver a aparecer después.
 - El dolor que tengo durante el perí-
do no es intenso, sino apagado y
continuo.
 - Unos días antes del período tengo
molestias abdominales.
 - El dolor de riñones me empieza el
mismo día que el período.
 - Unos días antes de mi período sien-
to el vientre hinchado.

– El primer día de mi período tengo náuseas.

– Unos días antes de mi período me duele la cabeza.

Señala, marcando el círculo, cuál de los tipos que se exponen a continuación se acerca más a tu experiencia personal:

- Tipo 1: El dolor comienza el primer día de la menstruación, a menudo una hora antes de los primeros signos de ésta. El dolor es más intenso el primer día y puede o no continuar en los siguientes. Siendo de tipo espasmódico, el dolor puede disminuir durante un tiempo y después volver a aparecer. Algunas mujeres experimentan un dolor tan intenso que les causa vómitos, desmayos y mareos; otras dicen que se encuentran mejor en cama o tomando un baño caliente. Este dolor se concentra en el bajo vientre, riñones y parte interna de los muslos.
- Tipo 2: Antes de que empiece la menstruación, la mujer nota un incremento de peso y un dolor apagado en el bajo vientre. A veces, acompañan a este dolor náuseas, pérdida de apetito y estreñimiento. También son características de este tipo de molestias menstruales el dolor de cabeza, el dolor de riñones y el dolor de pechos.
- Tipo 3: Es una mezcla entre los tipos 1 y 2.
- Tipo 4: No tengo ningún problema.

El tipo que más se aproxima a mi experiencia es el

- Tipo 1:
- Tipo 2:
- Tipo 3:
- Tipo 4:
-

Anexo 2.

Cuestionario mensual de dismenorrea (Larroy, 1989)

1. Indica en una escala de 0 a 10 (0 = ningún dolor; 10 = dolor muy intenso, incapacitante) la intensidad máxima del dolor en esta menstruación:
2. En la misma escala, indica la intensidad media del dolor durante esta menstruación (desde que comenzó el dolor hasta que desapareció):.....
3. Indica, en horas, la duración del dolor con su máxima intensidad:.....
4. Indica, en horas, la duración total del dolor (desde que comienza hasta que desaparece):
5. Señala con una X los otros síntomas que se han presentado en esta menstruación:

Pecho hinchado y/o tenso

Vientre hinchado

Depresión, tristeza

Irritabilidad

Trastornos gástricos

Fatiga, desgana

Dolor de cabeza

Malestar general

6. El dolor y/o las molestias se han presentado:

- Unos días antes de la menstruación.
- Unas horas antes o a la vez que la menstruación.
- Unas horas después del comienzo de la menstruación.

7. ¿Has utilizado medicación para aliviar el dolor y/o las molestias?:

¿Qué y en qué dosis?:.....

8. ¿Has utilizado algún remedio casero (infusiones, alcohol, etc.) o alguna otra estrategia para combatir el dolor y/o las molestias?:

¿Qué y cuánto?:

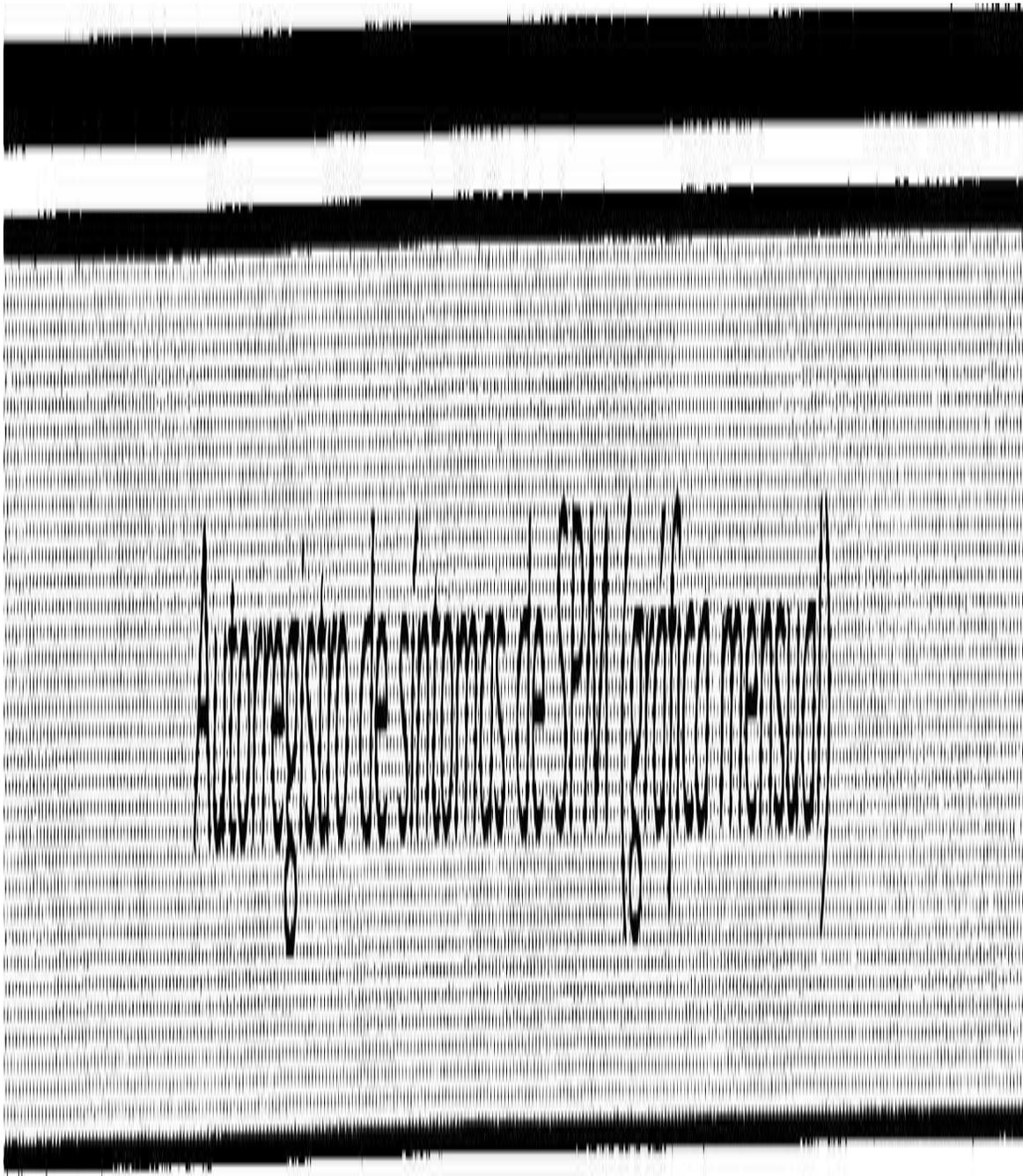
.....

9. ¿Has abandonado tus actividades y permanecido en reposo debido al dolor?:

.....

¿Cuánto tiempo?:.....

Anexo 3.



M: Menstruación; D: Depresión; V: Inflamación de vientre; P: Inflamación de pecho; E: Dolor de espalda; C: Dolor de cabeza. I: Irritabilidad.

Anexo 4.

Programa de relajación modificado¹

- *Ejercicios de los brazos*

- Apretar fuertemente el puño.
- Doblar la mano por la muñeca hacia atrás (como al "acelerar una moto").
- Doblar el brazo por el codo tensando el bíceps.
- Doblar el brazo por el codo y hacer fuerza intentando bajar el brazo, pero sin llegar a hacerlo.
- Estirar el brazo hacia delante.

- *Ejercicios de la cara*

- Tensar la frente levantando las cejas hacia arriba.
- Tensar la frente frunciendo el entrecejo.
- Apretar fuertemente los párpados.
- Tirar de las comisuras de los labios hacia atrás y hacia arriba (en una sonrisa muy forzada).
- Juntar los labios y sacarlos hacia fuera.
- Apretar fuertemente las mandíbulas.

- *Ejercicios del cuello*

- Inclinar la cabeza hacia la izquierda.
- Inclinar la cabeza hacia la derecha.
- Inclinar la cabeza hacia atrás.
- Inclinar la cabeza hacia delante.

- *Ejercicios del tronco*

- Levantar los hombros (como al "encogerse de hombros").
- Tirar de codos y hombros hacia atrás, intentando juntar los omoplatos.
- Sacar el estómago hacia fuera.
- Meter el estómago.

- *Ejercicio del perineo*

- Tensar la zona perineal, concentrándose en la zona anterior (como si se retuviera la orina).

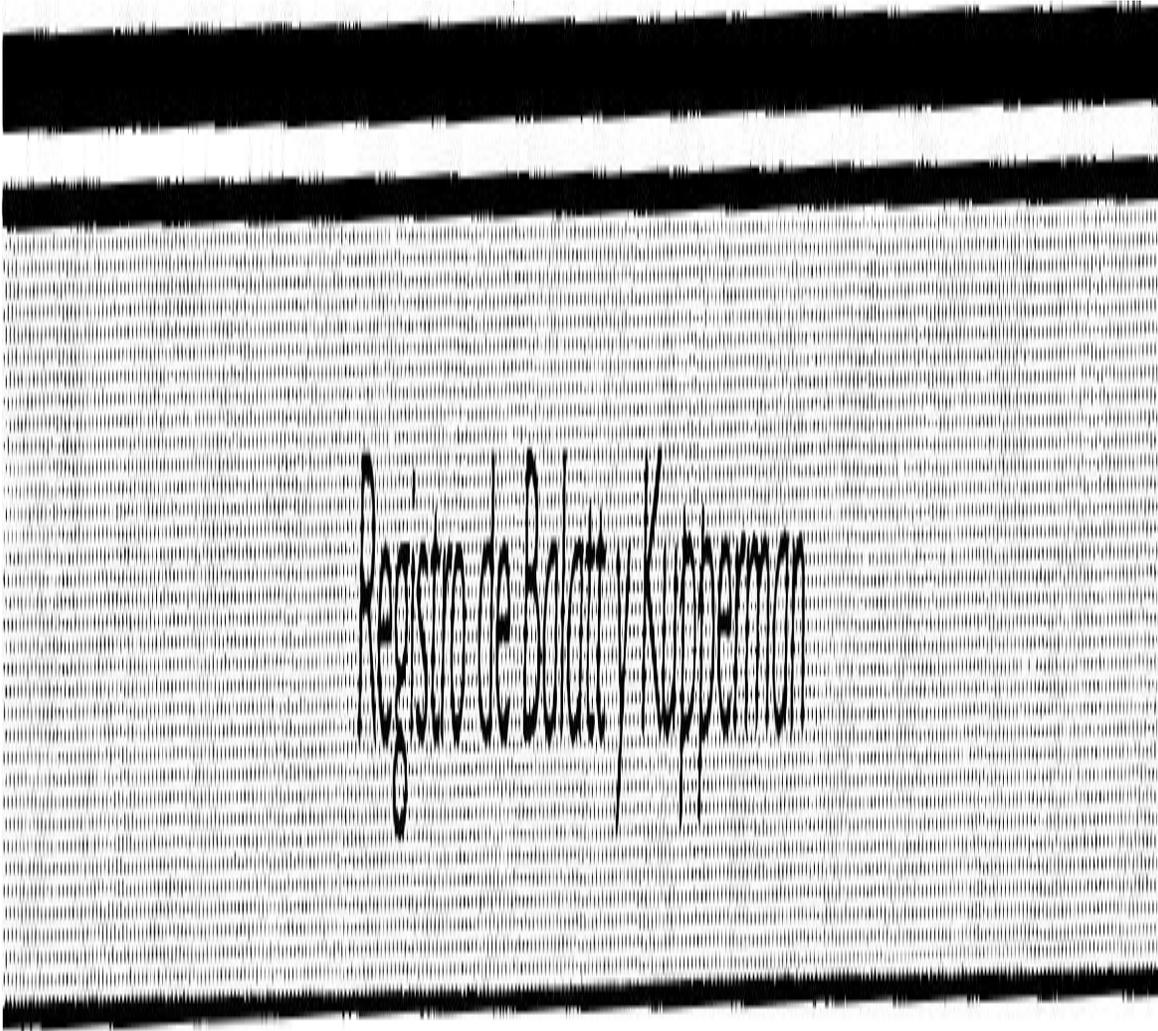
- *Ejercicios de las piernas*

- Ejercer presión sobre el glúteo.
- Contraer los músculos de la parte anterior del muslo.
- Tensar los músculos de la parte posterior del muslo apretando los talones hacia abajo.
- Tensar la parte anterior de la pantorrilla tirando fuertemente del pie hacia la rodilla.

- Tensar la parte posterior de la pantorrilla (los gemelos) estirando la punta del pie.
 - Tensar los pies doblando los dedos hacia delante sin necesidad de levantar los tobillos.
-

1 Los entrenamientos siguientes se hacen con nueve y cinco grupos musculares, respectivamente, ya que los ejercicios de tensión-distensión de la zona perineal, que están resaltados en la tabla, se mantienen hasta el final.

Anexo 5.



- 1 Factor: valoración de la importancia del síntoma de I (mínima) a 4 (máxima).
- 2 Severidad: Nada = 0; Ligera = 1; Moderada = 2; Severa = 3.
- 3 Puntuación: es el resultado de multiplicar el factor por la severidad.
- 4 Puntuación global: se obtiene sumando las puntuaciones y oscila entre 0 (ninguna sintomatología) y 48 (sintomatología muy intensa).

Clave de respuestas

Capítulo 1

V F

- 1.- Pregunta:
- 2.- Pregunta: Ovarios, trompas uterinas, útero y vagina.
- 3.- Pregunta: Folicular, ovulatoria, lútea y menstrual.
- 4.- Pregunta:
-

Capítulo 3

V F

- 1.- Pregunta:
- 2.- Pregunta:
- 3.- Pregunta:
- 4.- Pregunta:
- 5.- Pregunta:
-

Capítulo 2

V F

- 1.- Pregunta:
- 2.- Pregunta:
- 3.- Pregunta:
- 4.- Pregunta:
-

Capítulo 4

V F

- 1.- Pregunta:
- 2.- Pregunta:
- 3.- Pregunta:
- 4.- Pregunta:
- 5.- Pregunta:
-

Capítulo 5

V F

- 1.- Pregunta:
- 2.- Pregunta:
- 3.- Pregunta:
- 4.- Pregunta:
- 5.- Pregunta:

Lecturas recomendadas y bibliografía

Lecturas recomendadas

Dismenorrea y síndrome premenstrual

Blechman, E. y Brownell, K. (1992). *Medicina conductual de la mujer*.
Barcelona: Martínez Roca.

Aunque no es un libro reciente, sigue manteniendo un enorme valor divulgativo acerca de los trastornos de salud que afectan a las mujeres de cualquier edad. En concreto, incluye varios capítulos que recogen con claridad y acierto expositivo los temas dedicados a los trastornos de la menstruación, la infertilidad y la menopausia, haciendo hincapié en la sintomatología, las causas y los modelos explicativos de estos problemas.

Larroy, C. (1993a). Tratamiento grupal del dolor menstrual en adolescentes y jóvenes. En D. Maciá, J. Méndez y J. Olivares (Eds.): *Intervención Psicológica: Programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Dykinson.

En este capítulo se recoge la explicación detallada de un programa de intervención en dismenorrea adaptado a cada grupo de edad. Tiene un carácter menos divulgativo que el resto de la bibliografía recomendada, pero cuenta con la ventaja de exponer con claridad el proceso metodológico, lo que facilita la replicación de la investigación.

Larroy, C. (1993b). *Menstruación: Trastornos y tratamientos*. Madrid:
Eudema.

Escrito con propósito divulgativo y estilo ameno, con un lenguaje preciso, pero sencillo y accesible, el libro proporciona una visión bastante completa de los tratamientos de los dos trastornos más importantes de la menstruación: la dismenorrea primaria y el síndrome premenstrual.

Menopausia

Fernández, E.; Magnani, E.; Fernández, J. M. y Fernández-Arcilla (2000).
Menopausia. ¿Qué es? Madrid: Lilly.

Un breve cuadernillo escrito por un grupo de expertos en el tema que ofrece una visión completa de la sintomatología y las causas de aparición de la menopausia, una completa revisión de los tratamientos médicos de la misma y una serie de consejos útiles para sobrellevarla de forma sana y natural. No contempla, sin embargo, el control de la sintomatología psicológica.

Instituto de la Mujer (1999). *Menopausia*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales y Ministerio de Sanidad y Consumo.

Cuadernillo divulgativo en el que, de forma clara y sencilla, se expone el proceso del climaterio hasta la instauración de la menopausia franca, explica los síntomas asociados a la misma y ofrece unas sencillas pautas de actuación para minimizar el efecto de los síntomas y vivir mejor la menopausia.

Bibliografía

- Akin, M.; Weingand, K.; Hengehold, D.; Goodale, B.; Hinkle, R. y Smith, R. (2001). Continuous low level topical heat in the treatment of dysmenorrhea. *Obstetrics & Gynecology*, 97:343-349.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (4.^a ed.). Washington, DC: APA.
- Balbi, C.; Musrone, R.; Menditto, A.; DiPrisco, L.; Cassese, E.; Dájello, M.; Ambrosio, D. y Cardone, A. (2000). Influence of menstrual factors and dietary habits on menstrual pain in adolescence age. *European journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive biology*, 91:143-148.
- Banikarim, C.; Chacko, M. y Kelder, S. (2000). Prevalence and impact of dysmenorrhea on Hispanic female adolescents. *Archives of pediatrics and Adolescents medicine*, 154:1226-1229.
- Bernstein, D. A. y Borkovec, T. D. (Eds.) (1973). *Progressive Relaxation Training: A Manual for the Healthing Professions*. Champaign, I. L.: Research Press.
- Blechman, E. (1983). Mechanism of Premenstrual Symptoms. En E. Carter y B. Ginzburg (Presidente): *Ethical issues in behavioral genetics*. Symposium de la Behavioral Genetics Association. Londres.
- Camarasa, E. y Centelles, N. (1986). *Tractament no farmacologic de la dismenorrea*. Tesis de licenciatura inédita. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Camuñas, N; García, E.; Vivas, E; Morales, C.; Aranda, D. y Cano, A. (2001). Intervención psicológica en mujeres menopáusicas con hipertensión. *Psicologia.com*, 5 (3).
- Carnicer, C.; Castro, O. P. y Paublete, M. C. (2002). Aspectos básicos de la fisiología del climaterio. *Psiquiatria.com: Interpsiquis 2002*.
- Chesney, M. y Tasto, D. (1975a). The development of MSQ. *Behavior Research and Therapy*, 73:237-253.
- (1975b). The effectiveness of behavior modification with spasmodic and congestive dismenorrea. *Behavior Research and Therapy*, 13:245-253.
- Cox, D. (1977). Menstrual Symptom Questionnaire: further psychometric evaluation. *Behavior Research and Therapy*, 15:506-508.
- Cox, D. y Meyer, R. (1978). Behavioral treatment parameters with primary dysmenorrhea. *Journal of Behavioral Medicine*, 1:297-310.
- Dalton, K. (1969). *The menstrual cycle*. Nueva York: Pantheon Books.
- (1982). Premenstrual Tension: An overview. En R. Friedman (Ed.). *Behavior and the menstrual cycle*. Nueva York: Marcel Dekker Inc.
- Díaz, M. (2002). Aspectos psicosociales de la menopausia. *Psiquiatria.com: Interpsiquis 2002*.
- Deutch, B.; Jorgensen, E. y Hansen, J. (2000). Menstrual discomfort in danish women reduced by dietary supplements of omega-3 PUFA and B-12 (fish oil or seal oil capsules). *Nutrition Research*, 20:621-631.
- Fernández, E.; Magnani, E.; Fernández, J. M. y Fernández-Arcilla (2000). *Menopausia ¿Qué es?* Madrid: Lilly.
- Frank, R. T. (1931). The hormonal cause of premenstrual tension. *Archives of Neurology and Psychiatry of London*, 26:1053.
- Halbreich, U. y Endicott, J. (1982). Classification of premenstrual syndromes. En R. C. Friedman (Ed.). *Behavior and the menstrual cycle*. Nueva York: Marcel Dekker, Inc.
- Hunter, M. S. y Liao, K. L. M. (1996). Evaluation of a four session cognitive-behavioural intervention for menopausal hot flushes. *British Journal of Health psychology*, 1:113-125.
- Iglesias, X.; Camarasa, E. y Centelles, N. (1987). *Trastornos de la menstruación*. Barcelona: Editorial Martínez-Roca.
- Larroy, C (1987). Estudio de la incidencia de la dismenorrea en el área metropolitana de Madrid. *Comunicación al*

- I Congreso Nacional de Psicología de la Salud*. Jaén.
- (1989). *Dismenorrea primaria: Epidemiología y tratamiento psicológico*. Madrid: Editorial de la Universidad Complutense.
- (1991). Tratamiento preventivo de la dismenorrea primaria en jóvenes premenáuricas: un estudio piloto. *Clínica y salud*, 2:293-302.
- (1992). El tratamiento conductual de la dismenorrea primaria en jóvenes universitarias. Efectos a largo plazo. *Revista de Salud y Sociedad de la Universidad de Sonora*, 1:1-8.
- (1993a). Tratamiento grupal del dolor menstrual en adolescentes y jóvenes. En D. Maciá, J. Méndez y J. Olivares (Eds.): *Intervención Psicológica: Programas aplicados de tratamiento*. Madrid: Dykinson. — (1993b). *Menstruación: Trastornos y tratamientos*. Madrid: Eudema.
- (1995). Intervención cognitivo conductual en la dismenorrea primaria. En J. M. Buceta y A. Bueno (Eds.). *Psicología y salud: Control del estrés y Trastornos asociados*. Madrid: Dykinson.
- (1998). Estudio de la prevalencia y la sintomatología de la dismenorrea funcional en la Comunidad Autónoma de Madrid. Su relación con el Síndrome Premenstrual. *Proyecto de Investigación Complutense PR 181/96*. Madrid: Universidad Complutense.
- (2001). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la menstruación. *VIII Congreso Nacional de Psicología de la Salud*. Málaga.
- Larroy, C; Crespo, M. y Meseguer, C. (2001). Dismenorrea funcional en la Comunidad Autónoma de Madrid. Estudio de su prevalencia en función de la edad. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 8:11-22.
- Larroy, C.; Tabernerero, J. A.; Gil, A.; Garrido, A. B. y Feito, A. (2001). Factorización de los síntomas no dolorosos de la dismenorrea primaria y su cambio a lo largo de la edad: estudio en la Comunidad de Madrid. *Clínica y Salud*, 12:253-270.
- Larroy, C.; Vallejo, M. y Labrador, F. (1988). Evaluación de tres tratamientos conductuales para la dismenorrea funcional. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Sexología*, 6:33-44.
- Lau, J.; Yu, A.; Cheung, J. y Leung, S. (2000). Studies on common illness and medical care utilization patterns of adolescents in Hong Kong, *Journal of Adolescent Health*. 27:443-452.
- Magnani, E.; Sánchez-Arcilla, L; Aranda, D.; Campillo, F.; De Dios, T.; García, P.; García, P. y Rodríguez, A. (1999). *Programa de Menopausia*. Ayuntamiento de Madrid. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Matthews, K.; Wing, R.; Kuller, L. y Meilan, E. (1990). Influences of natural menopause on psychological characteristics and symptoms of middle-aged healthy women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58:345-351.
- Matthews, K. A. (1991). Myths and realities of the menopause. Annual meeting of the American Psychosomatic Society. Santa Fe, Nuevo México. *Psychosomatic Medicine*, 54 (1) 1-9.
- Miota, P.; Yálhe, M. y Bartz, C. (1991). Premenstrual Síndrome: a biopsychosocial approach treatment. En D. Taylor y N. Woods (Eds.). *Menstruation, Health and illness. Series in healthcare for women*. Nueva York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Moos, R. (1968). The development of a menstrual distress questionnaire. *Psychosomatic Medicine*, 30:853-867.
- Robinson, G. y Garfinkel, P. (1990). Problems in the treatment of Premenstrual syndrome. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35:199-206.
- Ruiz, M. A. y Baca, E. (1991). *Cuestionario de calidad de vida*. Tesis doctoral no publicada. Universidad Autónoma de Madrid.
- Sánchez-Cánovas, J. (Coord.) (1996). *Menopausia y Salud*. Barcelona: Ariel.
- (1999). *Cuestionario de valoración de la calidad de vida, en mujeres de 45 a 64 años*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)(1994). *El dolor menstrual en la mujer española*. Madrid: Boots Pharmaceutical.
- Steimberg, S. (1991). The treatment of late luteal phase dysphoric disorders. *Life Science*, 11:767-802.
- Stephenson, L.; Denney, E. y Aberger, D. (1983). Factor structure of the Menstrual Symptom Questionnaire: Relationship to oral contraceptives, neuroticism and life stress. *Behavior Research and Therapy*, 21:129-135.
- Sueiro, E.; Carbulleira, M. M.; Perdiz, C.; Rodríguez, J. A. y González, A. (1999): Promoción de la salud: Intervención psicológica en un grupo de mujeres en climaterio. *Psicología conductual*, 7 (1): Programa:

139-155; una experiencia práctica: 155-167.

Webster, S. K.; Martin, H.; Uchalick, D. y Gannon, L. (1979). The Menstrual Symptom Questionnaire and spasmodic/congestive dysmenorrhea: Measurement of an invalid construct. *Journal of Behavior al Medicine*, 2:1-19.

¹Deseo expresar mi agradecimiento a la Casa de la Mujer de Fuenlabrada, y especialmente a su psicóloga, Trinidad Soria; a Sonia Gutiérrez, por su trabajo de investigación y a las alumnas del Máster en Psicología Clínica y de la Salud de la UCM: Liliana León, Blanca Angulo, Noemí Fernández, Elena González, Carolina Hojman y Belén Jiménez, por su activo trabajo en el taller de Menopausia.

Índice

Portada	2
Créditos	6
Índice	7
Capítulo I. Aspectos previos en la consideración de los trastornos de la mujer	10
1.1. El aparato reproductor femenino	11
1.2. Fisiología del ciclo menstrual	13
1.3. Aspectos psicosociales relacionados con la menstruación	13
Cuadro resumen	15
Preguntas de autoevaluación	15
Capítulo 2. Trastornos de la mujer	17
2.1. Trastornos de la menstruación	17
2.1.1. Amenorrea	18
2.1.2. Hipomenorrea	18
2.1 .3. Hipermenorrea	18
2.1. 4. Oligomenorrea	19
2.1 .5. Polimenorrea	19
2.1 .6. Metrorragias	19
2.1.7. Dismenorrea	19
2.1.8. Síndrome premenstrual	20
2.2. Trastornos relacionados con inicio y final del ciclo menstrual	20
2.2.1. Trastornos relacionados con la menarquia	20
2.2.2. Trastornos relacionados con la menopausia	21
2.3. Trastornos relacionados con la capacidad reproductora	21
2.3.1. Trastornos relacionados con el embarazo y el parto	21
2.3.2. Trastornos relacionados con la esterilidad	22
Cuadro resumen	22
Preguntas de autoevaluación	23
Capítulo 3. Dismenorrea primaria	24
3.1. Sintomatología y taxonomía actuales. Presentación de un caso	25
3.2. Procedimientos y técnicas de evaluación. Aplicación al caso	28
3.3. Prevalencia del trastorno	35

3.4. Etiología	38
3.4.1. Variables fisiológicas y físicas	38
3.4.2. Variables psicosociales	39
3.5. Modelo explicativo	41
3.6. Tratamientos	43
3.6.1. Tratamientos no psicológicos	43
3.6.2. Tratamientos psicológicos	45
3.6.3. Propuesta de intervención	48
3.6.4. Caso: Intervención	51
3.6.5. Caso: Resultados	54
3.7. Guía para la paciente	54
Cuadro resumen	59
Preguntas de autoevaluación	60
Capítulo 4. Síndrome premenstrual	61
4.1. Sintomatología y taxonomía actuales	62
4.2. Evaluación y diagnóstico	63
4.3. Prevalencia del síndrome premenstrual	67
4.4. Etiología	68
4.4.1. Deficiente nivel de progesterona	69
4.4.2. Carencias vitamínicas	69
4.4.3. Corticoesteroides	69
4.4.4. Otros factores	70
4.5. Modelo explicativo	71
4.6. Tratamientos	72
4.6.1. Tratamientos no psicológicos	72
4.6.2. Tratamientos psicológicos	74
4.6.3. Valoración de los tratamientos del síndrome premenstrual	75
4.6.4. Propuesta de intervención	76
Cuadro resumen	78
Preguntas de autoevaluación	78
Capítulo 5. Menopausia	80
5.1. Sintomatología	82
5.2. Procedimientos y técnicas de evaluación	86
5.3. Etiología	88
5.4. Tratamientos	89

5.4.1. Tratamientos no psicológicos	92
5.4.2. Tratamientos psicológicos	95
Cuadro resumen	101
Preguntas de autoevaluación	102
Anexos	103
Clave de respuestas	113
Lecturas recomendadas y bibliografía	115