



## *El aspecto psicológico de la dismenorrea*

HUBERT PH. DE KANTER

La íntima relación que existe entre los problemas ginecológicos y los desequilibrios psicológicos hace que el ginecoobstetra tenga que afrontar la resolución de problemas psicosomáticos con relativa frecuencia. Aunque en casi todos los problemas ginecológicos encontramos fases psicológicas, en la dismenorrea es donde es más obvio y donde esta relación es más íntima. Las enfermas buscan el consejo, más bien del ginecólogo o del médico en general que el del psiquiatra y, aún más, son renuentes a aceptar que este último sea el que se avoque al problema.

Trataré de limitarme al aspecto psicológico de la dismenorrea y únicamente a lo que como ginecólogos o médicos generales podemos afrontar. No niego que en muchos casos nos será útil la ayuda del psiquiatra, pero en la mayoría de los casos nos atenemos a nuestros recursos y logramos por medio de ellos un porcentaje considerable de curas.

La dismenorrea es más bien un síntoma que una entidad patológica, y en su etiología podemos encontrar los más diversos factores. La dismenorrea se define como la "menstruación difícil o dolorosa"; es decir, se comprende toda la amplitud del problema.

Desde la época de Virchow, en que todo padecimiento se atribuía a alguna patología celular, hasta la fecha, en que la opinión es que siempre hay un factor psicológico, ha pasado por toda la gama de teorías etiológicas.

Dividimos la dismenorrea en: primaria (idiopática, intrínseca o esencial en la que los síntomas no son debidos a algún padecimiento somático) y secundaria (adquirida o extrínseca si hay un factor orgánico que la cause). Muchas veces es difícil definir si estamos ante una u otra, y aunque algunos autores opinan que el dolor es más sordo y permanente en las secundarias y más agudo y breve en las primarias, en la práctica es difícil ser específico y definir ante cuál nos encontramos. Llama la atención cómo los médicos que no piensan en términos de Medicina Psicosomática le dan una explicación somática a todo, y en ellos la dismenorrea secundaria predomina en su clientela sobre la primaria. Igual se puede decir de aquellos de nosotros que estamos convencidos del papel que juega la mente en los problemas ginecológicos; nosotros vemos en nuestra clientela muchos más casos de dismenorrea primaria que de secundaria. Algunas veces el dolor menstrual se debe a una lesión somática franca, tal como: congestión pélvica, obstrucción del canal cervical, hipoplasia uterina, edema, congestión, vasoconstricción, fragilidad tisular, fibrinólisis e hipersensibilidad e hiperirritabilidad de la musculatura uterina. También hay muchas mujeres que no padecen de dismenorrea, aún cuando tienen las lesiones somáticas que en otras producen este síndrome. En general, las mujeres que padecen dismenorreas son normales, gozan de buena salud, y en su ciclo menstrual ovulan y tienen un equilibrio hormonal adecuado.

Entre las estadísticas que mencionan los distintos autores, la dismenorrea se presenta en 10 a 64% de las pacientes de la consulta ginecológica. No creo que las cifras extremas sean las correctas, pero es muy difícil especificar cuáles sí lo son. Golub, en un estudio de 6,000

Reproducido de: Kanter H. El aspecto de la dismenorrea. Ginecol Obstet Mex 1958;XIII:140-145.

[www.femecog.org.mx](http://www.femecog.org.mx)

alumnas de High School en Estados Unidos, encontró que 40% de ellas padecían dismenorrea. Después de un año, al volver a tomar la estadística, era sensiblemente semejante, pero 20% de las que se quejaban de dismenorrea ya no la tenían, y aproximadamente el mismo número de alumnas que al principio no se quejaban de dolores menstruales, al fin del año sí los tenían. Lo que nos viene a demostrar lo variable que puede ser el síntoma. Algunos autores opinan que es más frecuente hoy que antes, atribuyéndolo a que mayor número de actividades domésticas se hacen por medio de instrumentos mecanizados y las mujeres tienen más tiempo para las consideraciones introspectivas. Mi parecer es contrario. La mujer moderna tiende a competir con el hombre, y la dismenorrea sería una desventaja en esta lucha. La mujer que sufre y se queja ya no obtiene la simpatía del elemento masculino como antes, y al contrario, pierde en popularidad. Como es un síntoma francamente subjetivo, hay una variedad enorme en la intensidad con que se manifiesta. Haman es de la opinión que las mujeres que padecen de dismenorrea tienen un umbral bajo de tolerancia al dolor. Es posible que todas las mujeres tengan síntomas menstruales, pero únicamente aquellas que tienen un umbral bajo, se quejan de él. Hay mujeres que toleran espasmos uterinos muy intensos sin pedir ayuda médica y otras que consideran que deben recluirse en la cama ante molestias aparentemente pequeñas. Como se comprende, es muy difícil especificar el porcentaje de pacientes que sufren este síntoma.

Sobre la etiología de la dismenorrea primaria, diremos que rara vez logramos llegar hasta las profundidades del psicoanálisis, pero hay ciertas características psicológicas que tienen estas enfermas en común. La mayoría de las pacientes son hijas de mujeres que también han padecido dismenorrea, de la clase acomodada, consentidas, con pocas defensas, y más o menos emotivas. Se empieza a presentar cuando la joven adquiere conciencia de su sexo, y aumenta gradualmente hasta llegar a mayor auge, de los 18 a los 20 años. Varía con el estado emocional, aumentando durante los conflictos y disminuyendo cuando se le halaga. Frustraciones y dificultades familiares, sobre todo las que le acentúan su inseguridad y sentido de inferioridad, tienden a hacer el dolor más intenso. Frecuentemente hay historia de enfermedades psicosomáticas en sus familiares, tales como colitis espasmódica, hipertensión, úlcera gástrica, etc.

Miller asevera que toda mujer que se queja de dolor, debe aceptar que lo tiene, la dificultad estriba principalmente en juzgar la intensidad de éste. El diagnóstico de dismenorrea es sencillo, pero es difícil definir si nos encontramos ante un caso funcional o uno orgánico. Es de importancia primordial llegar al diagnóstico de dismenorrea primaria, por deducciones y conclusiones específicas y no por eliminación, ya que este último sistema, además de ser muy laborioso deja en la enferma la impresión de que dudamos en nuestras aseveraciones. Las características mencionadas y, sobre todo, si en el interrogatorio hay datos de choques psicológicos entre la madre y la paciente, o entre ésta y el padre o algún otro familiar, o historia de divorcio, suicidio o muerte accidental de algún familiar íntimo, o en fin, problemas psicológicos enfocables al sexo, nos deben hacer concluir que se trata de una dismenorrea funcional. La menarquia, con su gama de problemas, y la falta de educación sexual, también son frecuentes en la historia y nos sirven para el diagnóstico.

El tratamiento debería ser realizado por psicoterapeutas, con psicoanálisis. Pero por diversas razones la psicoterapia profunda sería completamente imposible. En primer lugar, no habría suficientes psicoanalistas, aunque el número de ellos se multiplicara gradualmente. En segundo, el costo de un tratamiento de éstos sería tan extremadamente caro que pocas enfermas podrían costearlo. Finalmente, el tiempo que se consumiría para lograr el alivio haría que la mayoría de las pacientes se desesperara antes de lograrlo. Creo que dentro de la psicoterapia debería haber métodos más agresivos, donde hubiera esperanza de solucionar los problemas en menor tiempo.

El problema lo deben afrontar los médicos generales y los ginecólogos, utilizando los distintos métodos de psicoterapia menor que están al alcance de ellos y dejar únicamente ciertos casos para el psicoanalista. Hago un llamado formal a los ginecólogos para que no sólo estudien los métodos de psicoterapia menor, sino para que también dediquen su atención a la psicoterapia profunda, aunque sólo fuere para saber sus limitaciones y no intentar métodos de tratamiento que están fuera de nuestro alcance. La psicoterapia menor tiene la ventaja que es menos prolongada, complicada y, en muchos casos, aunque no lleguemos a la base del problema lograremos curaciones suficientemente satisfactorias para que la paciente pueda llevar una vida normal, controlando sus molestias con analgésicos y antiespasmódicos ligeros.

El interrogatorio de la paciente con dismenorrea es de importancia máxima para el tratamiento. Por medio de él, llegamos muchas veces a reconocer las causas que producen tensiones en las enfermas. Basta muchas veces insinuar problemas, para que la enferma, de *motu proprio*, confiese que le molesta, y quizá sea el origen psicológico de su mal. El médico general y el ginecólogo tienen la gran ventaja sobre el psiquiatra que la enferma opone menores resistencias, porque no teme que su actitud sea utilizada, catalogada y analizada en problemas psíquicos, sino como posible orientación para la corrección de un padecimiento orgánico. Aprovechando los indicios que nos pueda dar, podemos muchas veces llegar a obtener datos que nos sirvan como base para fundar en ellos nuestro tratamiento. Hay muchas enfermas que descubren cuál es su espina irritable y, por medio de la solución de ese problema, desaparece o cuando menos disminuye la dismenorrea. No obstante, habría una recidiva si se vuelve a presentar una situación tensional semejante. Conviene que se investigue con la paciente cuál es su sentir sobre la menstruación, si simplemente representa una molestia, si la considera un problema verdadero, o si llega a ser una enfermedad que le preocupa, aún durante las épocas de su ciclo que no están en relación con ella. La menstruación puede darle a las pacientes un complejo de inferioridad semejante al que tiene una mujer con algún defecto físico, sobre todo si le causa trastornos en su vida normal. Hay algunas pacientes que durante el interrogatorio dejarán vislumbrar su deseo de no ser mujer, o cuando menos su oposición a la maternidad. Aquellas mujeres que escucharon de sus madres las quejas sobre la menstruación también las tendrán más difíciles y dolorosas. Muchas veces se pueden disminuir los síntomas de estas pacientes con una discusión sana y abierta sobre la fisiología sexual femenina. Vale la pena dedicar cierto tiempo para escuchar la opinión de las pacientes acerca de la etiología que ellas le dan a su problema, y muchas veces nos encontramos que ellas ya se han hecho el diagnóstico correcto y que la confesión traerá la descarga emotiva necesaria para lograr una cura más o menos aceptable.

Un examen minucioso de la paciente es otro método de psicoterapia menor que nos da excelentes resultados en la dismenorrea. Una conclusión basada en los datos recabados llevará más fuerza y el tratamiento que sobre él se funde, tendrá mejores posibilidades de éxito. En ocasiones, nos encontramos con factores somáticos donde sólo esperábamos un problema psicológico. Es indiscutible

que la eliminación de éstos, en muchos casos produce el alivio de los síntomas, y aun cuando los síntomas no son debidos a la lesión somática, el tratamiento corregirá muchas veces la dismenorrea. Muchos de los dolores del bajo vientre y de la región sacra se eliminan con el tratamiento de una cervicitis. Durante el examen también podemos recabar datos que nos hagan remitir a la paciente con el psicoterapeuta; la enferma aceptará el psicoanálisis con mejor voluntad si el examen la ha convencido que no hemos encontrado factor patológico somático.

Sobre cuál tratamiento debemos de seguir, también hay varios factores que son importantes a considerar. No debemos acentuar la atención de la paciente acerca de sus órganos genitales, cuando los síntomas se deben exactamente a una sobreconcentración por parte de ella a su problema sexual, ni debemos tratar su caso superficialmente si se debe a un complejo de inferioridad. El tratamiento quirúrgico muchas veces, por el mismo impacto psicológico que produce sobre la paciente, puede dar resultados sorprendentes.

La intervención quirúrgica al cortar, no sólo cortaría en el sentido somático, sino también en el psíquico de la paciente, ya que la extirpación de un fibroma, dentro de la mente de la paciente fácilmente equivale a la eliminación del problema psíquico que traería la dismenorrea. Tenemos que recordar que la intervención quirúrgica no siempre resuelve el problema, ya que la paciente que tiene problemas psíquicos, al eliminársele el dolor de la matriz puede externar su problema en distinta forma.

Si las depresiones emotivas son debidas a baja en el nivel hormonal, podemos por medio de este método sustitutivo mejorar las actitudes de la paciente. Además, el tratamiento hormonal, por vía parenteral nos da mayores oportunidades para poder interrogarla y hacer observaciones que nos pudieran orientar acerca de la etiología emotiva. También es importante, desde el punto de vista psicológico, elevar el nivel nutritivo de las enfermas. Las mujeres dismenorreicas pertenecen, generalmente, a la clase acomodada, y aunque económicamente pueden alimentarse de manera adecuada, por razones diversas, como las dietas para adelgazar, gustos alimenticios, etc., nos encontramos con gran frecuencia que carecen de una dieta equilibrada. El tratamiento mismo, en ocasiones, hace que la enferma canalice, compense o digiera sus problemas psíquicos y sin que lo realicemos, también solucionamos el problema psíquico.

Es un factor muy importante en el tratamiento de la paciente, la confianza que ella tenga en su médico, ya sea que esta confianza sea directa por experiencia anterior, o indirecta por la recomendación que la ha llevado a la consulta. Se puede aprovechar este método de psicoterapia menor para alentar a la paciente, para eliminar en ella falsos conceptos y, muchas veces, para establecer nuevas ideas sobre problemas que pueden tener influencia en la dismenorrea. El asegurarle que no necesariamente debe tener dolor durante la menstruación porque su madre lo tuvo, o que la vida más higiénica de la actualidad hace que sea menos probable la dismenorrea, sobre todo si ésta va respaldada por la confianza de la paciente al médico, puede tener resultados excelentes.

El médico debe hacer un esfuerzo por comprender a la enferma y no criticarla cuando mencione haber cometido una falta. En las confesiones de las pacientes se encuentran datos importantísimos de sentimientos de culpa, algunos de ellos con justificación, pero también muchos que no tienen importancia, más que para ella. El hecho de que conserve remordimientos porque en alguna ocasión se haya masturbado, puede ser la causa de su dismenorrea, y es posible que cuando le hayamos informado sobre lo común de este incidente y no la castigamos por ello, sino que lo consideramos como algo muy natural, es probable que sus espasmos uterinos desaparezcan.

No debemos olvidar que una de las razones por las cuales sobrevienen los síntomas psicológicos es porque la paciente se siente menospreciada, y que si le damos nuestra atención completa, sentirá que su importancia aumenta y se neutraliza su problema.

En ocasiones deberemos conquistar su confianza utilizando métodos paliativos para poder demostrarle que hay resultados, aunque nuestros tratamientos definitivos no logren curarla hasta mucho más tarde.

Hay varios peligros en este método de psicoterapia menor: en primer lugar, no es fácil convencer a la paciente de algo que ella considera como ya establecido, y es más fácil que caiga la reputación del médico, a que ella acepte cambiar de manera de pensar. En segundo lugar, no nos podemos salir mucho de la verdad absoluta. No es conveniente asegurarle que con tres inyecciones de x sustancia se va a curar, si sabemos que las probabilidades son otras. Esto llevaría no sólo al fracaso psicológico de

este tratamiento sino al médico también, y en algunos casos la paciente perdería la confianza que pudiera tener a la medicina en general. El engaño a la enferma, aunque de momento no pudiera dar resultados alentadores, es demasiado peligroso como para poder recomendarse. Si la enferma descubre el truco, será mucho más difícil de manejar posteriormente, y en la mayoría de los casos reaparecerían los síntomas, y en algunas ocasiones éstos estarían acentuados.

Creo que vale la pena mencionar, como otro método de psicoterapia menor, el cambio de medio ambiente. Sabemos que la dismenorrea primaria es debida a conflictos psicológicos. No cabe duda que el cambio del medio ambiente eliminaría muchas de las espinas irritativas que contribuyen al problema. Antiguamente, las curas de reposo eran más populares que hoy en día y quizá debamos volver a aceptar este método en nuestro *armamentarium* terapéutico. Estar alejada de los conflictos que se manifiestan por el espasmo uterino, puede contribuir a un ajuste por parte de la paciente con el resultado benéfico. Antes se recomendaba “que se casaran” o que “tuvieran un hijo” como uno de los métodos más efectivos para combatir la dismenorrea. No cabe duda que con el matrimonio o con el embarazo habría cambios en el medio ambiente, y el hecho que daba resultado en cierto número de casos viene a confirmar nuestra suposición. Orientando a la enferma hacia nuevos intereses, sugiriéndole algún trabajo social, o algún “hobby” en el que pueda interesarse, mejorarían también sus posibilidades de alivio. Los ejercicios, en general, mejoran no sólo las condiciones somáticas, sino el ánimo de las pacientes y, en muchas, la dismenorrea pierde su importancia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Maurice Levine MD. Psychotherapy in medical practice. The Macmillan, 1955.
2. Kroger WS, Freed WSC. Psychosomatic Gynecology. WB Saunders, 1951.
3. Haman. Pain Threshold in Dysmenorrhea. Am J Obst and Gynec 1944;47: 686-691.
4. Taylor HC. Vascular congestion and hyperemia. Am J Obst and Gynec 1949;57:637-688.
5. Mazer C, Israel SL. Diagnosis and treatment of menstrual disorders and sterility. PB Hoeber, 1946.