
ARTÍCULO ORIGINAL

Percepción del ciclo menstrual y malestar psicológico en una muestra de mujeres mexicanas

Francisco Morales-Carmona,* Diana Pimentel-Nieto,* Hugo Bustos-López**

* Departamento de Psicología. ** Departamento de Ginecología, Instituto Nacional de Perinatología.

Menstrual cycle perception and psychological distress in a Mexican women sample

ABSTRACT

Objective. To evaluate the association between psychological distress and menstrual bleeding perception, in order to design a psychological intervention for women in reproductive age. **Material and methods.** Ex post facto and retrospective study in a random sample of women living in Mexico City with ages between 15 to 35 years. The following instruments were administered after reading the informed consent form: demographic and social questionnaire, gyneco-obstetric clinical history, menstrual bleeding diagnostic scale, menstrual bleeding analogical scale and the Goldberg's General Health Questionnaire. **Results.** 909 women were interviewed and 776 completed the study. A significant statistic association existed between the presence of menorrhagia and the symptoms of psychological distress. **Conclusions.** Our results suggest a temporary interaction between physiological and psychological symptoms that produce an intense sense of distress in the women.

Key words. Menstruation. Psychological distress. Ex post facto study. Woman.

INTRODUCCIÓN

La forma en que se perciben los signos y los síntomas de cualquier condición física están matizados por los aspectos psíquicos del individuo que informa, de ahí que se haya considerado que la inconsistencia al documentar las experiencias personales sea resultado de la subjetividad del individuo. Aún con estas limitaciones diversos trabajos han explorado la percepción que tienen las mujeres sobre las característi-

RESUMEN

Objetivo. Evaluar la asociación entre el malestar psicológico y el ciclo menstrual, a fin de generar una estrategia de atención mental para la mujer en edad reproductiva. **Material y métodos.** Estudio transversal, analítico en el que previo consentimiento informado se emplearon cuatro instrumentos: una encuesta de datos sociodemográficos y de historia gineco-obstétrica, la escala diagnóstica de sangrado menstrual, la escala analógica de sangrado menstrual y el cuestionario general de salud de Goldberg. **Resultados.** Se encuestó a 909 mujeres de la ciudad de México, de las cuales se analizaron 776. Se estableció una asociación significativa entre el malestar psicológico y la presencia de menorrhagia. **Conclusiones.** La asociación entre menorrhagia y los síntomas de malestar psicológico sugiere que se trata de una asociación por coexistencia temporal, que al interactuar, produce un efecto sinérgico.

Palabras clave. Menstruación. Malestar psicológico. Estudio ex post facto. Mujer.

cas de su menstruación sin emplear medidas objetivas, informando que el médico también realiza una interpretación subjetiva del problema de un sangrado uterino anormal y lo considera motivo de atención ginecológica aunque sólo en 50% de las pacientes se corrabora dicho diagnóstico.¹ Por otra parte, se ha establecido que en la población general se observa entre 2 y 5% de mujeres con amenorrea, mientras que la menorrhagia evaluada objetivamente informa una prevalencia de 9 a 13.5%.²⁻⁴

Las escalas analógico visuales han sido empleadas para evaluar la hemorragia menstrual. A partir de su empleo se documenta que las mujeres son capaces de discriminar entre menorragia y eumenorrhea con alta concordancia respecto del método de hematina alcalina considerado como estándar de oro en la medición de pérdida menstrual.^{5,6}

En el ámbito de la salud mental, una línea de trabajo que ha abordado el ciclo menstrual, lo hace bajo el supuesto de que la etapa premenstrual y lútea exacerbar la manifestación de trastornos mentales (trastornos afectivos como el trastorno depresivo mayor, trastornos bipolares y ciclotimia, trastorno de ansiedad generalizada, psicosis, esquizofrenia).⁷⁻¹² Incluso, el Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales (DSM-IV)¹³ ubica a la mujer en una categoría de trastorno mental mediante la asignación del diagnóstico de Trastorno Disfórico Pre-menstrual, el cual considera la presencia de síntomas del estado de ánimo en la etapa premenstrual que afectan el desempeño de vida cotidiana, de manifestación semejante al episodio depresivo mayor con deterioro social, laboral y familiar. De manera inversa, también se informa que mujeres con un trastorno depresivo solicitan consultas médicas con mayor frecuencia para la atención de síndrome premenstrual.¹⁴ Sin embargo, tal como Pearlstein señala, estos estudios tienen como limitación la selección e inclusión muestral de mujeres con diagnósticos de trastorno mental sin grupos de control y generalizan sus conclusiones a la población abierta.¹⁵

Otros autores han establecido que la menstruación y el momento del ciclo menstrual son factores reguladores del estado emocional, cambios cognoscitivos, comportamiento sexual, hábitos alimentarios, actos de violencia y presencia de adicciones en la mujer.^{14,16-19}

En este sentido, se ha informado que, durante el periodo de sangrado menstrual, las mujeres tienen un peor desempeño en habilidades que demandan atención, articulación verbal, coordinación motriz, percepción espacial y discriminación visual. Emocionalmente, el autor informa que en esta etapa, se afecta la vitalidad de la mujer disminuyendo sentimientos de tipo placentero.¹⁸

Por su parte, en la fase folicular y ovulatoria se incrementan sentimientos de tipo placentero, se aumenta la frecuencia coital y el interés sexual.^{16,18} Sin embargo, al explicar la asociación encontrada se refiere la influencia de factores psicosociales relacionados con temores hacia un posible embarazo, horario de trabajo y tiempo libre como determinantes de su observación.¹⁶

También se relaciona la presencia de síntomas variables y no concensuados referidos como síndrome premenstrual, el cual aunque no está claramente definido se le asocia con estado de ánimo depresivo, dificultades en la ejecución de una tarea, disminución de la atención y la concentración, así como de una mayor demanda de atención médica.^{14,17-20}

De acuerdo con la revisión presentada se hace patente que se ha tratado de establecer una relación causal entre los síntomas expresados sobre la menstruación y el estado mental, emocional, trastornos de alimentación, adicciones, capacidades de atención y concentración, etc. Sin embargo, es difícil establecer la veracidad de las asociaciones comentadas debido a la falta de controles adecuados. Consideramos que es conveniente corroborar estas afirmaciones, pues de confirmarse conduciría a considerar que toda mujer en la época en que menstrúa, sufre de estados depresivos cílicos, persistentes, y obligaría a un diagnóstico de cronicidad en el estado mental.

Nuestra propuesta es considerar que frente a eventos de vida, pueden presentarse algunas manifestaciones emocionales que son normales y esperadas. Este tipo de manifestación ya ha sido definido por Morales-Carmona, *et al.* en el 2005 como malestar psicológico, por tratarse de un conjunto de cambios emocionales estrechamente relacionados con un evento, circunstancia o suceso, y que no puede ser agrupado en una condición psicopatológica y que la persona lo experimenta con incomodidad subjetiva.²¹

Con base en lo anterior, el objetivo del presente informe es evaluar la asociación entre el malestar psicológico y la percepción del ciclo menstrual, a fin de generar una estrategia de atención psicológica para la mujer en edad reproductiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se encuestó a mujeres residentes del Valle de México entre los 15 y los 35 años de edad, que no se encontraban embarazadas o en periodo de lactancia, y contaban con una escolaridad mínima de primaria. Las mujeres fueron invitadas en escuelas secundarias y preparatorias, universidades públicas y privadas, centros de salud, clínicas del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), clínicas del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y del Instituto Nacional de Perinatología "Isidro Espinosa de los Reyes" (INPerIER).

Se realizó un estudio empírico con metodología cuantitativa con un diseño *ex post facto* retrospectivo.

Las mujeres que aceptaron participar respondieron los siguientes instrumentos autoaplicables:

- Encuesta de datos sociodemográficos y gineco-obstétricos.
- Escala Diagnóstica de Sangrado Menstrual (ED-SM). La ED-SM es un instrumento diseñado para evaluar las características del sangrado menstrual tomando en cuenta algunos de los parámetros propuestos por Marlow en 1996.²² El instrumento registra intensidad, duración, presencia o no de coágulos y el grado de restricción de actividades a causa del sangrado. Con base en los puntajes posibles, un grupo de jueces expertos estableció un algoritmo diagnóstico, estableciendo cuatro categorías de sangrado menstrual: amenorrea, hipomenorrea, eumenorrea y menorragia (leve, moderada y grave). Para efectos del análisis, se generó una variable dicotómica de pacientes con diagnóstico de eumenorrea y menorragia, excluyendo a las amenorreicas e hipomenorreicas por el número poco significativo de casos en ambas categorías (2.5%) y porque desde el punto de vista etiopatogénico estas entidades están asociadas a alteraciones hormonales o físicas.
- Escala Analógico Visual de Sangrado Menstrual (EAV-SM). La EAV-SM es un instrumento que consiste en una línea vertical de 10 centímetros que en un extremo representa la ausencia de sangrado menstrual y en el otro la presencia de sangrado muy abundante. La mujer debe marcar el punto que mejor describa, de acuerdo con su percepción, la cantidad de sangrado menstrual considerando el día de máximo sangrado. El resultado de esta prueba se analizó de dos formas: a) como valor absoluto, expresado en milímetros, y b) en forma estratificada como sigue: de 0 a 10 mm para sangrado ligero que darían por resultado amenorrea e hipomenorrea; de 11 a 84 mm para sangrado moderado o eumenorrea; y de 85 a 100 mm para sangrado grave o menorragia, los puntos de corte se establecieron con base en la prevalencia informada del problema y por estratificación pronóstica.^{24,23}
- Cuestionario General de Salud de Goldberg (CGS). Fue aplicado en su versión de 30 reactivos. Es un instrumento de rastreo de padecimientos psiquiátricos, no psicóticos.²⁴ El CGS ha mostrado ser un buen indicador del estado emocional en la población general y del malestar psicológico, particularmente cuando los puntajes se encuentran en los estratos de leve y moderado.²⁴⁻²⁵ El instrumento registra ordinalmente la presencia

o ausencia de síntomas mediante cuatro opciones de respuesta. La calificación del cuestionario se lleva a cabo sumando los síntomas presentes en las últimas dos semanas que difieren del estado habitual (respuestas en las columnas 3 y 4). El punto de corte para considerar a un sujeto como un “probable caso” de trastorno psiquiátrico o malestar psicológico es de 8. El CGS se analizó dicotómicamente como “caso” - “no caso”.

Por último, como variable de confusión se registró el momento del ciclo menstrual en el cual se encuestó a la mujer, considerando la fecha de última menstruación y la fecha de aplicación. La muestra se estratificó de la siguiente forma: del día 1 al 7 se catalogó como hemorragia, del 8 al 11 como fase folicular, del 12 al 18 como fase ovulatoria, del 19 al 25 como fase lútea y del 26 al 32 como fase premensual. La información se procesó con base en esta variable control.

La χ^2 se utilizó para probar independencia entre las variables mediante tablas cruzadas. El análisis se realizó con el apoyo del paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS por sus siglas en inglés) versión 14.0.

RESULTADOS

Se aplicaron un total de 909 encuestas de las cuales se eliminaron 14.63% debido a que no cumplieron con la totalidad de las respuestas del CGS, resultando un total de 776 mujeres.

Se emplearon medidas de resumen para los datos sociodemográficos. La edad promedio fue de 23.0 ± 6.0 años, con una escolaridad promedio de 12.4 ± 3.1 años y un ingreso familiar promedio que les coloca en un nivel socioeconómico bajo y medio - bajo. El 60.9% eran solteras, 29.4% casadas, 6.7% tenían una relación en unión libre, 2.6% separadas o divorciadas y el 0.4% viudas. Con relación a su ocupación se distribuyeron de la siguiente manera: 52.3% de estudiantes, 24.4% dedicadas al hogar y el 23.3% restante, con ocupaciones remuneradas. El inicio de vida sexual en aquellas que tenían iniciada su práctica, fue a los 19.7 ± 3.6 años.

La menarca se presentó a los 12.4 ± 1.4 años con una periodicidad promedio de 30 ± 9 días. La duración se distribuyó como sigue: 0.2% sin sangrado, de uno a dos días 15.6%, en 78.8% de tres a siete días, de ocho a 14 días 4.5%, de 15 a 21 días de sangrado 0.3% y en más de 21 días 0.6%.

Contestaron el cuestionario 26.6% (148 casos), durante la hemorragia; en la fase folicular 15.6%

Cuadro 1. Etapa menstrual, percepción de la cantidad de sangrado menstrual y evaluación según el Cuestionario General de Salud.

Variables	Fase del ciclo menstrual					Total 556
	Menstruación N = 148 Filas % Columnas %	Folicular N = 87 Filas % Columnas %	Ovulatoria N = 134 Filas % Columnas %	Lutea N = 109 Filas % Columnas %	Premenstrual N = 78 Filas % Columnas %	
	Percepción del sangrado menstrual					
	ED-SM					
Eumenorrea	131 (0.26) (88.5)	74 (0.15) (85.1)	115 (0.24) (85.8)	100 (0.20) (91.7)	72 (0.15) (92.3)	492
Menorragia	17 (0.26) (11.5)	13 (0.20) (14.9)	19 (0.30) (14.2)	9 (0.14) (8.3)	6 (0.09) (7.7)	64
$\chi^2 = 4.041$, p = 0.0401, 4 grados de libertad						
EAV-SM						
Ligero	2 (33.3) (1.4)	0 (0) (0)	1 (16.7) (0.8)	3 (50.0) (2.8)	0 (0) (0)	6
Moderado	138 (27.1) (93.9)	80 (15.7) (95.2)	118 (23.1) (90.8)	100 (19.6) (93.5)	74 (14.5) (96.1)	510
Abundante	7 (24.1) (4.8)	4 (13.8) (4.8)	11 (37.9) (8.5)	4 (13.8) (3.7)	3 (10.3) (3.9)	29
$\chi^2 = 8.342$, p = 0.401 y 8 grados de libertad						
CGS						
No, caso	122 (0.27) (82.4)	73 (0.16) (83.9)	111 (0.25) (82.8)	87 (0.19) (79.8)	57 (0.13) (73.1)	450
Caso	26 (0.24) (17.6)	14 (0.13) (16.1)	23 (0.22) (17.2)	22 (0.21) (20.2)	21 (0.20) (26.9)	106
$\chi^2 = 4.137$, p = 0.375 con 4 grados de libertad						

ED-SM: Escala Diagnóstica de Sangrado Menstrual. EAV-SM: Escala Analógico Visual de Sangrado Menstrual. CGS: Cuestionario General de Salud.

(87 casos); 24.1% (134 casos) en la fase ovulatoria; en la fase lútea 19.6% (109 casos); y en la fase premenstrual 14.0% (78 casos). El 28.4% (220 casos) de la muestra no recordaba su fecha de última menstruación.

La ED-SM mostró una distribución diagnóstica semejante a lo señalado en la literatura, siendo 2.8% para amenorrea e hipomenorrea, 83.9% para eumenorrea y 13.3% para menorragia; estos porcentajes se ven modificados para los análisis estadísticos, quedando 87.4% para eumenorrea y 12.6% de menorragia.

La distribución de la EAV-SM mostró una distribución normal, con un promedio de 51.9 ± 20.0 mm, curtosis de -0.315 y una simetría de 0.103. De acuerdo con los estratos de la EAV-SM 1.5% se ubicó en el estrato 1 (entre 0 y 10 mm); 92% en el estrato 2 (entre 11 y 84 mm) y el 6.5% restante en el estrato 3 (entre 85 y 100 mm).

Consistente con otros estudios, el análisis del CGS reveló que 21.8% de mujeres mostraban síntomas suficientes para ser consideradas “caso”; sin embargo, la presencia de estos datos sugieren malestar psicológico y no trastorno mental, ya que el promedio total fue de 4.6 ± 5.0 puntos por mujer encuestada, mediana de 3 y moda de 0.

Análisis bivariado

1. Se practicaron pruebas de independencia entre la etapa del ciclo menstrual en que se encontraba la mujer al momento en que respondió la encuesta contra las variables de evaluación del sangrado menstrual mediante la ED-SM dicotómica, la EAV-SM estratificada y ser “caso” de acuerdo con el CGS dicotómico. Como se observa en el cuadro 1, ninguna de estas variables mostró asociación con el momento del ciclo en el que la mu-

Cuadro 2. Análisis de concordancia entre la Escala Diagnóstica de Sangrado Menstrual y la Escala Analógico Visual de Sangrado Menstrual.

Escala Analógico Visual de Sangrado Menstrual	Escala Diagnóstica de Sangrado Menstrual			
	Amenorrea/Hipomenorrea N = 22 Filas % Columnas %	Eumenorrea N = 744 Filas % Columnas %	Menorragia N = 123 Filas % Columnas %	Total N = 889
	2 (15.4) (9.1)	11 (84.6) (1.5)	0 (0) (0)	13 (100) (1.5)
Estrato 1 0-10 mm	20 (24) (90.9)	701 (85.7) (94.2)	97 (11.9) (78.9)	818 (100) (92.0)
Estrato 2 11-84 mm	0 (0) (0)	32 (55.2) (4.3)	26 (44.8) (21.1)	58 (100) (6.5)
Estrato 3 85-100 mm	22 (2.5) (100)	744 (83.7) (100)	123 (13.8) (100)	889 (100)
Total				

$\chi^2 = 60.600$, $p = 0.001$ g.l.= 4. Casos concordantes: 729/889 = 82%. Sobreclaseificado: 108/889 = 12.14%. Subclaseificado: 52/889 = 5.84%.

Cuadro 3. Relación del Cuestionario General de Salud con Escala Diagnóstica de Sangrado Menstrual.

	Caso N (%)	No caso N (%)	Total
Menorragia	37 (37.8)	61 (62.2)	98 (100.0)
Eumenorrea	132 (19.5)	546 (80.5)	678 (100.0)
Total	169 (21.8)	607 (78.2)	776 (100.0)

$\chi^2 = 15.75$, $p < 0.001$. Razón de momios = 2.50 (1.59-3.93).

jer se encontraba. Los valores de las pruebas se presentan a continuación: ED-SM (eumenorrea-menorragia), $\chi^2 = 4.041$, $p = 0.401$, 4 grados de libertad; EAV-SM estratificada, $\chi^2 = 8.342$, $p = 0.401$ y 8 grados de libertad; y CGS como “caso” y “no caso”, $\chi^2 = 4.237$, $p = 0.375$ con 4 grados de libertad.

2. Escala Diagnóstica de Sangrado Menstrual (ED-SM)-Escala Analógico Visual de Sangrado Menstrual (EAV-SM):

La prueba χ^2 demostró una relación estadísticamente significativa entre los diagnósticos de sangrado menstrual (ED-SM) y los estratos asignados mediante la EAV-SM de la percepción de la mujer de su sangrado. Con una $\chi^2 = 60.600$, $p = 0.001$ con 4 grados de libertad y una correlación de 0.319, se demostró la relación entre estas variables a expensas del diagnóstico de hipomenorrea con el estrato 1 de la EAV-SM, el diagnóstico de eumenorrea con el

estrato 2 de la EAV-SM y los diagnósticos de menorragia en sus tres categorías de leve, moderada y grave con el estrato 3 de la EAV-SM. Asimismo, se muestra 82% de casos concordantes, con 12.14% de casos sobreclaseificados y 5.84% de subclaseificación. Este resultado nos sugiere que la percepción que tiene la mujer de su hemorragia menstrual concuerda con lo que puede establecer un criterio clínico o el instrumento (Cuadro 2).

3. Escala Diagnóstica de Sangrado Menstrual (ED-SM)-Cuestionario General de Salud (CGS).

La prueba χ^2 entre la ED-SM dicotómica de eumenorrea y menorragia y el CGS también dicotómico como “caso” y “no caso” mostró una relación entre las variables con los valores $\chi^2 = 15.75$, $p < 0.001$ con 1 grado de libertad. La relación de estas variables se explica entre el diagnóstico de menorragia y aquellas mujeres que se consideran “caso”, con una razón de momios igual a 2.50 (1.59-3.93) de ser “caso” cuando existe menorragia (Cuadro 3).

4. Escala Analógico Visual de Sangrado Menstrual (EAV-SM) y el Cuestionario General de Salud (CGS).

Las pruebas de independencia entre los estratos de la EAV-SM y del CGS mostraron que tales variables se relacionan a expensas del estrato 2 de la EAV-SM (11 a 84 mm) y el ser “no caso” en el Cuestionario General de Salud y en el estrato 3 de la EAV-SM (85 a 100 mm) y puntuar como “caso” en el mismo, mostrando una $\chi^2 = 8.032$, $p < 0.018$ y 2 grados de libertad (Cuadro 4).

Cuadro 4. Escala Analógico Visual y Cuestionario General de Salud.

Cuestionario General de Salud	Escala Analógico Visual				Total Filas % Columnas %
	Estrato 1 0-10 mm	Estrato 2 11-84 mm	Estrato 3 85-100 mm		
	Filas %	Filas %	Filas %		
	Columnas %	Columnas %	Columnas %		
No. caso	11 (1.6) (84.6)	649 (93.1) (79.3)	37 (5.3) (63.8)	697 (100) (78.4)	
Caso	2 (1.0) (15.4)	169 (88.0) (20.7)	21 (10.9) (36.2)	192 (100) (21.6)	
Total	13 (1.5) (100)	818 (92.0) (100)	58 (6.5) (100)	889 (100)	

$\chi^2 = 8.032$, $p < 0.018$ g.l. = 2

DISCUSIÓN

En la muestra estudiada observamos que la edad de la menarca es semejante a la informada para la población mexicana, y que la duración del sangrado así como el promedio de días de la hemorragia es muy similar a la informada en la literatura internacional. La distribución de los diagnósticos dados por los expertos, a partir de las respuestas a la ED-SM es acorde a la distribución esperada, es decir, 83.9% de mujeres eumenorreicas y 16.1 de trastornos menstruales.^{2-4,26}

Tal y como Janssen, *et al.* informaron (1995), los resultados observados en el presente estudio sugieren que las mujeres son realmente capaces de auto-definir su hemorragia menstrual.⁵ Si bien es cierto que la referencia sintomática de cualquier evento de salud es subjetiva, al tratarse de un evento periódico como la menstruación, permite que para la mujer sean perceptibles las características y cambios en el sangrado, hecho que el clínico debe tener en cuenta para minimizar el sesgo de su propia subjetividad interpretativa.

En este sentido, cobra importancia el contar con instrumentos de apoyo diagnóstico. La dependencia significativa encontrada entre la ED-SM y la EAV-SM se observó entre los diagnósticos de amenorrea e hipomenorrea y el estrato 1 (0 y 10 mm), el diagnóstico de eumenorrea y el estrato 2 (11 y 84 mm) y el de menorragia (leve, moderada y grave) con el estrato 3 (85 y 100 mm). Esto sugiere que la evaluación analógica visual puede ser un buen predictor particularmente en estudios poblacionales, tal como lo informaron Ponce de Leon S, *et al.*²⁷ Las implicaciones de estos resultados hacen posible aplicar ambas escalas para llegar a un rastreo inicial en

el escrutinio de sangrado uterino y como estrategia de apoyo para tomar decisiones terapéuticas clínicas.

Es importante señalar que los diagnósticos de la ED-SM y la EAV-SM mostraron una alta concordan-
cia (82%) y bajos índices de error (12.4% y 5.84% para sobre y subclasi-
ficación, respectivamente), siendo la distribución de la EAV-SM muy próxima a la normalidad estadística, ventajas para un instrumento de tamizaje.

Por otra parte, el CGS se distribuyó conforme a lo esperado para una población abierta,²⁸⁻³⁰ encon-
trándose que 21.8% fue de “posibles casos”, lo que confirma que hasta aquí no encontramos sesgos en la población que pudieran matizar los resultados. Y contrario a lo informado en la literatura, nuestros resultados muestran que no hay asociación con relación al momento del ciclo y el malestar psicológico.

En el caso del diagnóstico de eumenorrea no en-
contramos relación con ser “no caso”, lo que re-
presenta a 83.9% de la muestra. Sin embargo, se detectaron asociaciones entre el diagnóstico de menorragia y aquellas mujeres que se consideran “casos”.

Consideramos que la menstruación y el malestar psicológico son eventos independientes; sin embargo, al presentarse conjuntamente una menstruación percibida como “anormal”, la manifestación y percepción sintomática dificulta su diferenciación etiológica orgánica y/o emocional, integrando una respuesta única de malestar. Lo mismo ocurre res-
pecto a la intensidad referida del síntoma y su rela-
ción con el estado anímico debido a la posible distorsión perceptual de los síntomas cuando existe una modificación en el estado afectivo, lo que ha llevado a la errónea interpretación de causalidad en

los resultados informados. La dependencia encontrada sugiere, que más que una relación causal entre el sangrado menstrual y el estado emocional alterado, se trata de una asociación por coexistencia temporal y que al interactuar se produce un efecto sinérgico.

Pensamos que anclar el origen de los trastornos mentales a un sangrado uterino anormal no está demostrado en la literatura; sin embargo, presentar un problema menstrual como lo es una menorragia, puede generar una reacción emocional adversa propia de la incomodidad del padecimiento, respuesta esperada mas no psicopatológica, por ello, más que un trastorno como lo describe el DSM-IV, lo entendemos como malestar psicológico. Además, es necesario considerar que debido a que la menstruación tiene una ocurrencia cíclica, es factible que se llegue a presentar junto con otros eventos vitales o adversos que pueden exacerbar la reacción emocional.

Lo anterior enfatiza la importancia de llegar a un adecuado diagnóstico por parte de clínicos expertos del campo ginecológico y de salud mental para definir la intervención ante el traslapamiento de eventos. El personal médico debe contemplar que algunos de los síntomas emocionales que se encuestan no tienen el aval clínico, y debido a que interfiere la interpretación de la paciente, se debe evitar aceptar tácitamente como verdadera su referencia verbal y apoyarse del especialista en psicología para evitar confusión diagnóstica.

Este hecho nos abre un panorama diferente, pues podemos documentar que la relación causal descrita respecto de estos eventos obedece a una construcción ideológica, lo que hace que sus explicaciones sean congruentes con una manera de interpretar a la mujer, tanto por sí misma como por un entorno que así ha explicado el fenómeno por muchos años y no por una asociación intrínseca.

Finalmente, concluimos que desde el punto de vista clínico, los hallazgos sugieren como una estrategia de atención para este tipo de problema que el equipo médico puede confiar en la referencia de la mujer respecto de la descripción que hace de su sangrado menstrual y apoyarse de instrumentos sencillos en su escrutinio. Además de contemplar que en aquellos casos en que se detecta un diagnóstico de sangrado uterino anormal es factible que el malestar físico contribuya a la presencia reactiva de malestar psicológico en cuyo caso sería pertinente una derivación a un especialista en salud mental en apoyo al tratamiento integral de la mujer.

AGRADECIMIENTO

A la Dra. Esther Casanueva[†]... por su colaboración en el presente trabajo.

REFERENCIAS

1. Warner P, Critchley H, Lumsden M, Campbell-Brown M, Douglass A, Murray G. Referral for menstrual problems: cross survey of symptoms reasons for referral and management. *BMJ* 2001; 323: 24-8.
2. Kimberly GH. Evaluating and Treating exercise-related menstrual irregularities. *The physician and sportsmedicine* 2002; 30(3).
3. Friberg B, Örnöö AK, Lindgren A, Lethagen S. Bleeding disorders among young women: a population-based prevalence study. *Acta Obstetricia et Gynecologica* 2006; 85: 200-06.
4. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Clinical Guideline: Heavy menstrual bleeding. National Institute for Health and Clinical Excellence. 2007 January.
5. Janssen CA, Scholten PC, Heintz AP. A simple visual assessment technique to discriminate between menorrhagia and normal menstrual blood loss. *Obstet Gynecol* 1995; 85: 977-82.
6. Wyatt KM, Dommock PW, Walker TJ, O'Brien PM. Determination of total menstrual blood loss. *Fertil Steril* 2001; 76(1): 125-31.
7. Evans SM, Haney M, Levin FR, Foltin RW, Fishman MW. Mood and performance changes in women with premenstrual dysforic disorder: acute effects of alprazolam. *Neuropsychopharmacology* 1998;19(6): 499-516.
8. Hartlage SA, Brandenburg DL, Kravitz HM. Premenstrual exacerbation of depressive disorders in a community-based sample in the United States. *Psychosom Med* 2004; 66(5): 698-706.
9. McLeod DR, Hoehn-Saric R, Foster GV, Hipsley PA. The influence of premenstrual syndrome on ratings on rating of anxiety in women with generalized anxiety disorder. *Acta Psychiatr Scand* 1993; 88(4): 248-51.
10. Payne JL, Roy PS, Murphy-Eberenz K, Weismann MM, et al. Reproductive cycle-associated mood symptoms in women with major depression and bipolar disorder. *J Affect Disord* 2007; 99(1-3): 221-9.
11. Rasgon N, Bauer M, Grof P, Gyulai L, Elman S, Glenn T, Whybrow PC. Sex-specific self-reported mood changes by patients with bipolar disorder. *J Psychiatr Res* 2005; 39(1): 77-83.
12. Althaus G, Pfuhlmann B, Franzek E. The effect of the menstruation cycle on manifestations of psychiatric diseases. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2000; 68(8): 357-62.
13. DSM-IV Manual Diagnóstico de Enfermedades Mentales. México, D.F.: Ed. Masson; 1996.
14. Bancroft J, Rennie D, Warner P. Vulnerability to perimenstrual mood change: the relevance of a past history of depressive disorder. *Psychosomatic Medicine* 1994; 56: 225-31.
15. Pearlstein T, Yonkers KA, Fayyad R, Gillespie JA. Pretreatment pattern of symptom expression in premenstrual dysphoric disorder. *J Affect Disord* 2005; 85(3): 275-82.
16. Silber M. Menstrual cycle and work schedule: effects on women's sexuality. *Archives of Sexual Behavior* 1994; 23: 397-404.
17. Pomerleau C, Teuscher F, Goeters S, Pomerleau OF. Effects of nicotine abstinence and menstrual phase on task performance. *Addictive Behaviors* 1994; 19: 357-62.

18. Matthews G, Ryan H. The expression of the “pre-menstrual syndrome” in measures of mood and sustained attention. *Ergonomics* 1994; 37: 1407-17.
19. Svikis DS, Miles DR, Haug NA, Perry B, Hoehn-Saric R, McLeod D. Premenstrual symptomatology, alcohol consumption, and family history of alcoholism in women with premenstrual syndrome. *J Stud Alcohol* 2006; 67(6): 833-6.
20. Benson RC. Diagnóstico y tratamiento ginecoobstétricos. México: Manual Moderno; 1986.
21. Morales-Carmona F, Díaz FE, Espíndola HG, Henales AC, et al. Concepto de salud psicológica. En: Temas selectos en orientación psicológica. Creando alternativas. Universidad Iberoamericana, The Scranton University. México: Manual Moderno; 2005.
22. Marlow JL. Evaluation of uterine blood loss with bleeding and visual analog scales. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1996; 3(Suppl. 4): S28.
23. Feinstein AR. Clinimetrics. New Haven and London: Yale University Press; 1987.
24. Medina-Mora ME, Padilla GP, Campillo SC, Mass CC, et al. The factor structure of the GHQ: a scaled version for a hospital's general practice service in México. *Psychol Med* 1983; 13: 355-62.
25. Morales-Carmona F, Pimentel-Nieto D, Sánchez BC, Henales AC. Versión breve (15 reactivos) del Cuestionario General de Salud para la identificación oportuna del malestar psicológico en mujeres. *Ginecol Obstet Mex* 2008; 76(6): 313-8.
26. Gamboa IA, López F, Santillana G. La edad de la menarca en el altiplano mexicano. *Ginec Obstet Mex* 1975; 38: 271-7.
27. Ponce de Leon S, Lara-Muñoz C, Feinstein AR, Wells CK. A comparison of three rating scales for measuring subjective phenomena in clinical research II. Use of experimentally controlled visual stimuli. *Arch Med Res* 2004; 35: 157-62.
28. Graminde I, Inchauspe JA. Programa de trastornos mentales. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra. España* 2005; 24: 3.
29. Espíndola HG, Morales-Carmona F, Díaz FE, Escalante A, et al. Estudio descriptivo de la población psiquiátrica del Instituto Nacional de Perinatología. *Ginecol Obstet Mex* 2006; 74: 476-82.
30. Department of Health and Human Services. U.S. Public Health Services Mental Health: a report of the surgeon general. Pittsburgh: Department of Health and Human Services; 1999.

Reimpresos:

Dr. Francisco Morales-Carmona

Montes Urales No. 800
Col. Lomas de Virreyes,
11000. México, D.F.
Tel.: 5520-9900, ext.: 147. Fax: 5520-0034
Correo electrónico: fmoralesc@servidor.inper.edu.mx

Recibido el 13 de marzo de 2008.

Aceptado el 6 de noviembre de 2008.