

Artículo de Revisión

Aspectos subjetivos de la mujer con dismenorrea primaria.

José Manuel García Arroyo. Médico Psiquiatra. Profesor del Departamento de Psiquiatría. Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla.

RESUMEN

En el presente trabajo estudiamos la dismenorrea primaria, un cuadro bastante aparatoso para el que se han venido postulado numerosas hipótesis, predominando las de índole biológica. No obstante, una serie de autores se han referido a la intervención de factores psicológicos en el cuadro.

El objetivo que nos mueve consiste en descubrir cuáles son los componentes subjetivos que favorecen la aparición y/o mantenimiento del dolor en estas mujeres, más allá de las directrices biológicas.

Para lograrlo tomamos un grupo de jóvenes (entre 17 y 25 años) que, aunque consultaron por otros problemas, el dolor menstrual era un síntoma importante, y a las que se trató mediante psicoterapia. Las entrevistas realizadas con ellas, aparte de ayudarlas a mejorar, nos permitieron obtener un material verbal que era expresivo del síntoma.

Este proceder nos permitió desentrañar los diferentes aspectos subjetivos propios de la alteración, entre ellos destacan: la escasa tolerancia al dolor, la respuesta emocional exagerada y, sobre todo, el rechazo referido a la maduración como mujer y a los desempeños propios de ésta. Estos últimos factores se sostienen en significados personales erróneos y sustentados en los mensajes recibidos por la paciente y aceptados como propios.

PALABRAS CLAVE: Dismenorrea. Menstruación. Subjetividad. Ginecología psicosomática. Umbral de dolor. Emociones.

ABSTRACT

In this paper we study primary dysmenorrhea, a rather cumbersome disorder for which numerous hypotheses have been postulated, predominantly of biological nature. However, a number of authors have referred to the intervention of psychological factors in these clinical symptoms.

The goal that moves us is to find out which subjective components favor the appearance and maintenance of pain in these women, beyond the biological guidelines.

To achieve this we take a group of young women (between 17 and 25 years old). Although they consulted for other problems, the menstrual pain was an important symptom, and they were treated with psychotherapy. The interviews realized with them, apart from helping them to get better, allowed us to obtain a verbal material that was expressive of the symptom.

This procedure allowed us to unravel the different subjective aspects own of the alteration. Among them are stand out: the low tolerance to pain, the overreacted emotional answer and, above all, the rejection of the development as woman and the assumption of her corresponding role. The last factors mentioned are sustained by those erroneous personal meanings in the patient that were accepted as own.

KEYWORDS: Dysmenorrhea. Menstruation. Subjectivity. Psychosomatic gynecology. Threshold for pain. Emotions.

INTRODUCCIÓN

Con el término “dismenorrea” se designa un problema ya conocido por Hipócrates, quién lo asoció a una obstrucción del cuello uterino. Actualmente define el dolor abdominal o pélvico intenso que aparece antes de la menstruación o coincidiendo con ella. Puede durar horas o días y suele acompañarse de síntomas generales molestos que pueden deteriorar el estado físico. Esta clínica puede incapacitar a la mujer durante varios días y llegar a producir un impacto negativo en el desempeño cotidiano y conducirla a automedicarse.

Se denomina “primaria” cuando surge en ausencia de patología orgánica constatable (endometriosis, quiste ovárico, infecciones, tumores, etc), apareciendo en chicas jóvenes (menos de 25 años). Se inicia poco después de la primera regla y desaparece con la edad o tras haber gestado. Puede llegar a afectar a la mitad de la mujeres de edad pospuberal (1-3) y se estima que es la causa que produce mayor cantidad de horas perdidas de formación y trabajo en esas edades (4). De ahí que pueda entenderse como una problemática social de gran interés (5).

Aún no se ha hallado una etiología convincente del trastorno, barajándose distintas hipótesis que fueron desechadas sistemáticamente. Actualmente, se considera crucial el papel de las prostaglandinas que provocan efectos de contracción e isquemia uterinas y sensibilizan las terminaciones nerviosas de la zona; cualquiera de ellas conduce al dolor (6-8). No obstante, sigue sin saberse si estos mediadores químicos son el origen o la consecuencia del problema.

A pesar de haberse invocado, sobre todo, los aspectos biológicos en el origen de la dismenorrea, algunos autores clásicos se inclinaron a favor de ciertos aspectos psicológicos implicados en el problema; así, Taylor (9) y Wengraf (10) la entendieron como un trastorno psicossomático. Estudios posteriores enfatizaron el papel de la personalidad, encontrándose una correlación positiva entre la intensidad de los síntomas y la predisposición al neuroticismo (11, 12), la intervención de las alteraciones emocionales, el sentimiento de culpa, el miedo o ciertas reacciones traumáticas (13).

Estas directrices nos permiten centrarnos en una línea de investigación psicológica completamente nueva que intenta captar los componentes subjetivos que

intervienen manteniendo, desencadenando y/o agravando el malestar físico que las aqueja. Hace algún tiempo emprendimos estudios parecidos (14, 15) pero ahora realizamos una ampliación de aquellos que los completa de forma evidente.

Este estudio se hace posible gracias a las aportaciones de la semiótica, según las cuáles cualquier cuestión humana (p. ej. dormir, comer, abrigarse, etc), por simple que parezca, queda inscrita en un sistema de signos aportados o promovidos por la cultura (16-19). Bajo este prisma, el ciclo menstrual traspasa los límites de la pura fisiología para introducirse en el seno de lo psicológico y lo social tomando una serie de sentidos que, a su vez, despliegan sentimientos, actitudes y comportamientos femeninos. Estos argumentos quedan justificados tan solo pensemos cómo en todos los grupos humanos, prácticamente sin excepción, la menstruación se encuentra asociada a tabúes, mitos y supersticiones, que pueden descubrirse aún en el mundo moderno, por extraño que parezca.

2. Material y método.

Contamos con un total de 46 mujeres con edades comprendidas entre los 17 y 25 años, que consultaron primero en el Equipo de Salud Mental “Virgen Macarena” de Sevilla (total: 18) y después a la Asociación de Psicopatología y Psicoanálisis de Sevilla (total: 28). Todas ellas presentaban un cuadro de dismenorrea importante, hasta el punto de obligarlas a consumir dosis altas de analgésicos y ausentarse de sus obligaciones; ninguna tomaba anticonceptivos orales y no había antecedentes de intervenciones ginecológicas. Fueron tratadas mediante sesiones de psicoterapia, durante meses y el resultado fue que la menstruación se transformó para ellas en un fenómeno más llevadero, sin apenas dolor.

Aunque el motivo de la consulta inicial no se debió propiamente a la dismenorrea, se consideró ésta como una parte importante de sus problemas. Añadimos que ninguna de ellas padecía un trastorno mental severo (esquizofrenia, t. bipolar, etc), sino que mostraban síntomas reactivos a diversas problemáticas (familiares, pareja, etc).

Para saber qué les sucede realmente la única manera posible es realizar entrevistas no directivas, en las que se las anima a desplegar libremente la palabra. A partir de ahí, se han obtenido protocolos de cada una de ellas, en los que las expresiones verbales revelan las circunstancias

("internas") correlativas al síntoma. Dado que el volumen de pacientes y de sesiones es bastante grande, hemos tenido que restringir el número y mostrar aquí solo algunas, pero sabiendo que las restantes muestran las mismas características. Seguidamente presentamos las que intervienen en el estudio:

- P-1: 20 años, estudiante de filología.
- P-2: 18 años, estudiante de medicina.
- P-3: 21 años, estudiante de farmacia.
- P-4: 22 años, trabaja en una tienda.
- P-5: 18 años, peluquera.
- P-6: 20 años, estudiante de enfermería.
- P-7: 21 años, estudiante de informática.
- P-8: 19 años, esteticista.
- P-9: 25 años, estudiante de bellas artes.
- P-10: 17 años, estudiante de bachillerato.
- P-11: 19 años, secretaria.
- P-12: 19 años, estudiante de trabajo social.

El método se desprende directamente de la propia intervención psicoterapéutica, pues esta permite llevar a cabo una observación clínica rigurosa. Esto se debe a que el terapeuta, durante las entrevistas, se encuentra en una actitud de escucha atenta a cuando las pacientes quieren decir. Este *sapere aude* no es fácil de lograr pues requiere, como condición previa, apartar de la conciencia cualquier cosa que impida la captación de las palabras (p. ej. supuestos teóricos, creencias personales, juicios de valor, preocupaciones, etc). Solo "olvidando" lo que se sabe es posible registrar con la máxima fidelidad los enunciados de las consultantes. A este proceder la hemos llamado en otro lugar "actitud descontaminante" (20).

El material (verbal) obtenido durante las sesiones ha de cumplir con la condición de ser espontáneo y no influido por el observador, para no caer en lo que modernamente se denominan "prejuicios cognitivos", esto es, falsificaciones de los resultados provocados por aquel que realiza el estudio. Se supone que el material original hallado refleja lo que sucede en la "interioridad" de las encuestadas, es decir que existe cierto isomorfismo entre los enunciados emitidos y la organización de la subjetividad de quién consulta (20).

3. Resultados.

Seguidamente mostramos los distintos componentes subjetivos que sostienen y/o potencial el síntoma doloroso. Estos no fueron fáciles de captar, pues aparecieron a medida que el proceso se desarrollaba y con ello la mayor confianza de las pacientes.

3.1. Umbral descendido para el dolor.

Prácticamente la totalidad de las estudiadas presentan baja tolerancia al dolor, mostrando un aumento de la sensibilidad a este tipo de estímulos. Puede verse en cómo se encuentran instaladas en la queja constante ante la más mínima incomodidad, llegando en algunas ocasiones al extremo (P-1: "Creo que soy una persona que protesto por todo y el dolor es para mí lo peor. Recuerdo que me di un golpe en el dedo y me afectó increíblemente, aunque parezca extraño terminé metiéndome en la cama". P-2: "Soy una neurótica y eso se ve en cómo me comporto cuando me duele algo, me pongo insostenible. Por poner un ejemplo: me caí y me di en el tobillo, no era nada pero fue horrible, me alteré de tal forma que casi no podía respirar". P-3: "En mi casa todo el mundo dice de mí que soy demasiado quejica. No me gusta que me lo digan, pero tengo que aceptarlo aunque me pese. Creo que mis protestas se relacionan con cualquier incomodidad, por tonta que sea".

Dado que la experiencia dolorosa se vive exageradamente, es común el miedo a la misma y se evita cualquier circunstancia que pueda desencadenarla. Este extremo se comprueba en cómo eluden cualquier intervención médica (P-4: "Tengo pavor a que me saquen sangre o me pongan inyecciones... En el momento en que veo una aguja, salgo corriendo". P-5: "Aunque sé que con este dolor tan fuerte tendría que ir al ginecólogo, no lo hago porque me da mucho miedo del instrumental y de las exploraciones y, aunque una amiga me ha dicho que no duele, no me lo creo y sigo sin ir".

Este particular fue ya intuido por autores como Haman (20) y Hunter (21), quienes explicaron que las simples contracciones uterinas en estas mujeres llegan a la conciencia en forma de dolor, mientras que no producen sensación alguna en mujeres normales.

A partir de ahí, el dolor capta complemente la atención y el hipogastrio, que antes no se tenía presente, ahora se impone a la conciencia, reduciendo la atención hacia otras actividades dándose errores de cálculo en las tareas que se venían realizando (P-1: "Cuando me siento así de dolorida no echo cuenta de nada, solo quiero estar tumbada sin que nada me perturbe. Si emprendo alguna actividad, sé con seguridad que no me va a salir bien").

3.2. Reacciones emocionales exageradas.

El dolor, que en principio es una sensación, se acompaña de respuestas emocionales en quién lo sufre. A menudo, ambas facetas (dolor y emoción) se

confunden, aspecto que puede verse en cómo las mediciones efectuadas sobre el dolor evalúan más las respuestas emocionales que el dolor mismo (23). Pues bien, hemos observado que las dismenorricas se caracterizan por no controlar adecuadamente sus emociones, en el sentido de mostrar respuestas demasiado intensas en comparación con la situación que viven (P-2: "Debería ser una persona calmada, pero realmente no lo soy, pues reacciono demasiado a cuanto sucede a mi alrededor. Puedo decir que todo me afecta tremendamente". P-4: "Muchas veces no me puedo controlar y eso es un fastidio. Creo que a mi novio lo altero bastante, pues a la primera de cambio, cuando no hace las cosas como a mí me gusta, me entra una gran rabia").

En otro trabajo demostramos que las emociones asociadas al dolor son las responsables del "umbral doloroso" (24, 25), quiere decir que aquellas personas que tienden a la "hiperreactividad" suelen ser más sensibles al dolor y en cambio la frialdad emocional (como en los psicópatas) se acompaña de un umbral más elevado.

En las dismenorricas la hiperreactividad emocional puede conectarse directamente con la hiperalgesia que padecen (P-6: "Yo me defino como una persona crispada, siempre estoy así, y cuando estoy más tranquila la regla me viene mejor, me duele menos. En cambio, si me encuentro más alterada porque tenga algún problema el dolor se hace insostenible"). Al mismo tiempo, la psicoterapia con ellas tiene como efecto el aumento del umbral doloroso, al producirse la liberación de tensiones (P-6: "Desde que me desahogo con usted en la consulta me encuentro muchísimo más tranquila y también tengo menos molestias").

La asociación entre reacciones emocionales exageradas y dolor menstrual ha sido insinuada en trabajos que conectan neuroticismo o ansiedad elevados con predisposición a experimentar de forma más intensa los síntomas somáticos (11, 12, 26).

Lo que despierta las emociones en estas mujeres suele ser la percepción del estado perturbado del cuerpo en la proximidad a la regla (hinchazón, pesadez, lasitud, etc) o la anticipación de que el suceso se halla próximo (P-3: "Me pongo muy alterada cuando siento que me viene. Lo vivo como un fastidio imponente y no lo puedo soportar. Presiento entonces que voy a estar cansada y torpe, entonces me veo como una auténtica discapacitada. Comprendo que es exagerado lo que cuento, pero es lo que me ocurre y tengo que decirlo"). Al mismo tiempo, es posible que pequeñas molestias o, si acaso, un dolor bastante

discreto se haga extraordinario como consecuencia de las emociones (P-2: "Desde que hablo aquí y puedo expresar lo que siento creo que estoy mucho más tranquila y ahora no vivo la regla como antes, pues para mí era un drama. Ahora siento molestias, pero son pequeñitas en comparación a lo que eran. Llegar a esto me ha costado bastante esfuerzo y comprendo ahora que una mujer no tiene por qué sentirse como una enferma en esos momentos").

En última instancia, la percepción de ciertas molestias funciona para ellas como auténticas limitaciones personales, no soportándose y viviéndose exageradamente (P-3: "Ahora lo veo más claro: todo eso que pasa en mi cuerpo cada mes me impide hacer muchas cosas, como es el caso de salir, bailar o simplemente disfrutar y no poder hacerlo me producen un cabreo infinito").

Además, la reacción emocional puede verse afectada por las personas que las rodean, dado que el dolor puede considerarse un fenómeno intersubjetivo (24, 25). Al sentir dolor se muestran más vulnerables, lo que las lleva a refugiarse en los demás, para ser calmadas; en este contexto no son raros los comportamientos regresivos.

Hemos de reconocer, finalmente, que el dolor menstrual conduce a la mujer a un círculo vicioso pues el dolor aumenta la emoción y ésta el dolor, produciéndose miedo a que llegue la regla la próxima vez, activando anticipatoriamente las emociones y, por tanto, la propensión a un nuevo dolor. La huella mnémica de esa etapa del ciclo puede reactivarse fácilmente tan pronto como se aproxima el momento indeseado.

3.3. Rechazo de los fenómenos propios de la mujer. En las frases de las dismenorricas registramos un rechazo completo a la menstruación. Esta última no es simplemente una descarga de sangre mensual debida a la influencia hormonal, sino que es también un fenómeno psicológico y cultural. Como tal, va a formar parte del sistema de representaciones mentales de la mujer, lo que supone dotarla de un significado para sí misma, que puede variar en función de sus coordenadas subjetivas. De ahí que se viva de diferentes modos, según la interprete quién la experimenta (disgusto, pesar, dolor, orgullo, etc). Nuestras pacientes mostraban las siguientes concepciones sobre la menstruación:

a) Como frustración o impedimento (P-7: "Para mí la regla es un fastidio total, pues no puedes hacer casi nada. No consigo estudiar, no puedo salir con mis amigas y también tengo que decir que no puedo hacer nada con mi novio". P-8: "Es un

verdadero coñazo y lo tengo que decir con todas las palabras. En ese momento, es como si la vida se me acabara completamente”).

b) Como debilitamiento psíquico o físico (P-5: “La regla te deja muerta, estás cansada y tu cuerpo se debilita y hasta puedes coger infecciones más fácilmente”).

c) Como discapacidad o enfermedad (P-9: “Se trata de una enfermedad que padecemos las mujeres y que los hombres no tienen. Siempre en mi casa se habló de ‘ponerse mala’ y eso para mí no es un sentido figurado, es real”).

d) Como suciedad (P-10: “He descubierto que lo peor de todo es sentirme sucia, es algo insoportable pues tengo que lavarme constantemente, a pesar de que el médico dijo que no lo hiciera de forma tan exagerada. ¡Odio tenerla!”).

e) Motivo de vergüenza (P-11: “Compró las compresas a escondidas porque para mí es algo que me da mucha vergüenza, quiero decir que no lo veo como algo natural”).

f) La posibilidad de embarazo (P-11: “Mi abuela me decía: ahora los chicos te pueden tocar por aquí y por allí, pero no por abajo porque tiene consecuencias. Esto a mí me marcó, pues siempre le tuve un gran miedo a las relaciones y al embarazo”. P-5: “Cuando me vino la regla la primera vez mi madre me dijo: ahora tienes que tener mucho cuidado al juntarte con niños porque puedes quedarte embarazada. Eso es una chispita de nada y ya es para toda la vida”).

g) Como castigo. Algunas pacientes asocian el dolor al castigo por sus prácticas sexuales (masturbatorias o coitales). Pero la punición también puede deberse a otras eventualidades, como es el caso de una joven que llegaba a creer que si se portaba mal con su madre la regla sería mucho más abundante y hasta podría desangrarse.

h) Interpretaciones mágicas. También hemos podido constatar este tipo de interpretaciones, algunas de las cuáles parecen imposibles en esta época. Registramos las siguientes: con la regla no te puedes duchar, ni lavarte la cabeza, no es posible mantener relaciones sexuales, las plantas se secan, la leche se corta, si se le da a un hombre queda “aliñado”, etc.

Todas estas ideas pertenecen al orden de los significados (s) frente al significante “menstruación” (S), en cuyo caso se constituyen signos lingüísticos con los que la paciente puede operar fácilmente:

S Menstruación
----- * -----
s Suciedad

Por consiguiente, cada vez que la regla da señales de aparecer, se activa un proceso de significación que le asigna automáticamente un valor peyorativo; a su vez, éste puede activar las emociones. Se observa, además, que en las pacientes predominan los significados negativos atribuidos a la menstruación; sin embargo, las mujeres carentes de dolor poseen sentidos bastante más positivos sobre el fenómeno (confirmación de la feminidad, buen estado físico, salud, inexistencia de embarazo, etc).

Hemos rastreado los significados que cada mujer da a la menstruación y descubrimos que su origen se halla en mensajes provenientes del medio familiar, de las figuras femeninas (habitualmente madre y abuela) y que fueron asumidos sin elaboración alguna por parte de la consultante (P-5: “Cuando tuve la primera regla mi madre me dijo que ésta era nuestro destino de mujer y que teníamos que seguirlo y tener todos los meses un trastorno. Yo me lo creí y cada vez que me venía, me ponía muy mal”). Del mismo modo, son muy importantes los mensajes que se producen en la primera regla, sobre todo si poseen una carga negativa.

Hemos registrado, además, el rechazo de las chicas por sus propios órganos sexuales, lo que se observa en la negativa a hablar de ellos y en la fuerte sensación de incomodidad que muestran al hacerlo. La sola idea de la autoobservación las pone nerviosas. Predominan aquí las ideas de suciedad o fealdad (P-12: “Para mí esa parte del cuerpo es horrorosa, simplemente está ahí, pero no me gusta. Puedo decir que nunca me he mirado”).

La psicoterapia que hemos realizado tiene como meta producir un cambio en el significado, lo que supone una integración de la menstruación (o los órganos sexuales) en el aparato psíquico. Veamos, a título de ejemplo, el cambio favorable operado en P-8: “Hablar me ha beneficiado bastante y ahora entiendo todo de otra manera, me explico: para mí antes la regla era una pesadilla y ahora la veo como algo propio de la mujer y hasta algo completamente necesario”. Se ha formado un nuevo signo lingüístico con el que la paciente puede operar:

S Menstruación
----- * -----
s Fenómeno natural

3.4. Rechazo a hacerse mujer. La menstruación es uno de los cambios físicos que se producen en la primera etapa de la adolescencia y representa la maduración física y genital. Su aparición supone la entrada en el mundo de los adultos, un acontecimiento crucial para la comunidad y así lo entienden diferentes culturas en las que tienen lugar los llamados "ritos de paso" (p. ej. la "puesta de largo"). Hablamos de un cambio en cuanto a transformaciones psicológicas y también en el rol que se va a desempeñar en lo sucesivo. Existe la posibilidad de que la chica rechace cada uno de estos extremos, lo que supone un repudio frontal a hacerse mujer y conlleva seguir siendo niña y realizar comportamientos impropios de su edad.

En algunas dismenorreicas hemos hallado una resistencia poderosa a la aparición de la regla y a otros cambios físicos, que evidencian el deseo de tener un cuerpo infantil (P-4: "Es como si ahora tuviera más cabeza, pues puedo ver todo de otra forma: yo no he querido madurar, me refiero a hacerme mujer. Seguir siendo una niña era mi ilusión, pues hacerse mayor era algo doloroso y no aceptaba que mi cuerpo cambiara". P-2: "Me ha costado muchísimo aceptar que me hacía mujer y que mi cuerpo se transformaba en otra cosa distinta: me salían pelitos y los pechos y no me gustaba". P-11: "Con 12 años, cuando tuve la primera regla, lloraba y mi madre me decía: ya no eres una niña. No me sentó bien aquello, yo no quería cambiar, quería seguir siendo una niña. Las niñas de mi colegio estaban orgullosas y decían 'ya soy mujer' pero a mí no me pasaba lo mismo".

Peter Blos (20) se ha referido a estos fenómenos adolescentes cuando hablaba de afrontar el "duelo por el cuerpo infantil". Si no se acepta el cambio físico de niña a mujer, difícilmente se van a operar los cambios psicológicos, impidiendo la formación de una adecuada identidad sexual adulta. Para poder aceptar el cambio físico la adolescente no puede permanecer excesivamente fijada a las satisfacciones infantiles. Esto pudo constatarse con claridad en P-10 ("No he querido hacerme mayor, eso para mí ha sido un gran drama. Lo que hago es ponerme ropa muy ajustada para que no se me note el pecho. Intento disimular que mi cuerpo ha cambiado". "Mi ser natural me empuja a estar con niñas menores en edad que yo". "A mí me hubiera gustado seguir siendo una niña porque cuando se es niña, todo son ventajas y yo he tenido muchísimo cariño de toda mi familia al ser la más pequeña. ¿No es malo querer eso? ¿no?").

En estas chicas hallamos, también, comportamientos infantiles (regresivos) que se descubrieron a lo largo de las sesiones (P-11: "Siempre he sido como muy niña, mientras mis amigas salían yo me quedaba en casa poniendo el Belén y el árbol de Navidad. Era muy tonta". P-1: "Por las noches sigo teniendo mucho miedo y, me da mucha vergüenza decirlo, duermo abrazada a un osito que tengo desde que era pequeña").

3.5. Rechazo a ser mujer. Un aspecto que pudo constatarse fue la incompreensión y/o rechazo del rol femenino y de la feminidad, basados en prejuicios sobre tales cuestiones. No es extraño hallar frecuentes protestas sobre el cometido biológico de la mujer (menstruación, parto, embarazo, etc) o sobre el papel social de ésta, afirmándose continuamente en las ventajas de ser hombre. A menudo, asistimos a confusiones de bastante peso respecto a estos asuntos (P-2: "Muchas veces no me entiendo porque veo en mí aspectos que no son demasiado deseables. Por ejemplo, si conozco a un chico y empiezo a salir con él, me convierto en una persona sumisa y eso me da un asco terrible porque no quiero ser así. Esto mismo lo veo en muchas mujeres y me parece un comportamiento deplorable". P-1: "No soporto ser una tía porque todas las desventajas caen sobre nosotras. Una de ellas ya la conocemos: tener la regla. Eso los tíos no lo tienen". "Puedo decir más: tenemos que ser modositas, someternos, no enfadarnos, ser cariñosas, etc. Yo estoy ya muy harta de todo este mamoneo y protesto enérgicamente". P-11: "Mi abuela me decía que yo tenía que ser formal y no hacer nada con los niños, mientras que sus nietos podían hartarse de hacer lo que quisieran. A mí esto no me parece nada bien, es una gran injusticia".

Aquí pudimos captar numerosos autoengaños pues, al principio, justificaban las supuestas restricciones femeninas en las actitudes de los hombres ("ellos quieren que nos sometamos", "tenemos que estar todo el tiempo adorándolos para que nos quieran", "ellos tienen la culpa de que las mujeres seamos así", etc). Después, con el paso del tiempo, llegaron a ver las trabas en sí mismas y se recogieron expresiones completamente diferentes ("un hombre te domina solo si tú no te dejas", "siempre podemos decir que no a sus pretensiones, podemos ser más libres", etc). En este tema descubrimos los mensajes recibidos en el seno de la familia, generalmente de la madre como pilar básico de su organización femenina o bien, asumiendo sin más el papel de aquella (P-1: "Mi madre es una persona muy sacrificada, está pendiente de todos nosotros en la

casa. Yo la entiendo, pero me da un coraje terrible y lo sufro todos los días. No me gusta como actúa. Si una mujer tiene que responder de esa forma, yo me niego rotundamente". P-6: "Cuando veo a mi madre tan dependiente de mi padre y sin saber qué hacer por sí misma, a mí se me revuelven las tripas. Veo que en mi casa ese es el papel de la mujer y a mí me revienta. No puedo con eso".

Al mismo tiempo, descubren en sí mismas aspectos del papel más odiado. La madre se constituía para ellas un modelo, rechazado y aceptado (P-7: "No soporto a mi madre, sobre todo cuando la veo tan servil con mi padre. Él no hace nada en la casa, no la ayuda en nada y eso me pone enferma, pero tengo que reconocer que ella es así y no se la puede cambiar". "Cuando descubro en mí cosas que le pasan a mi madre me pongo fatal pues veo que son historias que están pasadas de moda".

Como consecuencia de lo anterior, estas mujeres difícilmente pueden aceptar su feminidad dado que la entienden de una forma errónea; se trata de algo que puede corregirse en la propia terapia.

Finalmente, hallamos que las chicas con ideas más clásicas acerca del rol femenino parecen sufrir más síntomas (dolorosos) que aquellas otras con puntos de vista más modernos y flexibles lo que se asocia, una vez más, con los mensajes recibidos y asumidos ciegamente por la paciente. En este punto coincidimos con trabajos como los de Ruble (28) y Woods (29).

4. Discusión y conclusiones.

Hemos estudiado los componentes subjetivos implicados en las jóvenes con dismenorrea, una tarea complicada dado el secretismo que acompaña habitualmente a la menstruación y sobre los que existen pocas publicaciones (30). Hallamos varias justificaciones para proceder así: a) la alta frecuencia con que se presenta y lo aparatoso que es el cuadro (31), b) la insatisfacción de las explicaciones al uso para los fenómenos que se producen y c) la utilidad de la psicoterapia en la evolución positiva de los síntomas.

Para lograr nuestros objetivos, hemos efectuado numerosas entrevistas no-directivas inscritas en el proceso psicoterapéutico. Este procedimiento que constaba de muchas horas de atenta escucha sirvió no solo para que las pacientes lograran una mejoría, sino también para aportarnos una valiosísima información sobre el trastorno y la organización subjetiva subyacente.

Hemos demostrado que las dismenorreicas presentaban una escasa tolerancia al dolor, lo que se asocia a la hiperreactividad emocional, tratándose de personas que se alteran con suma facilidad, a pesar de presentarse ante los demás con una apariencia de equilibradas; en este punto coincidimos plenamente con Kroger (32). Ahora bien, lo que pone en marcha el sistema emocional es verse con las alteraciones del cuerpo propias de esos días o bien, la anticipación mental de las mismas. Ambas funcionan como limitaciones que la dismenorreica no puede soportar y que expresan de muchas formas (sentirse "enferma", "discapacitada", "no ser persona", "estar empanada", etc). Diferentes autores se percataron de las alteraciones emocionales de estas pacientes, pero no entraron en detalle de cuáles eran los procesos "internos" que las desencadenaban.

Hemos hallado, además, que estas personas se mueven en el rechazo de los "fenómenos propios de la mujer", el "hacerse mujer" y el "ser mujer". En relación al primero de ellos, la propia menstruación se llena de sentidos peyorativos (frustración, suciedad, castigo, ...) que impiden su aceptación. En cuanto al segundo, contemplamos como muchas de ellas no quieren convertirse en mujeres y, por tanto, seguir teniendo el cuerpo infantil y no tener la regla; se añade que tienen comportamientos impropios de su edad. Respecto al tercero, se observa como el rechazo a ser mujer se sostiene en la idea errónea que tienen sobre el asunto, combinado con la interpretación ingenua de que el hombre es más feliz y tiene muchas más prerrogativas.

Si bien algunos autores incidieron sobre el tipo de educación como determinante de las concepciones sobre estos sucesos (33), nuestros resultados apunta a que estas construcciones mentales tienen un punto de partida en los mensajes recibidos de figuras significativas de la familia y asumidos por la paciente. En particular, son los mensajes de la madre los que parecen tener más peso y que, generalmente, se hallan sustentados en emociones particulares de aquella (miedo al dolor, a la enfermedad, al sexo, a la discapacidad, etc). De ahí que haya autores que proponen tratar a las madres de estas jóvenes.

La psicoterapia que realizamos con ellas las ayudó bastante, dado que: a) descargaron sus emociones en la consulta, lo que les permitió que la experiencia dolorosa fuera más llevadera, b) pudieron hablar de un asunto físico (la menstruación) al que asignaron palabras, fenómeno al que Miller llama "significantización" (34), lo que posibilitó que se

integrara en forma de representación en el aparato psíquico. En tal caso, la mujer asume regla en tanto forma parte de su realidad femenina, incorporándola a sus planes y teniéndola como límite de sus actuaciones y c) pudieron cambiarse numerosos significados erróneos, que se hallaban faltos de lógica o, incluso, contaminados por interpretaciones mágicas.

Hallamos cómo los mensajes que instalan a la mujer en el desempeño de un papel clásico (y asumidos por ella), son mucho más condicionantes de la dismenorrea que otros más modernos, pero eso nos lleva a una importante cuestión: ¿aquellas que reciben mensajes más actuales dejan de sufrir este problema? La respuesta es que no tiene por qué no aparecer, pero en tal caso juega un papel importante el asunto aludido de las limitaciones, algo que parece no soportarse en el mundo contemporáneo, donde los mensajes que circulan son que “hay que ser libre” o “no tener ninguna atadura”.

Resta decir, que la regla es uno de los fenómenos fisiológicos más sujetos a interpretaciones, desde tiempos inmemoriales. Recordemos cómo Plinio el Viejo en su Historia Natural precisaba una serie de efectos del contacto con la mujer menstruante (los perros rabian, marchita las plantas, oxida el hierro, etc) y sorprende cómo estas mismas ideas se encuentran presentes hoy en día, de ahí que tengamos que considerar a los trastornos menstruales como un producto manufacturado de nuestra cultura.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pérez Sanz MP. La dismenorrea. *Jano* 1983; 557: 37-40.
2. Usandizaga JA, De la Fuente P. *Ginecología* (vol. 2). Madrid: Interamericana, 1998.
3. Gonzalez Merlo J, Gonzalez Busquet J, Gonzalez Busquet E. *Ginecología* (8ª ed.). Barcelona: Masson, 2003.
4. Davis AR, Westhoff CI. Primary dysmenorrhea in adolescent girls and treatment with oral contraceptives. *J. Pediatr Adolescent Gynecol* 2001; 14: 3.
5. Sandoval J et al. Factores que condicionan la dismenorrea en adolescentes, según estrato socioeconómico. *Rev Per Ginecol Obstet* 2013; 59(2).
6. Daewood MY. Dysmenorrhea. *Clin Obstet Gynecol* 1990; 33: 168-78.
7. Dawood MY: Hormones, Prostaglandins and dysmenorrhea. In: Dawood MY editors. *Dysmenorrhea*. Williams and Wilkins, Baltimore and London, 1981.
8. Rees MCP, Anderson ABM, Demers LM, Turnbull A. Endometrial and myometrial prostaglandin release during the menstrual cycle in relation to menstrual blood loss. *J Clin Endocrinol Metab* 1984; 58: 813.
9. Taylor HC. Vascular congestion and hyperemia. *Am J Obst and Gynec* 1949; 57: 637-88.
10. Wengraf P. Psychodynamic and therapeutic aspects of functional dysmenorrhea. *Am J Obst and Gynec* 1944; 48: 477-88.
11. Coppen A, Kessel M. Menstruation and personality. *Br J Psychiat* 1963; 109: 711-21.
12. Ploeg HM. Emotional states and the premenstrual syndrome. *Personality and Individual Differences* 1987; 8: 95-100.
13. Kaplan HI, Sadock BJ. *Tratado de Psiquiatría* (6ª ed.). Buenos Aires: Intermédica, 1995.
14. García Arroyo JM. Aspectos psicológicos de la dismenorrea primaria. *Actas del I Congreso Internacional de Aprendizaje y Comunicación Pre y Postnatal*. Valencia, 1996.
15. García Arroyo JM, Domínguez López ML. Aspectos psicológicos de la dismenorrea primaria. *Ginecología y Obstetricia Clínica* 2009; 10(4): 221-8.
16. De Saussure F. *Curso de lingüística general*. Madrid: Alianza, 1990.
17. Lévi-Strauss C. *Las estructuras elementales del parentesco* (2 vols.). Barcelona: Planeta-Agostini, 1985.
18. Lévi-Strauss C. *Antropología estructural*. Mexico: Siglo XXI, 1997.
19. Eco U. *La vida social como sistema de signos. En Introducción al estructuralismo*. Madrid: Alianza, 1973.
20. García Arroyo JM, Domínguez López ML. ¿Por dónde seguir investigando en psicopatología? *Inf Psiquiat* 2010; 1(199): 39-56.

21. Haman JO. Pain threshold in dysmenorrhea. *Am J Obst and Gynec* 1944; 47: 686-91.
 22. Hunter WE, Rolf BB. Psychosomatic aspects of dysmenorrhea. *Am J Obst and Gynec* 1947; 53: 123-31.
 23. Chapman CR, Casey KL, Dubner R. Pain measurement: an overview. *Pain* 1985; 22 (1): 1-31.
 24. García Arroyo JM, Domínguez López ML. El dolor: una encrucijada entre el cuerpo y la subjetividad (Parte I). *Alcmeon, Rev Arg Clin Neuropsiatr* 2009; 16(1): 26-37.
 25. García Arroyo JM, Domínguez López ML. El dolor: una encrucijada entre el cuerpo y la subjetividad (Parte II). *Alcmeon, Rev Arg Clin Neuropsiatr* 2009; 16(1): 38-48.
 26. Herrera Gutiérrez E, Gómez Amor J. Cambios emocionales y activación fisiológica. En: Gomez Amor J, Martínez Selva JM. *Psicobiología del ciclo menstrual*. Madrid: UNED, 1991.
 27. Blos P. *Psicoanálisis de la adolescencia*. México: Mortiz, 1975.
 28. Ruble D, Brooks-Gunn J, Clarke A. Research on menstrual-related psychological changes: Alternative perspectives. In: Parsons J. (ed.) *The psychobiology of sex differences and sex roles*. New York: Hemisphere, 1980.
 29. Woods NF. Relationship of socialization and stress to perimenstrual symptoms, disability and menstrual attitudes. *Nurs Research* 1985; 34: 145-149.
 30. Gomez Amor J, Martinez Selva JM. *Psicobiología del ciclo menstrual*. Madrid: UNED, 1991.
 31. Sundell G, Milson I, Andersch B. Factors influencing the prevalence and severity of dysmenorrhea in young women. *Br J Obstet Gynecol* 1990; 97: 588-94.
 32. Kroger WS, Freed S. *Ginecología psicosomática*. Barcelona: Salvat, 1965.
 33. Brooks-Gunn J, Ruble D. Men's and women's attitudes and beliefs about the menstrual cycle. *Sex Roles* 1986; 14: 287-299.
 34. Miller JA. *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós, 2003.
-