

I. INTRODUCCIÓN

1. Descripción general

La menstruación tiene significados diferentes para muchas mujeres. Para algunas es la reafirmación de su feminidad y signo de buena salud y fertilidad; otras, la ven como una molestia con la que tienen que lidiar cada 28 días aproximadamente.

Es sabido que los ciclos menstruales pueden tener grandes consecuencias desfavorables para algunas mujeres. Por lo anterior, algunos investigadores han expresado que la menstruación es innecesaria (Coutinho y Segal, 1999; Thomas y Elleston, 2000; Kaunitz, 2000; etcétera) y argumentan que no menstruar cada mes puede tener grandes ventajas para la salud, especialmente para aquellas mujeres que sufren de endometriosis, dismenorrea, menorragia y otro tipo de molestias relacionadas con la menstruación.

La idea de que la menstruación no tiene efectos benéficos y que causa daño puede ser sorprendente e incluso desconcertante para muchas personas. Actualmente en el mercado existen anticonceptivos hormonales que tienen la función de extender o posponer durante algún tiempo el sangrado menstrual, a esto se le denomina *supresión menstrual*. Este concepto aunque ha causado gran controversia recientemente, no es nuevo. Muchas mujeres a lo largo de los años han manipulado sus ciclos menstruales con el uso extendido de anticonceptivos orales, ya sea por razones de salud o por mera conveniencia.

Existen también quienes están en contra de suprimir la menstruación pues consideran que hacerlo pone en riesgo la salud de las mujeres (Profet, citado por

O'Grady, 2001). Asimismo, aquellas personas que consideran a la menstruación como una reafirmación de la feminidad, podrían estar en contra de la supresión menstrual pues esta idea estaría contradiciendo los criterios establecidos socialmente para la función del rol de género femenino.

Sin duda alguna, independientemente del debate entre los defensores y los opositores de la supresión de la menstruación, para las mujeres controlar su sangrado menstrual por medio de la anticoncepción hormonal ya es una opción.

El presente trabajo tiene el objetivo de estudiar la relación que existe entre la conformidad con las normas femeninas y las actitudes hacia la supresión de la menstruación.

2. Menstruación

2.1. Aspectos biológicos

Generalidades

En la mujer el inicio de la pubertad (11-15 años) es la edad en la que aparecen algunos rasgos sexuales secundarios como son el crecimiento de las caderas, el crecimiento del busto y la aparición de vello púbico. Muchos de estos cambios son causados por la liberación de hormonas por parte del hipotálamo y de la glándula pituitaria anterior.

El ciclo hormonal femenino incluye tres diferentes jerarquías hormonales: a) una hormona de liberación hipotalámica: la *hormona liberadora de hormona luteinizante* (LHRH); b) las hormonas de la glándula hipófisis anterior: *hormona estimulante del folículo* (FSH) y *hormona luteinizante* (LH), y c) las hormonas ováricas: *estrógeno* y

progesterona, secretadas por los ovarios en reacción a las hormonas FSH y LH. Durante los años reproductivos de la mujer se llevan a cabo secreciones rítmicas de estas hormonas que producen cambios en los ovarios y en los órganos sexuales femeninos. Este patrón hormonal es conocido como *ciclo sexual femenino* o *ciclo menstrual*, cuya duración promedio es de 28 días (Guyton, 1989) aunque en algunos casos puede llegar a durar de 20 a 36 días (Cunninham, 1991).

El ciclo menstrual se caracteriza por distintos cambios en el endometrio. Cada mes la capa endometrial se prepara para recibir un óvulo fecundado; sin embargo, si no tiene lugar la fecundación, el estrato funcional del endometrio se desprende (Tortora, 1995) produciendo la liberación de 50 a 150ml. de sangre por la vagina durante un periodo de tres a cinco días, conocido como *menstruación* (Green, 1991). A la primera menstruación se le llama *menarquía* y comienza alrededor de los 10 a los 15 años y continua hasta la *menopausia* (cesación natural de la menstruación) la cual ocurre entre los 45 y 55 años de edad (Cunninham, 1989).

Ciclo ovárico

Durante la pubertad a lo largo de los primeros días después de iniciada la menstruación, los ovarios y los huevos inmaduros (folículos) que éstos contienen, comienzan a crecer debido a la liberación de grandes cantidades de hormonas gonadotrópicas (Cunninham, 1989).

El ciclo ovárico se constituye de dos fases: la fase folicular y la fase lútea. En la primera etapa de la fase folicular los folículos ováricos están rodeados de capas de células llamadas granulosa y comienzan a constituir folículos primarios.

Posteriormente bajo la influencia de las hormonas Folículo Estimulante (FSH) y Luteinizante (LH), los folículos van aumentando de tamaño rodeándose cada vez de más capas de células granulosa y de otras células epiteloides hasta formar una capa de células fusiformes conocidas como células teca. Las células teca secretan un fluido que contiene estrógeno y la acumulación de este fluido en los folículos crea una cavidad llamada antra; en esta etapa los folículos toman el nombre de folículos vesiculares (Guyton, 1987). Después de una semana o más de crecimiento (pero antes de la ovulación) uno de los folículos empieza a crecer más que los otros y también comienza a secretar mayores cantidades de estrógeno. El estrógeno secretado, actúa en el hipotálamo para detener la secreción de FSH y LH de esta manera se previene que el resto de los folículos maduren, así, el folículo más maduro continúa creciendo mientras los otros involucionan (Guyton, 1989).

La *ovulación* tiene lugar 14 días después de iniciada la menstruación. Pocas horas antes de la ovulación, los niveles de LH aumentan de seis a diez veces; de igual manera, la FSH aumenta casi al doble y ambas actúan para estimular de forma acelerada la última etapa de desarrollo del folículo. Mientras tanto, el ritmo de secreción de estrógeno disminuye aproximadamente 24 horas antes de la ovulación y pequeñas cantidades de progesterona comienzan a secretarse. De esta manera, con el crecimiento rápido del folículo, la disminuida secreción de estrógeno después de una fase prolongada de secreción y el comienzo de secreción de progesterona se da lugar a la *ovulación* (Guyton, 1989) que específicamente se refiere a la expulsión del óvulo hacia afuera del folículo.

Una vez expulsado el óvulo en la etapa del ciclo conocida como *fase lútea*, las restantes células granulosas del folículo se masifican para formar el *cuerpo lúteo* o *cuerpo amarillo*; a este cambio químico se le denomina *luteinización*. La luteinización depende de la hormona LH secretada por la hipófisis anterior; de hecho esta función fue la que le dio a la LH el nombre de “luteinizante” (Guyton, 1989).

El cuerpo lúteo es un órgano secretor de grandes cantidades de progesterona y estrógeno; en especial de progesterona pues la secreta en mayor cantidad que al estrógeno. Una vez que el cuerpo amarillo ha alcanzado su nivel más alto de desarrollo, aproximadamente seis o siete días después de la ovulación, comienza a involucionar y posteriormente disminuye su capacidad secretora hasta degenerarse completamente después de 12 días de vida. De esta manera, aproximadamente el día 26 del ciclo sexual femenino, comienzan a secretarse nuevamente cantidades de FSH y posteriormente de LH, iniciando así el crecimiento de nuevos folículos y el inicio de un nuevo ciclo ovárico. Al mismo tiempo, debido a la degeneración del cuerpo amarillo, los niveles de progesterona y estrógeno disminuyen dando lugar a la menstruación, producida por el desprendimiento del endometrio en el útero (Guyton, 1981).

Ciclo endometrial y menstruación

Al inicio de cada ciclo sexual femenino gran parte de la capa endometrial se desprende del útero dejando sólo una capa endometrial delgada, dando como resultado la menstruación (Guyton, 1981). El ciclo endometrial consta de tres etapas: fase proliferativa del desarrollo endometrial, fase secretoria del ciclo endometrial y la menstruación (Guyton, 1989).

Durante la primera fase del ciclo ovárico (fase folicular) una gran cantidad de estrógenos es secretada por los ovarios produciendo que las células epiteliales de la superficie y las células más profundas del endometrio crezcan hasta tres veces, logrando un aumento de espesor del revestimiento endometrial (Guyton, 1981), estos cambios constituyen la *fase proliferativa del desarrollo endometrial* (Guyton, 1987).

Aproximadamente a la mitad del ciclo sexual femenino (fase lútea) grandes cantidades de estrógenos y aún mayores cantidades de progesterona son secretados por el cuerpo lúteo. Los estrógenos presentes provocan sólo una pequeña proliferación en el endometrio, mientras que la progesterona juega el papel principal en el desarrollo endometrial (Guyton, 1981). Durante la secreción de estas hormonas otros efectos comienzan a llevarse a cabo: 1) las glándulas endometriales secretan un nutriente líquido; 2) en las células endometriales se depositan sustancias grasas y glucógeno, y 3) se incrementa el flujo sanguíneo del endometrio. Estos cambios dan lugar a la llamada *fase secretoria del ciclo endometrial* (Guyton, 1987), durante la cual el endometrio llega a tener el mayor espesor de aproximadamente 4 a 6mm (Guyton, 1981).

El propósito principal de los cambios en el grosor endometrial es producir una cantidad suficiente de nutrientes que proporcionen las condiciones adecuadas para la implantación de un óvulo fecundado. Específicamente, una vez implantado el óvulo, el endometrio absorbe distintos nutrientes haciendo posible un buen desarrollo del embrión (Guyton, 1981).

Si hacia el final del ciclo sexual femenino no se ha producido la fecundación del óvulo y por consiguiente no se ha implantado en el endometrio, el cuerpo lúteo

comienza a degenerarse, lo que a continuación produce una disminución significativa de estrógenos y progesterona. La falta de estas dos hormonas producen la interrupción del flujo sanguíneo hacia el endometrio y como resultado éste muere y se desprende hacia la cavidad uterina. De esta manera, mediante contracciones intermitentes del músculo uterino, en un periodo de tres a cinco días, cantidades de tejido endometrial descamado junto con sangre son expulsados por la vagina. Este proceso se llama *menstruación* (Guyton, 1981). Posteriormente debido a la nueva producción de estrógenos se da inicio a un nuevo ciclo endometrial.

3. Supresión menstrual

El término asociado al uso de anticonceptivos hormonales para extender el ciclo menstrual es conocido como *supresión menstrual* o *supresión de la menstruación*. Concretamente, la supresión menstrual implica el uso continuo de anticonceptivos hormonales para evitar la llegada de la menstruación.

La reciente polémica respecto a este tema comenzó a finales de los años noventa, específicamente en 1999 cuando en Estados Unidos se publicó un libro titulado: *Is menstruation obsolete?* (¿Es la menstruación obsoleta?), el cual ha causado gran controversia. El autor del libro, el portugués Elismar Coutinho, argumenta que la menstruación además de debilitante y dañina, tal como lo dice el título de su obra es “obsoleta”, no es necesaria, mucho menos para las mujeres que no tienen interés en embarazarse. Coutinho basándose en algunas prácticas de la medicina antigua, en investigaciones antropológicas y evolucionistas de la menstruación, y en la evidencia de

sus pacientes, reafirma que desde el punto de vista médico la menstruación no tiene ningún efecto benéfico, y que por el contrario es perjudicial para la salud de muchas mujeres; por lo tanto, debe suprimirse o eliminarse.

Fisiológicamente, la menstruación ocurre cuando el óvulo no es fecundado, lo que significa que la reproducción falló (Guyton, 1987); pero debido a la avanzada adaptación evolutiva del ser humano para asegurar la sobrevivencia de un bebé, el ciclo se repetirá nuevamente y así sucesivamente hasta que un óvulo sea fecundado (Coutinho y Segal, 1999). Las ideas de Coutinho son ciertas: la menstruación sólo ocurre cuando el embarazo no se lleva a cabo; por lo que, según Coutinho, quienes no quieran embarazarse no tienen la necesidad de estar menstruando.

Los que están a favor de la idea de que la menstruación es “obsoleta” sostienen que no existe una razón médica fundamentada, que no hay beneficio alguno para menstruar cada mes, y que por el contrario se presentan un sin número de molestias (Thomas y Elleston, 2000; Kaunitz, 2000).

Existen indicadores de que algunas enfermedades relacionadas con la menstruación como la endometriosis, la dismenorrea, el síndrome premenstrual, entre otras, están estrechamente ligadas al número de ciclos menstruales que las mujeres tienen hoy en día (Gorman y Rawe, 2000). Además, hay evidencia que sugiere que las características de protección contra enfermedades como cáncer de útero y de mama estaban presentes en las mujeres de la era antigua, ya que experimentaban la menarquía tardía, embarazos a edad temprana, y menopausia temprana (Eaton, et al, 1994).

Estudios antropológicos citan que anteriormente las mujeres vivían largos periodos de amenorrea debido a que tenían de entre 5 a 6 embarazos y se tomaban varios meses o incluso años para amamantar a sus hijos (Eaton, et al., 1994). Otros estudios de tribus en África y Australia indican que debido a los continuos periodos de embarazo y lactancia, las mujeres tenían alrededor de 160 ciclos menstruales desde la pubertad hasta la menopausia, comparado con los 450 ciclos menstruales que las mujeres en países desarrollados tiene actualmente (Coutinho y Segal, 1999). Muy probablemente las actuales bisabuelas vivieron la menarquía alrededor de los 16 años; experimentaron su primer embarazo a edad temprana (19.5 años) y tuvieron embarazos frecuentes (seis en promedio) con largos periodos de lactancia entre éstos. En contraste, las mujeres actuales experimentan la menarquía alrededor de los 12 años, tienen su primer embarazo alrededor de los 24 años, tienen menos embarazos y amamantan a sus hijos por corto tiempo o no los amamantan, además experimentan la menopausia a una edad mayor (Thomas y Elleston, 2000).

Coutinho, basado en investigaciones antropológicas, arguye que la menstruación además de ser un evento muy raro en el reino animal aún en los mamíferos (sólo la presentan algunos primates, murciélagos y musarañas), está vinculada con una alta incidencia de serios problemas como el síndrome premenstrual, la dismenorrea, endometriosis, anemia, artritis y epilepsia.

El síndrome premenstrual (SPM) se presenta posterior a la ovulación y antes de la menstruación, y está asociado con la aparición de un conjunto de síntomas emocionales, conductuales y físicos que empeoran con el desarrollo del cuerpo lúteo

(Mitchell y Mitchell, 1998). Para muchas mujeres esta condición las afecta no sólo físicamente sino también en su entorno social (Marván y Contreras, 1993). Por otro lado, la endometriosis es un padecimiento caracterizado por la aparición anormal de la capa endometrial fuera del útero en otras cavidades del cuerpo, causando terribles dolores abdominales durante la menstruación. Esta condición se ha hecho más común en aquellas sociedades en donde la mujer experimenta más ciclos menstruales (Coutinho y Segal, 1999).

Con sus argumentos basados en la gran cantidad de padecimientos y molestias que muchas mujeres sufren durante su menstruación, Coutinho propone el uso de tratamientos hormonales como la píldora anticonceptiva o la inyección DepoProvera® (acetato de depomedroxiprogesterona) no sólo para la anticoncepción, sino como opciones accesibles para todas las mujeres que deseen suprimir su menstruación independientemente de si sufren o no problemas relacionados con ésta.

Otros argumentos a favor de la idea de suprimir la menstruación están fundamentados en distintos estudios sobre el uso de anticonceptivos orales. En dos diferentes investigaciones Sulak, Cressman, Waldrop, Holleman y Kuehl (1997); y Sulak, Show, Preece, Riggs y Kuehl (2000) encontraron que los síntomas relacionados con la menstruación se presentaron con mayor frecuencia e intensidad durante los días de sangrado (cuando se inicia el uso de píldoras inactivas). En otra investigación Sulak encontró que el régimen convencional de los anticonceptivos orales (21/7) sólo producía un alivio ligero y limitado en las mujeres con problemas menstruales; por lo que la extensión del uso de pastillas activas en conjunto con el uso de menos días de

pastillas libres de hormonas, podría ser de gran ayuda para las mujeres que sufren este tipo de problemas (2000; citado por Kaunitz, 2000).

Hay investigadores como Loudon, Foxwell, Potts, Guidy y Short (1977) que argumentan que la supresión menstrual debería de ser una opción abierta a todas las mujeres, ya que la eliminación de la menstruación podría ser un gran beneficio debido a cuestiones culturales. Por ejemplo, en India se considera impuro que las mujeres que están menstruando preparen la comida para sus esposos. De forma similar, las mujeres musulmanas no pueden entrar a rezar a las mezquitas; llegando incluso algunas a usar tratamientos hormonales para posponer su menstruación cuando van a la Meca. Finalmente, en las sociedades occidentales el costo de productos de higiene íntima puede ser una preocupación para las mujeres con ganancias económicas limitadas.

Thomas y Elleston (2000) plantean la idea de que la menstruación debería ser vista como un evento que aunque natural, es indeseable, y correspondería que fuera tratada como una condición médica que necesita de medicación diaria. Además, expresan que los médicos deberían darle a la mujer que desee hacerlo, la posibilidad de suprimir sus periodos menstruales, ya sea con el uso de la píldora o de otros tratamientos hormonales; contribuyendo de esta manera a que las mujeres tengan vidas más felices y productivas, ayudando no sólo a la mujer sino a la sociedad en general. Hay también otros investigadores como Patricia Sulak del departamento de Obstetricia y Ginecología de la Texas A&M University, quien de manera extremista ha admitido que uno de sus propósitos profesionales es “eliminar la menstruación por completo” (citado por Westphal, 2002).

Por otro lado, existen también antagonistas a las ideas de Coutinho y sus seguidores. Kathleen O'Grady (2001), cita a la feminista Margie Profet, opositora a la idea de eliminar los periodos menstruales: "Si la menstruación fuera obsoleta, entonces ¿por qué las mujeres menstrúan?" "Desde la perspectiva evolutiva, debe de haber alguna razón funcional por la cual la menstruación ha perdurado a través de los años. No es posible que nuestros cuerpos sean tan poco eficientes como para permitir un desgaste de energía mensual sin ninguna ganancia". Otro de los argumentos de Profet se refiere a que la menstruación protege a la mujer de agentes patógenos que vienen del espermatozoide y que podrían establecerse en el útero, es por ello que el sangrado regular sirve como un sistema de limpieza, manteniendo al útero y a la vagina libres de contaminantes. Sin embargo, otros investigadores refutan el planteamiento de Profet diciendo que es durante la menstruación cuando la mujer está más expuesta a gran variedad de infecciones.

A Lawrence M. Nelson jefe investigador de la Unidad de Endocrinología Ginecológica del Instituto Nacional de Salud de Estados Unidos, también le preocupa la idea de ver a la menstruación como "obsoleta": "Creo que el ciclo menstrual no recibe el respeto que merece como signo de buena salud". Nelson, opina que la menstruación es como un indicador de bienestar corporal y al proveer a la mujer con tratamientos hormonales muchos padecimientos pueden ser enmascarados y no ser diagnosticados por años, tal es el caso de la infertilidad (citado por Westphal, 2002).

Al igual que Profet y Nelson, Grant E. C. G., ha expresado su preocupación respecto a la supresión de la menstruación, arguyendo que ésta puede ser una condición

patológica que produzca riesgos vasculares, cambios en los lípidos del cuerpo y depresión (Grant, 2000; citado por Andrist, Hoyt, Weinstein y McGibbon, 2004b)

Exentamente de los argumentos presentados para que las mujeres estén dispuestas a aceptar algún tipo de tratamiento para suprimir su menstruación, necesitan estar seguras de que es completamente seguro. En realidad no hay estudios de los efectos a largo plazo que puedan presentarse con el uso extendido de los anticonceptivos orales (AO) (Whestphal, 2002; Hitchcock y Prior, 2004). Además, Christine Hitchcock (2004) argumenta que las investigaciones que hasta ahora se han hecho respecto a los efectos del uso extendido de AO y la supresión de la menstruación, no incluyen un grupo control de mujeres que no consuman este producto, todos los sujetos estudiados ya consumían AO. Inclusive Elleston acepta: “No tenemos toda la evidencia de los efectos de este régimen a largo plazo, pero muchos estarían de acuerdo conmigo en que hacerlo durante varios meses (poco más de un año) ha sido perfectamente seguro” (citado por Whestphal, 2002).

3.1. Actitudes hacia la supresión de la menstruación

Muchas mujeres aseguran que la menstruación es un fastidio, una incomodidad que desgasta e interfiere con su vida cotidiana. En general, los estudios han mostrado que las actitudes hacia la menstruación por parte de las mujeres son en su mayoría negativas (Geller, Harlow y Bernstein, 1999; Stubbs y Costos, 2004; Yucel y Polat, 2003). Incluso se ha encontrado que los efectos ocasionados por los problemas menstruales no sólo limitan a la mujer como individuo, sino que afectan a la sociedad en general, perjudicando considerablemente la productividad de las mujeres en el

trabajo (Dalton y Holton, 1998; citados por Thomas y Elleston, 2000). En los Estados Unidos, los problemas relacionados con la menstruación son la queja más común que se les presenta a los ginecólogos (Kjerulff, Erickson y Langenberg, 1996; citados por Kaunitz, 2000). Algunos autores califican a la menstruación como el más frecuente padecimiento que de manera continua afecta a las mujeres y a la sociedad pero que a pesar de esto, el tratarla no es prioridad para los profesionales de la salud (Thomas y Elleston, 2000).

Desde 1960, año en que el primer anticonceptivo oral (AO) o píldora fue introducido al mercado estadounidense, muchas mujeres han hecho uso de ésta no sólo con propósitos anticonceptivos, sino también para manipular sus ciclos menstruales; algo para lo que supuestamente la píldora no estaba hecha.

Este tipo de anticonceptivos han sido usados durante muchos años, aún sin aprobación legal de las autoridades de salud (off-label), para retardar y suprimir temporalmente los ciclos menstruales de mujeres deportistas (Bennell, White y Crossley, 1999; Frankovich y Lebrun, 2000); mujeres militares (Schneider, Fisher, Friedman, Bijur y Toffler, 1999) y también se han usado en mujeres con discapacidades mentales (Roxburgh y West, 1973). Sin embargo, mujeres comunes y corrientes también han optado por el uso extendido de la píldora por mera conveniencia, para poder disfrutar de ocasiones especiales como viajes, eventos deportivos, entre otras cosas (Thomas y Elleston, 2000; ARHP, 2004a).

Heidi Materi, de 26 años, no ha menstruado durante 4 años. Comenzó a extender el uso de anticonceptivos orales (AO) para disminuir el abundante sangrado y el dolor

que venían acompañados con su menstruación; por lo que decidió no dejar de tomarlos a menos que quisiera embarazarse. La misma Heidi menciona: “Me di cuenta de que no era necesario menstruar. Ha sido estupendo no menstruar ni tener ningún tipo de problemas relacionados con la menstruación” (ARHP, 2004b).

Hace cinco años, Anne Jorgensen, en ese entonces estudiante de leyes de 22 años, tenía un secreto que ocultaba a muchas personas. Para hacer más simple su asistencia a una reunión, a una boda y a otros eventos especiales, le jugó una trampa a su cuerpo al posponer su menstruación varias veces en un año. ¿Cómo lo hizo? Muy sencillo: en lugar de tomarse las últimas siete pastillas anticonceptivas de su cajita de píldoras, las cuales en realidad son píldoras sin hormonas (inertes); inmediatamente el día 22, Anne comenzaba a tomar la siguiente caja de píldoras activas (con hormonas). ¿El resultado?: en lugar de tener 13 periodos menstruales al año, sólo tuvo 9 (Gorman y Rawe, 2000).

Seguramente, Anne ya no tendrá que mantener en secreto el uso que hacía de los anticonceptivos orales, pues desde Septiembre 5 del 2003, en Estados Unidos la FDA (Food and Drug Administration) organismo que se encarga de asegurar la eficacia y seguridad de los medicamentos en ese país, aprobó el uso de la pastilla anticonceptiva Seasonale® (ethinyl estradiol y levonorgestrel). Seasonale® no es una píldora como cualquier otra, la diferencia entre ésta y los anticonceptivos orales comunes reside en que con Seasonale® la toma de píldoras activas se prolonga durante 84 días y 7 días de píldoras inactivas (84/7); lo que le permite a la mujer reducir sus periodos menstruales a

sólo cuatro veces al año (Association of Reproductive Health Professionals [ARHP], 2004a).

Esta idea puede parecer ir en contra de la naturaleza; sin embargo aquellas mujeres que actualmente toman la píldora, desconocen que también van “en contra” de la naturaleza, con la diferencia de que no cuentan con el “beneficio” de no menstruar.

Cuando la primera píldora anticonceptiva salió al público por razones de mercadotecnia sus creadores establecieron un programa “21/7” que constaba de 21 días de píldoras activas más 7 días de píldoras inactivas cuya función de estas últimas era hacer que la capa del útero se desprendiera produciendo así el sangrado menstrual; de esta manera la iglesia católica y las usuarias tuvieron mayor aceptación hacia el anticonceptivo pues se simulaba perfectamente el ciclo menstrual de 28 días sin aparentemente intervenir con la naturaleza (Loudon, et al., 1977; Weller y Wiley, 1985). El programa “21/7” fue diseñado sólo para imitar el ciclo menstrual a pesar de ser innecesario, ya que no existía ni existe evidencia de los beneficios que se puedan obtener de los siete días libres de hormonas (Thomas y Elleston, 2000; Andrist, et al., 2004b). Patricia Sulak expresa que no es menos natural el uso continuo de la píldora que el uso común (citado por Westphal, 2002). En realidad lo que se tiene con los anticonceptivos orales comunes, no es un ciclo menstrual natural sino uno manipulado por la carencia de las hormonas que evitan el desprendimiento de la capa endometrial.

Loudon, et al. (1977) afirman que no hay evidencia que sugiera que la menstruación represente algún ritmo inherente del sistema nervioso central que sea

dañino interrumpir. Al contrario, los ciclos menstruales de la mujer son relativamente recientes, pues al parecer en la antigüedad la menstruación no era la norma.

Sin duda alguna, los avances en la contracepción hormonal les están dando a las mujeres mayores opciones para alterar su ciclo menstrual, para decidir si quieren o no menstruar y para programar el número de días que quieran hacerlo. A lo largo de los años, muchos investigadores han estudiado los efectos de los anticonceptivos orales para eliminar la menstruación, así como la aceptación, las creencias y las actitudes hacia la supresión de la misma.

Investigaciones realizadas en torno a la supresión de la menstruación

La gran mayoría de los estudios comparativos del uso común y el uso extendido de la píldora, han encontrado que muchas de las mujeres optarían por eliminar su menstruación o reducirían la frecuencia del sangrado. A continuación se describen algunos de estos estudios.

Desde 1977, Loudon, et al. llevaron a cabo una investigación para estudiar la aceptación hacia la supresión temporal de la menstruación por medio de anticonceptivos orales. Durante un año, 196 mujeres tomaron continuamente pastillas anticonceptivas activas en un lapso de 84 días (régimen tri-cíclico), teniendo sólo seis días de pastillas inactivas y se les pidió que mantuvieran un registro de cualquier efecto secundario que presentaran. De las 196 mujeres, 107 completaron el estudio y 89 lo abandonaron; de estas 89, 14 lo hicieron porque planeaban embarazarse y 37 debido a los diferentes efectos secundarios que experimentaron, entre los cuales estaban: aumento considerable de peso, sangrados esporádicos ligeros y/o abundantes, dolor de cabeza, dolor del busto

y depresión, además de que algunas también reportaron tener manchas en la cara, estreñimiento, pérdida de la libido y náuseas. Entre las principales quejas o efectos secundarios reportados por las 107 mujeres que completaron el estudio, estaban los sangrados esporádicos ligeros (24%) y abundantes (3%) durante el primer ciclo; sin embargo al final del estudio sólo 4% de las mujeres presentaron sangrados ligeros y ninguna presentó sangrados esporádicos abundantes. Además se encontró que estos sangrados estaban relacionados con el olvido y/o retraso en la toma de una pastilla. De igual manera, de estas 107 mujeres, 46% reportó un incremento de peso de alrededor de 2kg y 11% reportó un aumento en la incidencia de dolores de cabeza. Cabe destacar que un total de 20% notaron un decremento considerable en las molestias asociadas a la menstruación; además de que 82% dijeron haber disfrutado de tener menos periodos.

En general, a pesar de los efectos secundarios presentados, los resultados del estudio muestran que a la mayoría de las mujeres les agradó usar anticonceptivos orales para disminuir la frecuencia de sus ciclos menstruales; además de que los síntomas presentados no fueron tan diferentes como los reportados por el uso de los anticonceptivos orales comunes.

Patricia Sulak, investigadora del departamento de Obstetricia y Ginecología de la Texas A&M University, en conjunto con varios colaboradores, ha también realizado distintas investigaciones relacionadas con el uso extendido de la píldora. En 1997, Sulak, et al., estudiaron el uso continuo de anticonceptivos orales activos para reducir problemas menstruales como dismenorrea, menorragia, síndrome premenstrual y migrañas. De las 50 mujeres que participaron, 13 descontinuaron el uso extendido de

los anticonceptivos debido a sangrados esporádicos y dolores de cabeza. No obstante, todas las mujeres que completaron el estudio (37) reportaron una significativa mejoría en las molestias ocasionadas por la menstruación, sólo muy pocas reportaron dolores de cabeza o sensibilidad mamaria, además la preferencia por el método extendido sobre el método común fue mayor.

En un estudio más reciente, Sulak, Kuehl, Ortiz y Shull (2002), investigaron en un periodo de cinco años, desde diciembre de 1993 hasta octubre de 2000, la aceptación del uso extendido de las pastillas anticonceptivas en 318 mujeres usuarias de la píldora que sufrían de sintomatología menstrual. Se les dio la opción de establecer un régimen de 6, 9 o 12 semanas de uso continuo de píldoras activas; teniendo de 3 a 7 días de pastillas libres de hormonas con el objetivo de evaluar la preferencia de las mujeres en el uso de la píldora. Doscientas noventa y dos mujeres tuvieron seguimiento a lo largo de los 5 años. Las razones por las cuales las mujeres decidieron comenzar con el uso extendido de la píldora fue la intención de disminuir molestias como el dolor de cabeza, la dismenorrea, hipermenorrea, síndrome premenstrual, entre otros. De las 292 pacientes, 25 decidieron no implementar el régimen extendido; 57 lo hicieron pero después de un tiempo se retractaron debido a un incremento en la presentación de náuseas, dolor de cabeza, cólicos, y sangrados esporádicos; 38 optaron por el uso extendido pero después regresaron al uso común de la píldora por los mismos efectos secundarios ya citados; y 172 mujeres continuaron con el régimen extendido.

El sistema más escogido y usado por las pacientes del estudio fue de 12 semanas de píldoras con hormonas con 6 días de pastillas libres de hormonas (12/6). En general,

las mujeres que optaron por el régimen extendido, reportaron disminución en los síntomas que presentaban, además todas dijeron haber experimentado una mejora en su calidad de vida, sobre todo en aquellas que eligieron el programa más largo, el de “12/6”.

En 1999, una publicación Alemana conducida por Tonkelaar y Oddens, estudió la preferencia y las actitudes hacia los cambios en el patrón de sangrado menstrual de mujeres de cuatro grupos de edad (323 mujeres de 15-19 años; 326 de 25-34 años; 325 de 45-49 años y 327 mujeres de 52-57 años) representando adolescentes, mujeres en edad reproductiva, mujeres pre-menopausicas, y mujeres post-menopausicas. Los resultados arrojaron que el 71.5% de las mujeres que aún menstruaban, si tuvieran la posibilidad de hacer algún cambio en su patrón menstrual con el uso de anticonceptivos orales lo harían, de manera que pudieran hacer que sus periodos menstruales fueran menos dolorosos, más cortos y más ligeros. Además, la mayoría de las mujeres en todos los grupos de edad manifestaron la preferencia de tener una frecuencia de sangrado de menos de una vez al mes o incluso desearían la amenorrea. Se encontró también que el deseo y preferencia a la idea de nunca menstruar fue mayor en las mujeres pre-menopausicas (45-49 años).

También en Australia, se realizó una investigación relacionada con la supresión de la menstruación con el uso extendido de anticonceptivos orales. Desafortunadamente de las 203 mujeres que comenzaron el estudio, sólo 59 lo completaron después de un año. Las principales razones dadas para haber dejado el programa fueron: sangrados esporádicos (73 mujeres), dolor o sensibilidad en el busto y dolores de cabeza (31

mujeres en ambos casos). De igual forma, las mujeres que si completaron el estudio también dijeron haber experimentado sangrados esporádicos, ocurriendo éstos, sólo cuando olvidaban o se retrasaban en tomar una pastilla (Kovacs, Rueden y Evans, 1994).

Recientemente, Johnston-Robledo, Ball, Lauta y Zekoll (2003), estudiaron las actitudes relacionadas hacia la supresión de la menstruación en 103 estudiantes universitarias; de éstas, sólo 36 habían escuchado sobre la supresión de la menstruación y 12 habían usado algún método hormonal para suprimir sus periodos. Asimismo, el apoyo hacia la supresión menstrual fue significativamente mayor en quienes ya habían escuchado sobre el tema. Además, se encontró que las mujeres con más actitudes negativas hacia la menstruación, sostenían actitudes que apoyaban la supresión de ésta. Sesenta y tres encuestadas declararon que menstruar era saludable y benéfico; mientras que sólo 10 declararon que la menstruación podría no ser necesaria e incluso dañina. Cabe destacar que las mujeres que reportaron sufrir de síntomas relacionados con el ciclo menstrual, no apoyaron más que las otras mujeres la idea de suprimir sus periodos.

En el 2004, varios investigadores encabezados por Linda Andrist, efectuaron estudios sobre las actitudes hacia la supresión de la menstruación. Uno de éstos se llevó a cabo en 300 mujeres de 18 a 40 años a quienes se les aplicó un cuestionario preguntándoles sobre el uso de métodos hormonales para la anticoncepción, sobre características menstruales, uso de productos de higiene íntima, síntomas menstruales y actitudes y conocimiento sobre la menstruación y la supresión de la menstruación. Los síntomas reportados en las usuarias de anticonceptivos orales, fueron significativamente

menores que aquellos reportados por las no usuarias. Ochenta por ciento de las participantes dijeron valerse de la menstruación para saber si están o no embarazadas. La relación entre las creencias negativas hacia la menstruación y las actitudes hacia la supresión de ésta, aunque débil, fue significativa; reafirmando los resultados encontrados por Johnston-Robledo, et al., (2003). Asimismo, se identificó que las mujeres que estarían más dispuestas a suprimir su menstruación, son aquéllas que presentan mayor incidencia de síntomas.

En otra investigación llevada a cabo por Andrist, en colaboración con Arias, Nucatola, Kaunitz, Musselman, Reiter, Boulanger, Domínguez y Emmert (2004), se estudiaron las actitudes hacia la supresión de la menstruación en mujeres de 18 a 40 años y en 500 médicos y enfermeros (as) autorizados para recetar el uso de anticonceptivos. Se encontró que 73% de las mujeres nunca habían oído hablar de la supresión de la menstruación, mientras que 81% de los médicos si; lo que indica una disociación y falta de comunicación sobre el tema entre médicos y pacientes. Además, mientras sólo el 20% de las pacientes reportaron que sus médicos les habían ofrecido el uso extendido de la píldora para suprimir sus periodos; 55% los médicos dijeron prescribir este tipo de régimen hormonal. Con estos resultados, se llegó a la conclusión de que los médicos necesitan informar a sus pacientes sobre esta nueva opción. Igualmente, se encontró que más de la mitad de las mujeres dijeron estar interesadas en utilizar algún método anticonceptivo para cambiar sus patrones de sangrado, el dolor y lo relacionado con problemas menstruales, incluso si eso significaba retrasar o suprimir su menstruación.

A diferencia de las investigaciones que hasta ahora se han citado, las cuales han concluido que la supresión de la menstruación es bien aceptada, en un estudio que llevaron a cabo Miller y Notter, (2001) no se encontraron diferencias significativas en cuanto a la satisfacción y preferencia por el uso común o el uso extendido de anticonceptivos orales. El estudio se realizó con 90 mujeres y se les separó en dos grupos para comparar el uso común de la píldora 21/7, con un régimen de 49 días de píldoras activas. Los resultados demostraron que las mujeres en el régimen extendido tuvieron menos días de sangrado menstrual y gastaron menos en productos de higiene íntima y/o medicamentos. Para todas las participantes, los síntomas más recurrentes fueron cólicos, dolores de cabeza, cansancio, irritación en los genitales y sensibilidad en el busto.

En general, los estudios relativos a la supresión de la menstruación, coinciden en que una de las principales razones para discontinuar el uso de anticonceptivos orales extendidos es debido a los sangrados esporádicos; aunque también se ha encontrado que estos efectos se presentan sólo durante los primeros ciclos, ya que en los estudios de un año, las irregularidades en los sangrados esporádicos tendieron a disminuir (Loudon, et al., 1977; Kovacs, et al., 1994; Rosengerg, Waugh y Meehan, 1995; Sulak, et al., 1997; Rosengerg y Waugh, 1998; Sulak, et al., 2002). Además, cabe mencionar que el investigador Freedolph Anderson dice que tomar la píldora a la misma hora cada día disminuye la aparición de sangrados esporádicos (citado por Westphal, 2002).

Respecto a las investigaciones que estudiaron las actitudes hacia la supresión de la menstruación, es importante mencionar que la mayoría de las mujeres no están

enteradas de la posibilidad de suprimir sus periodos (Andrist, et al., 2004a, 2004b; Jonhston-Robledo, et al., 2003).

Asimismo, se ha encontrado que en las mujeres que han probado el uso extendido de anticonceptivos orales, a la gran mayoría les ha gustado el tratamiento e incluso después de terminada la investigación, muchas se rehusaron a retomar el uso común de los anticonceptivos y prefirieron seguir con el régimen extendido (Loudon, et al., 1977, Sulak, et al., 1997). De igual forma, las encuestas realizadas sobre las preferencias en el patrón de sangrado indican que en general las mujeres preferirían tener una menor frecuencia de su menstruación o incluso les gustaría tener amenorrea (Tonkelaar, et al., 1999; Kauntiz, 2001; Andrist, et al., 2004a, 2004b)

4. Anticonceptivos hormonales

4.1. Generalidades

Los anticonceptivos hormonales constan de hormonas femeninas sintéticas: estrógenos y progestágenos, o sólo progestágenos. Pueden administrarse oralmente, por medio de inyecciones, de parches que se adhieren en la piel, de anillos vaginales o por medio de dispositivos intrauterinos. El anticonceptivo hormonal empleado con mayor amplitud es el que combina a los progestágenos y estrógenos (Berek, 2000); a este tipo de anticonceptivos se les denomina anticonceptivos combinados.

Los progestágenos son compuestos sintéticos que aunque estructuralmente son distintos a la progesterona natural, imitan perfectamente sus efectos. De igual manera, existen diferentes tipos de progestágenos: los del grupo del estrano y los del grupo del

pregano, los cuales son similares a la progesterona desde el punto de vista estructural. Los estrógenos más utilizados son el mestranol (ME) y el etinilestradiol (EE), los cuales también imitan los efectos del estrógeno natural (Berek, 2000).

Los métodos más conocidos de anticoncepción hormonal compuestos sólo de progestágeno sintético son es el dispositivo intrauterino Mirena, el cual libera levonorgestrel; las inyecciones de DepoProvera®, que sólo contienen acetato de depomedroxiprogesterona (ARHP, 2004b); y la minipíldora.

Los anticonceptivos de combinación hormonal (que contienen estrógenos y progestágeno) más usados son la píldora anticonceptiva, el parche para la piel OrthoEvra® y el anillo vaginal NuvaRing®.

Todos los tratamientos compuestos a base de hormonas tienen efectos secundarios, entre los cuales se pueden incluir el riesgo de aparición de cáncer cervical, embolias e infartos. Por lo anterior, es importante mencionar que el uso de anticonceptivos hormonales no es recomendable para todas las mujeres, mucho menos para las fumadoras, ya que son el grupo poblacional con mayor propensión a presentar los riesgos antes mencionados. Además, cabe destacar que ningún anticonceptivo hormonal protege contra enfermedades de transmisión sexual (ARHP, 2004b).

4.2. Anticonceptivos orales

El estudio de la reproducción surgió como una disciplina hasta finales de 1910. Para 1930 el progreso en el estudio del campo hormonal funcionó para dar iniciativa al estudio de la fisiología que ayudó a los científicos a descubrir la importancia de los mensajeros químicos en el ciclo reproductivo de los mamíferos. A pesar de que los

investigadores en los 30's y 40's no enfocaron sus estudios en el ámbito del control de la natalidad, sus resultados sirvieron de base para el científico Gregory Pincus y sus colegas para el desarrollo de un anticonceptivo oral (Watkins, 1998).

Para 1940 los científicos habían logrado aislar el estrógeno y la progesterona, y comenzaron a experimentar con éstos en el tratamiento terapéutico de problemas relacionados con la menstruación (Watkins, 1998).

Después de muchos años de investigación, el primer anticonceptivo ingerible fue introducido al mercado estadounidense en 1960. Sus efectos a nivel social fueron significativos ya que se podía informar a las mujeres que el anticonceptivo era casi 100% eficaz (Hawkins y Higgins, 1984). Dar a conocer a las mujeres sobre la eficacia del anticonceptivo era de suma importancia, ya que entre 1940 y 1950 el índice de natalidad había aumentado considerablemente, de manera que mujeres menores de 30 años llegaron a tener hasta 4 hijos (Watkins, 1998). Pocos años después de que la píldora salió al público millones de mujeres se convirtieron en usuarias (Hawkins y Higgins, 1984). A partir de entonces, en muchos países la píldora ha tenido un enorme impacto positivo al proveer a la mujer de un fuerte control sobre su propia fertilidad (Djerassi, 1979), y en Estados Unidos alrededor de 10 millones de mujeres confían en sus beneficios (Hatcher, Trussel y Stewart, 1998; citados por ARHP, 2004a).

En la actualidad los anticonceptivos orales (AO) son la forma más efectiva para el control de la natalidad y son muy fáciles de utilizar. Existen dos tipos: la *píldora combinada*, que contienen formas sintéticas de estrógenos y progesterona; y la *minipíldora*, que sólo contiene progesterona sintética (Clements, 1986).

La píldora combinada (AOC) puede ser de dos tipos: monofásica, es decir, se administran las mismas dosis de estrógeno y progestágeno cada día; o multifásica que se caracteriza porque se administran dosis variables de estrógeno y progestágeno durante el ciclo de 21 días (Berek, 2000). Usualmente los anticonceptivos orales se administran durante 21 días, preferentemente a partir del primer día del ciclo menstrual o dentro de los 7 días después del inicio del sangrado (Hatcher, Rinehart, Blackburn, Geller y Shelton, 1999); posteriormente se interrumpe su uso durante 7 días para permitir el sangrado que imita al ciclo menstrual normal. Existe otra versión de AO de 28 días, y se caracteriza por la administración de píldoras inertes o inactivas (sin hormonas) durante siete días, después de las primeras 21 pastillas. Estas últimas siete píldoras se incluyen únicamente para ayudar a la mujer a recordar que tiene que tomar una píldora diariamente. Las formulaciones orales que sólo contienen progestágeno (minipíldoras), no contienen estrógenos y se toman todos los días sin interrupción (Clements, 1986).

El mecanismo de acción de los anticonceptivos orales combinados consiste en que el progestágeno suprime las concentraciones de la hormona luteinizante (LH) evitando la ovulación; mientras que el estrógeno suprime la secreción de la hormona folículo estimulante (FSH) evitando el desarrollo del folículo dominante (Ahued y Fernández, 2000). Los AOC actúan a nivel hipofisiario, pues disminuyen la capacidad de la hipófisis para sintetizar las hormonas gonadotrópicas, por lo tanto los folículos ováricos no se desarrollan, se produce poco estradiol, no sobreviene la ovulación, no se forma el cuerpo lúteo y no se produce progesterona (Berek, 2000). Por otro lado,

también se presentan cambios en el endometrio, interfiriendo en la implantación del óvulo fecundado; además el aumento de los progestágenos hace más espeso el moco cervical, lo que dificulta el ascenso de los espermatozoides a la cavidad uterina (Clements, 1986; Ahued y Fernández, 2000).

Sin embargo, el nivel de inhibición de la ovulación depende del nivel de dosis que se administre (Berek, 2000). La dosis de cada hormona tanto del progestágeno como del estrógeno, en este tipo de píldoras ha disminuido en forma notable desde principios de la década de 1960, lo cual ha permitido reducir los efectos secundarios indeseables sin intervenir con sus efectos anticonceptivos (Hawkins y Higgins, 1984). Actualmente las dosis utilizadas contienen un máximo de 35µg de etinilestradiol o menos (American Collage of Obstetricians and Gynecologist [ACOG], 1995).

La minipíldora que consiste sólo de progestágeno se toma diariamente. Este tipo de píldora no es anovulatoria, pero produce modificaciones en el endometrio y el moco cervical de modo que se dificulta la penetración de los espermatozoides en el útero (Hawkins y Higgins, 1984); también se ha encontrado que impiden la ovulación en la mayoría de los ciclos menstruales (Hatcher, et al., 1999). El consumo de la minipíldora no está muy generalizado y su eficacia es menor que la de la píldora combinada (Hawkins y Higgins, 1984).

Al igual que con los anticonceptivos de tipo combinado, el modo de acción de la minipíldora depende de la concentración de progestágeno: a dosis bajas del compuesto en ocasiones ocurrirá la ovulación (Berek, 2000).

Beneficios

Cuando se utilizan de forma regular los anticonceptivos orales combinados, en un año tienen tasas de embarazo de sólo 2 embarazos por cada 1000 mujeres (Berek, 2000). Asimismo, el uso de AOC está asociado con una gran variedad de ventajas para la salud además de la anticoncepción, incluyendo una mejora en la calidad de vida y alivio de algunos malestares ginecológicos (ACOG, 1995); además tales beneficios han sido probados de tener significancia estadística (Ahued y Fernández, 2000).

Las ventajas establecidas incluyen mejora en aspectos relacionados con la menstruación como son el tener periodos más regulares, menos dismenorrea, menor cantidad de sangrado menstrual, alivio del síndrome premenstrual, menos hipermenorrea y disminución de anemia; también se previene la aparición de condiciones benignas como enfermedad pélvica inflamatoria, enfermedad benigna de la mama y embarazo ectópico. Finalmente previenen el cáncer de endometrio, cáncer de ovario, quistes en el ovario y artritis reumatoide (Ahued y Fernández, 2000; ACOG, 1995).

Riesgos

Los anticonceptivos orales también son causantes de una extensa variedad de efectos colaterales, aunque algunas mujeres pueden no presentarlos. Entre los principales están el aumento de peso debido a la retención de líquidos, pero que se puede regular con la disminución de la ingesta de sal. También pueden presentarse sangrados esporádicos, náuseas, dolores de cabeza, vómitos, irritabilidad, depresión, alteraciones en la libido, aparición de acné; de igual forma se puede experimentar

hipertensión y otras enfermedades cardiovasculares (Hawkins y Higgins, 1984; Clements, 1986; Ahued y Fernández, 2000).

4.3. Otros anticonceptivos hormonales

Hoy en día, las mujeres tienen alternativas de uso anticonceptivo hormonal diferentes al uso diario de la píldora. Los anticonceptivos altamente efectivos, convenientes y no de uso diario son una realidad, y pueden presentarse de manera inyectada, intrauterina, intravaginal o transdérmica. Su administración, según el tipo de tratamiento que se escoja, puede ser semanal, mensual, cada tres meses o incluso cada cinco años dependiendo de la preferencia de la mujer.

Acetato de Depomedroxiprogesterona

El anticonceptivo hormonal inyectable más usado es el acetato de depomedroxiprogesterona o DepoProvera®, formulado de microcristales que sólo contienen progestágeno. El DepoProvera, desde que salió al mercado hace más de 40 años, específicamente desde 1963 (Bigrigg, Evans y Gbolade, 1999, citados por Levine 2004), se ha usado para distintas aplicaciones, pero fue hasta 1992 cuando en Estados Unidos se aprobó su uso para la anticoncepción (Berek, 2000). Actualmente a nivel mundial más de 10 millones de mujeres lo usan (Coutinho y Segal, 1999).

La dosis utilizada de DepoProvera de 150µg cada tres meses ha sido la misma desde su introducción (Coutinho y Segal, 1999), pero se han llegado a usar dosis de 400µg para el tratamiento de la neoplasia (ACOG, 1995). La administración del DepoProvera® suprime ovulación durante 14 semanas o más (Berek, 2000). Las

mujeres usuarias de este tratamiento hormonal sufren algunos efectos negativos que incluyen dolores de cabeza, inflamación abdominal, sensibilidad en el busto, cambios de ánimo y aumento de peso y también durante los primeros meses se presentan sangrados esporádicos que si persisten pueden ser tratados con estrógeno a dosis bajas (ACOG, 1995).

El uso de DepoProvera® también puede presentar grandes riesgos para la salud, entre los que destacan la desmineralización ósea en mujeres de todas las edades (McKinley Health Center, 2005).

Entre los beneficios por la administración del DepoProvera® están la reducción de riesgo de cáncer endometrial, la reducción de presentar anemia por falta de hierro y menos riesgo de sufrir enfermedad pélvica inflamatoria. Además su uso aunque no autorizado por las autoridades de salud (FDA en Estados Unidos), puede ser efectivo para el tratamiento de varias condiciones ginecológicas como son la menorragia y la dismenorrea (Levine, 2004).

El DepoProvera® persiste en el cuerpo durante varios meses después de su uso a largo plazo, por lo tanto, el retorno de la fecundidad puede retrasarse (Berek, 2000). Se estima que el 68% de las mujeres pueden quedar embarazadas en un periodo de 12 meses, 83% en 15 meses y 93% en un lapso de 18 meses desde la última inyección (Pharmacia & Upjohn Company, 2004).

Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel

Mirena, utilizado mundialmente desde hace más de 10 años (Levine, 2004), se aprobó para su uso en Estados Unidos desde el año 2000. Es un sistema intrauterino de

plástico en forma de T; alrededor de la rama vertical se encuentra un cilindro que contiene 52mg de levonorgestrel mezclado con polidimetilsiloxano en igual concentración. Este cilindro está a su vez cubierto por una membrana de polidimetilsiloxano que regula la liberación de levonorgestrel dentro de la cavidad uterina (Aikins, 2003). El sistema libera levonorgestrel a una tasa promedio de 20µg diariamente durante 5 años, proveyendo contracepción efectiva durante este tiempo (Herdon y Ziemann, 2004). Su inserción debe llevarse a cabo en los primeros siete días después del inicio de la menstruación.

Su efectividad anticonceptiva es altamente segura. Mirena actúa engrosando el moco cervical, inhibe la movilidad y función de los espermatozoides previniendo la fertilización, y altera la cavidad endometrial (Rivera, Yacobson y Grimes, 1999). También es posible que en algunas mujeres la ovulación sea inhibida (Luukkainen, Lahteenmaki y Toivonen, citados por Aikins, 2003). Una de las grandes ventajas de Mirena es que su eficacia no depende del cumplimiento de su uso, como en el caso de la píldora.

Sus efectos benéficos y negativos son similares a los del DepoProvera® (Levine, 2004). Tiene efectos ventajosos en el ciclo menstrual al hacer los sangrados más regulares, cortos, ligeros y menos dolorosos, además el regreso de la fertilidad después de ser removido del sistema es rápido (www Mirena, s.f). Entre los efectos negativos están la aparición de irregularidades menstruales y sangrados esporádicos durante los primeros seis meses, los cuales disminuyen después de un año. Otras desventajas son posibles embarazos ectópicos, aparición de quistes ováricos aumento de

peso, náusea, dolores de cabeza, acné, cambios de ánimo y tensión mamaria (www Mirena, s.f). También puede ser usado para el tratamiento de la menorragia y la dismenorrea (Levine, 2004).

Anillo intravaginal de etonogestrel y etinilestradiol

El anillo vaginal NuvaRing® tiene efectos muy similares a los anticonceptivos orales combinados, con la ventaja de que no requiere que la mujer recuerde tomarlo diariamente, además de que puede colocarse sin ayuda del médico.

El NuvaRing® es un anillo flexible, suave y transparente de 4mm de grosor y 54mm de anchura (Aikins, 2003). El anillo se coloca dentro de la vagina y se usa durante tres semanas liberando etinilestradiol diariamente en una dosis de .015µg, y estronegestrol en dosis de 120µg (Herdon y Zieman, 2004).

La combinación del etinilestradio y el estronegestrol del NuvaRing® actúan impidiendo la secreción de gonadotropinas. Su efecto principal es la inhibición de la ovulación, aunque también engruesa el moco cervical y altera las paredes del endometrio reduciendo las posibilidades de implantación (Organon Incorporation, 2001), por lo que sus efectos hacia la anticoncepción son muy buenos. Después de tres semanas el anillo puede ser removido por una semana y posteriormente se puede colocar uno nuevo (Herdon y Zieman, 2004).

Los efectos adversos del anillo son similares a los de la píldora: acné, sensibilidad mamaria, dolores de cabeza y nauseas. También la expulsión espontánea, el sentirlo dentro de la vagina y problemas en el acto sexual fueron encontrados en un estudio (Bjarnadottir, Tuppurainen, y Killicks, 2002).

Sistema transdérmico de norelgestromin y etinilestradiol

Por último, uno de los últimos avances de la tecnología anticonceptiva hormonal es el ya conocido “parche”.

En el 2002, el parche fue aprobado por la FDA. Es un dispositivo de combinación hormonal que contiene .75mg de etinilestradiol y 6mg de norelgestromin. Durante una semana el parche libera 20µg de etinilestradiol y 150µg de norelgestromin por día y funciona inhibiendo la ovulación de la misma manera que los AOC y que el anillo vaginal (Center for Drug Evaluation and Research, 2001.).

El parche de forma cuadrada tiene un área de 20cm² y funciona inhibiendo la ovulación. Se puede colocar en el brazo, caderas, abdomen o torso, y se cambia semanalmente por un periodo de tres semanas, dejando una semana de descanso para la aparición del sangrado menstrual (Aikins, 2003). Los sangrados esporádicos son unos de los principales efectos secundarios durante los primeros dos meses de uso, pero éstos decrecen conforme pasa el tiempo (Herdon y Zieman, 2004).

Su eficacia anticonceptiva es similar a la de los AOC, al igual que los efectos secundarios (Aikins, 2003).

4.4. El uso de anticonceptivos hormonales para suprimir la menstruación

A pesar de que el régimen extendido de los anticonceptivos orales ha sido recientemente aprobado, el uso continuo de las pastillas activas no es algo nuevo. Las atletas, militares, mujeres con discapacidades mentales y todo tipo de mujeres han alargado la utilización de las píldoras activas por distintas razones entre las cuales se

citan principalmente la supresión de la menstruación para el alivio de distintas molestias, o incluso sólo por conveniencia.

Las mujeres deportistas extienden el uso de la píldora para evitar que su menstruación intervenga con sus eventos deportivos; además se ha encontrado que les proporcionan beneficios extras ya que su uso ayuda a mantener la salud de sus huesos, además sufren menos lesiones músculo-esqueléticas (Bennel, et al., 1999). De igual forma, en las mujeres con alguna deficiencia mental, la supresión de la menstruación ha sido de gran beneficio, pues evita que se presenten problemas de limpieza e higiene (Roxburgh y West, 1973). Asimismo, las mujeres que sufren de problemas de endometriosis, dismenorrea, anemia, etcétera, logran alcanzar grandes ventajas al suprimir sus periodos menstruales (Coutinho y Segal, 1999).

También las adultas premenopausicas pueden obtener beneficios particulares del uso extendido de los anticonceptivos hormonales. La premenopausia, que en la mayoría de las mujeres comienza alrededor de los 40 años, está asociada con irregularidades menstruales y muchos otros síntomas (Kaunitz, 2000). La administración extendida de hormonas podría representar una buena opción terapéutica para muchas mujeres de esta edad independientemente de si desean o no la anticoncepción.

La mayoría de los anticonceptivos hechos a base de hormonas pueden usarse con periodos de receso (para permitir el sangrado menstrual), o de manera extendida sin ninguna interrupción (evitando el sangrado menstrual). Por lo anterior, para aquellas mujeres que pueden hacer uso de la anticoncepción hormonal, la decisión controlar sus ciclos menstruales ya es una opción disponible, ya que como se mencionó

anteriormente, el uso continuo de algunos métodos hormonales, tienen como efecto la reducción o supresión de la menstruación.

Entre los más conocidos tratamientos hormonales que también pueden usarse de manera extendida con el efecto de suprimir la menstruación están la píldora anticonceptiva común, la píldora aprobada para uso extendido Seasonale®, el acetato de medroxiprogesterona (DepoProvera) el cual es inyectable, y el dispositivo intrauterino Mirena y posiblemente muy pronto también el anillo intravaginal (NuvaRing®) y el parche anticonceptivo (OrthoEvra®) servirán para tales efectos.

Como ya se mencionó anteriormente, los anticonceptivos orales comunes tienen un régimen de 21 días de píldoras activas más 7 días de píldoras inactivas. Este tipo de programa se utiliza con la finalidad de que se presente la menstruación durante los 7 días de pastillas libres de hormonas. Los AO de tipo combinado trabajan inhibiendo la producción de las hormonas ováricas. Su uso continuo o extendido, aún sin la autorización oficial de las autoridades de salud, ha sido recomendado para el tratamiento de condiciones médicas relacionadas con la menstruación.

En Septiembre de 2003, la FDA (Food and Drug Administration) encargada de asegurar la eficacia y seguridad de los medicamentos en Estados Unidos, aprobó el uso de la pastilla anticonceptiva combinada de uso extendido, Seasonale® de los laboratorios Barr, diseñada especialmente para suprimir la menstruación. El régimen de Seasonale® es de 91 días (84/7), en los que se liberan diariamente 150µg de levonogestrel, y 39µg de etinilestradiol durante 84 días con 7 días de pastillas libres de

hormonas. Se ha probado su eficacia como método anticonceptivo pero también como opción para suprimir la menstruación.

Con el uso de Seasonale®, la aparición de la amenorrea puede ser considerada un beneficio para muchas mujeres, mientras que para otras puede ser una desventaja como se cita en Clements (1986), en Hatcher, et al. (1999), y en ACOG (1995).

Sin embargo, también existen riesgos del uso extendido de los anticonceptivos. Seasonale® expondría a la mujer a nueve semanas extra de estrógeno al año y se sabe que tomar estrógeno aumenta el riesgo de sufrir embolias y apoplejías, principalmente si se es fumadora o se sufre de presión alta. No obstante, el Dr. Freedolph Anderson, uno de los desarrolladores de Seasonale®, argumenta que a diferencia de los anticonceptivos comunes, Seasonale® contiene menores cantidades de estrógeno (Gorman y Rawe, 2000).

El anticonceptivo inyectable DepoProvera® es usado para el tratamiento de muchos trastornos menstruales, y su efecto reside principalmente en la supresión de la menstruación. Las mujeres que reciben DepoProvera® desarrollan amenorrea total. En un plazo de un año se desarrolla amenorrea en 50% de las mujeres que lo usan y en 90% de ellas a los dos años de utilización (Berek, 2000; Clinical Practice Guidelines, 2001). Esta tendencia del DepoProvera® de producir amenorrea puede ser una buena opción para mujeres que sufren de menorragia, dismenorrea, anemia u otras molestias o discapacidades; además de que presenta otros beneficios parecidos a los de los AO (ACOG, 2005).

En los primeros meses después de la inserción de Mirena®, el número de días de sangrado tiende a incrementarse, observándose períodos más largos y algo de manchado intermenstrual, (sin embargo la cantidad de sangrado disminuye desde el inicio). Sin embargo, después de 3-6 meses el número de días de sangrado y el volumen de pérdida sanguínea menstrual disminuye. Se observa en consecuencia, un incremento en los niveles de hemoglobina. En aproximadamente entre el 20% y 50% de las mujeres usuarias de este sistema intrauterino se da la amenorrea (Levine, 2004).

Dado el potencial uso de Mirena® a largo plazo y la frecuencia prolongada de amenorrea, es importante que la mujer entienda que usar el método no afecta su fertilidad después del retiro del dispositivo. Los creadores de Mirena dicen que sus efectos sobre la disminución de la menstruación son más aceptados que con la píldora o el DepoProvera, debido a que su efecto anticonceptivo está basado en efectos locales de la cavidad uterina (www Mirena, s.f).

Debido a la limitada experiencia que se tienen con el anillo intravaginal y el parche, se sabe muy poco sobre los efectos de su uso extendido. Sin embargo, debido a que ambos son tratamientos combinados, sus efectos podrían ser muy similares a los de la píldora. Un estudio citado por la ARHP (2004a), menciona que el uso de anillo vaginal para suprimir la menstruación por un periodo mayor a tres semanas no es recomendable.

Actualmente se están llevando a cabo diversas investigaciones para el uso extendido del NuvaRing® y de OrthoEvra® (ARHP, 2004a). Muy probablemente al

igual que como sucedió con las pastillas anticonceptivas, el uso de éstos tratamientos hormonales en un futuro no muy lejano podría aprobarse para la utilización extendida.

5. Roles de género

Usualmente todos los seres humanos nos sentimos más identificados con uno de los dos sexos, es decir, nos consideramos como hombres o mujeres; a esta identificación se le conoce como *identidad de género*, la cual suele establecerse desde la pubertad. Por otra parte, la identificación como hombre o mujer tiene un aspecto dinámico al que se le denomina *rol de género* o *rol sexual*, el cual se refiere específicamente a las formas de conducta que se adscriben socialmente a las personas en función de su sexo (Moya, 1984). Los roles de género son los que marcan lo que se espera que una persona haga involucrando aspectos psicológicos, sociales y culturales que se le asignan a cada sexo. En suma, el género es lo que cada sociedad, dependiendo de las variables espacio-temporales, determina como femenino y masculino así como también la simbolización del “ser mujer” o “ser hombre” (Cosgrove y Riddle, 2003).

De manera más específica, el rol de género se refiere al proceso a través del cual desde la infancia las personas adquieren una identidad y conocimiento del comportamiento y características establecidas por su cultura, determinando así la masculinidad o feminidad de cada persona (Myers, 2000). Existen numerosas teorías que han tratado de explicar cómo se forman los roles de género, entre las más estudiadas están la teoría del aprendizaje social, la teoría género-esquema y la teoría de auto-esquema (Baron y Byrne, 1984).

A continuación se describen brevemente las dos principales teorías según Baron y Byrne (1984). La teoría del aprendizaje social señala que la identidad sexual y los roles de género son aprendidos de dos diferentes maneras: el moldeamiento o aprendizaje observado; y el aprendizaje por reforzamiento o condicionamiento instrumental. El primero se lleva a cabo a través de la imitación de las conductas que las personas observan de otros, principalmente de los padres, los amigos y los pares. El aprendizaje por reforzamiento se lleva a cabo a través de castigos o reforzadores que se le presentan a la persona.

La teoría de género-esquema, desarrollada por Bem en 1981, se enfoca en mecanismos cognitivos básicos subyacentes al desarrollo del rol de género; esto se refiere a que el rol de género se va desarrollando en esquemas, en marcos cognitivos adquiridos a través de la experiencia. Bem argumentó que los niños adquieren rápidamente un esquema de género, es decir un marco cognitivo que refleja las creencias sociales a cerca de los atributos de hombres y mujeres. Una vez que el esquema este bien establecido, comienza ejercer una fuerte influencia en ellos haciendo que se evalúen a sí mismos en términos de rol de género (Baron y Byrne, 1984).

Por lo anterior, se sabe que los roles femeninos y masculinos no son heredados a través de los genes, sino que son aprendidos.

Las características propias de cada sexo que residen en las expectativas sociales actuales son: los hombres son más inteligentes, fuertes, hábiles y ágiles que las mujeres, están interesados en valores teóricos, económicos y políticos; mientras que las mujeres lo están en valores estéticos, sociales y religiosos. La personalidad del hombre posee

como rasgos la independencia, dominancia, motivación por el éxito e inexpresividad y la de la mujer, la dependencia, afectividad y expresividad; el hombre tiene una sexualidad poderosa y activa, mientras que en la mujer el desarrollo de ésta es mínimo y tiene un carácter marcadamente pasivo (Moya, 1984).

Es por lo anterior que la diferencia en la manera en que desde la infancia hombres y mujeres son tratados, es resultado del rol de género, el conjunto de expectativas dadas por la sociedad que indican qué tan apropiado es un comportamiento para hombres y mujeres. Si el rol de género de hombres y mujeres fuera igual, éste tendría muy poco impacto en la vida de ambos. Sin embargo, las expectativas son tan diferentes que generalmente guían a predisposiciones y estereotipos. Estos estereotipos pueden producir actitudes negativas y comportamientos hacia las personas basándonos en su sexo (Bem, 1993, citado por Cosgrove y Riddle, 2003).

Específicamente, la situación de la mujer en el mundo moderno ha sido producto de los procesos sociales. A lo largo de la historia, la mujer ha ocupado una posición secundaria con respecto a la del hombre. Dicha posición está basada principalmente en los intereses económicos y políticos de varias culturas (Buxó, 1988, citado por Ruíz, 1997). Generalmente el hombre ha sido quien ha ocupado el rol de líder dejando para la mujer el rol de subordinado (Conway, Pizzamiglio y Mount, 1996).

Algunos de los estudios que se han hecho al respecto del rol de género en las mujeres y la menstruación, han encontrado que existe una relación entre el rol de género de la feminidad y los trastornos relacionados con la menstruación (Ussher, 1989). Las normas establecidas socialmente para el rol femenino, requieren que se tenga un

comportamiento libre de emociones “negativas”, lo anterior es defendido por el argumento de que aquellas mujeres que actúan de manera inapropiada al respecto de su rol de género, se les considera “malas mujeres” (Cosgrove y Riddle, 2003).

En 1993 Butler (citado por Cosgrove y Riddle, 2003) afirmó que las normas establecidas para la función del rol de género de la feminidad operan de manera que requiere la personificación de ciertos ideales de feminidad, rechazando así cualquier idea que contradiga a los ideales de la ésta.

Una característica que diferencía enormemente a las mujeres de los hombres es sin duda alguna el ciclo menstrual. En 1988, Chrisler estudió la relación entre la edad, el rol de género y las actitudes hacia la menstruación en estudiantes y adultos, y encontró que las actitudes y creencias hacia la menstruación diferían de acuerdo a la orientación del rol de género que tenían estas estudiantes. Específicamente encontró que las estudiantes que se identificaban más con un rol de género de masculinidad tenían actitudes más negativas hacia la menstruación en comparación con aquellas que obtuvieron un puntaje alto en la identificación con el rol de género de la feminidad. Asimismo, Miller y Smith (1975, citado por Chrisler, 1988) encontraron que las mujeres con un rol de género femenino tradicional nunca considerarían deshacerse de su menstruación por ser un importante sello su feminidad. De igual forma, otra investigación similar realizada por Hardie y McMurray (1992) mostró que aquellas mujeres con una mayor identificación con la feminidad, expresaron actitudes poco negativas hacia la menstruación.

Los estudios anteriores, sugieren que las actitudes hacia la menstruación están asociadas a las características de rol de género que cada mujer adopta, es por ello que en esta investigación se tratará de encontrar si existe una relación entre la identidad del rol de género y las actitudes hacia la supresión de la menstruación.

6. Planteamiento del problema

Existen algunos anticonceptivos hormonales como son la inyección de DepoProvera®, el dispositivo intrauterino Mirena®, y la píldora de uso extendido Seasonale®, que ya sea súbita o paulatinamente suprimen la menstruación.

Sin duda alguna, esta opción es tentadora para muchas mujeres, sobre todo para aquéllas que sufren de problemas relacionados con la menstruación, ya que significaría renunciar a todas las molestias que se pudieran presentar durante sus ciclos.

A lo largo de la historia, la menstruación ha jugado un rol especial en la vida de la mujer. En un estudio de la Organización Mundial de la Salud (1981) se encontró que en doce culturas de las catorce estudiadas, incluyendo México, las mujeres consideran a la menstruación como una característica esencial de la feminidad. Desde entonces, el tema de la supresión de la menstruación ha sido muy controversial. Es por ello que para la presente investigación se formularon las siguientes preguntas: ¿Existe alguna relación entre el grado de conformidad con las normas femeninas y las actitudes hacia la supresión de la menstruación? Específicamente, ¿el grado de conformidad con las normas femeninas influye las actitudes hacia la supresión de la menstruación? ¿Habrá alguna diferencia entre estas dos variables y la edad de las mujeres?

El presente trabajo tiene la finalidad de explorar la posible relación entre la conformidad con las normas que se les dicta a las mujeres por su género, y las actitudes hacia la supresión de la menstruación en mujeres de diferentes generaciones. De manera más particular, los objetivos son comparar las actitudes hacia la supresión de la menstruación en adultas tempranas y adultas intermedias, dependiendo del grado en que ellas mismas consideren guiar sus comportamientos por las normas femeninas.

Hipótesis planteadas

H₁: Una alta identificación con las normas femeninas está negativamente relacionada con la idea de suprimir la menstruación.

H₂: Las mujeres adultas tempranas estarán más a favor de suprimir la menstruación que las mujeres adultas intermedias.