



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

**CONOCIMIENTO DEL SINDROME DE TENSION
PREMENSTRUAL POR PARTE DE LAS ADOLESCENTES
DE LOS SEXTOS CURSOS DEL COLEGIO "SANTA
MARIANA DE JESÚS" – LOJA.**

AUTOR:

PATRICIO ALBERTO PAUTE VALLEJO

DIRECTOR:

DR. COLÓN ORTEGA

Loja – Ecuador

2012

Tesis de grado previo a la
obtención del título de
Médico general.



CERTIFICACIÓN

Dr. Colón Ortega, Docente del área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, Director de Tesis

CERTIFICO:

Que el presente trabajo de investigación, desarrollado por el estudiante señor: Patricio Paute Vallejo sobre el tema: “CONOCIMIENTO DEL SINDROME DE TENSIÓN PREMENSTRUAL POR PARTE DE LAS ADOLESCENTES DE LOS SEXTOS CURSOS DEL COLEGIO SANTA MARIANA DE JESÚS - LOJA”, para optar por el título de Médico, ha sido dirigido y revisado prolijamente, por lo que autorizo su sustentación y presentación, ante el respectivo Tribunal de Grado

Loja, septiembre de 2012

Dr. Colón Ortega
DIRECTOR DE LA INVESTIGACIÓN

RESPONSABILIDAD Y AUTORÍA

Las conceptualizaciones, reflexiones y resultados de la presente investigación son responsabilidad del autor.

Sr Patricio Paute Vallejo

EGRESADO DE LA CARRERA DE MEDICINA DE LA UNL

AGRADECIMIENTO

Dejo expresado mis más sinceros agradecimientos a la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana, Carrera de Medicina, a sus directivos y docentes por los conocimientos impartidos durante toda la trayectoria de la carrera y por permitirme la oportunidad de cumplir con una de las metas de mi vida como es la obtención de una profesión. De forma especial al doctor Colón Ortega por su desinteresada y acertada dirección, a las estudiantes que colaboraron respondiendo a la encuesta; y, en fin a todas aquellas personas que han contribuido para que se lleve a cabo este proyecto.

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico a mi familia, que como siempre, me han acompañado en todo momento, y como no podía ser de otra manera, nunca me dejaron en este largo camino de mi formación académica.

El Autor.

TEMA:

“CONOCIMIENTO DEL SINDROME DE TENSION PREMENSTRUAL POR PARTE DE LAS ADOLESCENTES DE LOS SEXTOS CURSOS DEL COLEGIO SANTA MARIANA DE JESÚS - LOJA”

RESUMEN

El Síndrome premenstrual (SPM) es un problema que afecta a las mujeres en edad reproductiva, especialmente, en la etapa de la adolescencia. Sin embargo, a pesar de ser considerado un problema de salud pública, no se le ha dado la importancia que el caso requiere; y, aunque los estudios en relación al SPM han ido en aumento, en nuestro medio existen muy pocas investigaciones con respecto al impacto de este síndrome en la calidad de vida de las mujeres.

El principal síntoma que suelen referir las mujeres durante el ciclo menstrual, es el dolor o cólico abdominal; pero también es evidente como la parte afectiva o psicológica es un componente casi constante en dicho período.

El presente trabajo investigativo, buscó determinar el nivel de conocimiento que tienen las adolescentes de los sextos cursos del colegio “Santa Mariana de Jesús” sobre el síndrome premenstrual, qué actividades realizan para enfrentar los diversos síntomas y así proponer prácticas saludables y manejos terapéuticos adecuados.

Se pudo determinar que la mayoría de las adolescentes, no tienen conocimientos sobre el “síndrome premenstrual”, en consecuencia, el manejo que se le da la generalmente es inadecuado y se evidencia en la forma de enfrentar este padecimiento: recurriendo a la automedicación, a los remedios caseros, no recibiendo tratamiento y, solo en una pequeña proporción acudiendo al médico.

SUMMARY

The Premenstrual Syndrome (SPM) is a problem that affects women of reproductive age, especially in adolescence. However, despite being considered a public health problem, not been given the importance of the case requires, and, although studies on the SPM have been increasing in our country there is very little research regarding impact of this syndrome on the quality of life of women.

The main symptom that often refers women during the menstrual cycle is abdominal pain or cramping, but it is also evident as the emotional or psychological component is almost constant over the period.

This research work sought to determine the level of knowledge they have of the sixth teenage college courses "Santa Mariana de Jesus" about premenstrual syndrome, what activities do to address the various symptoms and so healthy practices and propose appropriate therapeutic approaches.

It was determined that most teenagers have no knowledge of "premenstrual syndrome" as a result, management is usually given the evidence is inadequate and the way to deal with this condition: resorting to self-medication, home remedies, and not receiving treatment, only a small proportion going to the doctor.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	9
1. MARCO TEÓRICO	13
1.1. CICLO MENSTRUAL FEMENINO NORMAL	13
1.1.1. HIPOTALAMO	13
1.1.2. HORMONAS DE REPRODUCCIÓN.....	14
1.1.2.1. Hormona liberadora de gonadotropina (GnRH)	14
1.1.2.2. Secreción pulsátil.	15
1.1.3. HIPÓFISIS.....	16
1.1.4. SECRECIÓN DE HORMONAS HIPOFISARIAS:	17
1.1.4.1. <i>Gonadotropinas</i>	18
1.1.4.2. <i>Prolactina</i>	18
1.2. CICLO MENSTRUAL NORMAL	18
1.2.1. SÍNDROME PREMENSTRUAL	19
1.2.1.1. Epidemiología.....	22
1.2.1.2. Etiología	23
1.2.1.3. Factores de riesgo.....	30
1.2.1.4. Presentación clínica y criterios diagnósticos.....	31
a. <i>SÍNDROME PREMENSTRUAL (SPM)</i>	31
b. <i>SÍNDROME DISFÓRICO PREMENSTRUAL (SDPM)</i>	33
1.2.1.5. Opciones terapéuticas para el tratamiento del SPM	35
2. MATERIALES Y METODOS.....	44
3. RESULTADOS	46
4. DISCUSIÓN	54
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	57
6. BIBLIOGRAFIA	60
7. ANEXOS.....	62

INTRODUCCIÓN

El síndrome premenstrual, también llamado SPM, constituye de acuerdo a muchos autores un problema de Salud Pública ignorado, por el padecimiento que implica y por la interferencia con el desempeño normal, ya que los síntomas premenstruales tienen una severidad muy variable en las distintas mujeres e incluye síntomas emocionales y físicos. Afecta a las mujeres durante una o dos semanas antes del inicio de su periodo menstrual y los síntomas desaparecen poco después del inicio del periodo. (Paz, 1994)

Aproximadamente 75% a 80% (Bocchino 2004:80) por ciento de las mujeres tienen SPM en algún momento antes de la menopausia.

A pesar de haber transcurrido más de 70 años desde la primera descripción del SPM, realizada por Frank (1931), sus causas aun no se conocen con exactitud, entre otras razones, debido a una falta de investigación, sumada a la gran indiferencia y desinformación sobre el rol sistemático que el SPM manifiesta (Armida, Carrasco, Urita, Delgado, 2009:173), así como el gran numero de factores vinculados al mismo, entre ellos la alimentación, ejercicio físico, higiene, actitudes y prácticas, etc.

En los últimos tiempos, las investigaciones en relación al SPM han ido en aumento, pero estos se refieren más a su etiología, fisiopatología y las diferentes alternativas de tratamiento, siendo muy escasos los estudios sobre su incidencia en la calidad de vida de las mujeres.

La indiferencia y desinformación que existe sobre todo en las adolescentes acerca del SPM, hace que no relacionen los síntomas con esta entidad patológica, situación que puede hacer consultar con diferentes especialistas sin determinar el verdadero origen, así el psiquiatra puede interpretar los trastornos psicológicos del SPM como depresión, neurosis o como se conocía anteriormente como histeria; el gastroenterólogo, puede considerar las manifestaciones digestivas de estas pacientes como síndrome de colon irritable, y así, cada síntoma puede orientar equivocadamente hacia diferentes patologías dando lugar al abuso farmacológico de antidepresivos, ansiolíticos, analgésicos, antiinflamatorios,

hormonas, fármacos frenadores de la función ovárica, etc., e ir agravando la patología orgánica causal del SPM, e incluso enmascarar los problemas severos de disfunción uterina inflamatoria que pueden ocasionar la elevada frecuencia de infertilidad "sin causa aparente", abortos precoces y partos prematuros en las pacientes con síntomas premenstruales severos.

El Síndrome Premenstrual afecta a gran cantidad de mujeres en edad reproductiva, y se caracteriza por una repetición cíclica de síntomas físicos y psicológicos que, en algunos casos, pueden llegar a ser lo suficientemente severos como para interferir en los patrones de vida.

Si bien para muchos puede parecer un cuadro banal y de dudosa existencia, teniendo en cuenta que una mujer tiene ciclos menstruales durante 30 años y que la extensión promedio de los síntomas es de 4 a 5 días por ciclo, el SPM puede comprometer sintomatológicamente de 5 a 6 años de vida de una persona limitando su desarrollo y calidad de vida. La probabilidad de experimentar "alto ausentismo" en su entorno laboral, definido como dos días al menos de ausencia en un mes, fue dos veces mayor en mujeres que presentaban SPM en un ciclo y casi tres veces mayor en mujeres que presentaban SPM en ambos ciclos menstruales (Dean y Borenstein, 2004).

Por otro lado, con el inicio de la vida reproductiva, las adolescentes miran a esta etapa como propio de la mujer, lo que a veces las lleva a considerar a muchos de los síntomas premenstruales como "normales", y por ende a diferenciar poco o nada los síntomas somáticos del ciclo menstrual con los del SPM.

Sumado a esto, la poca información existente sobre el tema o la falta de conocimientos por parte de la mujer en sí, son verdaderos agravantes al problema, debido al hecho de que esto, no les propicia de los métodos suficientes o las lleva a la realización de prácticas inadecuadas para hacer frente al SPM, lo que podría empeorar el cuadro.

Es aquí donde radica el interés de realizar la presente investigación con las estudiantes de los sextos cursos del colegio Santa Mariana de Jesús y con ello

determinar el nivel de conocimiento que tienen las adolescentes sobre el SPM, los síntomas más comunes y con los que se presenta este y de esta manera, contribuir con esquemas terapéuticos y prácticas convencionales para así afrontar el SPM.

Es así que se realizó una encuesta, tomando como referencia dos evaluaciones retrospectivas existentes en la literatura con respecto a este tema, “El cuestionario de trastornos menstruales (Moos, 1969) y “El formulario de Evaluación premenstrual” (Habreich y col., 1982). En esta encuesta se especifica la edad de menarquia, conocimiento del SPM, síntomas que usualmente presenta la adolescente durante sus ciclos, duración de la sintomatología sobretodo de las más relevantes, hábitos y prácticas que normalmente realiza la adolescente en especial durante su período menstrual.

1. MARCO TEÓRICO

1.1. CICLO MENSTRUAL FEMENINO NORMAL

Es el proceso mediante el cual se desarrollan los gametos femeninos (óvulos u ovocitos) y se producen una serie de cambios dirigidos al establecimiento de un posible embarazo. El inicio del ciclo se define como el primer día de la menstruación y el fin del ciclo es el día anterior al inicio de la siguiente menstruación. La duración media del ciclo es de 28 días, aunque puede ser más largo o más corto. Para la regulación del ciclo menstrual normal, intervienen una serie de factores tanto estructurales como hormonales, los cuales deben encontrarse en equilibrio para que se cumpla este complejo proceso (1). A continuación se describen cada uno de ellos:

1.1.1. HIPOTALAMO

El hipotálamo es una pequeña estructura nerviosa situada en la base del cerebro por arriba del quiasma óptico y por debajo del tercer ventrículo. Está conectado de manera directa con la hipófisis y es la parte del cerebro que se encarga de muchas secreciones hipofisarias. Desde el punto de vista anatómico, el hipotálamo se ha dividido en tres zonas: periventricular (adyacente al tercer ventrículo), medial (sobre todo cuerpos celulares) y lateral (primordialmente axoniario). Cada zona se subdivide a su vez en estructuras conocidas como núcleos, que representan los lugares de las concentraciones de tipos similares a los cuerpos celulares neuronales (2).

El hipotálamo no es una estructura aislada dentro del sistema nervioso central, sino que contiene interconexiones múltiples con otras regiones del cerebro. Además de las vías bien identificadas de admisión de impulsos hipotalámicos hacia la hipófisis, hay otras numerosas de emisión de impulsos hacia diversas regiones del cerebro no tan bien caracterizadas. Hay diversos niveles de retroalimentación para el hipotálamo que se conocen como asas de retroalimentación largas cortas y ultracortas. El asa de retroalimentación larga está compuesta por estimulación endocrina proveniente de las hormonas circulantes, y del mismo modo aquí se produce retroalimentación de andrógenos y

estrógenos sobre los receptores de esteroides presentes en el hipotálamo. De manera semejante, las hormonas hipofisarias pueden retroalimentar al hipotálamo y sirven como funciones reguladoras importantes del asa de retroalimentación corta. Por último las secreciones hipotalámicas pueden retroalimentar directamente al propio hipotálamo por medio de un asa de retroalimentación ultracorta.

Los productos secretores principales del hipotálamo son los factores liberadores de hormonas hipofisarias:

- Hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), que controla la secreción de hormona luteinizante (LH) y hormona estimulante del folículo (FSH).
- Factor liberador de corticotropina (CRH), que controla la secreción de hormona adrenocorticotrópica (ACTH).
- Hormona liberadora de la hormona del crecimiento (GHRH), que regula la secreción de la hormona del crecimiento (GH).
- Hormona liberadora de tirotropina (TRH), que regula la secreción de la hormona estimulante del tiroides (TSH).

1.1.2. HORMONAS DE REPRODUCCIÓN

1.1.2.1. Hormona liberadora de gonadotropina (GnRH)

La GnRH (llamada también hormona liberadora de hormona luteinizante, o LHRH) es el factor encargado del control de la secreción de gonadotropina.

“Estas neuronas secretoras de GnRH proyectan axones que terminan en los vasos portales a nivel de la eminencia media, sitio en el que se secreta GmRH para su secreción hacia la hipófisis anterior. Es menos clara la función de múltiples proyecciones secundarias de las neuronas de GmRH hacia localizaciones dentro del sistema nervioso central” (3).

1.1.2.2. Secreción pulsátil.

Entre las hormonas liberadoras, la GnRH tiene características únicas porque regula de manera simultánea la secreción de dos hormonas: FSH y LH (hormona estimulante del folículo y hormona luteinizante), Es también única entre las hormonas del cuerpo porque debe secretarse de manera pulsátil para ser eficaz, y su secreción pulsátil influye en la secreción de las dos gonadotropinas.

Se requiere de la secreción pulsátil sostenida de GnRH, porque esta hormona liberadora tiene una vida extremadamente breve (sólo de dos a cuatro minutos) como resultado de su segmentación proteolítica rápida. La secreción pulsátil de GnRH varía tanto en frecuencia como en amplitud durante todo el ciclo menstrual, y se encuentra regulada de manera muy precisa. La fase folicular se caracteriza por pulsos frecuentes de amplitud pequeña de secreción de esta hormona liberadora.

Durante la fase folicular tardía, se incrementan tanto la frecuencia como la amplitud de los pulsos. Sin embargo, durante la fase luteínica ocurre un alargamiento progresivo del intervalo entre los pulsos, al igual que una disminución en la amplitud de los mismos. Esta variación en la amplitud y la frecuencia de los impulsos es la encargada directa de la magnitud y las proporciones relativas de la secreción de gonadotropina desde la hipófisis, aunque el efecto de la GnRH será regulado por influencias hormonales adicionales sobre la hipófisis. Aunque la GnRH participa principalmente en la regulación endocrina de la secreción de gonadotropinas por la hipófisis, hoy se sabe que dicha molécula tiene funciones autocrinas y paracrinas en todo el cuerpo. Se encuentra el decapeptido en tejidos neuronales y no neuronales; hay receptores en muchas estructuras extrahipofisarias, incluidos ovario y placenta. Aún no se dilucida por completo el papel de la GnRH en tejidos extrahipofisarios.

Opiáceos endógenos y sus efectos sobre la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH). Los opiáceos endógenos son tres familias relacionadas de sustancias naturales producidas por el sistema nervioso central que representan los enlaces

naturales para los receptores de opioides. Son tres las clases de opiáceos endógenos, cada una de ellas derivada de moléculas precursoras:

- Las endorfinas reciben este nombre por su actividad endógena del tipo de la que tiene la morfina. Estas sustancias se producen en el hipotálamo a partir de la sustancia precursora proopiomelanocortina (POMC) y tiene actividades diversas, entre ellas regulación de la temperatura, el apetito, el humor y la conducta.
- Las encefalinas funcionan sobre todo en la regulación del sistema nervioso autónomo. La proencefalina A es la precursora de las dos encefalinas de importancia primaria: metencefalina y leuencefalina.
- Las dinorfinas son opioides endógenos producidos por la precursora proencefalina B y tienen funciones semejantes a las de las endorfinas.

Los opioides endógenos desempeñan una función importante en la regulación de la función hipotalamohipofisaria. Las endorfinas parecen inhibir la secreción de GnRH dentro del hipotálamo, lo que genera inhibición de la secreción de gonadotropinas. Los esteroides sexuales ováricos pueden incrementar la secreción de endorfinas centrales, con lo que disminuirán en mayor grado aún las concentraciones de gonadotropina.

Las concentraciones de endorfina varían en grado importante durante todo el ciclo menstrual, con niveles máximos durante la fase luteínica y un nadir durante la menstruación. Esta variedad inherente, aunque de utilidad para regular síntomas específicos del ciclo que experimentan las mujeres que ovulan. Por ejemplo, la disforia experimentada por algunas mujeres durante la etapa premenstrual del ciclo puede estar relacionada con la supresión de los opiáceos endógenos.

1.1.3. HIPÓFISIS

La hipófisis se divide en tres regiones o lóbulos: anterior, intermedia y posterior. La hipófisis anterior (adenohipófisis) es muy diferente desde el punto de vista estructural de la posterior, que es neural (neurohipófisis), y que no es más que

una extensión física directa del hipotálamo. La adenohipófisis se deriva desde el punto de vista embrionario del ectodermo epidérmico a partir de una invaginación del saco de Rathke. Por tanto, no está compuesta por tejido neural, como la hipófisis posterior, y no tiene conexiones neurales directas con el hipotálamo. Hay una relación anatómica única que combina los elementos de la producción nerviosa y la secreción endocrina. La propia adenohipófisis carece de riego sanguíneo arterial directo. Su fuente principal de sangre es también la fuente de estimulación hipotalámica: los vasos portales. El flujo sanguíneo en estos vasos portales procede primordialmente desde el hipotálamo hacia la hipófisis. La sangre llega a la hipófisis posterior por las arterias hipofisarias superior, media e inferior. En contraste, la hipófisis anterior carece de riego sanguíneo arterial directo. Recibe sangre a través de un plexo capilar rico de los vasos portales que se originan en la eminencia media del hipotálamo y descienden a lo largo del tallo de la hipófisis. Sin embargo, esto no es absoluto, y se ha demostrado también flujo sanguíneo retrogrado. Este flujo sanguíneo, combinado con la localización de la eminencia media fuera de la barrera hematoencefálica, permite el control de retroalimentación bidireccional entre ambas estructuras (4).

Las células secretoras específicas de la hipófisis anterior se han clasificado respecto de sus tipos de coloración con hematoxilina y eosina. Las células de coloración acidófila secretan primordialmente GH y prolactina y, en grado variable, hormona adrenocorticotrópica (ACTH). Las células basófilas secretan gonadotropinas y las células cromóforas de coloración neutral secretan hormona estimulante del tiroides (TSH).

1.1.4. SECRECIÓN DE HORMONAS HIPOFISARIAS:

La hipófisis anterior es la encargada de la secreción de factores liberadores de hormonas de primera importancia. FSH, LH, TSH y ACTH, lo mismo que GH y Prolactina. Hay un tipo específico de célula hipofisaria que secreta cada hormona.

1.1.4.1. Gonadotropinas

Las gonadotropinas FSH y LH se producen en las células gonadotrópicas de la hipófisis anterior y son las encargadas de la estimulación folicular ovárica. Desde el punto de vista estructural hay gran semejanza entre la FSH y la LH.

1.1.4.2. Prolactina

La prolactina, polipéptido de 198 aminoácidos secretado por el lactótrofo de la hipófisis anterior, es el factor trófico primario encargado de la síntesis de la leche por la mama. Desde el punto de vista clínico, las concentraciones aumentadas de prolactina se acompañan de amenorrea y galactorrea, y debe sospecharse hiperprolactinemia en cualquier mujer con síntomas de algunos de estos trastornos (5).

Hormona estimulante del tiroides (TSH), hormona adrenocorticotrófica (ACTH) y hormona del crecimiento (GH)

Las otras hormonas producidas por la hipófisis anterior son TSH, ACTH y GH. Los tirótrofos hipofisarios secretan la TSH como reacción a la hormona liberadora de tirotrópica (TRH). Al igual que la GnRH, la TRH se sintetiza primordialmente en el núcleo arqueado del hipotálamo y, a continuación, hacia la circulación portal para su transporte a la hipófisis. Además de estimular la secreción de TSH, la TRH es también un estímulo de primera importancia para la liberación de prolactina. La TSH estimula la secreción de T3 y T4 de la glándula tiroides, hormonas que a su vez retroalimentan de manera negativa a la secreción de TSH por la hipófisis. Las anomalías de la secreción tiroidea (tanto hipertiroidismo como hipotiroidismo) se acompañan a menudo de disfunción ovulatoria a causa de las diversas acciones sobre el eje hipotálamo-hipófisis-ovario (6).

1.2. CICLO MENSTRUAL NORMAL

El ciclo menstrual normal es producto de la interacción de hormonas hipotalámicas, hipofisarias y ováricas. El sistema hipotálamo-hipófisis-ovárico (HHO), que se halla en un estado de relativo reposo durante la niñez, se activa en

la pubertad al aumentar la secreción de la hormona hipotalámica liberadora de gonadotrofinas o GnRH. La GnRH se secreta en forma pulsátil e induce la síntesis y liberación, también pulsátil, de las gonadotrofinas hipofisarias LH y FSH que, a su vez, producen actuando en forma coordinada sobre el ovario, la secreción de los esteroides sexuales (7).

Como se explico anteriormente, el ciclo menstrual es el período comprendido entre el comienzo de una menstruación y el inicio de la siguiente. Su duración promedio es de 28 días y se divide en dos períodos, la fase folicular, del día 1 al 14 y la fase lútea, del 15 al 28. Entre las dos fases se produce la ovulación. La fase folicular se caracteriza por el desarrollo de un conjunto de folículos de los cuales va a emerger un dominante: el folículo destinado a ovular. La maduración folicular se produce por el estímulo de la FSH; los folículos secretan estrógenos, que cuando llegan a un determinado nivel, hacia la mitad del ciclo, por un servomecanismo de retroalimentación positiva inducen un pico de LH y se produce la ovulación. Los estrógenos de la fase folicular estimulan la proliferación del endometrio, lo que se conoce como su fase proliferativa o estrogénica. Después de la ovulación, el folículo ovulatorio se convierte en cuerpo lúteo y comienza a secretar progesterona, cuya acción es la transformación glandular del endometrio, que entra así en su fase secretoria o progestacional. El cuerpo lúteo comienza a declinar alrededor del día 23 del ciclo y disminuye progresivamente su secreción de esteroides, como consecuencia de lo cual se producen transformaciones vasculares en el endometrio que llevan a su desprendimiento, es decir, a la menstruación (8). El ciclo menstrual normal tiene una duración de 21 a 35 días, dependiendo de la longitud de la fase folicular pues la duración de la fase lútea es relativamente constante. La duración del sangrado menstrual es de 2-7 días. Durante la menstruación se eliminan entre 50 y 120 ml de sangre (9).

1.2.1. SÍNDROME PREMENSTRUAL

El “tempestuoso” comportamiento premenstrual fue descrito por primera vez por Hipócrates, quien atribuyó los síntomas al “escape agitado que buscaba la sangre de la matriz”. Sin embargo, fue en los años 30 cuando el síndrome de tensión

premenstrual fue más evidenciado, probablemente por la entrada de las mujeres a la fuerza laboral. Algunos autores son optimistas en señalar que sólo 5 a 10% experimentan síntomas bastante severos para ser debilitantes, recientes publicaciones revelan que entre el 23 y 67% de las mujeres son portadoras de sintomatología premenstrual moderada a severa las que resultan en disminución del funcionamiento y deterioro de las relaciones interpersonales (Espina, Fuenzalida, Urrutia, 2005:113)

Algunos autores llaman dismenorrea, a todos los dolores y trastornos del estado general que acompañan a la menstruación, pero en sentido estricto, dismenorrea o algomenorrea, es sólo el dolor uterino. En algunas mujeres se presenta este dolor como síntoma aislado; pero en la gran mayoría, además de dolor uterino, presentan cefaleas, vómitos, cansancio y otros síntomas de carácter físico y psíquico. En la mayoría de los casos, estas molestias pueden ser llevaderas, pero en un porcentaje difícil de determinar, y que incluso va aumentando dada la participación cada día mayor de la mujer en el trabajo, los síntomas se constituyen en una verdadera enfermedad que obliga a guardar cama y determinan un importante número de bajas laborales (10).

Por lo tanto, al complejo de síntomas físicos y emocionales que se producen de forma cíclica antes de la menstruación y que disminuyen o desaparecen al llegar a la menstruación, se denomina síndrome premenstrual (SPM). El síndrome premenstrual incluye un conjunto de síntomas psíquicos y físicos que aparecen en la fase lútea del ciclo menstrual y desaparecen tres a cuatro días de comenzada la menstruación. Hasta un 75% de las mujeres presentan este cuadro en algún momento de la vida.

A lo largo de la historia, se ha demostrado que en el ciclo menstrual la mujer experimenta cambios tanto en el estado de humor, la selección y consumo de alimentos, como en el estilo de vida. Los trastornos anímicos relacionados con la menstruación fueron los primeros trastornos psíquicos que se vincularon con lo biológico, esto se evidencia en el relato siguiente: *“... y hablando en común, cuando están en ayunas, en las cuadraturas de la Luna y en los días inmediatos*

al flujo del mes la pasan muy mal las pobres histéricas y es menester saberse entender con ellas y sobrellevar sus molestias... .. hallo que este mal, habiendo degenerado variado considerablemente de lo que era en otro tiempo y es ahora en otras regiones, debe atribuirse entre nosotros a tres causas principales. La primera es el abuso del dulce y chocolate. La segunda el vestido ajustado, supuesta la inacción o falta de ejercicio. La tercera, la perversa costumbre de recogerse a dormir y levantarse tarde... (para su tratamiento)... úsese con gran moderación el chocolate y con mucha más el dulce...” (11).

“En 1931, se atribuyó a Frank la primera descripción publicada del síndrome de tensión premenstrual. A pesar del hecho de que durante muchos siglos se había descrito una plétora de síntomas durante el premenstruo, la mayoría de los clínicos hasta mediados del siglo XX pensaban que el síndrome de tensión premenstrual era un trastorno psicossomático que merecía poca atención científica. En 1953, Greene y Dalton denominaron a este trastorno “síndrome premenstrual” (SPM) para permitir la inclusión de síntomas somáticos y psicológicos en el complejo sintomático” (12).

Como ya se mencionó el SPM se caracteriza por una amplia variedad de síntomas, la mayoría de las cuales no se pueden medir por estándares objetivos. Dalton (1985) definió el SPM como “la recidiva de síntomas en el premenstruo pero la ausencia completa de síntomas en el posmenstruo”. Sutherland y Stewart (1965) definieron el SPM como cualquier combinación de signos o síntomas emocionales o físicos que ocurren cíclicamente antes de la menstruación y luego sufren regresión o desaparecen durante la menstruación o después (13).

Lo cierto de todo esto es que la sintomatología de naturaleza nerviosa o psíquica es muy importante, tanto que algunos psiquiatras han introducido al SPM, entre los trastornos mentales o de conducta de la mujer con el nombre de trastorno disfórico de la fase luteínica tardía o trastorno disfórico de la fase lútea (SDPM) (Usandizaga, 2005:114)

“El término de SPM se definió oficialmente en la Tenth Revision of the International Classification of Disease (ICD-10) en el cual se considera que una mujer tiene

SPM, si se queja de síntomas psicológicos recurrentes o somáticos (o ambos), que se presentan específicamente durante la fase luteínica del ciclo menstrual y que desaparecen en la fase folicular, por lo menos al final de la menstruación” (14).

1.2.1.1. Epidemiología

A pesar de ser uno de los cuadros clínicos que más interés están suscitando en los últimos tiempos, son escasos los estudios con rigor científico y epidemiológico que se han realizado a cerca del mismo, aquellos basados en estudios retrospectivos están potencialmente contaminados por falsificaciones y recuerdos subjetivos del paciente, los que sólo se basan en estudios prospectivos, tienen en contra que la sintomatología varía mucho de unos síntomas a otros y que existe una importante influencia de los acontecimientos de la vida diaria (15). Por lo tanto la cifra real de incidencia del síndrome es difícil de establecer por los muy variados criterios clínicos que se han postulado.

Entre los trabajos más serios destaca el realizado por Anna Rivera (16), en EE.UU. Estudiando la incidencia del SPM en mujeres universitarias, encontró que la misma era de un 4,8%, afirmando que la severidad de los síntomas se incrementaba a lo largo del tiempo, y que las causas por las que las mujeres solicitaban ayuda médica eran la depresión severa, fatiga y disminución de la concentración.

Aún así, se han descrito en la bibliografía, síntomas premenstruales en el 15 hasta el 100% de las mujeres de edad reproductiva y el 5 al 10% comunican una sintomatología grave en algún momento de sus vidas. Suele aparecer entre los 16 y 18 años, con un pico hacia los 20, edad en que también son más fuertes los dolores, para decrecer posteriormente. También se pueden presentar en mujeres de 30 o 35 años, pero si aparece después de los 30, la causa casi siempre es orgánica.

La bibliografía también reporta una variabilidad intercultural. Es más frecuente en las grandes ciudades posiblemente en relación con el estrés de la vida moderna,

rara vez aparece en mujeres con mal estado de nutrición, y, en general, se admite que es más frecuente en clases sociales económicamente elevadas. Este último extremo no es admitido por todos.

Como ya se dijo, el síndrome de tensión premenstrual por lo general se manifiesta en la adolescencia. Hasta el 90% de las mujeres preadolescentes presentan como mínimo un síntoma premenstrual de gravedad moderada, según un estudio en 207 adolescentes (Fisher y col., 1989). En este estudio, más del 50% de las mujeres adolescentes consideraron que, como mínimo, un síntoma premenstrual era grave. Aunque el SPM, no presenta riesgos para el futuro obstétrico de la paciente; de hecho, el parto en muchos casos puede conducir a desaparición de la sintomatología.

1.2.1.2. Etiología

Actualmente, se acepta que la etiología del SPM no es totalmente conocida, pero existe consenso en el que intervienen una serie de factores psicosociales y biológicos.

Se cree que se trata de una etiología multifactorial y compleja. Se desconoce el papel de las hormonas segregadas por el ovario, si bien se ha observado que en algunas pacientes se controlan los síntomas cuando se consigue la supresión de la ovulación. Las variaciones hormonales que se originan durante el ciclo menstrual podrían originar un desequilibrio central de algunos neurotransmisores como la serotonina. Sin embargo, los valores de hormonas sexuales circulantes son normales; se conjetura que los síntomas podrían aparecer por un incremento de la respuesta a la progesterona en mujeres con cierta deficiencia de serotonina. Este mecanismo de acción no explicaría las situaciones en que los síntomas no remiten con los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS). (Landa y Avellana 2006: 230)

Entre las principales teorías para explicar la etiología del Síndrome Premenstrual, se cuentan (17):

a. Hipótesis hormonal

En un ciclo menstrual normal, el intervalo desde el inicio de la menstruación hasta la ovulación se denomina fase folicular. Esta fase se caracteriza por el rápido desarrollo de un folículo ovárico con la producción de niveles crecientes de estradiol. El endometrio prolifera en respuesta a esta estimulación estrogénica.

Cuando se presenta estradiol suficiente como para desencadenar el pico de hormona luteinizante (LH) hipofisiaria, se inicia la fase luteínica. Esta porción del ciclo menstrual, desde la ovulación hasta la menstruación, se caracteriza por una caída inicial en el estradiol seguida por niveles crecientes de estradiol y progesterona que alcanzan un pico aproximadamente 1 semana después de la ovulación (1 semana antes de la menstruación). El final de la fase luteínica se asocia con niveles progresivamente decrecientes de estradiol y progesterona, que conducen al inicio de la menstruación.

“Como el SPM se define como un conjunto de síntomas que aparecen antes de la menstruación y se resuelven después del sangrado menstrual, se lo ha adjudicado a alteraciones en los niveles luteínicos de estrógenos y progesterona. Frank (1931) inicialmente propuso que el SPM se debía a niveles excesivos de hormonas sexuales femeninas en la sangre. Otras comunicaciones, basadas en los de progesterona de la fase luteínica, muestras de biopsia endometrial y extendidos vaginales, sugirieron la posibilidad de una función inadecuada del cuerpo lúteo”(18).

Sin embargo, el intento de correlación entre los niveles disminuidos de progesterona con los síntomas del SPM no ha sido constante. La progesterona es liberada de forma pulsátil. Por lo tanto, inclusive las muestras múltiples de progesterona no constituyen índices confiables de función global del cuerpo lúteo. De hecho, se han comunicado tanto niveles disminuidos como aumentados de progesterona en mujeres con SMP (Jarrel, McGregor, 2009:397).

En experimentos en animales, los efectos sobre la conducta pueden estar mediados por estrógenos. Cuando las ratas y los gatos machos reciben implantes

de estrógenos, parecen aumentar las conductas de carrera y apareamiento. Es posible al menos en parte, contrarrestar estos efectos con la progesterona.

Por el contrario, en mujeres menopáusicas que reciben tratamiento de remplazo estrogénico, hammarback y col. (1985) demostraron que el agregado de progestágenos podría provocar síntomas cíclicos sólo similares al SMP. Este estudio sugirió que la progesterona y no los estrógenos, contribuía a la sintomatología premenstrual.

Los andrógenos suelen alcanzar un pico a mitad del ciclo y disminuyen antes de la menstruación (Vermeulen y Verdon, 1976). Dado que los andrógenos pueden provocar un incremento en el impulso sexual, agresión y acné, se ha investigado un papel etiológico para los andrógenos en la producción del SPM. No obstante, no se ha demostrado ninguna asociación convincente.

Los niveles de prolactina también varían ligeramente durante el ciclo, aumentando, en la ovulación y durante la fase luteínica. Se ha demostrado que las mujeres que presentan SPM tienen niveles normales y elevados de prolactina.

Se conoce bien una interacción compleja entre las monoaminas serotonina, noradrenalina y dopamina, y los esteroides ováricos. Una disminución en la noradrenalina y la dopamina se han asociado con depresión. Un incremento en estas hormonas ha sido relacionado con agresión, irritabilidad e inclusive psicosis (Reid y Yen, 1981).

Aunque los esteroides sexuales, directamente y a través de la conversión a catecolestrógenos, tienen un efecto potente sobre las monoaminas del encéfalo, la determinación de las concentraciones venosas periféricas de estos neurotransmisores y sus metabolitos ha mostrado alteraciones inconstantes en las mujeres que presentan SPM.

Por lo tanto la hipótesis de que la ciclicidad ovárica es importante en la etiología del SPM sin lugar a dudas, es soportada por algunos de los estudios en los cuales la supresión de la ovulación produce la desaparición de los síntomas premenstruales y por ende es la manera más eficaz para tratar el SPM.

El consenso actual parece indicar que una función ovárica normal (en vez de un desbalance) es el disparador cíclico para el DDPM, relacionado con eventos bioquímicos dentro del sistema nervioso central y otros tejidos blancos. Este punto de vista es atractivo y fomenta la investigación de los neurotransmisores centrales con modulación neuroendocrina y del papel del eje hipotálamohipofísis-gonadas (HHG) en el SDPM.

De todos los neurotransmisores estudiados hasta la fecha, crece la evidencia que sugiere que la serotonina (5HT) puede ser importante en la patogénesis del DDPM, El Desorden Dísfórico Premenstrual comparte muchas de las características de otros desórdenes del humor y de ansiedad, los cuales han sido relacionados con disfunción serotoninérgica. Además, la disminución de la neurotransmisión serotoninérgica está asociada a un pobre control de los impulsos, humor depresivo, irritabilidad y un incremento en la ingesta de alimentos; todos ellos, síntomas del humor y comportamentales encontrados en el DDPM.

La relación entre fluctuaciones en los esteroides ováricos y la función serotoninérgica ha sido establecida en animales, mostrando que los estrógenos y la progesterona influyen en la actividad neuronal serotoninérgica central. En el hipotálamo, los estrógenos inducen una fluctuación de 5HT, mientras que la progesterona aumenta el recambio de serotonina.

Recientes investigaciones han sugerido una función anormal de la 5HT en las mujeres quienes presentan disforia premenstrual. Una respuesta aplanada de la hormona del crecimiento y de cortisol a la estimulación con triptofano, como también una respuesta plana y retrasada de la prolactina al estimularla con fenfluramina o buspirona, Estos estudios sugieren, un posible cambio en la función de 5HT que explica en parte las alteraciones del humor en la mujer en la etapa premenstrual.

La literatura actual refiere que un pequeño grupo de mujeres con SDPM presenta disfunción tiroidea, pero que no debe ser visto como una forma enmascarada de hipotiroidismo, es decir, que no necesita tratamiento de sustitución (19).

b. Teoría de la retención de líquidos

Dado que el SPM se asocia a menudo con síntomas de distensión y retención de líquido, se han sospechado modificaciones de los mineralocorticoides como causa potencial de los síntomas del SPM. Además, los mineralocorticoides pueden tener un efecto central sobre el humor, dado que se ha demostrado que un metabolito, desoxicorticosterona (DOC), se une a los receptores del ácido gammaaminobutírico (GABA) (Majewska y col., 1986).

Los niveles séricos de aldosterona se elevan antes de la ovulación y nuevamente en la mitad de la fase luteínica, hasta niveles de, aproximadamente, el doble de los observados durante la fase folicular. Luego, los niveles de aldosterona caen antes de la menstruación, lo que sugiere una asociación entre esta hormona y los esteroides ováricos. A pesar de la conexión teórica potencial entre mineralocorticoides y SPM, algunos estudios no han podido demostrar ninguna diferencia importante en los niveles de aldosterona en mujeres con SPM en controles (Munday y col., 1977; O'Brien y col., 1979).

También se ha postulado un desplazamiento de líquido sin retención de sodio ni de agua (Oian y col., 1987). Existe una presión coloidosmótica plasmática elevada durante la fase luteínica tardía que podría causar un incremento en los líquidos intersticial.

Si bien las mujeres comunican frecuentemente un aumento del peso corporal antes de la menstruación como uno de los síntomas del SPM, un ensayo controlado no pudo demostrar ninguna modificación importante en el peso corporal de la fase folicular a la comparación con mujeres sin sintomatología premenstrual importante (Andersch y col., 1978).

c. Hipótesis de la hipoglucemia

La diaforesis, la fatiga, las palpitaciones y la cefalea pueden ser causadas por hipoglucemia. Aunque varios estudios comunicaron inicialmente una alteración en la prueba de tolerancia a la glucosa durante la segunda mitad del ciclo menstrual (Okey y Robb, 1925), otros estudios posteriores no pudieron mostrar diferencias

importantes en los niveles de glucosa, insulina ni glucagón en la fase folicular o la fase luteínica del ciclo menstrual en mujeres normales y en mujeres con síntomas de SPM (Reid y col., 1986).

d. Hipótesis de las endorfinas

Los opioides endógenos durante la fase luteínica son más bajos en las mujeres con SPM que en los controles. La idea de un papel de una anomalía en las endorfinas como causa potencial del SPM, indudablemente seduce porque la endorfinas pueden inhibir la producción de aminas biógenas y alterar el humor, apetito y sed.

Los síntomas vasomotores asociados con el SPM parecen ser idénticos fisiológicamente a las oleadas de calor de la menopausia. Se ha demostrado previamente un nexo entre los niveles de estrógenos y las endorfinas y es posible que una modificación de éstas, inducida por los estrógenos y las catecolaminas centrales, se pueda asociar con SPM en algunas pacientes.

Otra evidencia para apoyar la hipótesis de las endorfinas es la semejanza de algunos de los síntomas del SPM con la hiperirritabilidad y la agresión asociadas con la abstinencia aguda de opioides. Se ha demostrado que un antagonista de los opioides, la naloxona, empeora el SPM e induce síntomas similares en voluntarias normales (Cohen y col., 1981).

e. Hipótesis de las prostaglandinas

La asociación de prostaglandinas y dismenorrea ha quedado bien demostrada. Horrobin (1983) sugirió que las mujeres con síndrome premenstrual tienen una disminución relativa en la prostaglandina E. Abraham (1980), por su parte, añadió que puede estar mediada por una deficiencia en la piridoxina (vitamina B6) y el magnesio, pero falta corroboración para esta teoría.

f. Deficiencias de vitaminas y minerales

No se ha identificado en forma constante ninguna deficiencia nutricional clara en mujeres con SPM. Dado que la piridoxina actúa como coenzima en el paso final de la biosíntesis de dopamina y serotonina, una disminución en los niveles de vitamina B6, en el encéfalo podría producir algunos síntomas del SPM. El primer entusiasmo en la terapia con vitamina B6 se apoyó en un estudio doble ciego que mostraba mejoría en la depresión con la administración de vitamina B6 en mujeres que recibían anticonceptivos orales (Adams y col., 1973).

Aunque el 63% de las mujeres que ingirieron vitamina B6, 100mg/día, durante la fase luteínica observaron mejoría en el SPM (Day, 1979), otro estudio no mostró ninguna diferencia entre las mujeres que ingirieron piridoxina y las que recibieron placebo (Stokes y mendeles, 1972).

g. Hipótesis de la alergia

Se ha postulado una reacción alérgica a la progesterona como causa posible del SPM (Shelley y col., 1964; Bierman, 1973; Korossy, 1975). No obstante, la urticaria premenstrual es muy rara y una hipersensibilidad a la progesterona y otras sustancias durante la fase luteínica no ha sido apoyada como causa primaria para el SPM.

h. Hipótesis psicológica (20)

Los síntomas psicológicos suelen ser los más críticos en las mujeres con SPM. Dado que muchas de las modificaciones importantes del SPM sugieren firmemente un trastorno afectivo, se ha investigado una anomalía psicológica subyacente como problema primario en el SPM.

Los síntomas de tensión, depresión, hostilidad y oscilaciones del humor parecen ser más frecuentes en mujeres con problemas psicológicos subyacentes graves (Keye, 1984).

Inicialmente, se pensaba que el SPM era un trastorno psicossomático. Benedek (1952) sugirió que los conflictos intensos sobre el papel femenino eran responsables de los síntomas del SPM. Otro apoyo para la teoría “psicosomática” fue proporcionado por un estudio que demostró que las mujeres que se hallaban en período premenstrual cuando se les hacía pensar que el período menstrual posterior se retrasaría (Ruble, 1977).

Aproximadamente en el 60% de las mujeres con un trastorno afectivo importante se había diagnosticado un síndrome afectivo premenstrual (Blumenthal y Nadelson, 1988). Como mínimo el 30% de las mujeres con depresión recidivante primaria experimentan su primer episodio depresivo en un período de cambio hormonal importante (Kolakowska, 1975).

En una revisión psicológica de mujeres con síndrome premenstrual, se observó que entre el 57 y el 100% de estas mujeres tenían un episodio depresivo mayor al menos una vez en su vida en contraste con sólo el 0 al 20% de las mujeres sin SPM (Halbreich y Endicott, 1985). Esta coincidencia de trastorno depresivo mayor y SPM sugiere una posible anomalía psicológica subyacente capaz de aumentar la gravedad de los síntomas premenstruales en mujeres predispuestas.

Las mujeres con SPM comunicaron un número significativamente elevado de fenómenos negativos durante sus vidas diarias en relación al manifestado por los controles (Schmidt y col., 1990). Estas mujeres también demostraron mayor distrés asociado con la aparición de un acontecimiento durante la fase premenstrual que cuando el mismo acontecimiento ocurría durante la fase folicular.

1.2.1.3. Factores de riesgo

Los principales factores de riesgo para desarrollar este síndrome, son una historia previa de trastornos afectivos y el antecedente de síndrome premenstrual en familiares. La relación entre SDPM y otros desórdenes psiquiátricos es compleja debido a que una alta proporción de mujeres que padece SDPM tiene historia previa de trastornos del humor porque las mujeres con un desorden del humor

subyacente reportan magnificación de los síntomas o aparición de nuevos síntomas en la fase premenstrual.

Algunos autores sugieren que el SDPM puede predecir una futura depresión mayor. Estudios familiares han identificado una concordancia en tasas de síntomas premenstruales entre miembros de la familia con un parentesco de primer grado y las pacientes con SDPM (21).

1.2.1.4. Presentación clínica y criterios diagnósticos

Desde la primera descripción del SPM publicada por Frank en 1931, se incorporaron alrededor de 150 nuevos síntomas a la lista de posibles manifestaciones premenstruales. Se propuso una gran agrupación específica de los síntomas, pero los estudios realizados no lograron confirmar un patrón sistemático de síntomas asociados que puedan relacionarse con factores etiológicos específicos en las mujeres con SPM (22).

La definición de SPM es difícil en la medida en que se asocia con una amplia variedad de síntomas y que la mayoría de ellos no puede mensurarse en forma objetiva. Los síntomas somáticos asociados con más frecuencia con SPM son sensación de distensión abdominal, aumento de peso, hipersensibilidad mamaria, cefalea, náuseas, edema periférico y alteraciones de los hábitos intestinales. Las alteraciones de la conducta observadas con mayor asiduidad durante el SPM son irritabilidad, depresión, falta de concentración, sensación de aislamiento y retraimiento, agitación, hostilidad, fatiga, avidez por alimentos dulces o salados, e incluso pensamientos suicidas. Con arreglo a la clasificación expuesta al desarrollar el concepto, diferenciamos dos cuadros clínicos (23).

a. SÍNDROME PREMENSTRUAL (SPM)

En primer lugar, es frecuente la apreciación de una distensión abdominal, con sensación difusa de hinchazón y pesantez.

También es frecuente la mastalgia, con aumento de la sensibilidad del pezón. El dolor puede irradiarse a las axilas. Algunas mujeres se quejan de grandes dolores que les impiden incluso conciliar el sueño por la noche.

Suele haber un aumento de peso corporal, generalmente atribuido a retención de líquidos. Los incrementos ponderales pueden sobrepasar los 2,5kg. La aparición de edemas es inconstante pero puede darse alguna vez. Son notables los cambios de apetito, sobre todo polifagia, con manifiesto deseo de ingerir dulces o chocolate. Algunas mujeres parece que ingieren mayor cantidad de productos lácteos. Otras mujeres aumentan el consumo de sal de mesa.

Es muy frecuente la cefalea, descrita como migraña premenstrual. En fin, adquieren gran importancia los trastornos de tipo nervioso y psíquico, de difícil valoración y muchas veces antagónicos: insomnio, agitación, irritabilidad, mal humor, inestabilidad emocional con crisis de llanto y cambios de la euforia a la indiferencia, incapacidad para concentrarse, ansiedad, angustia, abatimiento, apatía y depresión.

El diagnóstico del SPM puede presentar dificultades en la medida en que su etiología específica se desconoce y no se dispone de un indicador objetivo que permita determinar en forma cuantitativa la severidad de los síntomas e incluso la respuesta terapéutica. El diagnóstico se basa en la sensación subjetiva de la paciente de que ciertos síntomas aumentan en grado significativo durante el período premenstrual y remiten después de la menstruación.

En un principio se intentó evaluar el SPM mediante cuestionarios sintomáticos retrospectivos. Este enfoque solo resultó adecuado como un screening general (Abplanalp y col., 1979; Magos y Studd, 1988). Las evaluaciones retrospectivas utilizadas en la actualidad son el cuestionario de trastornos menstruales de Moos, que abarca 47 ítems distribuidos en 8 grupos de síntomas (Moos, 1969); el cuestionario de 19 síntomas de Abraham (1980), y el formulario de evaluación premenstrual (Habreich y col., 1982). El método más apropiado para la evaluación de síntomas subjetivos es la autoevaluación diaria prospectiva que permite estimar la severidad de los síntomas. Se idearon varios calendarios menstruales

para el registro cotidiano de los síntomas por parte de las propias pacientes (Reid, 1985; Magos y Studd, 1988) (24) (25).

b. SÍNDROME DISFÓRICO PREMENSTRUAL (SDPM)

El Síndrome Disfórico Premenstrual (SDPM) es la manifestación severa de los síntomas del SPM, con una prevalencia del 3-8% de las mujeres en edad fértil (Landa, Avellana, 2006:230). Los síntomas son semejantes a los expresados para el SPM, aunque predominando los de carácter afectivo: ansiedad, cambios de talante, mal humor y depresión. Pero lo importante es que su intensidad es lo suficientemente grande como para afectar de forma notoria a las relaciones familiares y sociales y, en general, a los hábitos de conducta con repercusión sobre la ocupación laboral y la eficacia en el trabajo. La propia mujer suele decir que se hace inaguantable para los que la rodean.

La duración de la sintomatología clínica suele ser más larga que en los casos de SPM simple, y en el diagnóstico, como insistiremos más adelante, es necesario descartar la existencia de una alteración psiquiátrica permanente de base.

Es preciso realizar una anamnesis detallada para comprobar que, efectivamente, los síntomas aparecen sólo en la fase lútea del ciclo y no pertenecen a un cuadro depresivo o de ansiedad que empeore durante el ciclo, ya que el tratamiento difiere de forma importante. En esta línea es preciso descartar también cualquier trastorno endocrino que pueda originarlo, si bien con la anamnesis suele ser suficiente (Landa, Avellana, 2006:231).

La Asociación Americana de Psiquiatría (en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-IV-TR) y el American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) establecieron los criterios diagnósticos para el SDPM:

Criterios del DSM IV para el diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual
A. En la mayoría de los ciclos correspondientes al último año, se han presentado cinco (o más) de los síntomas que a continuación se señalan durante la mayor parte de la última semana de la fase luteínica, comenzando a remitir al inicio de la fase folicular, desapareciendo durante la semana siguiente a la menstruación, presentando al menos

<p>uno de los síntomas descritos en 1, 2, 3 ó 4.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estado de ánimo depresivo acentuado, sentimientos de desaliento o autoreproches. 2. Ansiedad intensiva, tensión, sentimientos de “nerviosismo”. 3. Labilidad afectiva pronunciada. 4. Irritabilidad o ira persistentes o acentuadas o aumento de los conflictos interpersonales. 5. Disminución del interés por actividades habituales (ejemplo: trabajo, escuela, amigos, ocio). 6. Sensación subjetiva de dificultad de concentración. 7. Letargo, fatigabilidad o falta de energía acentuada. 8. Cambios acentuados en el apetito, comer en exceso o deseos de alimentos específicos. 9. Hipersomnía o insomnio. 10. Sensación de estar rebasada o pérdida de control. 11. Síntomas físicos como: dolor o turgencia mamaria, cefaleas, artralgias, edema, aumento de peso.
<p>B. El trastorno interfiere notablemente con las actividades laborales, escolares, sociales y familiares habituales y con las relaciones personales (por ej., evitar actividades sociales, menor productividad y eficiencia en el trabajo y en la escuela).</p>
<p>C. El trastorno no es una exacerbación de los síntomas de otra patología, como un trastorno depresión mayor, trastorno de pánico o de la personalidad (aunque puede superponerse a cualquiera de estos problemas).</p>
<p>D. Los criterios A, B, C deben ser confirmados mediante autoevaluaciones diarias prospectivas durante un mínimo de dos ciclos sintomáticos consecutivos (de otra manera, el diagnóstico es provisional).</p>

Aunque se dice que existen algunos factores que aparecen asociados más frecuentemente con el SDPM, la mayoría de las publicaciones señala como la edad de inicio entre 25-35 años, lo correcto es afirmar que los síntomas pueden comenzar desde la menarquia, pero las mujeres recién consultan en la década de los 30; la duración atípica de los ciclos menstruales, se reporta mayor incidencia en mujeres con ciclos más largos o más cortos que los normales; trastornos psiquiátricos pasados o actuales, así se ha reportado que el SDPM afecta hasta un 65% de las mujeres con trastorno depresivo monopolar. Esta cifra es mucho mayor que la encontrada en mujeres que padecen otros trastornos mentales y, por supuesto, altamente superior que en las mujeres que no presentan morbilidad psiquiátrica. Por otra parte, los trastornos premenstruales predisponen al

desarrollo de depresión posparto; historia familiar de SPM, este hecho ha planteado la interrogante de si el SDPM podría considerarse una entidad hereditaria, se ha encontrado una concordancia mayor en gemelas monocigóticas que en dicigóticas; y, estresores psicosociales se encontraron positivamente relacionados con SDPM (Bocchino, 2004: 81-82)

1.2.1.5. Opciones terapéuticas para el tratamiento del SPM

Lo fundamental en el tratamiento es la evaluación cuidadosa de los síntomas, de la severidad de los mismos y de su grado de cronicidad. Si existe sólo sintomatología física (edemas discretos), generalmente se indica solamente tratamiento higiénico dietético, consistente en dieta pobre en sal durante la fase lútea del ciclo, y ejercicios moderados, igual que para el tratamiento de los síntomas premenstruales. Si la sintomatología no remite, o los síntomas son severos, se indica tratamiento farmacológico (Bocchino, 2004: 81). Dado que en mujeres con SPM el índice de respuesta al placebo es elevado en virtualmente todos los estudios dedicados a evaluar esta afección, el tratamiento conservador de soporte puede ser eficaz en muchos casos. Por esta razón, se popularizaron ciertas maniobras terapéuticas no invasivas y poco onerosas, como la modificación de los hábitos del ejercicio físico y la nutrición, y ciertas técnicas para combatir el estrés.

a. Ejercicio físico

Durante los días de menstruación no es aconsejable la práctica de deportes que conlleven gran desgaste físico, aunque el sedentarismo tampoco es un hábito mínimamente aconsejable. Sin embargo, sí están recomendados ejercicios suaves como caminar o nadar moderadamente, los ejercicios aeróbicos, ya que estimulan la circulación y reducen el dolor; “algunos estudios clínicos han demostrado que entre las mujeres que realizan ejercicios físicos regulares, disminuye la incidencia de episodios de ira y depresión. Se demostró que en ciertas pacientes con depresión neurótica leve, el “trote” resultó tan eficaz como la psicoterapia. El ejercicio también puede tener efectos pronunciados sobre el sistema endócrino. Durante el ejercicio físico, se produce un aumento de los

niveles de cortisona, testosterona, prolactina, estradiol y hormonas de crecimiento. El ejercicio físico también determina un aumento de la tasa de depuración metabólica de los estrógenos, lo que conduce a un incremento efectivo de los niveles circulantes de esta hormona y de los de betaendorfina” (26).

b. Nutrición

Aunque se dice que la alimentación parece desempeñar un papel fundamental en la prevención del síndrome premenstrual y que una alimentación adecuada ayuda a proporcionar aquellos componentes que aparecen en niveles bajos durante el síndrome premenstrual o ayuda a reducir algunos de los síntomas que van relacionados con él; las evidencias de que las modificaciones de la dieta pueden atenuar los síntomas del SPM son escasas, y no se sabe con certeza si tienen sustento farmacológico o representan un efecto placebo. Se considera que las mujeres con SPM, ingieren una mayor cantidad de calorías, y muchas de ellas manifiestan mayor avidez por alimentos salados o dulces durante el período premenstrual que durante la fase folicular. La mejoría de los síntomas después de una comida con alto contenido de carbohidratos, puede explicarse por aumento de los niveles de serotonina (Wurtman y col., 1989).

A pesar de la ausencia de una deficiencia nutricional demostrable en las mujeres con SPM y la falta de estudios controlados que demuestren la eficacia de los cambios nutricionales, 63% de 502 médicos de estados Unidos y Canadá encuestados en 1984, recomendaron un tratamiento dietético a sus pacientes con SPM (Lyon y Lyon, 1984). Según este mismo estudio, 60% de los médicos prescribió vitaminas y 90% ofreció recomendaciones acerca de la dieta, en vista de que se considera que algunos alimentos contienen serotonina o potasio cuyas deficiencias parecen estar relacionadas con este síndrome. Otros pueden ayudar a reducir la hinchazón al contribuir a eliminar líquidos corporales. Por otra parte es importante conocer aquellos alimentos que no resultan convenientes o cuyo consumo deba moderarse durante este periodo, bien porque contribuyen a

aumentar la retención de líquidos, porque aumentan el nerviosismo o el grado de ansiedad, etc.

Entre los alimentos ricos en serotonina se mencionan:

La ortiga: es una hierba que tiene muy mala fama por el escozor que produce al contacto con la piel. Sin embargo, es una de las plantas con multitud de propiedades medicinales. La ortiga es, además, una planta comestible, aunque este uso es poco conocido, pero en los países que se consume de esta forma, esta sopa de ortigas puede proporcionar buenas dosis de serotonina y ayudar a eliminar los edemas que se producen habitualmente en los tobillos, los pies o las manos de las mujeres con síndrome premenstrual (Rost, 1985).

El plátano, contiene también serotonina, además son ricos en potasio que favorece, la recuperación en estados de nerviosismo y depresión y, aunque existe la opinión generalizada contraria, ayudan a reducir peso.

La piña, ayuda a facilitar la absorción de las proteínas, previniendo la acumulación de heces o la aparición de gases. Tiene además propiedades diuréticas. Contiene también serotonina que ayuda a mejorar los estados depresivos durante este síndrome.

Dátiles, contienen una elevada cantidad de serotonina y azúcares, pueden constituir una comida muy agradable en los casos de inapetencia durante la menstruación.

Entre los alimentos ricos en potasio ayudan a liberar agua del organismo, por lo que previenen la retención de líquidos y otros efectos secundarios como el cuerpo hinchado, la acumulación de gases, etc. Entre estos alimentos están:

Lechuga, son probablemente las verduras más ricas en este componente, de ahí su potencial diurético. Es muy recomendable iniciar las comidas con una buena ensalada en la que la lechuga sea el componente principal, acompañada de tomates, endivias, rábanos, apio, zanahoria, todas ellas con alto contenido en potasio.

Patatas, muy ricas en potasio, muy efectivo para combatir la presión arterial alta por sus propiedades tanto vasodilatadoras como diuréticas, igualmente se ha comprobado sus propiedades en el tratamiento de la depresión y en los problemas reumáticos, cistitis, prostatitis y en la litiasis (Peel, 2005).

Tomates, ricos en licopeno que es un potente antioxidante, ricos además en potasio, que interviene en la regulación de los líquidos corporales así como en el buen estado de los nervios, el corazón y de los músculos. El calcio, abundante también en el tomate interviene, en la formación de los huesos.

Coles de Bruselas, muy útiles en la retención de líquidos porque contienen potasio que interviene en la eliminación de líquidos corporales y en otros procesos como la calcificación ósea, el funcionamiento del corazón, el sistema nervioso. Su riqueza en fibras puede aprovecharse para evitar el estreñimiento.

Otras plantas muy ricas en potasio son las verduras como las espinacas, espárragos, los guisantes, frutas como los melocotones y las uvas (Peel, 2005).

Los Alimentos ricos en vitamina B6 (piridoxina), necesaria para la síntesis de los aminoácidos y el metabolismo de los hidratos de carbono, ayudan a mantener el equilibrio de sodio y fósforo, además de tener un papel muy importante en el cerebro y en el sistema nervioso. Su presencia ayuda a eliminar el exceso de agua durante el periodo premenstrual y, al aumentar los niveles de serotonina y a evitar una serie de desórdenes corporales, como la debilidad muscular, indisposición mental, insomnio, etc., los alimentos ricos en este componente son la mayoría de los frutos secos, las verduras de hoja verde y los cereales integrales, como la avena.

Los alimentos ricos en fibra, sirven para evitar el estreñimiento y reducir el nivel de estrógenos. Son alimentos ricos en fibras la mayoría de frutas y verduras y los cereales integrales (Rost, 1985).

Entre los alimentos que no conviene consumir o moderar su consumo durante el síndrome premenstrual, algunos investigadores mencionan: carnes o alimentos muy grasos, por contener aceites saturados que no benefician en absoluto a las

mujeres durante este periodo ya que pueden producir un aumento de peso no deseado. Además todos estos alimentos producen un aumento de estrógenos lo que conlleva a la aparición de las conocidas molestias, especialmente en los pechos.

Moderar el consumo de azúcares, pastas, golosinas, caramelos, etc., constituyen uno de los alimentos más apetecidos pero cuyo consumo no moderado empeora la situación.

El alcohol debe evitarse completamente puesto que produce más ansiedad e irritabilidad. De igual manera el café.

Alimentos con mucho contenido de sal, para evitar la acumulación de líquidos, aunque a este respecto las opiniones son diversas ya que no hay ningún estudio que sustente esta recomendación (Landa, 2006: 133).

c. Tratamiento farmacológico

Algunos de los que orientan hacia la posible fisiopatología del SPM, derivan de los dos enfoques terapéuticos que con mayor frecuencia resultan eficaces: “la supresión de la ovulación y la inhibición selectiva de la recaptación de la serotonina. Como mínimo estudios de casos de ooforectomía médica o quirúrgica, demostraron la eficacia clínica de la supresión de la ovulación e implicaron a la fluctuación cíclica de esteroides gonadales en la etiología del SPM (Rubinow y Schmidt, 1995). Además, esta asociación es sustentada por la instalación de síntomas similares a los del SPM en mujeres que reciben estrógeno y progesterona en forma cíclica” (27).

El tratamiento farmacológico sigue siendo controvertido y debe reservarse a las pacientes que no mejoran a las medidas mencionadas. La alta respuesta al placebo sugiere que 40-94% de las pacientes mejorará a corto plazo, sin importar el tratamiento elegido.

d. Vitaminoterapia:

Vitamina B6: ejerce efectos sobre los neurotransmisores, su eficacia es controvertida, tendría mínimos efectos en el tratamiento del SPM. Wyatt y cols observaron que la administración diaria de 50 o 100 mg podría tener efectos beneficiosos en los síntomas depresivos.

Vitamina E: incrementa la formación de prostaglandinas E1 que antagonizan la acción de la prolactina que podría estar involucrada en la fisiopatología del SPM .Dosis recomendada 400 a 600 UI/día.

e. Mineraloterapia:

El calcio y el magnesio son cofactores en la síntesis de neurotransmisores lo que sugiere una posible asociación entre SPM y la deficiencia de serotonina.

Algunos estudios han concluido que 1200-1600 mg/día de calcio son efectivos en el SPM. El magnesio tiene mínimos efectos .en el tratamiento del SPM.

f. Antinflamatorios no esteroides (AINE)

Mejoran la mastalgia, dismenorrea, migraña, dolores musculares. Esta terapia debería indicarse antes del comienzo del dolor y continuar hasta el final de la menstruación.

g. Anticonceptivos hormonales

Hay evidencia que los anticonceptivos combinados orales reducen la incidencia del SPM y se los considera como uno de los agentes terapéuticos que deben utilizarse en esta entidad.

En general los ACO no son reconocidos por su efecto beneficioso sobre los síntomas del humor, sino que por el contrario, son más conocido como en efecto secundario de gran preocupación en las usuarias. Además el y algunos progestágenos de los ACO estimulan la retención de sodio y agua a través del sistema renina-angiotensina aldosterona. Joffe y cols. observaron que los ACO no

modifican los cambios de humor premenstrual pero en aquellas mujeres con historia previa de depresión tienen un gran riesgo de empeorar estos síntomas.

Existe poca información sobre la eficacia de los ACO en DDPM. Algunos reportes sugirieron un efecto beneficioso sobre el bienestar psicológico y lo ofrecen como una buena alternativa para su tratamiento.

Actualmente, un esquema terapéutico con ACO con bajas dosis de estrógenos con 24 comprimidos activos y 4 placebos mejoraría los síntomas físicos y emocionales por que reduce la fluctuación hormonal a lo largo del ciclo.

h. Agonistas de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRh) (leuprolide, buserelin, goserelin) producen un significativo alivio de los síntomas pero induce síntomas menopáusicos (sofocos, sequedad vaginal, irritabilidad) lo que limitan su uso en la mayoría de las pacientes.

i. Danazol: inhibidor de gonadotropinas y con acción directa sobre el tejido mamario, parece ser efectivo en el tratamiento del SPM especialmente en el alivio de la mastalgia, tensión e irritabilidad pero no se recomiendan en pacientes con depresión y ansiedad. La dosis recomendada es de 200mg dos veces por semana solo en la fase lútea.

j. Gestágenos: Watanabe y cols comprobaron que la dosis diaria de 400mg de progesterona micronizada durante la fase lútea provocaba mejoría sintomatológica. Sin embargo la evidencia actual no avala el uso de progesterona en el tratamiento del SPM.

k. Diuréticos

Recomendados en aquellas pacientes que manifiestan aumento de 1.5 kg de peso durante el premenstruo, que refieren tensión mamaria y otros síntomas de retención hídrica.

La espironolactona es un agonista fisiológico de la aldosterona. La dosis recomendada es de 25 mg 2-3 veces por día durante los días 18 al 26 del ciclo.

I. Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina. (SSRI)

En la actualidad existen pruebas muy sólidas para apoyar su uso en las pacientes con SPM y son los fármacos de primera línea para el tratamiento del DDPM pues son muy eficaces para el alivio de los síntomas físicos y emocionales.

Los SSRI) (fluoxetina, sertralina, citalopram, paroxetina) actúan sobre el humor, la saciedad y la agresividad (28).

m. Fluoxetina:

El Reino Unido y el Comité Asesor de Psicofármacos de la FDA han aprobado a la fluoxetina y a la sertralina para el tratamiento del DDPM convirtiéndose en la primera molécula de prescripción farmacéutica autorizada oficialmente para esta indicación.

Inicialmente se utilizaron tratamientos durante todo el ciclo (administración continua), actualmente el efecto deseado puede lograrse cuando se la administra sólo durante la fase lútea (administración intermitente). La dosis de 20 mg/día no es efectiva para reducir los síntomas físicos, la dosis de 60 mg/día tuvo más efectos colaterales (insomnio, alteración nerviosa, cambios en el apetito).

n. Sertralina:

La dosis recomendada es entre 50 y 150 mg/día. Con el citalopram se encontró buena respuesta con una dosis de 20 mg/día durante 9 semanas.

o. Otros psicofármacos:

En cuanto al tratamiento psicoterapéutico, sólo se hace referencia a trabajos que informan sobre tratamientos con terapia cognitivo comportamental, enfocada al manejo del estrés, y a lograr un mejor afrontamiento de los síntomas, ya que se trata de padecimientos en los cuales es posible palpar claramente el entrelazamiento de factores biológicos y psico sociales. (Bocchino, 2004:81)

Los antidepresivos tricíclicos (imipramina, desipramina, amitriptilina) en la actualidad son considerados de segunda línea terapéutica porque tienen menor tolerancia y mayores efectos colaterales que los SSRI.

El alprazolam (agonista de los receptores gababenzodiazepínicos) tiene propiedades ansiolíticas relajantes y anticonvulsivantes. Su prescripción debe ser cautelosa ya que puede desarrollar dependencia (29).

2. MATERIALES Y METODOS

Tipo de estudio

El diseño utilizado en el estudio fue descriptivo de corte transversal

Universo y Muestra

El universo estuvo constituido por las estudiantes del colegio Santa Mariana de Jesús, por ser un colegio femenino. Se obtuvo una muestra de tipo no probabilística que incluía a 103 alumnas participantes entre los 17 y 18 años de edad, estudiantes de los sextos cursos del colegio Santa Mariana de Jesús

Delimitación del área de estudio

Lugar: Loja

Ubicación: Al centro - Sur de la ciudad de Loja

Institución: Colegio Santa Mariana de Jesús

Instrumentos y técnicas de recolección de datos

Los datos sobre el Síndrome Premenstrual se obtuvieron a través una encuesta (ANEXO 1) elaborada en base a evaluaciones retrospectivas como el cuestionario de “trastornos menstruales de Moos” que abarca 47 ítems y el “Formulario de evaluación premenstrual de Habreich”, la cual se aplicó a las adolescentes, y en la que se preguntó sobre la percepción del síndrome premenstrual (saberes populares), además se incluyó información sobre edad de la menarquia, consumo de alimentos, actividad física (estilo de vida), signos y síntomas, antes y durante la menstruación. Considerándose SPM cuando manifestaron tres o más síntomas físicos y psicológicos como: dolor abdominal, cambios de apetito, ansiedad, mastalgia, dolor de cabeza, cambios bruscos de humor, enojo, ansiedad, depresión, irritabilidad, falta de sueño, etc., actitudes y prácticas frente a esta sintomatología y, si los síntomas las incapacitaron de tal forma que tuvieran que suspender sus actividades diarias.

Previamente se obtuvo la autorización de la Rectora del establecimiento, y conjuntamente con el aval tanto de maestros como de padres de familia, se informó a las estudiantes sobre la investigación que se estaba realizando y lo importante de su colaboración para la misma, asegurándoles a la vez absoluta confidencialidad.

Criterios de inclusión:

- Se escogió a las estudiantes de los sextos cursos sobre las estudiantes de los cursos inferiores, por considerar que estaban en una edad en que todas presentaban su período menstrual y habían experimentado este proceso.

Criterios de exclusión:

- Adolescentes que no estén en sexto curso
- Adolescentes embarazadas

Plan de tabulación y análisis

Una vez obtenida y recolectada la información se procederá a:

1. El análisis estadístico de los datos obtenidos se efectuó mediante el programa Excel, elaboración de cuadros, gráficos y discusión de resultados.
2. Discusión del tema comparando según lo que dice los resultados de las encuestas y los datos ofrecidos por la literatura.

3. RESULTADOS

Tabla N° 1
Edad de inicio de la menstruación en las adolescentes del colegio “Santa Mariana de Jesús”

Edad	Frecuencia
Menor a 10	0
10 - 12 años	15
13- 15 años	67
16 y más	18
Total	100

Fuente: Encuesta a estudiantes de los 6° cursos del Colegio Santa Mariana de Jesús, 2011-2012
Elaboración: El autor

Después de seleccionar a las participantes, el grupo quedó integrado con 100 estudiantes con un promedio de 16,7 años, la menarquía fue en promedio entre los 13 a 15 años y un 34% manifestó una duración de cinco días en su período menstrual.

Tabla N° 2
Conocimientos sobre el SPM por parte de las adolescentes del colegio “Santa Mariana de Jesús”.

SI	12
NO	88
Total	100

Fuente: Encuesta a estudiantes de los 6° cursos del Colegio Santa Mariana de Jesús, 2011-2012
Elaboración: El autor

La gran mayoría, en este caso, el 88% de las estudiantes encuestadas, manifestaron no conocer el Síndrome Premenstrual. Del 12% restante, que respondió afirmativamente a la pregunta, únicamente el 6% lo asoció con “más dolor y sensibilidad”, “más agobiada y cansada”, se “tiene mareos y se siente muy mal”, “se sufre mucho en esos días”; en tanto que en el otro 6% que respondió afirmativamente se lo relaciona con el cese de la menstruación: “quiere decir que la mujer ha pasado por un proceso físico y psicológico en su vida ya que deja de tener su menstruación”, “es cuando no llega tu ciclo menstrual y te causa algunos daños en tu organismo”; con el inicio de la misma: “Se presenta cuando recién comienza la menstruación”, e incluso con patología que puede llevar a la muerte: “por lo que yo entiendo, es que la mujer tiene un problema grave en su aparato reproductor que le puede ocasionar la muerte”. Lo que es claro en esta pregunta es la casi completa desinformación que existe en las adolescentes sobre el proceso fisiológico de la menstruación y sus complicaciones, e incluso el temor que se evidencia ante lo que no conocen.

Tabla N° 3
Estudiantes del colegio “Santa Mariana de Jesús” que presentan el SPM.

Síntomas	Frecuencia
Ninguno	5
1	13
2	8
3	16
4	13
5 y +	45
Total	100

Fuente: Encuesta a estudiantes de los 6° cursos del Colegio Santa Mariana de Jesús, 2011-2012
 Elaboración: El autor

Si tomamos en cuenta que para este estudio de acuerdo a lo referido por la literatura sobre el tema, se estimó la presencia de por lo menos tres síntomas

para considerar como Síndrome Premenstrual, vemos que de las adolescentes consultadas la mayor parte de ellas (74%) presentan Síndrome Premenstrual, frente a un 26% que presenta 1, 2 ó ningún síntoma.

Tabla N° 4
Síntomas más frecuentes en las adolescentes del colegio “Santa Mariana de Jesús” previo, durante y después de la menstruación.

Síntomas	Frecuencia
Ansiedad o nerviosismo	16
Dificultad para dormir	17
Irritabilidad	55
Cambios bruscos de humor	37
Depresión (tristeza)	33
Estallidos coléricos sin razón	22
Sensación de ser molestada	29
Falta de concentración o de memoria	13
Baja Autoestima	21
Cefaleas	15
Antojo por un tipo de alimento determinado	33
Aumento de peso	8
Hinchazón del abdomen	38
Hinchazón de la piernas	0
Dolor y tensión de las mamas	20
Cólicos abdominales	48
Cambios en los hábitos intestinales	4
Malestar general o nauseas	15
Reacciones Alérgicas	3
Acné	35
Otros	4
No refiere haber presentado ningún síntoma de interés	2

Fuente: Encuesta a estudiantes de los 6° cursos del Colegio Santa Mariana de Jesús, 2011-2012

Elaboración: El autor

Por otro lado, la mayor frecuencia tiene que ver con síntomas psicológicos, como es la irritabilidad, según se refiere se presenta en 55 casos, seguida de dolor

abdominal (48 casos), hinchazón (38) y cambios bruscos de humor (37); es decir que en conjunto la mayoría de síntomas corresponden a los de tipo afectivo o psicológico.

Tabla N° 5
Duración de los síntomas en las adolescentes del colegio “Santa Mariana de Jesús” durante su ciclo menstrual.

<i>Duración</i>	<i>Porcentaje</i>
Menos de un día	28
1 a 4 días	60
Más de 4 días	7
Indeterminado	5

Fuente: Encuesta a estudiantes de los 6° cursos del Colegio Santa Mariana de Jesús, 2011-2012
 Elaboración: El autor

En la mayoría de las encuestadas (60%) la duración de los síntomas se encuentra en un rango entre 1 a 4 días.

Tabla N° 6
Incapacidad para las actividades diarias por parte de las adolescentes del colegio “Santa Mariana de Jesús” durante su ciclo menstrual.

Actividad	Frecuencia	%
Deja de realizar sus actividades	17	23
Las realiza con dificultad	43	58
No contesta	14	19
Total	74	

Fuente: Encuesta a estudiantes de los 6° cursos del Colegio Santa Mariana de Jesús, 2011-2012
 Elaboración: El autor

De las 74 estudiantes en las que se consideran presentan SPM, 17 estudiantes equivalentes al 23% manifestaron que muchas de las veces tenían que faltar a clases 1 ó 2 días, estas estudiantes se encontraban en el grupo que refieren presentar 5 ó más síntomas, 43 estudiantes equivalentes al 58% realizan sus actividades pero con dificultad.

Tabla N° 7
Síntomas que más afectan a las actividades diarias de las adolescentes del colegio “Santa Mariana de Jesús”

<i>Síntoma</i>	<i>Porcentaje</i>
Ansiedad	2%
Dificultad para dormir	1%
Irritabilidad	7%
Cambios bruscos de humor	1%
Depresión	2%
Sensación de ser molestada	3%
Falta de concentración y de memoria	1%
Cefaleas	10%
Antojo por un tipo de alimento determinado	1%
Hinchazón de abdomen	10%
Cólicos abdominales	49%
Malestar general o nauseas	6%
Acné	8%

Fuente: Encuesta a estudiantes de los 6° cursos del Colegio Santa Mariana de Jesús, 2011-2012
 Elaboración: El autor

En este cuadro, se muestra que el dolor es el principal síntoma que interfiere con las actividades diarias, siendo mayoritario el de los cólicos abdominales (49%), seguido del dolor de cabeza o cefalea (10%).

Tabla N° 8
A quien acuden las adolescente del colegio “Santa Mariana de Jesús” cuando se presentan los síntomas

<i>Tipo de ayuda</i>	<i>N°</i>
Automedicación	3
Mamá	45
Médico	18
Ninguna	28

Fuente: Encuesta a estudiantes de los 6° cursos del Colegio Santa Mariana de Jesús, 2011-2012
Elaboración: El autor

Esta tabla nos muestra que las adolescentes acuden mayoritariamente a su madre para recibir la ayuda ante la presencia de los síntomas del Síndrome Premenstrual, en menor porcentaje acuden donde un médico.

Tabla N° 9
Deportes que más practican las adolescentes del colegio “Santa Mariana de Jesús”.

<i>Deporte</i>	<i>N°</i>	<i>Porcentaje</i>
Basket	19	18%
Ciclismo	4	4%
Baile	9	8%
Atletismo	9	9%
Voleiboll	8	8%
Fútbol	8	8%
Natación	7	7%
Ninguno	39	38%

Fuente: Encuesta a estudiantes de los 6° cursos del Colegio Santa Mariana de Jesús, 2011-2012
Elaboración: El autor

En esta tabla y gráfico observamos, que si bien es considerable el número de adolescentes que no realizan actividad física (38%), en conjunto es mayor el número de adolescentes que si realizan algún tipo de actividad física (62%),

siendo el básquet (18%) el deporte que más frecuentemente se practica entre las adolescentes.

Tabla N° 10
Horas de sueño que poseen las adolescentes del colegio “Santa Mariana de Jesús”.

<i>Horas</i>	<i>Frecuencia</i>
2 horas	4
4 horas	3
6 horas	24
8 horas	42
10 horas	21

Fuente: Encuesta a estudiantes de los 6° cursos del Colegio Santa Mariana de Jesús, 2011-2012
Elaboración: El autor

En lo que tiene que ver con hábitos de sueño, los datos nos indican que las 8 horas de sueño aconsejadas para mantener la salud, se mantienen en la mayoría de las adolescentes.

Tabla N° 11
Tipos de alimentos

Alimento	N°
Arroz, carne, sopa	56
Frutas	47
Verduras	40
Cereales	17
Lácteos	12
Golosinas	28

Fuente: Encuesta a estudiantes de los 6° cursos del Colegio Santa Mariana de Jesús, 2011-2012
Elaboración: El autor

Se aprecia una alimentación variada en las adolescentes, que abarcan carbohidratos y carnes (56) y en gran proporción (47), se aprecia una alimentación rica en frutas,

Tabla N° 12
Medicinas o métodos utilizados por las adolescentes del colegio
“Santa mariana de Jesús” para tratar el SPM.

Medicamentos	Frecuencia
Finalín Fem	8
Femen forte	20
Aguas aromáticas	10
Buscapina Fem	4
Analgan	1
Aspirina	1
Otras	15
Nada	41

Fuente: Encuesta a estudiantes de los 6° cursos del Colegio Santa Mariana de Jesús, 2011-2012
Elaboración: El autor

En esta pregunta, el 49% de las adolescentes refieren algunos nombres de tabletas que suelen tomar para el dolor menstrual, lo que no está en relación al 3% de adolescentes que refirieron automedicarse en la pregunta 8, lo que nos indica que el número de adolescentes que se automedican es mucho mayor, y que no son ellas únicamente las que deciden automedicarse, sino que también por medio de sus familiares o amigo/as, guiándose por la publicidad existente en los medios de comunicación de fármacos que se venden libremente.

4. DISCUSIÓN

El SPM es un problema que afecta a las mujeres en edad reproductiva, en especial, en la etapa de la adolescencia. Sin embargo, a pesar de ser considerado un problema de salud pública, no se le ha dado la importancia que el caso requiere; y, si bien es cierto que los estudios en relación al SPM han ido en aumento, en nuestro medio existen muy pocas investigaciones con respecto al impacto de este síndrome en la calidad de vida de las mujeres, por ende, poco o nada se ha hecho para educar a la población particularmente femenina sobre la necesidad de prevenir o mitigar este cuadro, más bien se le ha minimizado y hasta ridiculizado la sintomatología especialmente la de tipo psicológico del SPM dando lugar a la aparición de padecimientos llamados “histeria” o fortaleciendo la noción de “normalidad” y pasividad ante su presencia ya que se la percibe como un cuadro que poco o nada interfiere en la vida diaria.

En este estudio se pudo observar que en efecto, como lo señala García Porta en su artículo sobre el SPM en la revista de antropología iberoamericana en el 2006, la mayoría de nuestras adolescentes (88%), ni siquiera han escuchado la palabra “síndrome premenstrual”, o lo consideran como manifestación “normal” del ciclo menstrual. Aún más, se corroboró el hecho de que a pesar de desconocer lo que es el SPM, la mayoría de adolescentes lo padece según se determina en las respuestas ofrecidas en la encuesta sobre la sintomatología que presentan durante su período menstrual, pero no lo consideran como una situación que debe tenerse en cuenta, peor que requiera de un control adecuado para evitar complicaciones posteriores, ya que la mayoría de adolescentes consideran que el visitar a un ginecólogo es solo para mujeres con vida sexual activa, casadas o enfermas. La desinformación se evidencia incluso en las encuestadas que refirieron haber oído o conocer algo sobre el SPM, ya que lo asocian con algo de mucha gravedad que incluso puede llevarles a la muerte

Sin duda alguna, que el principal síntoma que suelen referir las mujeres que las aqueja durante el ciclo menstrual y que a veces dificulta las actividades diarias, es el dolor o cólico abdominal en un 49%; pero por otro lado se pudo evidenciar que

las adolescentes manifestaron en 55 ocasiones que la irritabilidad es un síntoma común durante su período menstrual en contraste con lo que señala Gaviria en su artículo sobre el SPM 2008.

Un agravante en la juventud actual, es el poco interés en la realización de actividad física (38%), un aspecto casi constante en aquellas adolescentes que han reportado síntomas compatibles con SPM. De aquí nace una razón más para promover la actividad física, sobretodo en esta etapa, ya que el desarrollo en las mujeres se da primero que en los hombres.

Como se ha visto anteriormente, la participación cada vez mayor de la mujer en asuntos de interés social, la falta de información sobre el tema, además de otros aspectos como la falta de disponibilidad para acudir a los servicios de salud en busca del alivio deseado para sus síntomas, da lugar -en el caso particular de las adolescentes- a la automedicación, ya sea por sus propios familiares o por ellas mismas (48 casos). Las adolescentes que acuden al médico (18 casos) no lo hacen al debido especialista argumentando que el médico ginecológico es solo para pacientes con una vida sexual activa a pesar de que existen observaciones hechas, sobre todo la investigación hecha en 1995 por médicos de la Universidad de Santo Domingo, República Dominicana a un grupo de 391 adolescentes que padecían de SPM.

Es importante resaltar que la gran mayoría de las adolescentes encuestadas que refirieron acudir a sus familiares (Madre en 45 casos) en este tipo de situación, usaban los llamados “remedios caseros” o “aguas aromáticas” que son elaboradas en base a la tradición y sabiduría popular y que alguna efectividad deben tener, por eso han perdurado y usado por generaciones, no solo por las comprobadas propiedades terapéuticas de las plantas, sino también por la carga afectiva que implica el que la madre es quien prepara y administra “el remedio” y la confianza o fe depositada en la efectividad del mismo.

Un aspecto que se tiene que hacer énfasis, es el tipo de alimentación, que influye de una u otra manera en el ritmo de vida de la mujer adolescente. A sabiendas de que la “comida chatarra” es perjudicial y hasta predispone a padecer

enfermedades de diversa índole, en el caso particular de aquellas mujeres con SPM, se considera un agravante ya que este tipo de alimentación no le proporciona los nutrientes necesarios, para incluso, reponer las pérdidas que sufre durante sus períodos. Aun así, en este trabajo, no se hayo una relación directa en el tipo de dieta con la severidad de los síntomas como lo señalan alguno estudios, como por ejemplo de que la comida con alto contenido de grasa o de sal empeora la hinchazón de miembros inferiores o abdominal.

Algo importante y que es también un problema social, es el estrés diario con el que se desenvuelven habitualmente las adolescentes, que como se ha evidenciado, los factores emocionales pueden acentuar sobretodo la sintomatología de tipo emocional, aún en aquellas mujeres que no padecen de problema físico alguno. El dormir las horas recomendadas ayuda en muchos aspectos para el bienestar personal, y la gran mayoría de las adolescentes consultadas (42 casos) cumplían con esta práctica, inclusive aquellas que han padecido el SPM. Por lo que este ultimo punto solo sería un síntoma más entre los trastornos emocionales y no influiría directamente al desarrollo del SPM, sino que tendrían que juntarse otros problemas de tipo emocional o psicológico.

Por lo visto en todo esto, el SPM es un problema muy frecuente, pero poco conocido, demostrándose que la sintomatología comienza a edades tempranas de la vida reproductiva de la mujer y no pasadas la tercera o cuarta décadas de vida casi coincidiendo con los inicios de la etapa premenopáusica como se sospechaba en un inicio, y que la falta información o la aceptación errónea de este síndrome como algo “propio” del ciclo normal de la mujer, puede llevar a prácticas inadecuadas como la automedicación y también al ausentismo obligado en las actividades cotidianas.

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- Para la mayoría de las estudiantes encuestadas (88%), el SPM y SDPM es desconocido o no han oído hablar nunca del mismo y, la sintomatología propia del SPM, la asumen como algo “normal” por su condición de mujeres; un pequeño porcentaje (12%) refiere haber oído hablar o conocer sobre este tema, lo asocia con la primera menstruación, con el sangrado del primer día del período, e inclusive con el cese de la menstruación sumado a “un conjunto de problemas físicos y emocionales”. De este pequeño porcentaje, la mitad (6%) lo percibe como una patología que puede ocasionar la muerte.
- El 74% de las adolescentes encuestadas padece el Síndrome Premenstrual de acuerdo a la sintomatología presentada, lo cual se encuentra dentro del rango referido por la literatura.
- La mayor frecuencia tiene que ver con síntomas psicológicos, como es la irritabilidad (55 casos), seguida de dolor abdominal (48), hinchazón (38) y cambios bruscos de humor (37); es decir que en conjunto la mayoría de síntomas corresponden a los de tipo afectivo o psicológico. Se evidenció que la duración de los síntomas según el 60% de las encuestadas, tiene una duración de 1 a 4 días.
- La primera fuente de consulta o de ayuda ante el SPM de las adolescentes, es su madre, es quien diagnostica y da el tratamiento primero, ya sea con “remedios caseros” o recurriendo a fármacos de fácil acceso, muy pocas son las adolescentes que son llevadas al médico para tratar estas molestias (18) y un importante número (28) no reciben ningún tipo de ayuda. Esto nos muestra otro de los agravantes de la desinformación o el desconocimiento que no considera el recibir algún tipo de ayuda o tratamiento en estos casos, lo que puede llevar a graves complicaciones posteriores.

- Dado el poco conocimiento sobre el tema, los cuidados en la alimentación o el ejercicio físico, no están entre las alternativas de mitigación de la sintomatología en las adolescentes que padecen el SPM.
- Por las razones analizadas, se hace urgente la necesidad de educar a las estudiantes en la identificación de los síntomas, en el conocimiento de la prevención, cuidados y riesgos que conlleva el Síndrome Premenstrual, tendiente siempre esto al mejoramiento de las condiciones y la calidad de vida de las adolescentes y mujeres en general (ANEXO 2).

5.2. RECOMENDACIONES:

- Socializar el tema en los diferentes establecimientos educativos, mediante charlas, conferencias, foros, etc., o como parte de la Educación para la Salud impartida en los establecimientos educativos, con el propósito de adiestrar en el tema del SPM a las adolescentes, para que sepan a dónde acudir oportunamente por ayuda en caso necesario y así evitar sufrimientos, incapacidad y complicaciones posteriores.
- De igual forma, se recomienda capacitar a padres y maestros de los diferentes centros educativos, ya sean por conferencias, foros o charlas médicas, con el fin de que estén preparados para reconocer esta entidad clínica en las adolescentes y así poder brindar la orientación y ayuda requerida.
- Sugerir a las autoridades de educación, que se trabaje coordinadamente con las instituciones públicas de salud, a fin de proporcionar atención a las adolescentes que incluya atención de tipo ginecológico, realizando una historia clínica y examen físico minucioso para evitar pasar por alto enfermedades o problemas de tipo orgánico sobreañadidos que puedan exacerbar la sintomatología del SPM.

- Fomentar en los colegios la actividad física ya que la mayoría de jóvenes poseen una vida sedentaria que puede empeorar la sintomatología del SPM.
- Por parte de las autoridades de los establecimientos educativos, se debe dar mayor importancia y apertura a los programas de bares escolares del Ministerio de Salud Pública (MSP), con la finalidad de ofrecer una alimentación más equilibrada en bares escolares, a su vez el trabajo coordinado con el MSP, permitirá controlar la venta ambulante de comida chatarra, con el fin de evitar la mala alimentación que empeore el cuadro del SPM.
- Pedir a las autoridades que controle la libre venta de fármacos sin la revisión y prescripción previa del respectivo facultativo.

6. BIBLIOGRAFIA

- (1) Sociedad Argentina de Pediatría. Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo; Trastornos del ciclo menstrual en la adolescencia; 2010; pág.363.
- (2) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; Fisiología de la reproducción y ciclo menstrual, neuroendocrinología; 2009, págs.: 1 - 12.
- (3) Speroff, L, Fritz, Endocrinología Ginecología Clínica y esterilidad, Capitulo 14; Fisiología de la Reproducción de la Mujer: Ciclo menstrual Normal, Lippincott Williams & Wilkins, Oregon – 2007, págs.: 334 – 336
- (4) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; Fisiología de la reproducción y ciclo menstrual, neuroendocrinología; Madrid - 2009. pág: 3,
- (5) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; Fisiología de la reproducción y ciclo menstrual, neuroendocrinología, Madrid - 2009. págs.:1 – 7.
- (6) Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; Fisiología de la reproducción y ciclo menstrual, neuroendocrinología, Madrid - 2009. págs.:5 – 6.
- (7) Sociedad Argentina de Pediatría. Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo; Trastornos del ciclo menstrual en la adolescencia; 2010; pág.363.
- (8) GORI, J, LORUSSO, A, Ginecología, 2da Edición; Madrid – España, 2009; pág 521 – 522
- (9) Sociedad Argentina de Pediatría. Subcomisiones, Comités y Grupos de Trabajo;Trastornos del ciclo menstrual en la adolescencia; 2010;pág.363.
- (10) BOTELLA LLUSIA, J., CLAVERO NUÑEZ J., “Tratado de Ginecología” Fisiología - Obstetricia – Perinatología – Ginecología – Reproducción, 14va Edición, ediciones “Díaz de Santos”, Madrid – España 1993, pág. 747.
- (11) Sobre el mal llamado histeria. Bartolache JL. El Mercurio Volante, 1772, citado en Revista de Psiquiatría del Uruguay , “Salud mental de la mujer. Síntomas y trastornos premenstruales. Clínica y tratamiento”, Volumen 68 N° 1, Julio, 2004, pág. 78
- (12) USANDIZAGA JOSÉ ANTONIO, Tratado de Obstetricia y ginecología, Vol II, editorial McGraw – Hill interamericana, 2da edición, Buenos Aires – Argentina, 2005, pág. 114.
- (13) USANDIZAGA JOSÉ ANTONIO, Ob.cit., pág. 114.
- (14) DEWHURST CRISTOPHER J., Ginecología Pediátrica, séptima edición, Alhambra, Philadelphia - 2009, pág. 408.

- (15) CONDON JT. The Premenstrual Syndrome: A Twin Study. *British Journal of Psychiatry*. 1993; pág. 162:481-486.
- (16) RIVERA-TOVAR AD AND FRANK E. Late Luteal Phase Disphoric Disorder in Young Women. *Am. J. Psychiatry*. 1990; pág. 147 (12):1634-1636.
- (17) JARREL, JOHN F., MCGREGOR JAMES A, *Ginecología*, Editorial Médica Panamericana; 2da edición, Buenos Aires, 2009, págs.:395 – 397
- (18) JARREL, JOHN F., MCGREGOR JAMES A, *Ob.cit.*, págs.:395 – 397
- (19) COPELAND, L, J, *Ginecología*, 3ra Edición; Editorial Médica Panamericana; Buenos Aires– Argentina, 2008; pág. 559.
- (20) GAVIRIA, A, S, “Síndrome Premenstrual y Desorden Disfórico Premenstrual”, *Artículo Científico*, Bogotá – Colombia, 2008, págs.: 1 – 3.
- (21) GAVIRIA, A, S, *Ob.cit.* págs.: 1 – 3.
- (22) Sociedad Argentina de Ginecología y Obstetricia, “Síndrome de Tensión Premenstrual; Guía de Práctica Clínica”, Buenos Aires Argentina, 2009 págs.:1 – 11
- (23) USANDIZAGA BEGUIRISTONJ,A, & DE LA FUENTE P, “Tratado de Obstetricia y Ginecología”, Editorial McGraw – Hill Interamericana; Volumen II; Madrid – España; 2007
- (24) Sociedad Argentina de Ginecología y Obstetricia, “Síndrome de Tensión Premenstrual; Guía de Práctica Clínica”, págs.:1 – 11; Buenos Aires Argentina, 2009
- (25) JARRELL, JOHN F., MCGREGOR James A, *Ginecología*, Editorial Médica Panamericana, 2da edición, Buenos Aires – Argentina; 2009, págs.:394 – 395.
- (26) BEREK JONATHAN S.; *Tratado de Ginecología de Novak*; 13ra. Edición; Capítulo 8, Philadelphia - 2007 pág: 534.
- (27) GOODMAN Y GILMAN “Bases Farmacológicas de la Terapéutica”, 11ma Edición; New York 2004; págs.: 671 – 771; 1541 – 1569.
- (28) FLORES, J, “Farmacología Humana”, 3ra Edición; Sección III; Capítulo 50; Barcelona – 2004. págs.:867 – 879.
- (29) Sociedad Argentina de Ginecología y Obstetricia, “Síndrome de Tensión Premenstrual; Guía de Práctica Clínica”, págs.:1 – 11; Buenos Aires Argentina. 2009.

7. ANEXOS

ANEXO 1



ENCUESTA

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

AREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

Encuesta dirigida a las estudiantes preadolescentes y adolescentes de los sextos cursos del colegio “Santa Mariana de Jesús” con la finalidad de determinar el nivel de conocimiento que poseen sobre el Síndrome de Tensión Premenstrual.

1. ¿A qué edad inició a menstruar?

.....

2. ¿Qué entiende por Síndrome de Tensión Premenstrual?

.....
.....
.....
.....
.....

3. ¿Cuál de estos síntomas usted presenta previos a la menstruación?

- Ansiedad (angustia)
- Dificultad para dormir
- Irritabilidad
- Cambios bruscos del humor
- Depresión (tristeza)

- Estallidos coléricos sin razón
- Sensación de ser molestada
- Falta de concentración o de memoria
- Baja autoestima
- Cefaleas (dolor de cabeza)
- Antojo por un tipo de alimento determinado
- Aumento de peso
- Hinchazón del abdomen
- Hinchazón de piernas
- Dolor y tensión de las mamas
- Cólicos abdominales
- Cambios en los hábitos intestinales (estreñimiento, diarrea)
- Malestar general o náuseas
- Reacciones alérgica
- Acné
- Otros

4. Duración de los síntomas:

- Menos de 1 día 1 a 4 días Más de 4 días Indeterminado
- No refiere haber presentado ningún síntoma de interés

5. De los síntomas que Ud. haya presentado durante su ciclo menstrual, ¿Han ocasionado que tenga que dejar de asistir a clases o para la realización de sus actividades diarias?

.....

.....

.....
.....

6. ¿Cuándo presenta uno o algunos de estos síntomas y/o enfermedad durante su período menstrual, a quien (es) acude por lo regular y por qué?

.....
.....
.....
.....

7. ¿Práctica algún deporte o actividad física?

.....
.....
.....

8. ¿Cuántas horas usted duerme normalmente?

.....
.....
.....

9. ¿Qué tipos de alimentos consume normalmente? Descríbalos.

.....
.....
.....
.....

10. ¿Consume alcohol, cigarrillo o alguna otra droga o estupefaciente?

.....
.....
.....
.....

11. ¿Qué situaciones o alimentos evita usted durante o después de la menstruación?

.....
.....
¿Por qué?.....
.....

12. Qué medidas o fármacos utiliza usted para combatir los síntomas que presenta previos, durante o después a la menstruación?

.....
.....
.....
.....

Gracias por su colaboración!

ANEXO 2

PROPUESTA DIRIGIDA A LAS ADOLESCENTES PARA CONTRARRESTAR LOS SINTOMAS DEL SINDROME PREMENSTRUAL (SPM).

Cuando hablamos de Síndrome Pre-Menstrual o SPM nos referimos a un amplio rango de síntomas que pueden ser emocionales o físicos que por lo general aparecen entre 5 y 10 días antes del ciclo menstrual. Para la gran mayoría de las mujeres todos estos síntomas desaparecen en cuanto aparece la menstruación o un poquito después.

PLAN	COMENTARIO
<p>- EJERCICIO</p> <ul style="list-style-type: none">• Se recomienda ejercicios suaves por lo menos 30 minutos al día, como caminar o nadar moderadamente, los ejercicios aeróbicos, ya que estimulan la circulación y reducen el dolor¹.	<ul style="list-style-type: none">• En los días de menstruación no es aconsejable la práctica de deportes que conlleven gran desgaste físico, aunque el sedentarismo tampoco es un hábito mínimamente aconsejable.
<p>- ALIMENTACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none">• La ortiga puede proporcionar buenas dosis de serotonina y ayudar a eliminar los edemas que se producen habitualmente en los tobillos, los pies o las manos², en algunos casos suele consumirse a más de la tradicional infusión, también preparada como sopa..• Plátano, contiene serotonina, además son ricos en potasio que favorece, la recuperación en estados de nerviosismo y depresión.• La piña, tiene propiedades diuréticas. Contiene también	<ul style="list-style-type: none">• La ortiga tiene muy mala fama por el escozor que produce al contacto con la piel. Sin embargo, es una de las plantas con multitud de propiedades medicinales.• Los alimentos grasos producen un aumento de estrógenos lo que conlleva a la aparición de las conocidas molestias, especialmente en los pechos.

¹ GAVIRIA, A, S, "Síndrome Premenstrual y Desorden Disfórico Premenstrual", Artículo Científico, Bogotá – Colombia, 2008, págs.: 1 – 3.

² YEPES C. L. "La ortiga, una planta con dos caras", Artículo científico, Barcelona – España, 2007, págs., 5 – 6.

<p>serotonina que ayuda a mejorar los estados depresivos durante este síndrome.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lechuga, patatas, col de Bruselas y tomates, son ricos en potasio por lo que poseen potencial diurético para combatir la hinchazón. • Alimentos ricos en vitamina B6 (piridoxina) ayuda a eliminar el exceso de agua durante el periodo premenstrual y, al aumentar los niveles de serotonina y a evitar una serie de desórdenes corporales, como la debilidad muscular, indisposición mental, insomnio, etc. la mayoría de los frutos secos, las verduras de hoja verde y los cereales integrales, como la avena contiene este compuesto. • Moderar el consumo durante el síndrome premenstrual, las carnes o alimentos muy grasosos, por contener aceites saturados. • Moderar el consumo de azúcares, pastas, golosinas, caramelos, etc., constituyen uno de los alimentos más apetecidos³. • El alcohol debe evitarse completamente puesto que produce más ansiedad e irritabilidad. De igual manera el café. • Moderar el consumo de alimentos con mucho contenido de sal, para evitar la acumulación de líquidos⁴. 	
<p>- FARMACOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se recomienda usarlos previa revisión médica, pero en caso de no

³ COPELAND, L, J, Ginecología, 3ra Edición; Editorial Médica Panamericana; Buenos Aires– Argentina, 2008; pág. 559.

⁴ Sobre el mal llamado histeria. Bartolache JL. El Mercurio Volante, 1772, citado en Revista de Psiquiatría del Uruguay, “Salud mental de la mujer. Síntomas y trastornos premenstruales. Clínica y tratamiento”, Volumen 68 N° 1, Julio, 2004, pág. 78

<ul style="list-style-type: none">• Antinflamatorios, ayudan principalmente con el dolor en general.	<p>tolerar el dolor, se puede usar una tableta de ibuprofeno de 400 o 600mg. Una vez que disminuya el dolor, acudir al centro de salud más cercano.</p> <ul style="list-style-type: none">• El tratamiento farmacológico se reserva para aquellos casos en que las medidas generales no son suficientes. Esto se los hace previa valoración médica.
--	---

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Previa solicitud dirigida a la Hna. Guillermina Carrión, rectora del colegio “Santa Mariana de Jesús” se obtuvo el permiso correspondiente y previo consentimiento tanto de padres como de profesores, se aplicó la encuesta mencionada en el anexo 1, a las adolescentes de los sextos cursos, explicándoles el propósito de esta investigación y garantizándoles absoluta reserva.