

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

**CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE
DISMENORREA EN ADOLESCENTE**

Estudio a realizarse en un grupo de adolescentes
del nivel medio en un Colegio Privado de la
Ciudad Capital en Marzo, 1994. Guatemala.

T E S I S

Presentada a la Honorable Junta Directiva de la
Facultad de Ciencias Médicas de la
Universidad de San Carlos de Guatemala.

P O R

MAYRA ELIZABETH VELIZ OCHOA

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, ABRIL DE 1994.



FORMA C

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 20 de abril

de 1994

Director Unidad de Tesis
Centro de Investigaciones de las Ciencias
de la Salud - Unidad de Tesis

Se informa que el: SECRETARIA BILINGUE MAYRA ELIZABETH
Título o diploma de diversificado, Nombres y apellidos
VELIZ OCHOA Carnet No. 83-11666
completos

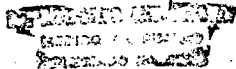
Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:

"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE DISMENORREA EN
ADOLESCENTES"

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los conceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, pertinencia de las conclusiones y recomendaciones, así como la calidad técnica y científica del mismo, por lo que firmamos conformes:

Firma del estudiante

Asesor
Firma y sello personal



Revisor
Firma y sello

Registro Personal 9,982

Edgar Rodolfo de León Baillón
MEDICO Y CIRUJANO
COLEGIADO 4040

DL
05
T(7129)

EL DECANO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FORMA D

H A C E C O N S T A R Q U E :

El Bachiller: MAYRA ELIZABETH VELIZ OCHOA

Carnet Universitario No. 83-11666

Previo a optar al Título de Médico y Cirujano, en su Examen General Público ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
"CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE DISMENORREA EN ADOLESCENTES"

Avalado por asesor(es) y revisor, por lo que se emite la presente
ORDEN DE IMPRESION:


Guatemala, 20 de abril de 1994

Dr. Edgar R. De León Barillas
Por Unidad de Tesis

Dr. Paul A. Castillo Rodas
Director del Centro de Investigaciones
de las Ciencias de la Salud

I M P R I M A S E :

Dr. José Ernesto Cabrera Franco
DECANO



I N D I C E

| | | |
|-------|--|----|
| I. | INTRODUCCION | 1 |
| II. | DEFINICION DEL PROBLEMA | 3 |
| III. | JUSTIFICACION | 4 |
| IV. | OBJETIVOS | 5 |
| V. | REVISION BIBLIOGRAFICA | 6 |
| VI. | METODOLOGIA | 18 |
| VII. | PRESENTACION DE RESULTADOS | 22 |
| VIII. | ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS | 31 |
| IX. | CONCLUSIONES | 33 |
| X. | RECOMENDACIONES | 34 |
| XI. | RESUMEN | 35 |
| XII. | REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | 36 |
| XIII. | ANEXOS | 39 |

INTRODUCCION

La dismenorrea constituye uno de los síntomas ginecológicos más frecuentes de las adolescentes, siendo causa importante de ausentismo escolar y de pérdidas económicas por el descenso de la productividad o ausencia laboral durante éste periodo. (5,7)

El objetivo principal de éste estudio fué hacer una evaluación acerca de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las adolescentes, sobre dismenorreas de un colegio privado de la ciudad capital de Guatemala. Para ello se tomo una muestra representada por el No. total de adolescentes de lo. a 3o. básico consistente en 151 estudiantes que es el universo de estudio.

Se les realizó un cuestionario (anexo #1) mediante el cual se les interrogó acerca de: si conocían o no el concepto de la palabra dismenorrea, si había recibido alguna orientación al respecto, si sufrían de dolor menstrual, qué actitud tomaban al sufrir dicho dolor, qué medicamento o medicina natural tomaban, acerca de ausentismo escolar, hábitos higiénicos, dieta y actividad física durante el ciclo menstrual.

Se logró concluir que hay deficiencia de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre dismenorrea en las adolescentes estudiadas, en un 64.13%. Que del 100% estudiado, sólo el 7.59% busca ayuda profesional al presentarse el dolor menstrual. En su lugar, el 40% acostumbra tomar medicina natural y el 31% toma algún anti-espasmódico, regularmente automedicado, el 18% toma medicina natural y antiespasmódico combinados.

Finalmente se concluyó que el baño diario y la práctica de deporte durante el ciclo menstrual es frecuente en un 80% y sólo en un 20% no. En cuanto al ausentismo escolar, éste se presenta en un 9.7%, lo cual es un porcentaje importante respecto a la población estudiada.

Todo esto, indica que los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las adolescentes sobre dismenorreas, son deficientes y que pensando en las afecciones ginecológicas, sociales y económicas que este problema representa, debería hacerse mayor énfasis en la Orientación al respecto y se trate debidamente.

II

DEFINICION DEL PROBLEMA

La dismenorrea o menstruación dolorosa, representa una de los síntomas más frecuentes que se observan en la consulta ginecológica, principalmente en mujeres adolescentes y es probablemente el más frecuente de todos los trastornos ginecológicos. Después de la menarquía, más del 50% de las mujeres tienen algún grado de molestia durante su menstruación, lo que viene a representar hasta un 20% de mujeres incapacitadas por este trastorno durante uno a tres días de cada mes. La dismenorrea tiene importancia socio económica considerable, se estima que es la mayor causa de ausentismo en la escuela y trabajo, y que cada año representa más de 140 millones de horas de trabajo desperdiciadas.

A pesar de su frecuencia y las extensas discusiones y amplios estudios del trastorno por más de cien años, la dismenorrea sigue siendo uno de los enigmas etiológicos de la ginecología. (6,7)

Por otro lado, durante muchos años, los médicos clasificaban a las pacientes con dolor peri menstrual intenso y a veces incapacitante como víctimas de un trastorno en gran parte psicossomático. (25)

Considerando lo anterior, se realizó una evaluación acerca de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de una población de adolescentes del nivel medio de un colegio privado de la ciudad capital de Guatemala.

III

JUSTIFICACION

Siendo la dismenorrea una entidad clínica muy frecuente que afecta a una gran cantidad de mujeres, sobre todo adolescentes, y que es una causa importante de ausentismo escolar y laboral, y de pérdidas económicas por el descenso de la productividad o ausencia laboral durante este periodo, se hace necesario realizar una investigación a fondo que evalúe los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de una población adolescente al enfrentarse ante tal problema. En este caso, una población adolescente de un colegio privado del área urbano de la ciudad capital de Guatemala.

IV

OBJETIVOSa) GENERAL:

1. Evaluar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre dismenorrea de una población adolescente del nivel medio de un colegio privado de la ciudad capital de Guatemala.

b) ESPECIFICOS:

1. Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas de las adolescentes, sobre dismenorrea.
2. Correlacionar la actitud de las adolescentes al presentar dicho trastorno en cuanto al tratamiento médico y natural.
3. Identificar las costumbres higiénicas de las adolescentes con dismenorrea.
4. Cuantificar el grado de ausentismo de las adolescentes a sus actividades escolares.
5. Identificar la actividad física de las adolescentes durante el ciclo menstrual.

REVISION BIBLIOGRAFICA

La dismenorrea, o menstruación dolorosa, es probablemente el más común de todos los trastornos ginecológicos; después de la menarquia más de la mitad de las mujeres tiene cierto grado de molestia y asciende al 10% de la proporción de incapacitadas durante uno a tres días de cada mes. La dismenorrea tiene una importancia socioeconómica considerable, se estima que es la mayor causa de ausentismo del trabajo y la escuela y que cada año representa más de 140 millones de horas desperdiciadas. Pese a su frecuencia y a las éxtensas discusiones y amplios estudios del trastorno durante más de cien años, la dismenorrea sigue siendo uno de los enigmas etiológicos de la ginecología. (5,7)

ASPECTOS HISTORICOS:

En la historia de la medicina se ha comprobado que en todas las épocas ha sido de interés el estudio de esta patología. 400 años A.C. Hipócrates atribuye la etiología de la dismenorrea a la estenosis cervical, recomendando el uso de instilaciones en los genitales externos de vino dulce o aceite de rosa. Posteriormente siglo XII D.C., un médico de la corte de Saladino relaciona a la dismenorrea con la retención de la menstruación. Siglos después, 1,832, Mackintos trata esta afección con dilataciones del cuello.

Betty, en 1,862, propone la ooforectomía bilateral como último recurso luego de haber utilizado analgésicos y antiespasmódicos derivados del opio y la nitroglicerina.

Seblene, alrededor de 1,895, comunica la eficacia del salicilato en la terapéutica de la dismenorrea, Picles, en 1,957, es el primero que presenta la hipótesis del rol de las prostaglandinas en la patogénesis de esta afección. (2,5,19,20)

Investigaciones recientes han demostrado con claridad que la producción excesiva de prostaglandinas por endometrio puede causar hipercontractilidad uterina y dismenorrea severa, siendo la causa más común de la menstruación dolorosa, esta forma fisiológica -

lógica (funcional) de la dismenorrea, responde bien al tratamiento con inhibidores de prostaglandinas.

Sin embargo, antes de instituir esta terapia, se debe excluir cualquier causa orgánica de dolor perimenstrual.

La dismenorrea fisiológica generalmente comienza uno o dos años después de la menarquia y parece estar relacionada con el establecimiento de los ciclos ovulatorios. (25)

En jóvenes adolescentes, la dismenorrea primaria o idiopática sería la causa más frecuente de este tipo de disfunción. (22)

La causa más común de dismenorrea orgánica es la endometritis, o sea la presencia de endometrio ectópico en diferentes estructuras de la cavidad abdominopélvica, con "menstruación interna" ciclica, esta se presenta más a menudo después de los 20 años de edad. (22,25)

DEFINICION:

La dismenorrea Primaria es el dolor menstrual que se observa en ausencia de lesión pelviana manifiesta, dependiente de factores intrínsecos del propio útero. En forma característica el dolor comienza al iniciarse la menstruación y dura unas horas, aunque puede persistir varios días. Suele ser de naturaleza espasmódica, como calambres o del tipo de los dolores de parto, pero en ocasiones se describe como una molestia o pesantez en el abdomen bajo. Tiende a concentrarse en la línea media baja, pero puede irradiar a la región lumbar y o descender a los muslos. El dolor pélvico puede acompañarse de numerosos síntomas, que incluyen náuseas, vómitos y anorexia, diarrea, cefalea, y vértigo, cansancio y nerviosismo. El dolor y sus síntomas concomitantes pueden obligar a la paciente a guardar cama uno o varios días de cada mes. Por lo general, los síntomas son más intensos el primer día de la menstruación y tal vez algunas mujeres resulten completamente incapacitadas. Aunque la dismenorrea primaria suele mejorar espontáneamente con la edad, esta evolución no es de ninguna manera predecible. Con frecuencia, también cede después del parto, pero tampoco es -

es posible confiar en ello. La dismenorrea que ocurre por primera vez después del parto sugiere una causa física identificable. Por el contrario, el dolor menstrual que comienza en épocas tardías de la vida y aumenta progresivamente de intensidad, puede deberse a una enfermedad orgánica. (2,5,17,19,25)

La dismenorrea Secundaria es el dolor de la menstruación cuando hay otras afecciones pélvicas, como endometriosis, miomas intrauterinos o submucosos, pólipos endometriales y enfermedad inflamatoria pélvica. La más común es la endometriosis, o sea, la presencia de endometrio ectópico (ya mencionado anteriormente) en diferentes estructuras de la cavidad abdominopélvica, con "menstruación interna".

Según la teoría de Sampson sobre el origen de la endometriosis, la causa sería el flujo retrógrado de sangre menstrual por la Trompas de Falopio hacia la cavidad abdominopélvica, con implantación secundaria de endometrio. Esto concuerda con la observación de que la endometriosis involucra con mayor frecuencia los ligamentos uterosacros, el fondo del Saco de Douglas y la ovarios.

La dismenorrea primaria y secundaria son dos entidades clínicas diferentes, en ocasiones puede ser muy difícil separar su sintomatología ya que ambas pueden relacionarse con un efecto de las prostaglandinas. (17,25)

La dismenorrea primaria se presenta a veces con el primer período, pero en la mayoría de las enfermas se manifiesta muchos meses o incluso varios años después de la menarquía. Una explicación de la ausencia de síntomas, es que los primeros ciclos menstruales son anovulatorios u oligolúteos, casi siempre caracterizados por su naturaleza indolora. Cuando comienza la ovulación y la función normal del cuerpo amarillo, puede desarrollarse la dismenorrea primaria. Esta serie de acontecimientos no suele ocurrir hasta unos seis a doce meses después del inicio de la menstruación. (19,22)

La dismenorrea que comienza después de los veinte años de edad suele ser secundaria a otro problema pélvico. La historia de menstruaciones dolorosas que cobra importancia después del inicio de -

la menstruación cíclica regular debe alertar al clínico a la probabilidad de una coexistente anormalidad pélvica. (17)

ETIOLOGIA Y FISIOPATOLOGIA:

Se han propuesto muchas teorías para explicar la etiología de la dismenorrea primaria. Pueden intervenir diversos factores, pero solo a últimas fechas se ha comenzado a comprender la fisiopatología. Se acepta que los calambres característicos de la dismenorrea primaria se deben a una exagerada contractilidad uterina. Esta suposición tiene bases clínicas y científicas. Se sabe que la contractilidad de la musculatura lisa del útero es mediada por receptores depende a su vez de factores hormonales y psicógenos. La dismenorrea disminuida después de un embarazo a término se atribuye a la destrucción de terminaciones nerviosas por el estiramiento de la musculatura uterina. En 1,959, Pickles sugirió que el agente etiológico que causaba la contracción muscular podía ser una sustancia específica liberada por el endometrio durante la menstruación. (3,15,20)

La fisiopatología de la dismenorrea primaria varía ampliamente, dependiendo de los tipos de pacientes consideradas. Existen una serie de conceptos y teorías que a continuación se describen:

ACTIVIDAD MIOMETRIAL Y PROSTAGLANDINAS:

Si aceptamos que la contractilidad uterina exagerada se acompaña de dolor dismenorreico, resulta entonces necesario explicar el mecanismo de la generación de estas contracciones. Se han estudiado los patrones de la contractilidad miometrial con potenciales eléctricos mediciones (de la contractilidad miometrial) directas, la menstruación es un factor que permite que haya mayor actividad eléctrica al no ser un útero grávido o sea, la actividad eléctrica del útero no grávido es mayor durante la menstruación y se caracteriza por ondas rítmicas simples de alta frecuencia y grupos de ondas. La actividad eléctrica declina al mínimo en la fase folicular, cuando se observa la actividad intermitente de baja frecuencia, así mismo la determinación directa de la contractilidad del útero no grávido muestra diferentes patrones de motilidad durante el ci -

clo menstrual. La mayor actividad se observa en la menstruación y la más baja en la fase folicular. Durante la menstruación, la contractilidad uterina es enérgica, semejante a la del trabajo de parto, y se registran presiones intrauterinas de más de 100MM de Hg. Durante las contracciones, cuya frecuencia es de dos o cuatro minutos, con una duración de 30 a 60 segundos. En la parte preovulatoria del ciclo la frecuencia de las contracciones es de una a tres por minuto, son de menor duración y amplitud, rara vez alcanzan 30 MM de Hg y son imperceptibles para la paciente. Se puede mostrar que el tono basal del miometrio desempeña un papel importante en el inicio de los calambres menstruales; durante los episodios dolorosos se suelen registrar tonos superiores a 50 MM de Hg. En la parte lútea del ciclo aumentan las presiones basales y se registran contracciones de mayor amplitud. En los trastornos en que domina el estrógeno, como en los ciclos anovulatorios o durante la terapéutica con estrógeno, el patrón de motilidad es muy similar al que se observa en la fase proliferativa del ciclo ovulatorio normal y no se observan calambres.

El dolor dismenorreico del "tipo producido durante el trabajo de parto" se correlaciona estrechamente con una excesiva contractilidad miometrial. Las técnicas de medición de la presión manométrica muestran que la dismenorrea suele acompañarse de contracciones, uterinas disríticas. El dolor notable se correlaciona con el tono uterino basal, más que con la amplitud de las contracciones, y la tetania uterina se relaciona estrechamente con una molestia importante. Sin embargo, una gran amplitud de intensidad, 200-300 MM de Hg., también se correlaciona con el dolor dismenorreico. La contracción del músculo liso del útero es mediada a través de receptores alfa adrenérgicos y se ha pensado que se relaciona con transmisiones del sistema nervioso simpático. (2,5,19)

La etiología específica de la contractilidad uterina exagerada fué sugerida originalmente por el trabajo de Pickles en un estudio de la producción endometrial de prostaglandinas, que describe altas concentraciones de las mismas en el endometrio y la sangre menstrual. Bajo la influencia de la progesterona, el endometrio secretorio sintetiza prostaglandinas (PG), en particular (PGF₂ Alfa), que causa contracciones de la musculatura lisa. Las prostas -

glandinas son un grupo de ácidos grasos endógenos hidroxiiinsaturados que tienen 20 carbonos con un anillo ciclo pentano y dos cadenas laterales. Se ha demostrado que las prostaglandinas naturales, la E_2 (PGE_2) y la F_2 (PGF_2 Alfa) inducen el trabajo de parto y causan abortos al estimular la contracción del músculo liso. Estas prostaglandinas también causan notable contractilidad del miometrio incluso cuando no hay embarazo. Aunque aún no se conocen del todo los factores que regulan la síntesis de prostaglandinas, esta síntesis al parecer ocurre inmediatamente antes de su liberación y las prostaglandinas no se depositan en los tejidos. La etapa que limita la velocidad de la síntesis de prostaglandinas es la disponibilidad de los ácidos precursores, por ejemplo el Araquidónico y el eicosatriénico, que se han identificado en el endometrio uterino.

Con la destrucción de la integridad endometrial durante la menstruación (que puede deberse parcialmente a la acción de las prostaglandinas), se liberan prostaglandinas que contraen el músculo y los vasos uterino, causando contracciones, isquemia, y el dolor concomitante.

Los valores altos de prostaglandinas en el endometrio secretorio, comparados con los que se observan en el endometrio proliferativo, también son compatibles con la presencia de dismenorrea solo en los ciclos ovulatorios. Además, los cambios en el contenido endometrial de PG guardan una correlación adecuada con el patrón de contracciones del miometrio. Son muy persuasivas las recientes pruebas obtenidas por el análisis de tejido endometrial o la descarga menstrual, que indican que en mujeres con dismenorrea primaria son mucho más altas las concentraciones de prostaglandinas en el endometrio, en los lavados endometriales a chorro y en el líquido menstrual en sí. Estas altas concentraciones de prostaglandinas pueden deberse a un aumento de la síntesis, a la liberación anormal o a la disminución de su catabolismo. La correlación de las concentraciones aumentadas de PG con el dolor de la dismenorrea resuelve aparentemente el enigma de la etiología de este trastorno.

El punto central de la fisiopatología de la dismenorrea primaria es la hiperactividad del miometrio con la isquemia vascular correspondiente, causante del dolor. Las prostaglandinas serían las responsables directas en aquellos ciclos bifásicos con disminución

marcada de la progesterona plasmática, por una relativa regresión del cuerpo amarillo, se produce una alteración a nivel de la lisozima celular endometrial, con la consiguiente liberación de enzimas lisozómicas, en particular la fosfolipasa A₂, que hidroliza el fosfolípido de la membrana generando al ácido araquidónico que es metabolizado por la ciclo-oxigenasa en prostaglandinas responsables de la hiperactividad endometrial. (1,3,17,20)

OBSTRUCCION CERVICAL:

La obstrucción cervical, o sea la obstrucción funcional del cuello uterino puede ser causa refleja de mayor contracción miometrial. El retardo de la evaluación sanguínea uterina puede ser responsable de un aumento en la absorción de prostaglandinas en la sangre menstrual con una mayor contractilidad miometrial posterior. (19,22)

INERVACION UTERINA:

El útero tiene conexiones nerviosas adrenérgicas y colinérgicas, pero su importancia en la regulación de la actividad miometrial en condiciones fisiológicas o patológicas, no son todavía bien conocidas. (5)

PSICOGENOS:

En el tratamiento de la dismenorrea nunca debe pasarse por alto el elemento psicológico. Es necesario considerar todos los factores que pueden acentuar o disminuir el elemento subjetivo en un caso en particular. Las mujeres jóvenes con historia de personalidad inestable o un trauma psíquico relacionado con las primeras reglas, tal vez por la falta de conocimiento de la importancia y la normalidad de la función menstrual, son candidatas idóneas. Las pacientes jóvenes que, al comienzo de su vida menstrual, son alentadas por madres demasiado aprensivas a creer que la menstruación es un periodo en que deben considerarse "indispuestas" a menudo se sentirán mal. En una familia en la que una o más mujeres sufren dismenorrea, resulta muy fácil la transición de la joven a la invalidez menstrual. (2,5,19)

Sin embargo, tan importantes como a veces puedan ser estos factores, no se justifica suponer que la causa de la dismenorrea primaria es psicógena. Aunque Levit y Lubin han demostrado que ciertos -

rasgos de la personalidad, actitudes y tendencias pueden tener una correlación con las molestias menstruales, esto no significa que estas características constituyen la etiología del síndrome. Las tendencias neuróticas, paranoides y suicidas, la inestabilidad emocional e inmadurez, y una actitud hacia la menstruación que resulta desfavorable desde el punto de vista de la higiene mental, se asocian sin excepción el incremento de la sintomatología menstrual. Sin embargo, estos substratos de la personalidad de la paciente se relaciona con la interpretación de la molestia de circunstancias específicas y no con su causa. El clínico debe tomarse la molestia de revisar la historia del cuadro, en particular los factores alrededor de su inicio, y aclararle a la paciente que la menstruación no entorpece el trabajo ni las actividades habituales de la mayoría de mujeres. En esta plática es posible comprender rápidamente la importancia del factor psicógeno en cada caso y determinar si sería necesario o inútil intensificar el enfoque psicoterapéutico. En algunas ocasiones es posible literalmente curar con palabras la dismenorrea de algunas jóvenes mediante una política de comprensión, apoyo y educación. Sin embargo, el empleo de las técnicas de terapia de la conducta descritas por Mullen como único tratamiento deben limitarse a las pocas mujeres cuya dismenorrea es fóbica y obsesiva. Por desgracia, si en este pequeño grupo se cura la dismenorrea, incluso mediante histerectomía que ciertamente no es aconsejable, la paciente transmitirá su incapacidad a otro órgano. (2,5,19)

CONSTITUCIONAL:

El factor de debilidad constitucional está estrechamente vinculado con el grupo de causas puramente subjetivas. La anemia, la pérdida deliberada de peso, la diabetes, las enfermedades crónicas, el exceso de trabajo o el stress psicógeno pueden estar asociados con una disminución del umbral del dolor. Incluso cuando este debe principalmente a factores físicos, en las citadas circunstancias hay una fuerte combinación de elementos nerviosos y psíquicos. El tratamiento de todos los casos debe consistir en esbozar un régimen tendiente a mejorar el estado general de la paciente. En algunas ocasiones, estas medidas bastarán para que desaparezca o mejore notablemente la dismenorrea. (22,23)

TRATAMIENTO:

La dismenorrea se ha tratado sintomática, endocrinológica y quirúrgicamente. La incorporación de los inhibidores de la síntesis de prostaglandinas a la terapéutica ha aportado una dimensión del todo nueva y particularmente útil al tratamiento de la dismenorrea.

La terapéutica comienza con la historia y continúa hasta concluir la exploración pélvica, debiendo ambas constituir una experiencia educativa para la paciente. Aunque se consideran los inhibidores de la PG el tratamiento específico, en determinadas circunstancias pueden estar indicadas la administración de hormonas o medicamentos e incluso la cirugía. El médico que depende por completo de cualquiera de estos recursos y no considera las influencias psicógenas suele fallarles en cierta medida a sus pacientes. Por la estrecha relación de los factores psicosomáticos y la percepción del dolor, y asimismo los hábitos que puede producir el dolor crónico y recurrente, a menudo se necesita inspirarle confianza a la paciente y reeducarla. (2, 17, 22)

TRATAMIENTO SINTOMÁTICO:

El tratamiento de la crisis dismenorreica depende de su gravedad, una vez iniciado el dolor, tiende a seguir su curso. Ya que puede ser más fácil prevenir que suprimir el dolor, cualquier medicamento resulta más eficaz si se toma antes de establecerse la crisis dismenorreica.

La mayoría de los casos de dismenorrea aguda responden al calor local y a fármacos con propiedades analgésicas, sedantes o antiespasmódicos. En ocasiones se han utilizado diuréticos con notable eficacia para la movilización de los líquidos y el alivio de la congestión pélvica. El ejercicio puede mitigar algo de la molestia y servir de diversión. Es necesario poner especial cuidado en evitar los fármacos que causan habituación, por ejemplo la morfina y el alcohol, que siempre acentúan el dolor. La dismenorrea debe considerarse una enfermedad crónica por lo que realmente se

corre el riesgo de habituación. (19,23)

INHIBIDORES DE LAS PROSTAGLANDINAS:

El creciente cúmulo de pruebas que demuestra que la dismenorrea primaria en efecto tiene una fase fisiológica, la producción excesiva de prostaglandinas en el útero, ha conducido al desarrollo de potentes medicamentos ideados para interrumpir o inhibir la acción de estas sustancias. Se han elaborado fármacos que se sabe inhiben la síntesis o acción de las prostaglandinas y estudios clínicos indican que alivian de manera substancial la sintomatología de la dismenorrea. (4)

Los compuestos que impiden la síntesis de prostaglandinas actúan inhibiendo la enzima ciclo-oxigenasa, encargada de metabolizar el ácido araquidónico a prostaglandinas. (4)

Los inhibidores de la sintetasa de la PG suelen dividirse en dos tipos: los del grupo 1, cuya acción inhibe la síntesis clínica del endoperóxido, y los del tipo 2 que actúan sobre las enzimas de segmentación cíclica del endoperóxido. Los primeros incluyen la indometacina y el ácido meclofenámico. En el grupo 2 figuran el P-clomercuribenzoato y la fenilbutazona. Los fenamatos desarrollan una acción antagonista en los receptores de PG y actúan asimismo como inhibidores de la sintetasa. Algunos de los inhibidores de la sintetasa de PG que están disponibles para uso clínico son: la aspirina, la indometacina, el ibuprofen, el naproxen, el piroxican, el ácido mefenámico, el suprofen, etc. En general, estos fármacos son similares y ningún estudio ha comparado eficazmente la lista completa. Todos son eficaces y alivian los síntomas de la dismenorrea en la mayoría de las pacientes tratadas. Estudios de laboratorio demuestran que disminuyen la actividad y la contractilidad uterinas, las presiones del útero en reposo y activo, el contenido tanto de las prostaglandinas y sus metabolitos en la menstruación, y el dolor menstrual. (9,10, 11, 12, 13, 16)

Los efectos secundarios de los inhibidores y los antagonistas de la PG son relativamente leves y muy tolerables. Se han co

municado cefalea, síntomas gastrointestinales, exantema, y ocasionalmente visión borrosa. Estos fármacos no deben administrarse en pacientes con antecedentes de úlcera gastrointestinal. Ocasionalmente, las pacientes manifiestan una sensación de desorientación y algunas han indicado tener somnolencia, vértigos y nerviosismo. Si los inhibidores de la sintetasa de la PG se administran antes de comenzar la menstruación, las pacientes a veces comunican que el flujo se retrasa o comienzan con manchas de color pardo oscuro. Una de las ventajas de estos fármacos es la disminución de hemorragias profusas y del flujo sanguíneo menstrual. También pueden ser eficaces para reducir las concomitantes molestias y hemorragias de la menorragia al empleo de dispositivos intrauterinos.

En resumen, tanto las pruebas clínicas como las experimentales ahora apoyan la teoría respecto a la PG en la etiología de la dismenorrea. Este conocimiento proporciona un fundamento racional para un método eficaz de tratamiento de este trastorno común, pero angustioso. (6)

TRATAMIENTO ENDOCRINO:

Hay varios enfoques endocrinos del tratamiento de la dismenorrea y pueden resumirse brevemente.

Con el solo empleo de estrógenos es posible convertir un ciclo ovulatorio en un ciclo anovulatorio en un ciclo anovulatorio y esta inhibición alivia el dolor durante el siguiente ciclo. Por desgracia se necesitan dosis relativamente altas. Las dosis altas suelen causar náuseas y su uso prolongado se complica por hemorragia excesiva. Debido a estas desventajas, los progestágenos sintéticos han substituído a los estrógenos como inhibidores de la ovulación.

La eficacia de los progestágenos sintéticos se manifiesta por la disminución de la dismenorrea desde que se usa ampliamente la concentración con esteroides. Sin embargo, el empleo de estas píldoras, con sus potenciales complicaciones, durante 21 días para tratar uno o dos días de dismenorrea, está contraindicado en la mujer que no necesita contracepción.

La testosterona es útil en el tratamiento de la dismenorrea sólo cuando la endometriosis es el factor etiológico. La Metil - testosterona, 5 mg. al día durante seis meses, es adecuada para controlar los síntomas y generalmente no afecta la ovulación ni la menstruación normales. Esta dosis no causa virilización, aunque el acné puede exacerbarse en algunas pacientes propensas a padecerlo. (24)

AGENTES TOCOLITICOS:

El empleo de agentes que inhiben la contracción muscular y aumentan el flujo uterino es teóricamente razonable. Por desgracia, se ha comprobado que nunca es eficaz el uso de estimulantes de los receptores beta como la hidroxifenilorciprenalina y la isoxuprina. La Terbutalina, estimulador B-2 específico, es eficaz para inhibir la contractilidad del miometrio y aumentar el flujo sanguíneo, pero por sus efectos secundarios (palpitaciones, estremecimientos y bochornos) y la necesidad de administrarlo por vía intravenosa, no es práctico para el tratamiento. (15, 17, 24)

El antagonista del calcio, nifedipina, disminuye con eficacia la actividad miometrial y la presión intrauterina, pero los bochornos, la cefalea y la taquicardia que causa son algunos efectos secundarios que limitan su utilidad clínica. (23)

NEURECTOMIA PRESACRA:

En ciertos casos extraordinariamente intensos de dismenorrea, excepcionales por lo demás y renuentes a las medidas conservadoras, la neurectomía presacra constituye un procedimiento justificado y da a menudo buenos resultados. Si el diagnóstico se ha establecido adecuadamente, permite un alivio completo o casi completo del dolor. (19, 22, 23)

VI

M E T O D O L O G I AA. TIPO DE ESTUDIO:

El tipo de estudio utilizado es Descriptivo Analítico, ya que sólo reseña las características del fenómeno en estudio, Conocimientos, Actitudes y Prácticas de una población de adolescentes, sin buscar explicaciones del mismo.

B. POBLACION:

La población estudiada, fueron alumnos adolescentes del nivel secundario de un colegio privado de la ciudad capital de Guatemala.

C. MUESTRA:

La muestra consistió en el No. total de casos, estudiantes de nivel medio lo., 2o. y 3o. básico del colegio privado de la ciudad capital de Guatemala, "Colegio San Vicente de Paúl" Dicha muestra consistió en un No. total de 151 estudiantes.

A. VARIABLES A ESTUDIAR:1. EDAD CRONOLÓGICA:

Tiempo transcurrido desde el nacimiento.

2. DISMENORREA:

Dolor durante la menstruación.

3. AUSENTISMO ESCOLAR:

Inasistencia a las actividades estudiantiles del establecimiento escolar.

4. MEDICINA NATURAL:

Medicina que se prepara en casa con plantas u otros.
(Medicina casera)

PROCEDIMIENTO:

Se seleccionó un Colegio Privado de la ciudad capital que impartiera enseñanza media, al cuál se solicitó un permiso para realizar el estudio. Luego se trabajó en el mes de marzo del presente año, los días 23 y 24 con las alumnas de 1o., 2o., y 3o. básico.

Mediante un cuestionario se les interrogó sobre el estudio a realizar, "Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre dismenorrea en adolescentes" con preguntas tales como: Edad, si conocían o no el concepto de la palabra dismenorrea, si han recibido alguna orientación al respecto o no, si sufren o no de dismenorrea, si visitaban al médico o al farmacéutico, toman algún medicamento, algo natural o casero, que tipo de medicamento toma, si toma algo casero, que acostumbra tomar, se baña o practica deporte durante el ciclo menstrual, cambios en la dieta, ausencia a las actividades escolares por dolor menstrual.

Luego de obtener los datos, se tabularon y se analizaron para elaborar y presentar conclusiones y recomendaciones pertinentes.

RECURSOS HUMANOS:

- a. Maestros del establecimiento escolar.
- b. Personal bibliotecario del INCAP, APROPAM, Hospital Roosevelt y Hospital General San Juan de Dios.

RECURSOS FISICOS:

- a. Area física del establecimiento escolar.
- b. Cuestionario para la recaudación de información.
- c. Libros, revistas y artículos de donde se obtuvo la información relacionada con el tema. (Bibliografía)

EJECUCION DE LA INVESTIGACION:

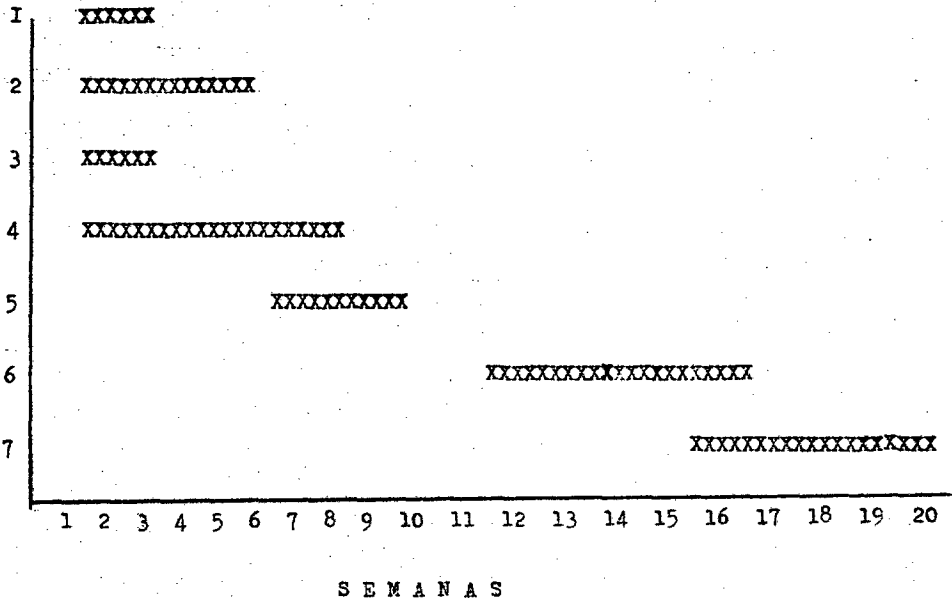
En primer lugar, se seleccionó el tema de investigación conjuntamente con el asesor que ya había sido elegido. Luego se eligió al revisor de tesis en mutuo acuerdo con el asesor.

Luego de aprobado el tema se procedió a recaudar información bibliográfica para la elaboración del protocolo.

Terminado y aprobado el protocolo, se procedió a solicitar el permiso al colegio que se seleccionó para realizar el estudio. Autorizado el permiso, se realizó el cuestionario con el que se recolectaron los datos.

Recolectados y tabulados los datos se procedió a elaborar el análisis y discusión de los mismos, con lo que se logró elaborar posteriormente las conclusiones y recomendaciones que se consideraron pertinentes para el estudio realizado.

Actividades; GRAFICA DE GANTT



ACTIVIDADES:

1. Selección del tema de investigación
2. Elaboración del protocolo conjuntamente con el asesor y el revisor.
3. Aprobación del proyecto.
4. Ejecución del trabajo de campo, procesamiento de datos y análisis y discusión de los resultados.
5. Elaboración del informe final.
6. Aprobación del informe final, impresión del informe final y trámites administrativos.
7. Presentación del informe final.

VII

PRESENTACION DE LOS RESULTADOS

Los datos fueron tabulados y presentados en frecuencias absolutas, y cuando así se consideró necesario se presentaron algunos datos con frecuencias relativas (porcentajes).

Se relacionan los valores de las variables estudiadas sometiéndose los resultados a un análisis descriptivo.

CUADRO No. 1

DISTRIBUCION DE LA POBLACION ESTUDIADA
SEGUN LA EDAD EN AÑOS. MARZO 23, 1994.

| EDAD EN AÑOS | No. | % |
|--------------|-----|-------|
| 12 | 12 | 07.95 |
| 13 | 19 | 12.60 |
| 14 | 47 | 31.12 |
| 15 | 35 | 23.17 |
| 16 | 24 | 15.90 |
| 17 | 10 | 06.52 |
| 18 | 04 | 02.64 |
| TOTAL | 151 | 100 % |

FUENTE: Recopilación personal según anexo No. 1

CUADRO No. 2

DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES QUE HAN
MENSTRUADO SEGUN EDAD.

| EDAD EN AÑOS | SI | | NO | |
|--------------|-----|----|-----|---|
| | No. | % | No. | % |
| 12 | 6 | 4 | 6 | 4 |
| 13 a 18 años | 139 | 92 | - | - |
| TOTALES | 145 | 96 | 6 | 4 |

151/100%

FUENTE: Recopilación personal según anexo No. 1

CUADRO No. 3

EVALUACION DE LOS CONOCIMIENTOS DE LAS ADOLESCENTES DE ACUERDO
A SI HAN RECIBIDO ORIENTACION O NO, SOBRE DISMENORREA.

| PREGUNTA | SI | | NO | | TOTAL |
|---|-----|-------|-----|-------|-------------|
| | No. | % | No. | % | |
| Sabe el concepto de la palabra dismenorrea. | 59 | 40.68 | 86 | 59.31 | 145 100% |
| Ha habido orientación acerca del dolor menstrual. | 52 | 35.9 | 93 | 64.13 | 145 100% |

FUENTE: Recopilación personal según anexo No. 1

CUADRO No. 4

DISTRIBUCION DE ADOLESCENTES QUE
SUFREN DISMENORREA.

| SI | | NO | | TOTAL |
|-----|------|-----|-------|-------------|
| No. | % | No. | % | |
| 107 | 73.8 | 38 | 26.20 | 145 100% |

FUENTE: Recopilación personal según anexo No. 1

CUADRO No. 5

ACTITUD DE LAS ADOLESCENTES QUE SUFREN DISMENORREA
EN BUSCA DE ALIVIO.

| ACTITUD | No. | % |
|-----------------------|-----|-------|
| Acude al médico | 11 | 7.59 |
| Acude al farmacéutico | 18 | 12.41 |
| Se automedica | 16 | 11.03 |
| Toma medicina casera | 58 | 40.0 |
| Otros ** | 12 | 8.28 |
| No respondieron | 30 | 20.69 |
| TOTALES | 145 | 100 % |

** OTROS: Toman algún regulador menstrual (Gesteira).
Toman algún analgésico tipo Aspirina.
No hacen nada.

FUENTE: Recopilación personal según anexo No. 1

CUADRO No. 6

FRECUENCIA DEL USO DE ANTIESPASMÓDICOS Y
 MEDICINA NATURAL O CASERA POR LAS
 ADOLESCENTES CON DISMENORREA.

| ACTITUD | No. | % |
|---|-----|-------|
| No toman nada | 46 | 31.7 |
| Toman más de un medicamento | 9 | 6.2 |
| Toman solo medicina natural o casera. | 19 | 13.1 |
| Toman solo un medicamento | 45 | 31.0 |
| Toman medicina natural o casera acompañado de un medicamento. | 26 | 18.0 |
| TOTALES | 145 | 100 % |

FUENTE: Recopilación personal según anexo No. 1

CUADRO No. 7

ADOLESCENTES CON DISMENORREA Y SU RELACION
CON AUSENTISMO ESCOLAR.

| AE | | IE | | TOTAL |
|-----|------|-----|-----|-------------|
| No. | % | No. | % | |
| 131 | 90.3 | 14 | 9.7 | 145 100% |

FUENTE: Recopilación personal según anexo No. 1

CUADRO No. 8

DIAS DE AUSENTISMO ESCOLAR DE LAS ADOLESCENTES
POR DOLOR MENSTRUAL.

| DIAS | 1 | 2 | 3 | Más de 3 | TOTAL |
|------|----|------|-------|----------|-------|
| No. | 7 | 1 | 3 | 3 | 14 |
| % | 50 | 7.14 | 21.43 | 21.43 | 100% |

FUENTE: Recopilación personal según anexo No. 1

CUADRO No. 9

ADOLESCENTES QUE ACOSTUMBRAN EL BAÑO DIARIO
DURANTE EL CICLO MENSTRUAL.

| SI | | NO | | TOTAL |
|-----|----|-----|----|----------|
| No. | % | No. | % | |
| 116 | 80 | 29 | 20 | 145 100% |

FUENTE: Recopilación personal según anexo No. 1

CUADRO No. 10

ADOLESCENTES QUE ACOSTUMBRAN DEJAR DE COMER ALGUN
ALIMENTO DETERMINADO DURANTE EL CICLO MENSTRUAL.

| SI | | NO | | TOTAL |
|-----|-------|-----|-------|----------|
| No. | % | No. | % | |
| 82 | 56.55 | 63 | 43.45 | 145 100% |

FUENTE: Recopilación personal según anexo No. 1

CUADRO No. 11

ADOLESCENTES QUE ACOSTUMBRAN Y PRACTICAN EL DEPORTE
AUN DURANTE LOS DIAS DEL CICLO MENSTRUAL.

| SI | | NO | | | |
|-----|----|-----|----|-------|------|
| No. | % | No. | % | TOTAL | |
| 116 | 80 | 29 | 20 | 145 | 100% |

REFERENCIA: Ver cuadro No. 6

FUENTE: Recopilación personal según anexo No. 1

CUADRO No. 12

MEDICAMENTOS MAS UTILIZADOS POR LAS ADOLESCENTES QUE
SUFREN DISMENORREA Y QUE TOMAN MEDICAMENTO SOLO
O RELACIONADO CON MEDICINA NATURAL.

| MEDICAMENTO | No. | % |
|-------------------|-----|-------|
| DORIVAL | 47 | 58.75 |
| ESPASMO CIBALGINA | 22 | 27.50 |
| OTROS: | 11 | 13.75 |
| TOTAL | 80 | 100 % |

REFERENCIA: Ver cuadro No. 6

FUENTE: Recopilación personal según anexo No.1

CUADRO No. 13

MEDICINA NATURAL O CASERA MAS UTILIZADAS POR LAS
 ADOLESCENTES QUE SUFREN DISMENORREA Y QUE TOMAN
 MEDICINA NATURAL SOLA O RELACIONADA CON
 ANTIESPASMODICO.

| MEDICINA NATURAL | No. | % |
|--------------------|-----|-------|
| Agua de Manzanilla | 18 | 40 |
| Agua de Pericón | 8 | 17.8 |
| Té de Canela | 4 | 8.9 |
| Agua de Ajo y Miel | 6 | 13.3 |
| Otros | 9 | 20 |
| TOTALES | 45 | 100 % |

FUENTE: Recopilación personal según anexo No. 1

VIII

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Se investigó a un total de 151 adolescentes del nivel secundario, de las que solamente se estudió a un total de 145 ya que 6 de las 151, aún no han menstruado. Las edades oscilaron entre los 12 y 18 años (cuadro No. 1), a las cuales se les realizó entrevista mediante un cuestionario (anexo No. 1). Se logró obtener los resultados que hicieran posible el estudio acerca de los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las adolescentes que de acuerdo a las respuestas del cuestionario sufren dismenorrea.

En el cuadro No.2 se puede observar que a los 12 años de edad, hay adolescentes que aún no han menstruado, (4%) de la población estudiada, por lo que no se sometió a estudio.

En el cuadro No. 3 se observan los conocimientos de las adolescentes, acerca de la palabra "Dismenorrea", que en su mayoría la conocen únicamente como "Dolor Menstrual o Cólico" obteniendo un 40.68% de casos que conocen, según refirieron el concepto de la palabra dismenorrea y que un 59.31% no conocía el concepto de dicha palabra. De ésta población, el 64.13% no había recibido alguna orientación acerca del dolor menstrual y solo un 35.9% si ha recibido dicha orientación.

El cuadro No. 4 indica la frecuencia de adolescentes que si sufren dismenorrea siendo un 73.8% de la población estudiada la que sufre dicho dolor y solo un 26.2% refirió que no.

En cuanto a la actitud que toman las adolescentes para buscar alivio del dolor, según el análisis del cuadro No.5 se observa que la mayoría de adolescentes, opta por tomar medicina casera (40%), y un 20.69% no respondió a la pregunta. Sinembarga, si se observa el cuadro No.6 solo el 13.1% mencionó tomar medicina natural sola, y un 18% acostumbra tomarla acompañada de algún anti-espasmódico. El 31% toma sólo anti-espasmódico.

Siguiendo los objetivos del estudio, se observa en el cuadro No. 7 que de las adolescentes estudiadas, 21 90.3% no acostumbra ausentarse de sus actividades escolares por dolor menstrual y solo un 9.7% se ausenta de sus actividades escolares, de las cuales según cuadro No.8 el 50% se ausenta sólo por un día, 7.14% se ausenta por dos días y el 21.43% se ausenta por tres y más días.

En el cuadro No.9 se observa que el 80% acostumbra el baño diario durante el ciclo menstrual y solo un 20% no lo acostumbra.

Por otro lado el cuadro No. 10 indica que el 56.55% de las adolescentes deja de comer determinado alimento durante el ciclo menstrual y el 43.45% no lo hace.

Por último, el cuadro No. 11 está sumamente relacionado con el análisis del cuadro No.9 ya que ésta también nos indica que el 80% si practica todo tipo de deporte durante el ciclo menstrual y solo el 20% no lo hace.

El cuadro No. 12 describe los medicamentos antiespasmódicos más utilizados por las adolescentes en el que se observa que el 58.75% utiliza DORIVAL y 27.5% utiliza ESPASMO CIRALGINA.

Por otro lado, en cuadro No. 13 se observa que de las medicinas naturales más utilizadas está el Agua de Manzanilla con un 40% y el Agua de Pericoón con un 17.8%, Té de Canela 8.9%, Agua de Ajo y Miel 13.3%, entre otros se mencionó Té de limón, Agua de Hierba Buena, Agua de Clavos, Agua de Salveasija con un 20%.

De acuerdo a los objetivos que se persiguen en el estudio y con lo mencionado anteriormente se deduce que los conocimientos de las adolescentes de nuestro medio son escasos y que por lo mismo, su actitud ante el dolor menstrual es la de tomar algún anti-espasmódico sólo o acompañado de medicina natural o bien solo medicina natural, pero muy raras veces buscan ayuda profesional - 7.59% (Cuadro No.5). Por otro lado se observa que las adolescentes en su mayoría acostumbra el baño diario y practica deportes durante el ciclo menstrual y de la misma manera deja de comer determinados alimentos.

IX

CONCLUSIONES

1. Los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de las adolescentes estudiadas que sufren dismenorres, son deficientes debido a que la mayoría (64.13%) no ha recibido ninguna orientación al respecto.
2. Las adolescentes raras veces buscan ayuda profesional al presentarse el dolor menstrual, (7.59%).
3. El 40% de las adolescentes estudiadas toma medicina natural al presentarse el dolor menstrual.
4. El 31% de las adolescentes toma antiespasmódico al presentarse el dolor menstrual..
5. El 18% de las adolescentes acostumbra tomar antiespasmódico acompañado de medicina natural.
6. En cuanto a los hábitos higiénicos, el 80% de las adolescentes acostumbra el baño diario durante el ciclo menstrual y sólo el 20% no lo hace.
7. El ausentismo escolar se presenta en el 9.7% de las adolescentes estudiadas, lo cual es un porcentaje importante como causa de ausentismo.
8. El 80% de las adolescentes acostumbran practicar deporte durante el ciclo menstrual y sólo el 20% no lo hace.

X

RECOMENDACIONES

1. Proporcionar educación a las adolescentes sobre los cambios físicos y fisiológicos que experimentaran en ésta etapa de la vida.
2. Promover información a las adolescentes sobre la etiología, fisiopatología y tratamiento de la dismenorres.
3. Promover la ayuda profesional para las adolescentes para cuando se presenta el dolor menstrual.
4. Promover el uso de antiinflamatorio no esteroideo bajo estricta recomendación médica.
5. Informar a la población femenina en general acerca de las afecciones principales que representa la dismenorres.

XI

RESUMEN

El presente estudio es un estudio Descriptivo Analítico que se realizó en 151 adolescentes estudiantes de nivel secundario de un colegio privado de la ciudad capital de Guatemala.

El propósito del estudio fué evaluar los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre dismenorrea en adolescentes. Las edades de las adolescentes, oscilaron entre los 12 y 18 años, se les realizó un cuestionario (anexo #1) con el cuál, luego de analizar y discutir los resultados se concluyó que el 64.13% de la población estudiada desconoce el concepto de la palabra dismenorrea y no ha recibido ninguna orientación al respecto.

Por otro lado, también se encontró que únicamente el 7.59% de la población estudiada busca ayuda profesional al presentarse el dolor menstrual y en su lugar el 40% toma medicina natural y el 31% toma algún antiespasmódico, el 18% combina algún antiespasmódico con medicina natural, regularmente automedicado.

Finalmente se concluyó que el baño diario y la práctica del deporte durante el ciclo menstrual es frecuente en un 30% y sólo en un 20% no lo es. Además el ausentismo escolar está presente en un 9.7% lo cuál es un porcentaje importante respecto a la población estudiada.

Por todo lo anterior, se considera que hay deficiencia en cuanto a los Conocimientos, Actitudes y Prácticas sobre dismenorrea en adolescentes ya que ante tal problema es sumamente importante la ayuda profesional pensando en las afecciones ginecológicas que representa al no ser tratado debidamente. Por otro lado también hay afección social y económica por el grado de ausentismo escolar y laboral que representa.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) ABEL, M.H., Welly, R.W.: Prostaglandins in Primary dysmenorrhea. Clin. Obstet. Gynecol. 1982 aug. 26:60(2): 210-213
- 2) Abraham, G.E.: Primary dysmenorrhea. Clin. Obstet. Gynecol. 1989 Jan. 15; 151 (2):213-216
- 3) Akleund, M.: Pathophysiology of dysmenorrhea. Acta obstet. Gynecol. Scand. 1990 feb. 15; 49(3):468-471
- 4) Anderson, A.B., Fraser, I.S., Haynes, P.J., and Turnbull, A.C.: Trial of prostglandin-synthetase inhibitors in primary dysmenorrhea. Lancet. 1983 jun. : 36(6):616-620
- 5) Anderson, W.A.D. et al. Dysmenorrhea in adolescents. Gynecology's treatise of Anderson. 8th. ed. Sanint Louis, Mosby, 1979. T.2 (pp. 1703-1707)
- 6) Anderson, K.E.: Side effects of prostglandin sythetase inhibitors. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1991 may 15; 146(2):125
- 7) Bergsjo, P.: Socioeconomic implications of dysmenorrhea. Acta obstet. Gynecol. Scand. 1990 jun. 15; 128(1):23-27
- 8) Bersani, R,m Howman, R,T.: Primary Dysmenorrhea and vasopressin. Am. J. Obstet. Gtnecol. 1987 aug. 15; 140(8): 931-934
- 9) Budoff, P.W.: Use of mecanic acid in the treatment of primary dysmenorrhea. JAMA. 1984 sep.: 76(3):255-257
- 10) Chan, W.Y., Dawood, M.Y., and Fuchs, F.: Relief of dysmenorrhea with the prostaglandin synthetase inhibitor ibuprofen: Effect on prostaglandin level in Menstrual Fluid. Am. J. Obstet. Gynecol. 1990 apr. 15; 138(7):827-831

- 11) Gorson, S.L., and Bolgnese, R.J.: Ibuprofen therapy for dysmenorrhea. *J. Reprod. Med.* 1987 may.: 60(3):311-314
- 12) Crewman, H.E.: Indomethcin for the treatment of dysmenorrhea. A preliminary report, *J. Reprod. med.* 1991 nov.: 30(2):208-210
- 13) Csapo, A.I., Pulkkinen, M.O., and Henzl, M.R.: The effect of Naprozen-sodium on the intrauterine pressure and menstrual pain of dysmenorrheic patients. *Prostaglandins.* 1989 jul.: 120(1):859-861
- 14) Halbert, D.R., and Demers, L.M.: A clinical trial of indomethacin and ibuprofen in dysmenorrhea. *J. Reprod. Med.* 1989 - feb.: 40(3):304-306
- 15) Hansen, M.K., and Secher, N.J.: Beta-receptor stimulation in essential dysmenorrhea. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1991 mar. 15; 142(7):742-744
- 16) Henzl, M.R., Buttram, V., Segre, E.J., and Bessler, S.: The treatment of dysmenorrhea with naproxen sodium. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1988 oct. 15; 123(2): 232-234
- 17) Jones, H.W., Jones, G.S.: *Tratado de Ginecologia de Novac 10a. ed.* Editorial Interamericana, S.A., México, D.F., 1988. (pp.828-836)
- 18) Kapadia, L., and Elder, M.C.: Flufenamic acid in treatment of Primary spasmodic dysmenorrhea. *Lancet.* 1989 apr.: 30(2):221-223
- 19) Kessler, A.K., Reycroft, D.: *Adolescent obstetrics and gynecology.* 5th. Ed. Year book medical publishers, Inc. U.S.A. 1984. (pp.313-316)
- 20) Picles, V.R.: Prostaglandins and dysmenorrhea. *Acta obstet. Gynecol. Scand.* 1989 oct. 15: 140(2):152-156

- 21) Schwartz, a., Zor, V., Linder, H.R., and Naor, S.: Primary dysmenorrhea. Ellevation by an inhibitor of prostaglandin synthesis and action. *Obstet. Gynecol.* 1988 may. 15; 150(3):242-245
- 22) Widholm, O.: Dysmenorrhea during adolescence. *Acta obstet. Gynecol. Scand.* 1990 feb. 15; 128(2): 141-143
- 23) Ylikorkala, O., Dawood, M.Y.: New concepts in dysmenorrhea. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 1991 jun. 15; 130(2) : 153-156
- 24) Zacura, J.K., Wilkins, A.E.: Standard treatment of dysmenorrhea with special reference to treatment with spasmolitics and hormones. *Acta obstet. Gynecol. Scand.* 1991 mar. 15; 132(2):138-141
- 25) Charles H. Debrovner, M.D. La paciente con dolor perimenstrual *Tribuna Médica* 1991 48(6) 191-198

XIII
"ANEXO"

CUESTIONARIO SOBRE DISMENORREA EN ADOLESCENTES.**INFORMACION:**

El presente cuestionario se realiza como parte de una - investigación en relación a un problema médico frecuente en la mujer adolescente que afecta mundialmente la socioeconomía de cada país. Esta investigación forma parte de los requisitos que la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala, exige a sus graduandos.

La información es anónima y los datos seran manejados en forma confidencial por lo que se solicita de manera atenta, responder con veracidad.

De las jóvenes que colaboren a responder el cuestionario, depende en gran parte, el buen efecto de dicha investigación.

De ante mano, muchas gracias.

QUESTIONARIO: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRACTICAS SOBRE DISMENORREA EN ADOLESCENTES.

Responde correctamente las siguientes preguntas.

1. CUANTOS AÑOS TIENE: _____
2. Sabe usted el concepto de la palabra dismenorrea? Conteste SI O NO.
 SI NO
3. Ha recibido alguna orientación acerca del dolor menstrual? con -
 teste si o no.
 SI NO
4. Sufre usted de dolor menstrual? Conteste si o no.
 SI NO
5. Si usted sufre de dolor menstrual, que hace:
 - a) Acude al médico
 - b) Acude al farmacéutico.
 - c) Se automedica
 - d) Toma medicina casera.
 - e) Otros.
6. Si ha tomado medicamentos para aliviar el dolor menstrual, que tipo de medicamento ha tomado? Mencione su nombre.
7. Si toma medicina casera, mencione su nombre.
8. Se ausenta a sus actividades escolares por dolor menstrual. Conteste si o no.

SI NO

CONTINUACION.....

9. Si su respuesta fué SI, por cuantos días se ausenta:

1 día 2 días 3 días más de 3 días

10. Toma el baño diariamente, aún con su menstruación, conteste si o no.

SI NO

11. Deja usted de comer algún alimento en especial cuando está con su menstruación? Conteste si o no.

SI NO

12. Practica usted deportes con regularidad, aún cuando está con su menstruación, Conteste si o no.

SI NO

ESO ES TODO? GRACIAS POR SU COLABORACION.