

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS**

SINDROME PREMENSTRUAL

**Estudio observacional descriptivo en 400 estudiantes
de un Instituto Público de la
Ciudad de Guatemala**

TESIS

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

POR

CLAUDIA MARIA DE LEON LEON

En el acto de investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, mayo de 1995

R
05
T (7344)
C. 2



FORMA C

ACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

Guatemala, 8 de mayo de 1995
DIF-32-95

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

Se informa que el: Périto en Optometría CLAUDIA MARIA DE LEON LEON
Título o diploma de diversificado, Nombres y ape-

Carnet No. 8716650

llidos completos

Ha presentado el Informe Final del trabajo de tesis titulado:
SINDROME PREMENSTRUAL

y cuyo autor, asesor(es) y revisor nos responsabilizamos de los con-
ceptos metodología, confiabilidad y validez de los resultados, perti-
nencia 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

DR. GUILLERMO A. CHAVEZ MEZA
MEDICO Y CIRUJANO
C.O.A. N° 3044

Dr. Raúl A. Castilla
MEDICO Y CIRUJANO
Colegiado No. 1459

Revisor

Firma y sello

Registro Personal 3991

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

FORMA D

HACE CONSTAR QUE :

a) Bachiller: CLAUDIA MARIA DE LEON LEON

c) Universitario No. 87-16650

presentado para su Examen General Público, previo a optar al
título de Médico y Cirujano, el trabajo de tesis titulado:

SINDROME PREMENSTRUAL

Trabajo asesorado por: DR. GUILLERMO CHÁVEZ MEZA

Revisado por: DR. RAUL CASTILLO RODAS

el cual he leído y he aprobado, por lo que se declara, y sello la presente

EN FE DE IMPRESION :

Guatemala, 8 de mayo

EDGAR DE LEON BARILLAS
Autoridad de Tesis

DR. RAUL CASTILLO RODAS
DIRECTOR
CENTRO DE INVESTIGACIONES
DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD

IMPRESION :



Dr. Edgar Axel Oliva González
DECANO

INDICE

CAPITULO	PAGINA
I. Introducción	1
II. Análisis del problema	2
III. Justificación	3
IV. Objetivos	4
V. Revisión Bibliográfica	
A. Síndrome de Tensión Premenstrual	5
1. Factores causales	6
2. Sintomatología	9
3. Diagnóstico	10
4. Tratamiento	11
VI. Metodología	15
VII. Presentación de resultados	19
VIII. Análisis y discusión de resultados	26
IX. Conclusiones	29
X. Recomendaciones	30
XI. Resumen	31
XII. Bibliografía	32
XIII. Anexo	34

I. INTRODUCCION

El Síndrome Premenstrual (SP) se conoce desde hace varios siglos; ha sido descrito por los médicos en los últimos 50 años y hace muy poco que se aceptó como una constelación sintomática que debía investigarse para buscar el tratamiento adecuado. (14)

El Síndrome Premenstrual es un trastorno ginecológico común y puede llegar a ser tan severo que inhabilite por varios días. Entre algunos de los signos y síntomas relacionados, según estudios realizados, se pueden mencionar: ansiedad, tensión nerviosa, aumento de peso, mastalgia, alteración del apetito, náusea, diarrea, diaforesis, acné y cefalea. Este grupo de signos y síntomas van a depender de factores fisiológicos, psicológicos y sociales, siendo este último el más predisponente de los tres. (14,16,17)

Algo importante de mencionar es que la calidad de información que una joven recibe sobre los diferentes cambios fisiológicos que se dan en la adolescencia, va a influir en la aparición e intensidad de la sintomatología premenstrual, y consideramos que a menor nivel socio-económico menor calidad de información. (12)

Tomando en cuenta que en la aparición del SP juega un papel muy importante el nivel socio-económico de la mujer, se realizó el presente estudio en una población de 400 estudiantes de un instituto público de la ciudad capital. Entre los resultados más importantes obtenidos a través de una boleta de investigación están: el 74.5% de la población refirió presentar sintomatología premenstrual (más de 3 síntomas) característicos del SP. El 90.7% refirió tener un ingreso económico familiar bajo (ingreso económico familiar que al dividirlo entre el número de miembros no alcanza a cubrir las necesidades básicas). Otro resultado que llama la atención es que casi la mitad de los padres y la gran mayoría de las madres realizaron únicamente estudios a nivel primaria. Analizando conjuntamente estos tres datos se pudo concluir que existe relación entre el Síndrome de Tensión Premenstrual y el nivel socio-económico bajo y que su incidencia es alta entre la adolescencia.

II. ANALISIS DEL PROBLEMA

El Síndrome Premenstrual (SP), se define como: una alteración del carácter relacionada con la menstruación que incluye la aparición clínica de síntomas lo suficientemente intensos como para alterar algunos aspectos de la vida, apareciendo en forma predecible en relación con la menstruación con ausencia completa de ellos en el período posteriores. (6,7,14,17)

La tensión premenstrual de grado menor es relativamente frecuente, quizá el 40% de todas las mujeres, teniendo un impacto considerable sobre el ausentismo y falta de eficiencia escolar y laboral. (14,17)

En un estudio realizado en EEUU durante 1992 se determinó que del 5 al 10% de mujeres presentan síntomas premenstruales severos requiriendo tratamiento médico, afectándoles sus actividades laborales y sociales. Además se determinó la presencia de ciertos factores predisponentes, tales como: edad, escolaridad, situación socio-económica y actividad física. (17)

Otro estudio realizado en 1990 en EEUU, evidenció que la gran mayoría de las mujeres que consultaban por SP tenían un nivel educacional alto y residían en sectores urbanos. (20) Consideramos que en países como el nuestro, en vías de desarrollo, esto es diferente, ya que la mujer perteneciente a un nivel socio-económico bajo tiene más factores predisponentes. Primero porque la calidad de información que ella recibe sobre los diferentes cambios fisiológicos que se presentan en toda mujer durante la adolescencia y sobre sexualidad es generalmente baja, debido a las creencias que se suscitan en torno a éste tipo de temas. (12) Segundo, el ambiente en el que se desenvuelve una joven de un nivel socio-económico bajo podría estar sometido a mayor tensión y ansiedad que el medio en el que se desenvuelve una joven de nivel socio-económico alto, influyendo ésto en la aparición de edema y tensión premenstrual. (1,3,18)

Lo anteriormente enunciado respalda las teorías que tratan de explicar la causa del SP, refiriéndose a bases psicológicas, sociales y bases fisiológicas que como algo natural, se presentará en toda mujer. (14,15)

Con base a lo anterior, se decidió hacer un estudio para investigar la incidencia de SP en estudiantes de un instituto público, ya que éste grupo reúne factores que las hacen predisponentes a padecer sintomatología premenstrual, relacionada con el síndrome.

III. JUSTIFICACION

El Síndrome de Tensión Premenstrual se caracteriza por síntomas que aumentan de intensidad de 4 a 10 días antes de la menstruación y desaparecen al iniciarse ésta. (6,17)

Aunque los síntomas son básicamente subjetivos no pueden ser explicados con base en un solo factor. Algunas de las teorías que se han creado para explicar la causa del Síndrome Premenstrual son las que tienen una base psicológica, social y fisiológica. (14)

Actualmente en nuestro país no se han realizado estudios que evidencien la incidencia de este síndrome, tal vez porque la actitud tradicional en general es tendiente a considerar este problema de poca importancia y de ocurrencia esporádica. Los ginecólogos no comparten dicha forma de pensar, debido al número de pacientes tratadas en los servicios públicos y privados con este problema. (12)

Es por eso que el presente estudio trata de enfocar la salud de la mujer desde un punto de vista social y así poder determinar diferentes problemas por los cuales se ve afectada dentro de su ambiente, y en este caso específicamente por el problema de Tensión Premenstrual, el cual consideramos que es frecuente en grupos prioritarios de bajas condiciones socio-económicas debido a las actitudes sociales y culturales negativas hacia la menstruación. (14)

Por tal razón se decidió tomar como muestra a estudiantes de un instituto público y determinando como la calidad de información y medio en el que se desenvuelven influyen en el desarrollo e intensidad de sintomatología durante el período premenstrual.

IV. OBJETIVOS

GENERAL

1. Determinar la relación entre el Síndrome de Tensión Premenstrual y nivel socio-económico, en 400 estudiantes de un instituto público de la ciudad capital.

ESPECIFICOS

1. Determinar la incidencia del Síndrome de Tensión Premenstrual en el grupo de estudio.
2. Determinar la sintomatología más frecuente durante el período premenstrual en el grupo de estudio.
3. Determinar la conducta ante la sintomatología premenstrual.
4. Determinar la relación entre la sintomatología premenstrual y la limitación de labores cotidianas.

V. REVISION BIBLIOGRAFICA

SINDROME DE TENSION PREMENSTRUAL

Del 5 al 10% de las mujeres experimentan síntomas premenstruales severos, requiriendo tratamiento médico. En los EEUU esto representa aproximadamente de 3 a 7 millones de mujeres.

El término de Síndrome Premenstrual (SP), fue usado por primera vez por Frank en 1913 para describir una constelación de síntomas físicos, emocionales y del comportamiento que se dan dos semanas antes de la menstruación con el pronto alivio en el periodo menstrual.

Malton lo define como: La aparición de ciertos síntomas antes de la menstruación, con la ausencia completa de ellos en el periodo posterior. Keye define al Síndrome Premenstrual como una combinación de síntomas emocionales y físicos que aparecen en forma repetitiva antes de la menstruación, desaparecen durante ella y no son tan solo resultado de la tensión ambiental recurrente. Todos los intentos por obtener una definición de este síndrome tienen las características: sus síntomas y su repetición cíclica.

Pueden identificarse los síntomas del Síndrome Premenstrual, describir su grado y su duración y calcularse el momento en que aparecen con respecto a la menstruación, con el registro de su inicio en otros momentos del ciclo. En 1968, la lista incluía más de 150 síntomas distintos. El SP incluye la recurrencia de dolor mamario, retención de líquido, aumento ligero de peso, cefalea y labilidad emocional o depresión. Las mujeres con tensión premenstrual a menudo suelen presentar dismenorrea.

Los primeros estudios del problema fueron hechos en el decenio de 1930 por Frank, quien relacionó los síntomas con los estrógenos y habló de convulsiones, asma, "tensión indescriptible", edema cíclico y hemorragias subcutáneas. Algunas pacientes presentan edema premenstrual y reovulatorio semejante al patrón de secreción ovárica de estrógenos, pero, al igual que en la dismenorrea, la tensión premenstrual suele presentarse únicamente en el ciclo ovulatorio, lo que relacionaría cuando menos de manera circunstancial con la secreción de progesterona. Al igual que en la dismenorrea, no se ha demostrado alguna anomalía en la producción hormonal ovárica y su equilibrio normal es testiguado por la capacidad que tienen la mayoría de las pacientes para mantener una función productiva normal.

La tensión premenstrual de grado menor es relativamente frecuente (quizá el 40% de todas las mujeres). Tiene además un impacto considerable sobre el ausentismo y falta de eficiencia en el trabajo.

Los casos extremos son muy raros y tienen una frecuencia menor del 10% de las mujeres. Las formas más leves de esta alteración se caracterizan por aumento de peso, cefalea, nerviosismo, depresión o inquietud. Las formas más graves pueden simular un estado psicótico con cambios sorprendentes en la personalidad y crisis emocionales que dificultan el razonamiento y relación tanto con el médico como con la familia. Una queja muy característica es la cefalea incapacitante que, en ocasiones, se acompaña de síntomas sensoriales o motores de espasmos vasculares cerebrales. Este sintoma no debe tomarse a la ligera, ya que no es raro que haya suicidio y otros factores de violencia.

FACTORES CAUSALES

Algunas de las hipótesis que se han creado para explicar la causa del SP son las que tienen una base psicológica, social y biológica. La hipótesis biológicas, sugieren que existe afección de varios órganos y sistemas.

Las teorías psicológicas sugieren que dicho síndrome refleja conflictos no resueltos sobre el papel femenino. Dalton sugiere que la tensión externa en determinado momento de la vida es razonable y, en una revisión muy extensa, Gannon no encontró datos suficientes como para apoyar la causa psicológica.

Las teorías sociales sugieren que el SP, resulta de actitudes sociales y culturales negativas hacia la menstruación. Ruble encontró que en las mujeres a quienes se hacía creer que se encontraban en la fase premenstrual de su ciclo, comunicaban mayor intensidad de sus síntomas físicos pero no de los emocionales, que aquellas a las que se hacía creer que no se encontraban durante ésta fase. Por lo tanto, algunas mujeres consideran su etapa premenstrual como un momento de sufrimiento y enfermedad y se sienten enfermas durante dicho tiempo.

Entre las hipótesis biológicas se encuentran las que sugieren que hay alteraciones en el estado neuro-endócrino y la secreción de prolactina, aldosterona o angiotensina excesiva y varias otras alteraciones o cambios en la insulina, glucocorticoides, andrógenos, neurotransmisores, opiáceos, prostaglandinas, vitaminas y ácidos grasos esenciales.

ESTROGENOS Y PROGESTERONA

Una de las principales hipótesis etiológicas es la de las endocrinopatías, específicamente de los estrógenos, que producen los síntomas del SP.

Se ha dicho que los estrógenos sin oposición debido a una deficiencia de progesterona y alteración entre ellos y progesterona, constituyen la causa principal. Otra hipótesis endocrinológica sugiere que la cifra de progesterona es la más importante, en especial su reducción durante la mitad y el final de la fase luteínica. Sin embargo, en varios estudios sobre la cifra de progesterona en relación con estas alteraciones del carácter, no se ha encontrado anomalía constante alguna. De hecho se han informado cifras tanto bajas como elevadas de ella en pacientes con SP.

Los estrógenos ejercen una acción de retención de líquidos, y los aumentos transitorios de éstos en diferentes tejidos corporales parecen explicar algunos de los síntomas, como aumento de peso, edema, sensibilidad mamaria y posible distensión abdominal. Sin embargo, la intensidad de muchos síntomas no se correlaciona con la retención de líquidos y el aumento de peso; los diuréticos promueven la eliminación de sodio y agua pero no alivian todos los síntomas y es posible que no tengan efecto alguno sobre el complejo sintomático.

ALDOSTERONA

La mayoría de las mujeres sufre edema premenstrual y cierto aumento de peso. En algunas mujeres este aumento de peso puede ser de hasta 1.5 a 2 kgs y obviamente se debe a retención importante de líquidos. Se ha descrito edema importante en cara, ojos, pies y tobillos, un poco antes de la menstruación, aparece poliuria acentuada con la desaparición repentina del edema; esta alteración puede aparecer en cualquier edad de la etapa reproductiva.

La tensión premenstrual y edema pueden ser producidos por aldosteronismo secundario, aunque no se ha demostrado que las cifras de aldosterona plasmática aumenten en las pacientes con el síndrome. La ansiedad aumenta la excreción de aldosterona, así que el estrés podría tener alguna influencia. La aldosterona aumenta durante la fase luteínica, por un mecanismo en el que quizá intervienen los estrógenos y la progesterona. Los estrógenos tienen un efecto de retención tanto de agua como de sodio y aumentan la cifra de sustrato de renina plasmática, lo que provoca aumento de la renina y del angiotensinógeno II plasmáticos. Sin embargo, la capacidad de los estrógenos para retener sodio aparentemente es independiente de su capacidad para aumentar la aldosterona. La progesterona tiene un efecto

natriurético sobre el túbulo renal y bloquea la acción de la aldosterona, pero existe un aumento compensador de esta como respuesta a la pérdida de sodio inducida por la progesterona. El aumento de la excreción de aldosterona puede provocar cifras plasmáticas estables en las pacientes con SP.

Cualquiera que sea la teoría más probable del aldosteronismo secundario y la retención hídrica como causa del SP, no constituye la respuesta absoluta. Andersch y cols. estudiaron contenido hídrico corporal total, potasio corporal y peso durante la fase luteínica y folicular en 20 pacientes con tensión premenstrual intensa y en 20 sin síntomas. El contenido promedio de agua y la cifra promedio de potasio en el grupo de tensión premenstrual no fue distinto a la del grupo control.

PROLACTINA

Ultimamente se ha sugerido que la prolactina pudiera tener alguna función en el SP. La cifra de prolactina sérica se eleva durante la fase luteínica en algunas mujeres con dicho síndrome y se ha comunicado que la bromocriptina proporciona efectos benéficos. Este aumento pudiera estar producido por la tensión inducida por el SP y no tiene nada que ver con la sintomatología. Por otro lado, la hormona puede afectar la mama y pudiera tener alguna influencia en el equilibrio osmótico. Puede haber crecimiento e hipersensibilidad de la mama. El aumento de la cifra de prolactina durante la fase luteínica se relaciona con la reducción en la secreción de progesterona; las cifras elevadas de aquella pueden relacionarse con una reducción de la hormona estimulante de los folículos y luteinizante y deterioro de la esteroidogénesis gonadal. A pesar de que puede haber alguna razón teórica para sospechar que la prolactina pudiera tener algún papel en los cambios hormonales que producen en síndrome, la mayor parte de resultados no han demostrado diferencias en las cifras de esa hormona entre mujeres normales y pacientes con el síndrome.

PROSTAGLANDINAS

Las prostaglandinas se han investigado en los estudios del SP. Estas tienen un gran impacto en algunos de los síntomas fisiológicos severos. La PGE₂ tiene efectos sedativos sobre el sistema nervioso central. Las proataglandinas, pueden influir en la temperatura corporal.

ueden cambiar la permeabilidad para los iones sobre las membranas celulares y se ha descrito que afectan la actividad neurotransmisora y fluido sanguíneo cerebral. También se ha postulado que intervienen en desórdenes afectivos.

Cambios en los niveles de prostaglandinas en el endometrio tienen una relación temporal con el ciclo menstrual que es similar al patrón de la sintomatología del P. Esta relación está dada por la acción entre los estrógenos y progesterona. Jakobowicz et al, estudió 19 pacientes con SP y un grupo control de 22 mujeres y encontró altas concentraciones de PgE₂, PgF_{2a} y sus metabolitos durante todo el ciclo menstrual en las pacientes con SP.

Se han estudiado otros mecanismos, como el impacto que tiene la alergia hormonal endógena sutil, la deficiencia de vitamina B, las alteraciones o disfunción de catecolaminas, melatonina, glucocorticoides y endorfinas, pero ninguna ha proporcionado una explicación satisfactoria para la fisiopatología del complejo sintomático. Reid y Yen han postulado que el suceso principal pudiera ser una liberación aberrante o sensibilidad hacia los péptidos, una hormona estimulante de los melanocitos y la B-endorfina, pero esto todavía no se demuestra.

IGNOS Y SINTOMAS

La mayoría de las mujeres presentan algunos de los síntomas en relación con el ciclo menstrual; en muchos casos los síntomas son significativos pero de corta duración y no resultan invalidantes. Otras mujeres presentan uno o más de una amplia gama de síntomas que alteran temporalmente el funcionamiento normal. Los síntomas duran desde unas pocas horas hasta 10 a 12 días o más y por lo general cesan con el inicio de la menstruación; sin embargo, en mujeres perimenopáusicas, los síntomas pueden persistir durante la menstruación y desde ella. El tipo y la intensidad de los síntomas varía en la población en general e, incluso, en cada paciente.

Las molestias más comunes son alteraciones del humor y efectos psicológicos: irritabilidad, nerviosismo, falta de control, agitación, ira, insomnio, dificultad de concentración, letargo, depresión y fatiga intensa. Los síntomas relacionados con la retención de líquidos son edema, aumento transitorio de peso, oliguria y tensión y dolor amarillos. Los síntomas neurológicos y vasculares incluyen mareo, vértigo, síncope, parestesias en las extremidades y facilidad de aparición de hematomas. La epilepsia puede agravarse. Los síntomas GI incluyen distensión abdominal, estreñimiento, náuseas, vómitos y cambios en el apetito. Puede haber pesadez o presión pélvica y dolor de espalda. Los problemas de la piel consisten en acné, neurodermatitis y

en ocasiones, agravamiento de otros trastornos cutáneos. Los problemas respiratorios (alergias e infección) y oculares (altraciones visuales y conjuntivitis) pueden empeorar en el periodo premenstrual.

DIAGNOSTICO

El diagnóstico del SP es difícil, ya que las causas son desconocidas y no existen marcadores objetivos para cuantificar la gravedad de la sintomatología ni la respuesta al tratamiento. Sin embargo la valoración debe iniciarse estableciendo la intensidad de los síntomas. Por lo tanto el único medio lógico para establecer su grado de intensidad es mediante la elaboración de una gráfica prospectiva durante el ciclo menstrual anotándolos diariamente. La información prospectiva puede obtenerse en forma de diario, pero hay otras formas que facilitan esta labor. Las gráficas hacen posible que las pacientes noten la presencia o ausencia y la intensidad de los síntomas individuales durante cada día del ciclo. La ventaja de este tipo de sistema gráfico es que permite al médico correlacionar los síntomas con el ciclo menstrual y, además, con la curva de la temperatura basal.

Obviamente, además de esta gráfica prospectiva de los síntomas, es necesario obtener una valoración completa de los antecedentes médicos, familiares y sociales de la enferma. El médico debe estar consciente de la sintomatología psiquiátrica, ya que muchas de estas enfermas presentan alteraciones del carácter y padecimientos psiquiátricos. No se informó de los datos físicos específicos para el SP y tampoco está indicado efectuar estudios hormonales. No hay ningún examen de laboratorio ni radiológico que apoye para hacer el diagnóstico, aunque en algunas circunstancias es necesario contar con la determinación de prolactina sérica, andrógenos, gonadotropinas u otras hormonas. Es muy raro que existan hiperparatiroidismo o disfunción tiroidea, la que debe considerarse como una coincidencia, aunque ambas alteraciones se acompañen de ciertos patrones irracionales del comportamiento. El médico debe estar alerta a la posibilidad de otras enfermedades coexistentes.

TRATAMIENTO

La incertidumbre de la fisiopatología se refleja en la variabilidad del tratamiento clínico. El del Síndrome de Tensión Premenstrual constituye un recordatorio de que la medicina todavía es un arte y no una ciencia exacta. La terapéutica de ninguna manera está estandarizada, ni tampoco es exitosa y debe ser individualizada.

En primer lugar, debe hacerse un intento por caracterizar el área del mayor problema. En algunas mujeres el principal problema es la retención de líquidos, incluyendo aumento de peso, edema, cefalea e hipersensibilidad mamaria. Para otras, lo más molesto es la irritabilidad, los cambios en el carácter y la depresión. Debido a que la sintomatología es sumamente diversa no existe un solo tratamiento que sea suficiente.

SUPLEMENTOS VITAMINICOS Y MINERALES

Los suplementos vitamínicos y minerales continúan siendo interesantes porque son seguros, baratos y no requieren prescripción médica. Aunque la evidencia científica de su eficacia no ha sido establecida para los preparados comúnmente utilizados, el calcio y el magnesio recientemente han demostrado ser efectivos al reducir los síntomas.

El calcio (1000 mgs de calcio elemental al día) mejora el estado de ánimo durante la fase lútea, la retención de líquidos y el dolor, aunque los científicos no han determinado su mecanismo de acción.

El magnesio (360 mgs de ión magnesio) al igual que el calcio mejora los mismos síntomas. Existe evidencia experimental que las mujeres con SP tienen deficiencia de este mineral y que esto influye la actividad de neurotransmisión.

Experiencias clínicas sugieren que los suplementos minerales son benéficos principalmente para mujeres con sintomatología premenstrual de leve a moderada. Basándose en la literatura reciente, lo mejor es usar suplementos a base de calcio y magnesio. Pacientes que deseen utilizar otros productos deben recibir información sobre los efectos tóxicos. Se recomienda que independientemente del suplemento que se utilice, éste debe usarse por un período limitado de tiempo. La información sobre el SP puede aumentar la comprensión de la mujer sobre los síntomas y ayudar a modificar la respuesta ante los mismos.

MODIFICACION DE LA DIETA

El efecto de estas modificaciones en el SP no han sido muy estudiadas, pero por anécdotas, muchas mujeres que lo han hecho demostraron mejoría.

La guía usual recomienda el incremento de carbohidratos complejos, disminución de azúcares, sal, cafeína y alcohol; y consumir poca carne al día.

El razonamiento para algunas de estas alteraciones tienen sentido común. Por ejemplo: una reducción de sal en la dieta puede ayudar a mejorar los síntomas producidos por la retención de líquidos, y el uso del alcohol durante la fase sintomática puede agravar los síntomas depresivos.

El consumo de carbohidratos puede afectar el estado de ánimo al incrementar la actividad de la serotonina. En un grupo de mujeres con SP, una mejoría de los síntomas durante la fase lútea fue observada luego de la ingesta de carbohidratos; las mujeres del grupo control no mostraron cambios al ingerir la misma dieta. Este efecto de los carbohidratos puede estar asociado a la reducción concomitante de proteína consumida.

El papel de la cafeína en el SP no está claro. Parece ser que las mujeres con síntomas premenstruales significativos, consumen más bebidas con cafeína que las mujeres que no lo hacen, aunque la relación de causa efecto no está bien definida.

EJERCICIO

El ejercicio no ha sido provado directamente como una terapia para el SP. De todas formas evidencias indirectas sugieren que puede ser de mucha ayuda. Primero, el ejercicio puede disminuir los síntomas en enfermedades depresivas. Segundo, mujeres que hacen ejercicio tienen menos sintomatología durante la fase lútea comparado con las que no lo hacen. Finalmente, la secreción de endorfinas durante la fase lútea parece estar alterado en mujeres con SP, hay un mecanismo a través del cual el ejercicio puede ejercer este efecto.

Ejercicio aeróbico regular y moderado es el recomendado. En mujeres sedentarias un programa de caminata es bueno para empezar, de 1 a 2 millas 4 a 5 veces por semana incrementando como sea posible. Cualquier programa de aeróbicos es bueno incluyéndose también maratón, natación y ciclismo. Lo más importante es que el ejercicio es una actividad que a la mujer le agraderá hacer regularmente.

EDUCACION DEL ESTRES

Aunque el estrés no causa directamente el SP, experiencias clínicas indican que las situaciones estresantes pueden afectar la intensidad de los síntomas.

Se ha sugerido que las medidas para reducir el estrés pueden ayudar y también la dieta y el ejercicio que ya fueron aplicados.

ALTERACION DEL RITMO CIRCADIANO

Dos intervenciones que interfieren en el ritmo circadiano han sido mostrados en estudios pilotos para aliviar el SP.

La disminución del tiempo de sueño que se cree que reduce los síntomas en desórdenes depresivos mayores fue usado en un estudio piloto en 10 mujeres con SP. Una noche con poco sueño tempranamente en la fase lútea redujo los síntomas en el resto del ciclo en 8 de las 10 pacientes.

Una posible base fisiológica para estas terapias está en la alteración de la secreción de melatonina en mujeres con P. Aunque estudios adicionales son requeridos, estos resultados apoyan la posibilidad de terapia no farmacológica, efectiva y barata para mujeres con SP.

TERAPIA FARMACOLOGICA

En los casos más leves y en el grupo más joven, antes de cuando el edema es el principal síntoma, puede ser suficiente una dieta hiposódica e hiperprotéica atacando simultáneamente la tensión de la vida diaria (ver párrafos anteriores). Para la mayor parte de los problemas de edema, puede administrarse hidroclorotiazida (500mgs) una o dos veces al día durante 2 o 3 días al iniciarse el edema. No se aconseja el tratamiento continuo o prolongado, ya que puede haber edema al suprimir el medicamento, con depleción de sodio. La espironolactona, también suministrada en forma cíclica, puede ser útil. Actúa como inhibidor de la aldosterona y se administra en dosis de 25 mgs 4 veces al día durante los días 18 al 26 del ciclo, reduce el peso corporal, el edema, la letargia, angustia y alivia los síntomas psicológicos como depresión y tristeza.

Dalton propuso el empleo de suplementos de progesterona en dosis elevadas, por considerar que una de las causas del SP es una falla en la vía de retroacción de la hormona. Esta se administra por vía rectal inicialmente en dosis de 200 a

400 mgs 2 veces al día, 5 días antes de aquel en que se esperan los síntomas. Se recomiendan dosis intramusculares de 50 a 100 mgs. Las indicaciones para este tratamiento no han sido selectivas, y aunque no se encontraron efectos adversos, pueden presentarse irritaciones locales con los supositorios.

En un estudio británico doble ciego con grupo control y placebo se administró una combinación de alcaloides de la belladona, tártaro de ergotamina y fenobarbital que resultó eficaz en el tratamiento de fatiga, nerviosismo, síntomas mamarios e irritabilidad. En estudios sin grupo control, se ha dicho que la piridoxina (vitamina B6), en dosis elevadas es eficaz. Hay varios estudios con grupo control en los que se han comunicado resultados contradictorios: Hagen y cols. compararon la vitamina B6 con placebo en un estudio doble ciego al azar en 34 mujeres y no encontraron ningún efecto de la piridoxina. Es importante hacer notar que la vitamina B6 puede inducir neuropatía periférica cuando se utiliza en las mismas dosis que para el tratamiento del SP.

El interrumpir la ovulación mediante empleo de anticonceptivos orales combinados o progestágenos en minidosis puede curar algunas pacientes, pero debido a que estos medicamentos podrían agravar los síntomas en otras, deben utilizarse con precaución. La edad de la paciente y su grupo específico de síntomas puede determinar las probabilidades de éxito. Algunos estudios indican que hay mejoría con los AO basicamente con los progestágenos, pero también se registraron resultados opuestos. Algunas mujeres con SP refieren que los síntomas se inician con exacerbación acentuada al utilizar dichos anticonceptivos.

Como ya se dijo antes, la bromocriptina carece de efectos sobre el SP y tampoco se encontró que la cifra de prolactina difiera de la de grupos control. Los inhibidores de las prostaglandinas han tenido resultados prometedores en varios estudios, pero en aquellos con grupo control, estos medicamentos no han sido tan eficaces para aliviar los síntomas mamarios y la retención de líquidos. En algunos estudios las pacientes con irritabilidad, depresión, tensión, dolor abdominal y cefalea obtuvieron beneficio al utilizar estos fármacos.

Finalmente, Muse y cols. informaron que el uso de un análogo de la hormona liberadora de gonadotropinas induce una "ooforectomía médica" bastante eficaz en el tratamiento del SP. Este es un estudio de 6 meses y la utilización de tal fármaco mejoró la sintomatología durante la fase luteínica en 8 de las pacientes tratadas. El tratamiento con este antagonista requiere inyecciones diarias y provoca bochornos. Aunque parece ser un tratamiento drástico, aparentemente fue eficaz.

VI. METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio a realizar es observacional descriptivo.

SELECCION DEL SUJETO A ESTUDIO

Estudiantes de un instituto público de la ciudad capital.

TAMANO DE LA MUESTRA

Se tomará el universo de la población, 400 estudiantes.

CRITERIOS DE INCLUSION

1. Estudiantes de 14 a 20 años de edad.
2. Estudiantes nuligestas.
3. Estudiantes sin alteraciones menstruales secundarias a una patología diagnosticada previamente.

CRITERIOS DE EXCLUSION

1. Estudiantes menores de 14 años de edad y mayores de 20 años.
2. Estudiantes no nuligestas.
3. Estudiantes que refieran alteraciones menstruales secundarias a una patología diagnosticada previamente.

RECURSOS

Materiales

económicos: Boletas para la recopilación de datos.

físicos: equipo y material de oficina,
instalaciones del instituto público,
calculadora, computadora.

Humanos

Personal docente del instituto público.
Estudiantes del instituto público.

VARIABLES A ESTUDIAR

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION
Edad	Tiempo cronológico que ha vivido una persona.	Interrogar sobre la edad de la estudiante.	Edad en años.
Ingreso económico	Cantidad de dinero que una persona devenga por prestar un servicio. Bajo: ing. económico familiar que al dividirlo entre el No. de miembros no cubre las necesidades básicas.	Preguntar sobre el ingreso económico familiar mensual y número de miembros en la familia.	salario mensual y número de miembros en la familia.
Escolaridad	Estudios realizados por una persona.	Interrogar sobre la escolaridad de los padres.	Primaria Secundar. Diversif. Univer.
Tensión Pre-menstrual	Síndrome cuya intensidad aumenta días antes de la menstruación y desaparece días después.	Preguntar sobre signos y síntomas asociados.	signos y síntomas asociados
Menarquia	Aparición de la primera menstruación.	Preguntar a que edad presentó primera menstruación.	Edad en años.
Menstruación	Flujo vaginal sanguíneo espontáneo y periódico que se origina de la mucosa uterina.	Interrogar sobre características, síntomas y duración de menstruación.	Características y duración de menst.

PLAN DE RECOLECCION DE DATOS

pretende la recolección de datos de la siguiente manera: primero, se hará una entrevista con la Directora del Instituto público, luego de la autorización para realizar el estudio, se procederá a seleccionar a la población que llene los requisitos necesarios, posteriormente se dará información sobre la investigación a la población sujeta a estudio, a fines se les pasará una encuesta para la recolección de datos. Los datos obtenidos se tabularán y analizarán.

EDUCACION DE LA INVESTIGACION

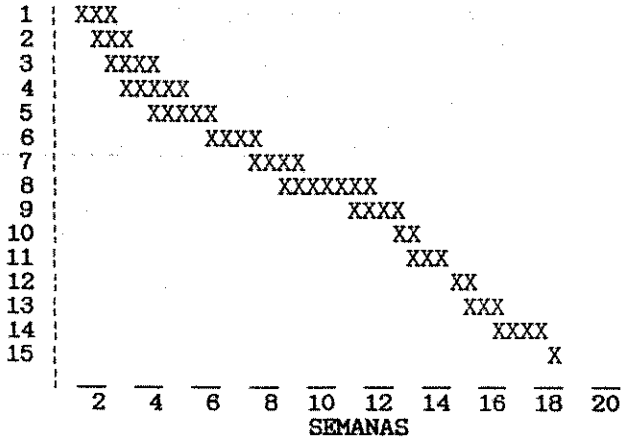
La investigación se llevará a cabo en un instituto público de la ciudad capital, tomándose como muestra a 400 estudiantes, realizado por el estudiante previo a optar a el título de Médico y Cirujano.

La literatura refiere que las actitudes sociales y culturales negativas hacia la menstruación influyen en el apareamiento de la sintomatología premenstrual, por lo tanto una adolescente que reciba mala o insuficiente información sobre los diferentes cambios fisiológicos que se presentan a su edad, al estar predispuesta a padecer Síndrome Premenstrual, dependiendo de la severidad de la sintomatología, este podrá afectar su actividad diaria y/o rendimiento académico.

Creemos que al finalizar el estudio será conveniente programar charlas sobre el tema con las estudiantes, utilizando información clara y adecuada, y dar a conocer al personal docente los resultados del estudio para que sean considerados en el momento en que una estudiante mostrara descenso en su rendimiento académico o ausencia a clases.

GRAFICA DE GANTT

* ACTIVIDADES



* ACTIVIDADES

1. Selección del tema del proyecto de investigación.
2. Elección del asesor y revisor.
3. Recopilación de material bibliográfico.
4. Elaboración del proyecto conjuntamente con asesor y revisor.
5. Aprobación en la institución a efectuar el estudio.
6. Aprobación por la coordinación de tesis.
7. Diseño de instrumentos para recopilación de datos.
8. Ejecución del trabajo de campo.
9. Procesamiento de datos y elaboración de cuadros.
10. Análisis y discusión de resultados.
11. Elaboración de conclusiones, recomendaciones y resumen.
12. Presentación del informe final para correcciones.
13. Aprobación del informe final.
14. Impresión del informe final y trámites administrativos.
15. Examen público de defensa de tesis.

PRESENTACION DE RESULTADOS Y TIPO DE TRATAMIENTO ESTADISTICO
 Los resultados obtenidos por la boleta de investigación se procesarán y tabularán, luego se agruparán y realizarán cuadros, analizándose y discutiéndose.

VII. PRESENTACION DE RESULTADOS

CUADRO 1

Ingreso económico familiar de alumnas del instituto público.

Q DIARIOS / PERSONA	F	%
Q.01.00 - Q.05.00	151	37.75
Q.03.00 - Q.10.00	148	37.00
Q.11.00 - Q.15.00	73	18.25
Q.16.00 - Q.20.00	28	7.00
T O T A L	400	100.00

Fuente: Boleta de investigación

CUADRO 2

Escolaridad de padres de alumnas del instituto público

ESCOLARIDAD	PADRE		MADRE	
	F	%	F	%
PRIMARIA	161	40.25	219	54.75
SECUNDARIA	77	19.25	69	17.25
DIVERSIFICADO	98	24.50	56	14.00
UNIVERSITARIO	30	7.50	12	3.00
NINGUNA	34	8.50	44	11.00
T O T A L	400	100.00	400	100.00

Fuente: Boleta de investigación

CUADRO 3

Información sobre menstruación proporcionada por los padres a las alumnas del instituto público y su relación con síntomas premenstruales

I N F O R M A C I O N	F	%	*SINTOMATOLOGIA	
			F	%
NINGUNA	79	19.75	61	77.20
POCA	127	31.75	102	80.30
SUFICIENTE	194	48.50	135	69.60

Fuente: Boleta de investigación

* > 3 Síntomas

CUADRO 4

Interferencia en actividades diarias relacionada con sintomatología pre-menstrual en alumnas del instituto público

INTERFERENCIA EN ACTIVIDADES DIARIAS	F	%
NUNCA	69	23.25
1-10 días / año	192	64.25
+ de 10 días / año	37	12.50
T O T A L	400	100.00

Fuente: Boleta de investigación

CUADRO 5

Sintomatología pre-menstrual más frecuencia en alumnas del instituto público

S I N T O M A T O L O G I A	F	%
Depresión	123	41.28
Tensión	97	32.55
Dolor de espalda	84	28.19
Dolor de cabeza	31	27.18
Irritabilidad	74	24.83
Distensión abdominal	70	23.49
Tristeza	61	20.47
Acné	60	20.13
Cambio en el apetito	59	19.80
Dolor de mamas	58	19.46
Ansiedad	41	13.79
Fatiga	36	12.08
Cambio en el trabajo	34	11.41
Dolor de articulaciones	33	11.07
Aislamiento	32	10.74
Disminución de concentración	31	10.40
Náusea	25	8.40
Hinchazón	24	8.05
Crisis de llanto	17	5.70
Otros	17	5.70

ente: Boleta de investigación

CUADRO 6

Actividad extra realizada por alumnas del instituto público

A C T I V I D A D	F	%
OTROS ESTUDIOS	8	3.05
TRABAJO	27	10.30
TAREAS DEL HOGAR	215	82.06
DEPORTE	12	4.60
T O T A L	262	100.00

Fuente: Boleta de investigación

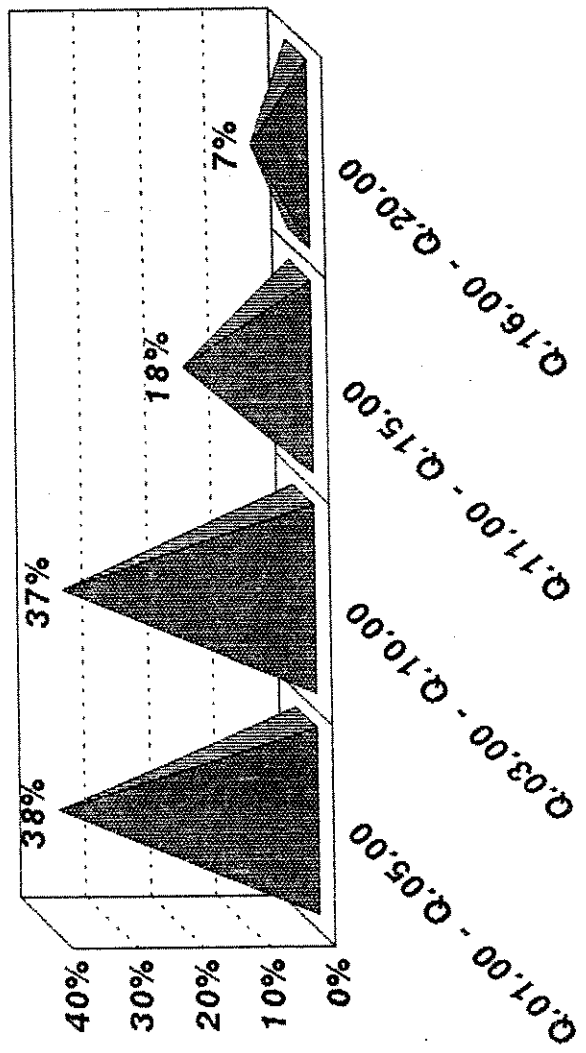
CUADRO 7

Medidas adoptadas ante la sintomatología pre-menstrual en alumnas del instituto público

M E D I D A S	F	%
MEDICO	3	1.25
AUTOMEDICACION	124	41.70
REMEDIOS CASEROS	60	20.20
NINGUNA	139	46.70

Fuente: Boleta de investigación

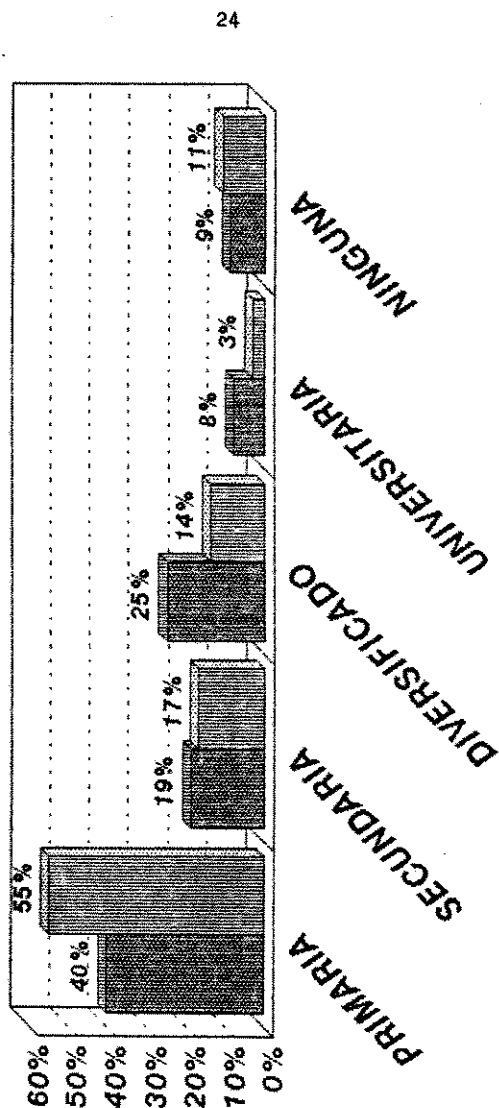
INGRESO ECONOMICO FAMILIAR DE ALUMNAS DEL INSTITUTO PUBLICO



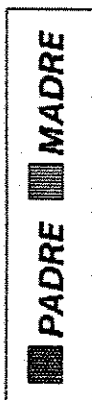
GRAFICA 1

FUENTE: BOLETA DE INVESTIGACION

ESCOLARIDAD DE PADRES DE ALUMNOS DEL INSTITUTO PUBLICO

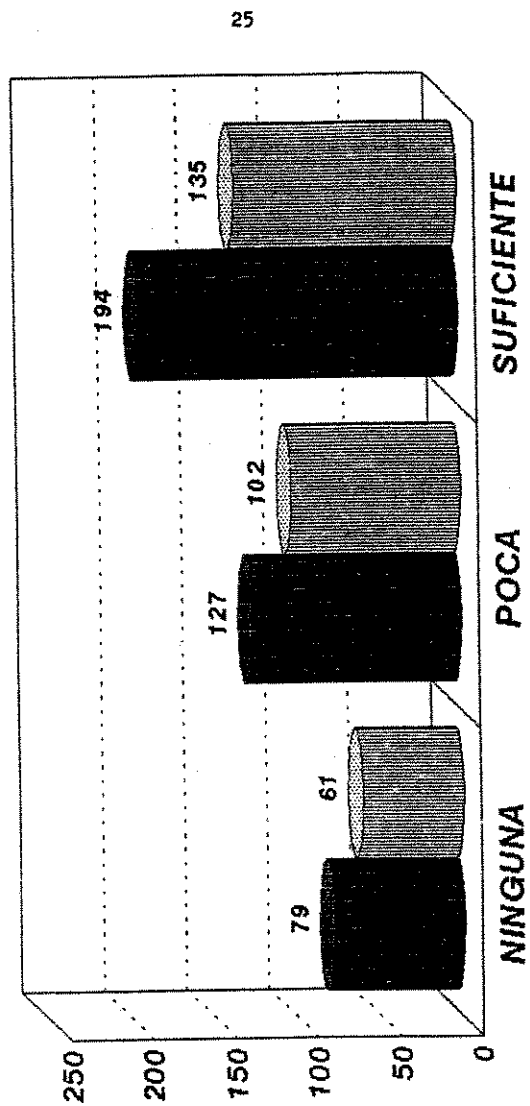


GRAFICA 2



FUENTE: BOLETA DE INVESTIGACION

**PADRES A LAS ALUMNAS DEL INSTITUTO PUBLICO Y SU
RELACION CON SINTOMAS PRE-MENSTRUALES**



GRAFICA 3

SINTOMATICAS

FUENTE: BOLETA DE INVESTIGACION

VIII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

Cuadros 1 y 2:

Se puede observar en el cuadro 1, que casi el 90% de la población en estudio refirió tener un ingreso económico bajo (considerándose como ingreso económico bajo, aquel que al dividir el ingreso económico familiar entre el número de miembros de la familia da un valor menor a Q15.00 diarios por persona). Tan solo un 7% de la población refirió un ingreso económico mayor de Q18.00 diarios por persona.

En el cuadro 2 llama la atención que 34 de los padres y 44 de las madres de un total de 400 alumnas, no tienen ninguna escolaridad y tan solo 138 de las madres y 205 de los padres realizaron estudios superiores a la educación primaria.

Analizando conjuntamente los cuadros 1 y 2 observamos que hay una gran relación entre ambos, ya que una persona con baja escolaridad va a tener menos oportunidad de optar a un trabajo bien remunerado, y viceversa, la frecuencia alta del ingreso económico bajo va a ser reflejo de la baja escolaridad observada en el cuadro 2.

Lo anterior da como resultado que estos padres de familia no den a sus hijas información adecuada sobre los cambios fisiológicos que ellas experimentarán durante su adolescencia, debido a lo tabúes que se crean en torno a éste tipo de temas, principalmente en el nivel socio-económico bajo, lo cual hace a estas jóvenes predisponentes a padecer sintomatología premenstrual.

Cuadro 3:

Analizando el cuadro 3 nos damos cuenta que de 79 alumnas que refirieron no haber recibido información sobre menstruación por parte de sus padres, 61 presentan sintomatología premenstrual (más de 3 síntomas); de las 321 alumnas restantes que refirieron recibir poca o suficiente información sobre menstruación 237 presentan molestias premenstruales, haciendo un total de 298.

Se colocó dentro del rango de poca información al grupo de alumnas que aún refiriendo haber recibido información sobre menstruación al interrogarlas demostraron poco dominio del tema a su nivel, mientras que el grupo de suficiente información mostró dominio del tema a su nivel, aunque la gran mayoría de ellas tienen creencias erróneas.

Lo importante es que dentro del grupo de alumnas que refirió no haber recibido ninguna información, la incidencia de sintomatología premenstrual es alta, y como lo menciona la literatura, las actitudes sociales y culturales negativas hacia la menstruación, son factores predisponentes a padecer síntomas premenstruales.

Cuadro 4:

En este cuadro podemos observar que de las 298 alumnas que refirieron sintomatología premenstrual (más de 3 síntomas), en 69, estos síntomas nunca habían interferido en sus actividades diarias, en 192 estos habían afectado de 1 a 10 días y en 37 alumnas más de 10 días.

Esto es importante tomarlo en cuenta ya que puede ser indicativo de la severidad de la patología e interfiere en el rendimiento académico, asistencia a clases y actividades cotidianas.

Cuadro 5 y 6:

En el cuadro 5 se enuncian los síntomas más frecuentes durante el período premenstrual, sobre los cuales se interrogó en la boleta de investigación.

Llama la atención que los más comunes: depresión y tensión con una frecuencia de 123 y 97 respectivamente, corresponden a alteraciones del estado emocional, lo cual va de acuerdo con la literatura; siguiéndoles el dolor de espalda y cabeza con una frecuencia de 84 y 81 respectivamente.

Podemos observar en el cuadro 6 que 262 alumnas refirieron realizar alguna actividad extra como: otros estudios (8), trabajo (27), tareas del hogar (215) y deporte (12), esto puede relacionarse con la literatura, que refiere que el estrés es un factor predisponente que puede afectar la intensidad de la sintomatología premenstrual, y en este caso el estrés que pudieran presentar las alumnas al realizar una actividad extra a sus estudios. En caso contrario, las alumnas que refirieron hacer deporte tuvieron una baja incidencia de sintomatología premenstrual, ya que el ejercicio puede disminuir los síntomas en enfermedades depresivas, y como lo menciona la literatura, las mujeres que hacen ejercicio tienen menos sintomatología durante la fase lútea comparado con las que no lo hacen.

Es importante mencionar que en el grupo de alumnas que refirió haber recibido suficiente información, se observó una alta incidencia de síntomas de tipo psicológico más que somáticos. Esto podría explicarse mencionando que muchas de las jóvenes aún refiriendo haber recibido suficiente información, tienen creencias erróneas sobre la menstruación las cuales podrían causarles cierto estrés y éste a su vez afectar en la intensidad de los síntomas premenstruales.

Cuadro 7:

Este cuadro muestra la conducta que toman las alumnas ante la sintomatología premenstrual: 46.7% refirió no hacer nada ante las molestias, lo cual puede ser indicativo de un cuadro leve que se da espontáneamente; un 45.7% refirió automedicarse (analgésicos y/o calmantes), 20.2% toman remedios caseros y tan solo el 1.25% acude al médico.

Aunque hubo varias alumnas que refirieron más de una conducta a la vez, ya que habían periodos más difíciles que otros.

El 46.7% que refirió no hacer nada ante las molestias podría ser reflejo de los síntomas más comunes que son la depresión y tensión, ya que va a ser raro que una joven se automedique para este tipo de molestias. Además las conductas que toman las jóvenes reflejan el bajo ingreso económico de sus familias, ya que es más económico no hacer nada y/o tomar remedios caseros que comprar medicamentos o acudir al médico.

IX. CONCLUSIONES

- . Existe relación entre el Síndrome de Tensión Premenstrual y el nivel socio-económico.
- . Se determinó que la baja escolaridad de los padres y el bajo ingreso económico familiar son factores predisponentes para padecer sintomatología premenstrual.
- . De las 400 jóvenes en estudio el 74.5% presentan molestias (más de 3 síntomas) durante la fase premenstrual.
- . Se determinó que los síntomas durante la fase premenstrual más frecuentes fueron: depresión, tensión (más frecuente entre las jóvenes que recibieron información de sus padres), dolor de espalda y cefalea.
- . Las conductas más comunes que toman las jóvenes ante la sintomatología premenstrual son: automedicación y remedios caseros.
- . Un gran porcentaje de jóvenes han tenido interferencia de sus actividades diarias por sintomatología premenstrual.

X. RECOMENDACIONES

1. Orientar a los padres de familia sobre la importancia de dar a sus hijos información adecuada sobre sexualidad y de capacitarse al respecto.
2. Mejorar la orientación sexual a nivel de planteles educativos, tanto para estudiantes como para personal docente y padres de familia.
3. Que las jóvenes no tomen una actitud indiferente ante las molestias premenstruales severas, ya que podría tratarse de alguna patología con sintomatología similar al Síndrome de Tensión Premenstrual.
4. Recomendar a las jóvenes que no tomen ningún medicamento, especialmente calmantes, sin autorización médica.
5. Que en los planteles educativos se tome en cuenta el Síndrome de Tensión Premenstrual en casos de ausentismo y/o rendimiento académico bajo.

XI. RESUMEN

El Síndrome de Tensión Premenstrual se caracteriza por la aparición de síntomas antes de la menstruación con el pronto alivio en el período menstrual. Se dice que el SP tiene bases fisiológicas, psicológicas y sociales, por lo que se realizó un estudio observacional descriptivo en 400 estudiantes de un instituto público de la ciudad capital, para establecer la relación entre el SP y el nivel socio-económico, concluyendo que el 90.75% de la población tiene un ingreso económico familiar mensual que no alcanza para cubrir las necesidades básicas o sea un ingreso económico familiar bajo. Lo anterior puede relacionarse con la escolaridad de los padres, ya que el 11% de las madres, que es la que generalmente habla a sus hijas sobre estos temas, no tiene ninguna escolaridad y solo el 34.25% realizó estudios superiores a la educación primaria. Esto hace que estas madres den muchas veces información incorrecta a sus hijas, y como lo menciona la literatura, las actitudes y creencias negativas hacia la menstruación son factores predisponentes a padecer sintomatología premenstrual.

De las 378 jóvenes que se clasificaron con un ingreso económico familiar bajo, 298 refirieron sintomatología premenstrual (más de 3 síntomas), de las cuales 61 no habían recibido información sobre el tema, 102 demostraron al interrogarlas poco conocimiento del tema y 135 mostraron dominio del tema a su nivel.

Se pudo demostrar que entre los síntomas más comunes están: depresión, tensión, cefalea y dolor de espalda. Siendo los síntomas de tipo emotivo más comunes entre las jóvenes con más conocimiento del tema, ya que en ocasiones los padres pueden orientar a mitos que favorezcan el problema en lugar de evitarlo.

Con base a lo anterior se pudo concluir, que el Síndrome Premenstrual tiene una alta incidencia y que va a estar relacionada con el nivel socio-económico de la mujer, en este caso el nivel socio-económico bajo.

XII. BIBLIOGRAFIA

1. Alcides Santamaría, Jorge Lic. El Medio Ambiente y la Salud. Universidad de El Salvador. Año CXIV 9. 1989. PP.85-88.
2. Aquino, Cruz. Sosa, Ramón E. Síndrome de Tensión Premenstual: Análisis de 83 casos. Revista Médica Dominicana. 49(4): 107-8, oct.-dic. 1988.
3. Bátres M., Gioconda. Mujeres. Depresión y Vida Cotidiana. Opinión Médica, dic. 1989. pp. 15-17.
4. Barrientos, Diva. Frecuencia de Dismenorrea en una Población Escolar. Tesis. USAC. Facultad de Ciencias Médicas, 1994. pp 54.
5. Chuong, James. Dawson, Earl, B. Critical Evaluation On Nutritional Factors In The Pathophysiology and Treatment of Premenstrual Syndrome. Clinical Obstetrics and Gynecology. 35(3): 679-688, sept. 1992.
6. Devalón, Melissa. Bachman, John W. Síndrome Premenstual. Tribuna Médica, Bogotá. 81(4): 171-5, abril 1990.
7. Garrido, Guillermo. Otazúa, John. Síndrome Premenstual. Medicina Interna, Caracas. 5(3/4): 101-12 1989.
8. Gise, L.H. Lebovits, A.H. Issues of Identification of Premenstrual Syndromes. Journal, 178(4): 228-34, abril 1990.
9. Guerrero, Carlos. Ramos, Marcelo. Premenstrual Seizure Increase. Arq. Neurosiquiatry; 49(1): 27-32, march 1991.
10. Guzmán Sanchez, Arnoldo. Ponduro, Barón. Síndrome Premenstual y Piridoxina. Ginecología Obstétrica México, 58: 55-7, febrero 1990.

- Hernández, Esaúl. Malacara, Juan. Bromocriptina. Nueva Alternativa en el Tratamiento del Síndrome de Tensión Premenstrual. Compendio de Investigación Clínica Latinoamericana. 8(2): 15-22, nov.-dic., 1988.
- Johnson, Susan M.D. Clinician's Approach to the Diagnosis and Management of Premenstrual Syndrome. Clinical Obstetric and Gynecology, 23(3): 637-56 september 1992.
- Krauskopf, Dina. Situación de las adolescentes Centroamericanas: Tendencias y Perspectivas. UNICEF, Costa Rica 1991. pp 59.
- Levy Junior, R. Ciclos Menstruales y Psicopatías. Boletín de Psiquiatría; 16(1):34-52, 1983.
- Novak, Edmund R. Tratado de Ginecología. 9a. edición, México, Interamericana, 1977. pp 221-27.
- Pritchard, Jack A. MacDonald, Paul. Gant, Norman. Obstetricia de Williams. 3ra. edición. México, Interamericana, 1977. pp 29-59.
- Ramcharan, S. et. al. The Epidemiology of Premenstrual Syndrome. Journal Clinical of Epidemiology; 45(4): 377-92, april 1992.
- Rapkin, Andrea M.D. Premenstrual Syndrome. Clinical Obstetrics and Gynecology; 35(4): 585-86, sept. 1992.
- Rojas, Mynor. Alteraciones del Ciclo Menstrual y su Relación con el Estrés. Tesis, USAC. Facultad de Ciencias Médicas, 1992. pp 64.
- Tobjorn. Backstrom M.D. Neuroendocrinology of Premenstrual Syndrome. Clinical Obstetrics and Gynecology; 35(3): 612-23, sept. 1992.

- a. [] tristeza _____
 b. [] aislamiento _____
 c. [] cambios en los hábitos de trabajo _____
 d. [] crisis de llanto _____
 e. [] disminución de la concentración _____
 f. [] dolor de espalda _____
 g. [] dolor de cabeza _____
 h. [] dolor de mamas _____
 i. [] dolor en articulaciones _____
 j. [] náusea _____
 k. [] fatiga _____
 l. [] cambios en el apetito _____
 m. [] distensión abdominal _____
 n. [] aumento de peso _____
 o. [] hinchazón _____
 p. [] mareos _____
 q. [] adormecimiento de miembros inferiores _____
 r. [] temblores _____
 s. [] diarrea _____
 t. [] sudoración excesiva _____
 u. [] acné _____
 v. [] estreñimiento _____

9. Qué medidas toma para aliviar sus molestias durante la fase premenstrual ? remedios caseros []
 acude al médico []
 toma pastillas [] _____
 no hace nada []

10. Aparte de estudiar, realiza alguna actividad extra ?
 si [] no []

11. Qué actividad realiza ? actividad tiempo
- deporte _____
 tareas del hogar _____
 otros estudios _____
 trabajo _____
 otra actividad _____

12. Han interferido sus molestias durante el período premenstrual en sus actividades diarias ?
 nunca 1-10 días/año más de 10 días/año
 [] [] []

MUCHAS GRACIAS

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
 Biblioteca Central