

Estado Nutricional, Ingesta Alimentaria y Nivel de Actividad Física en el Síndrome Premenstrual

D	L	M	M	J	V	S
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

MARÍA FLORENCIA COSTAGLIOLA
TUTORA: ANDREA DIRR
DEPARTAMENTO DE METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

*“Cuando por los años no puedas correr,
Trota,
Cuando no puedas trotar,
Camina,
Cuando no puedas caminar,
Usa el bastón,
Pero nunca te detengas”.*

Madre Teresa de Calcuta

A mi familia y amigos por el apoyo brindado,
Para que este sueño se haga realidad

Llegando al final de esta etapa y por comenzar un camino nuevo agradezco a todos los que me brindaron su apoyo.

En primer lugar y por sobre todas las cosas a mis padres que me enseñaron a recorrer este camino, dándome su amor incondicional y por tener siempre la palabra justa.

A mis hermanos del alma, quienes me acompañan y me dan fuerzas día a día.

A mi novio, mi amigo, mi compañero incondicional

A las amigas que sembré en la Universidad, por darme la fuerza para seguir adelante, por los tantos momentos vividos y por compartir la misma pasión

A los Profesores de la Facultad de Ciencias de la Salud de la carrera Lic. En Nutrición, en particular a la Profesora y Licenciada Andrea Dirr como tutora de tesis, por guiarme en esta investigación.

A la Licenciada y querida amiga Lucia Inés Elissalt por aconsejarme en el día a día.

A la profesora del Departamento de Metodología, Vivian Minnard y de Estadística, Mónica Pascual, por la dedicación y paciencia.

A la doctora Andrea Monte por facilitarme bibliografía para llevar a cabo esta tesis.

El Síndrome Premenstrual, es un tema de interés en la salud de la mujer debido al padecimiento que implica y la interferencia que produce en el desempeño habitual. La finalidad de este trabajo es proporcionar los conocimientos necesarios sobre el Síndrome Premenstrual para lograr una mejor calidad de vida.

Objetivo Identificar a las mujeres que padecen Síndrome Premenstrual, estimar su ingesta, su estado nutricional y valorar el nivel de actividad física de las alumnas entre 18 y 30 años que asisten a la Universidad FASTA.

Materiales y Métodos: El presente trabajo es descriptivo y de corte transversal ya que está dirigido a determinar la situación de las variables utilizadas en un momento determinado en una muestra de 120 estudiantes. Los datos se recolectaron mediante una encuesta impresa.

Resultados: Los resultados de las encuestas, muestran que prácticamente todas las estudiantes evaluadas presentan al menos un síntoma durante el período premenstrual. Un 32% presenta Síndrome Premenstrual y un 11%, Trastorno Disfórico. El estado Nutricional de las encuestadas se encuentra en su mayoría dentro de los estándares de normalidad. En cuanto a la actividad física se ha registrado que las mujeres que más cantidad de actividad física realizan son las que no padecen el Síndrome Premenstrual. Estas estudiantes duplican el promedio de horas de ejercicio con respecto a las anteriores. La probabilidad de tener Síndrome Premenstrual es cinco veces mayor en mujeres que no realizan actividad física con respecto a las que si realizan. La frecuencia de consumo muestra un consumo similar de cada alimento en las mujeres con Síndrome Premenstrual y sin Síndrome, excepto en el caso de los vegetales del grupo B en el que se aprecia un consumo seis veces mayor en mujeres sin la patología y el caso de los dulces, con un consumo dos veces mayor en mujeres con patología. La adecuación de macronutrientes está por debajo de las recomendaciones de hidratos de carbono, proteínas y grasas. No ocurre lo mismo con el calcio y la vitamina E. La mayoría de las encuestadas no cubre las recomendaciones de Vitamina E y la mitad llega a cubrir las recomendaciones de Calcio.

Conclusiones: Luego del análisis de datos se puede afirmar en este estudio que no existe una relación significativa entre el estado nutricional y el Síndrome Premenstrual como así tampoco con la adecuación de macro y micronutrientes. En esta muestra en lo que se refiere a la actividad física podemos concluir que el ejercicio ayudaría a disminuir la intensidad o aparición de los síntomas. Por eso es importante mantener buenos hábitos. Con respecto a la ingesta alimentaria los vegetales B es el alimento que mayor diferencia de consumo presenta y debería tenerse en cuenta.

Palabras Claves: Síndrome premenstrual, frecuencia de consumo, actividad física, estado nutricional.

Premenstrual syndrome is a topic of interest in women's health due to the suffering it involves and the interference it brings to everyday life. The purpose of this paper was to provide the necessary knowledge of PMS to reach a better quality of life.

Objective: To identify women who suffer from PMS, estimate their food intakes, nutritional status and to assess the level of physical activity of female students between 18 and 30 years attending FASTA University in Mar del Plata, Buenos Aires province.

Material and Methods: This was a descriptive and cross-sectional study as it aimed at determining variables in a given time in a sample of 120 students. Data were collected by a paper survey

Results: Our results showed that almost all students suffered from at least one symptom during the premenstrual period. PMS was registered in 32% of the sample while 11% suffered from Dysphoric Disorder. The nutritional status of the respondents was mostly within normal standards. In terms of physical activity, it was recorded that women performing more physical activity did not suffer from PMS. These students doubled the average hours of exercise as related to those suffering from PMS. The likelihood of premenstrual syndrome was five times higher in women who did not exercise. Frequency shows a similar consumption of each food consumption in women without PMS Syndrome, except the group of plant B in which a consumption six times without the pathology in women is seen and the case of sweets, consuming twice as high in women with pathology. The suitability of macronutrients is below the recommendations of carbohydrates, proteins and fats. Not so with calcium and vitamin E. Most respondents did not cover the recommendations of Vitamin E and half comes to meeting recommendations for calcium.

Conclusions: After data analysis we can state that there is no significant relationship between the nutritional status and PMS, neither occurs with the adequacy to meet the needs of macro and micronutrient intake. With regards to physical activity, we can conclude that exercise would help reduce the intensity or appearance of symptoms. Therefore, it is important to maintain good habits. With respect to dietary intake vegetable food B is the biggest difference presents consumption and should be considered

Keywords: Frequency of Consumption, Premenstrual Syndrome Physical Activity, Nutritional status.

Introducción-----	1
Capítulo I:	
Síndrome Premenstrual-----	6
Capítulo II:	
Abordaje Terapéutico y Nutricional-----	20
Diseño metodológico-----	39
Análisis de datos-----	50
Conclusiones-----	62
Bibliografía-----	66
Anexos-----	72

INTRODUCCIÓN



La menstruación es el proceso de descamación periódica del endometrio característico de los mamíferos, secundario a cambios cíclicos hormonales que afectan a todo el organismo de la mujer y no sólo al endometrio. Por ende hay variaciones normales en la conducta, humor, peso, apetito, libido, temperatura corporal tanto en la fase folicular como en la luteínica del ciclo.

Cuando estos cambios se manifiestan de forma exacerbada, son considerados como una forma patológica de este proceso normal femenino, dando origen al Síndrome Premenstrual o al Trastorno Desorden Disfórico Premenstrual (DDPM).

El Síndrome Premenstrual se define como un patrón de síntomas emocionales, conductuales y físicos que se presentan en el periodo premenstrual y que remiten al iniciarse la menstruación, generalmente al segundo día. Incluye tensión mamaria, edemas, distensión abdominal, cefaleas y cambios de humor o sensación de tensión emocional. Esta sintomatología afecta moderadamente el desempeño habitual de la mujer aunque los cambios de humor no son tan severos como para obligar a un tratamiento farmacológico regular (Bocchino, 2004)¹.

El Síndrome afecta entre un 30 a un 40% de las mujeres en edad reproductiva.

Más de 100 síntomas han sido atribuidos al PMS. Las manifestaciones más comunes incluyen síntomas emocionales como depresión, labilidad emocional, cólera, irritabilidad, ansiedad, y síntomas físicos como mastodinia, mastalgia, meteorismo, cefalea, mialgias, edema y otros tales como la disminución del interés en las actividades habituales, fatiga, disminución en la concentración, incremento del apetito, hipersomnia e insomnio Palomino (Santisteban,1997)². El trastorno Disfórico Premenstrual se caracteriza clínicamente por severas alteraciones del estado de ánimo, con depresión, irritabilidad, angustia y marcada labilidad emocional.

Afecta entre un 3 a un 8% (Bocchino, 2004)³ de las mujeres jóvenes, con una alteración notoria e invalidante del desempeño habitual. El síndrome disfórico premenstrual es una variante aguda del síndrome premenstrual que afecta a mujeres en edad fértil, sin que influyan las diferencias geográficas, étnicas, culturales o temporales.

Es un padecimiento que afecta mujeres, en quienes llega a ser incapacitante, con repercusiones de tipo social y económico; es un fenómeno corporal que trasciende el soma y se incorpora a la vida psíquica de la mujer, que no logra controlar, e incluso la domina.

1. Stella Bocchino es una Médica Psiquiatra que hace referencia a los síntomas y trastornos premenstruales.
2. Este autor refiere que el síndrome premenstrual (PMS) es una condición médica que consiste en la recurrencia cíclica de signos y síntomas.
3. Esta autora aborda el tema de la etiología del Síndrome Premenstrual.

El deterioro de la salud conduce a menudo al debilitamiento del trabajo, ya sea en forma de ausentismo o de reducción de la productividad (Prasad y cols, 2004)⁴ esta enfermedad tiene un significativo impacto en el rendimiento laboral de las mujeres.

Se debería agregar también el incremento de los "costos directos" en salud, definidos como los gastos derivados del diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o el pago a proveedores de servicios médicos (Borenstein J,y cols, 2005)⁵.

La evolución natural del síndrome transcurre como un cuadro crónico y limitante en el desarrollo de una persona, que frecuentemente se asocia con tasas de morbilidad. Con el transcurso del tiempo se va haciendo evidente el deterioro en el área de las relaciones y en lo laboral; se ven especialmente afectadas la pareja, la familia y la capacidad de eficiencia, aun cuando se conserven las funciones cognitivas.

Esta enfermedad aumenta el riesgo de trastorno depresivo mayor, depresión posparto y de otros cuadros del espectro serotoninérgico, si no es tratado a tiempo y cuya recaída es muy probable, si se suspende el tratamiento. Los síntomas comienzan o se agravan después del parto, al comenzar o suspender los anticonceptivos orales, posterior a la esterilización tubárica y a edades mayores. Algunas mujeres tienen antecedentes de episodios de depresión y las mujeres que padecen episodios depresivos reportan exacerbación de los síntomas y surgimiento de nuevos síntomas .Cuando se toma conciencia de que estas alteraciones pueden afectar la vida laboral, social, familiar y sexual de una mujer durante periodos de tiempo prolongados, se hace necesario un reconocimiento tanto del médico en general, como de especialista. (Pavía Ruz Norma y cols., 2009)⁶ Este SPM Y TDP constituye un ignorado problema de salud pública⁷.

El DDPM es una entidad con repercusión no sólo somática sino también psiquiátrica (López Mato A, 2000)⁸. A menudo suele ser subestimada o no diagnosticada en los exámenes médicos rutinarios (Lolas, 1993)⁹ .Este trastorno puede aparecer desde la menarca, en la pubertad, pero las mujeres recién consultan a partir de los 30 años por una

⁴ Prasad M,y cols hablan en su artículo sobre la productividad en el trabajo y el impacto de una enfermedad en él, como así también el ausentismo por razones de salud.

⁵ En el artículo establecen el impacto económico del síndrome premenstrual (PMS) para el empleador.

⁶ Estos autores tienen como objetivo en su estudio conocer la prevalencia y los síntomas más frecuentes del Síndrome Disfórico Premenstrual.

⁷ Lolas expresa que el SPM afecta el rendimiento laboral, lo que sugiere a los profesionales de la salud tomar un rol activo en la derivación y tratamiento oportuno, para de esta forma lograr un aumento en la productividad laboral de las mujeres.

⁸ Según lo publicado en una revista Chilena al Síndrome Premenstrual como la exacerbación patológica de los cambios somáticos y psíquicos que ocurren durante la fase luteínica en el ciclo femenino normal.

⁹ Este autor es conocido por especializarse en afectaciones relacionadas con la mujer como el Síndrome Premenstrual, el Trastorno Disfórico, la dismenorrea y localiza las causas en un útero inflamado.

mayor percepción de los mismos (Hargrove, 1982).¹⁰ Uno de los principales síntomas del Síndrome Premenstrual es el incremento en el apetito que lleva a la ganancia de peso lo que concuerda con la falta de equilibrio en la ingesta de las personas afectadas (CrossG.y cols, 2001)¹¹. Al incremento significativo en el apetito, se lo relaciono con el estado anímico, otros investigadores encontraron un aumento en la ingesta de hidratos de carbono y grasas, en comparación con quienes no presentan el SPM.

La grasa influye en la producción de prostaglandinas en tu cuerpo. Estos agentes químicos naturales están implicados en la inflamación, el dolor, las contracciones musculares, los vasos sanguíneos, y la coagulación de la sangre. Se cree que las prostaglandinas juegan un papel muy importante en el dolor menstrual, migrañas y dolores gastrointestinales ya que muchos de los medicamentos empleados para tratar dolores menstruales inhiben los efectos de las prostaglandinas. Una excesiva apetencia por alimentos ricos en carbohidratos ha sido descrita por varios autores involucrando en ello los niveles de serotonina. (Neale, 2007-2011)¹²

La serotonina tiene una función importante en la regulación del apetito y especialmente en el control del consumo de carbohidratos. Probablemente la ingesta de carbohidratos aumente la síntesis y liberación de serotonina, y este neurotransmisor inhiba a su vez el deseo de comer carbohidratos. La serotonina se produce a partir del aminoácido triptófano y la disponibilidad de éste en el sistema nervioso central (SNC) afecta la síntesis de 5-HT. Cuando se consumen carbohidratos, se libera insulina, la cual facilita el ingreso de triptófano al SNC al disminuir la concentración plasmática de otros aminoácidos que compiten con él por atravesar la barrera hematoencefálica, con lo que aumenta la disponibilidad de triptófano para la síntesis de serotonina.

En pacientes con SPM, al haber una menor función serotoninérgica, la ingesta de carbohidratos estaría aumentada; y además, dicha ingesta contribuiría a aliviar los síntomas premenstruales al incrementar la síntesis de 5HT en el SNC5.

La mayor apetencia por azúcares con un alto índice glucémico podría ser un factor más en la aparición de la obesidad. Teniendo en cuenta que la obesidad ha surgido recientemente en los países desarrollados en vías de desarrollo como un problema de salud

¹⁰ El autor utilizó en su estudio un cuestionario de síntomas menstruales para evaluar la incidencia de la tensión premenstrual (PMT) en 1.395 mujeres menstruantes no sobre los anticonceptivos hormonales o cualquier otra terapia hormonal durante las visitas de rutina a una clínica ginecológica

¹¹ Menciona los cambios en la ingesta de nutrientes durante el ciclo menstrual de las mujeres con sobrepeso con síndrome premenstrual

¹² Neale D. Bernard explica que la nutrición influye en el control del síndrome Premenstrual y que una dieta vegetariana baja en grasas el dolor asociado a la menstruación puede disminuir considerablemente trastornos relacionados con la ovulación

pública sería interesante poder prevenir sobre este factor de riesgo de ser necesario (Bocchino, 2004)¹³.

El problema de investigación que surge es:

¿Cuál es el consumo de macro, micronutrientes y el estado Nutricional y el nivel de actividad física en mujeres entre 18 y 30 años con Síndrome Premenstrual, estudiantes de Universidad FASTA de la ciudad de Mar del Plata?

El objetivo de este estudio es:

- Determinar consumo de macro y micronutrientes, estado nutricional y el nivel de actividad física en mujeres estudiantes de la Universidad F.A.S.T.A entre 18 y 30 años con Síndrome Premenstrual en el año 2014.

Los objetivos específicos son:

- Analizar la ingesta alimentaria. Consumo de macronutrientes, hidratos de carbono, proteínas y grasas, y de micronutrientes, Vit E, Ca, y su adecuación a las recomendaciones.
- Evaluar el Estado Nutricional en el Síndrome Premenstrual.
- Identificar el tipo y Nivel de Actividad Física.

CAPÍTULO I

SÍNDROME PREMESTRUAL

En lo que biológicamente puede considerarse su edad reproductiva la mujer experimenta una serie de cambios fisiológicos y endocrinos asociados a la ovulación y menstruación, que se dan en un proceso cíclico normal.

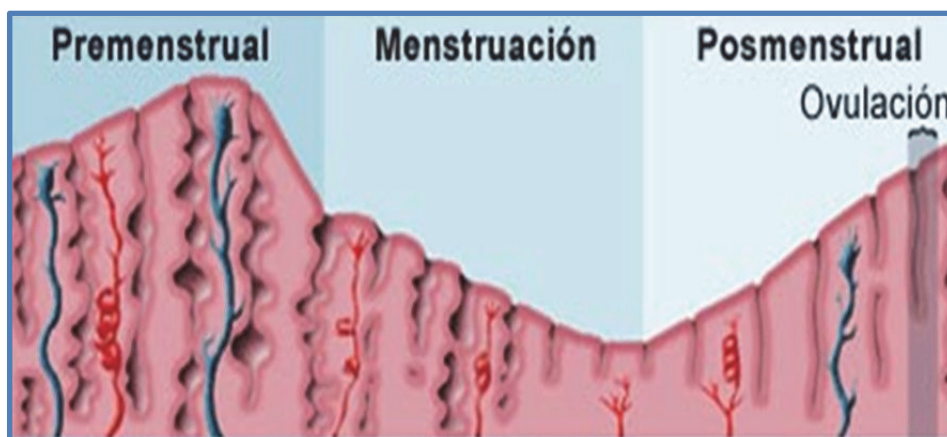
Este proceso cíclico llamado ciclo menstrual corresponde al intervalo entre dos menstruaciones y tiene como misión biológica, la ovulación y la preparación del aparato genital para albergar un embarazo, sin embargo hay que tener en cuenta que no todos los ciclos son ovulatorios, con el suficiente grado de sincronización hormonal, especialmente durante la adolescencia, cuando la maduración es gradual. (Zerpa de Miliani, 2005)¹

La menstruación es el proceso de descamación periódica del endometrio característico de los mamíferos, secundario a cambios cíclicos hormonales que afectan a todo el organismo de la mujer y no sólo al endometrio.

Por ende hay variaciones normales en la conducta, humor, peso, apetito, libido, cambios se manifiestan de forma exacerbada, son considerados como una forma patológica de este proceso normal femenino (Gaviria, 1999)²

Actualmente una parte de ese ciclo normal, concretamente la fase premenstrual está asociada a la existencia de una extensa sintomatología que ha dado lugar a la creación de una nueva categoría de enfermedad: el síndrome premenstrual (García Porta, 2006)³

Imagen N° 1: Ciclo Menstrual



Adaptado de: <http://www.latinsalud.com/articulos/00893.asp?ap=6>

Esta patología premenstrual, evoluciona en su estudio debido al padecimiento que implica y la interferencia que produce en el desempeño habitual.

Jadresic (1998), arroja cifras de prevalencia de sintomatología premenstrual muy altas fluctuando entre 51,4% y 100%. Como señala Correa cerca del 20% de las mujeres en edad

¹ Expone uno a uno los trastornos menstruales en la adolescencia.

² El autor describe el Síndrome Premenstrual como una patología.

³ García Porta Magda realizó un estudio en estudiantes universitarias adolescentes. en el que resaltó la importancia del SPM así como el papel a desempeñar por las ciencias sociales.

fértil presenta síntomas moderados de discomfort premenstrual que no deben ser considerados como Trastorno Disfórico Premenstrual (TDP), aunque correspondan a las descripciones clásicas del SPM. La cifra encontrada por Enrique Jadresic es muy similar a la prevalencia de 12,6% reportada en el estudio pionero de Vega-Dienstmaier y cols. Realizado en Perú (Jadresic, 1998)⁴

La variabilidad de los criterios diagnósticos y de las escalas de medidas utilizadas, el tiempo de registro, los sesgos de memoria, la motivación individual en la respuesta a encuestas auto administradas, el nivel cultural y otros factores justifican que se informen cifras de prevalencia muy variadas.

En España y con criterios de diagnóstico del DSM-III-R de la Gándara informa de una prevalencia del 28,6%. Del Burgo Fernández (2006) notó que el estudio de prevalencia realizado en España, con encuestas auto administradas y dos grupos de mujeres, encuentra una tasa de respuesta del 6,15% y una prevalencia de SPM de 20,6% mientras que la realizada en jóvenes universitarias y con una tasa de respuesta del 16.4% informa una prevalencia de 21,4%(Del Burgo Fernández, 2006).⁵

Existen reportes contradictorios en los porcentajes de mujeres que padecen Síndrome Premenstrual (SPM), así el colegio Americano de Ginecología y Obstetricia(ACOG) en el año 2000, señala que solamente entre el 5 y el 10% de las mujeres llegan a experimentarlo Johnson(2004)reporta que entre el 30-40% de las mujeres lo sufren. Espina vió además que otras publicaciones más, revelan cifras en el 23 y 67%(Espina, 2005)⁶. En cambio el centro Latinoamericano Salud y Mujer (CELSAM 2008) declara que el 90% de las mujeres latinoamericanas soportan los síntomas del SPM.(Armida, 2008)⁷

La documentación de una prevalencia de SPM del 19% se halla dentro del rango más frecuentemente descrito en la literatura actual, como señala Correa en una revisión reciente (Jadresic, 1998)⁸

En general, se usa la expresión “síndromes premenstruales” para referirse al síndrome premenstrual y al trastorno disfórico premenstrual, pero lo correcto es dividirlos en: síntomas premenstruales, síndrome premenstrual (SPM) y trastorno disfórico premenstrual (TDPM)

Los síntomas premenstruales son padecidos por el 75 a 80% de las mujeres en edad reproductiva. Este incluye principalmente síntomas somáticos, como hipersensibilidad

⁴ Enrique Jadresic explica en su estudio retrospectivo la prevalencia y menciona los factores asociados al Síndrome Premenstrual. El estudio publicado en Santiago de Chile lo realizó a 305 estudiantes universitarias.

⁵ El autor realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en ciudad Real, España con población de 18 a 50 años en la que tuvo como objetivo medir la prevalencia del Síndrome Disfórico.

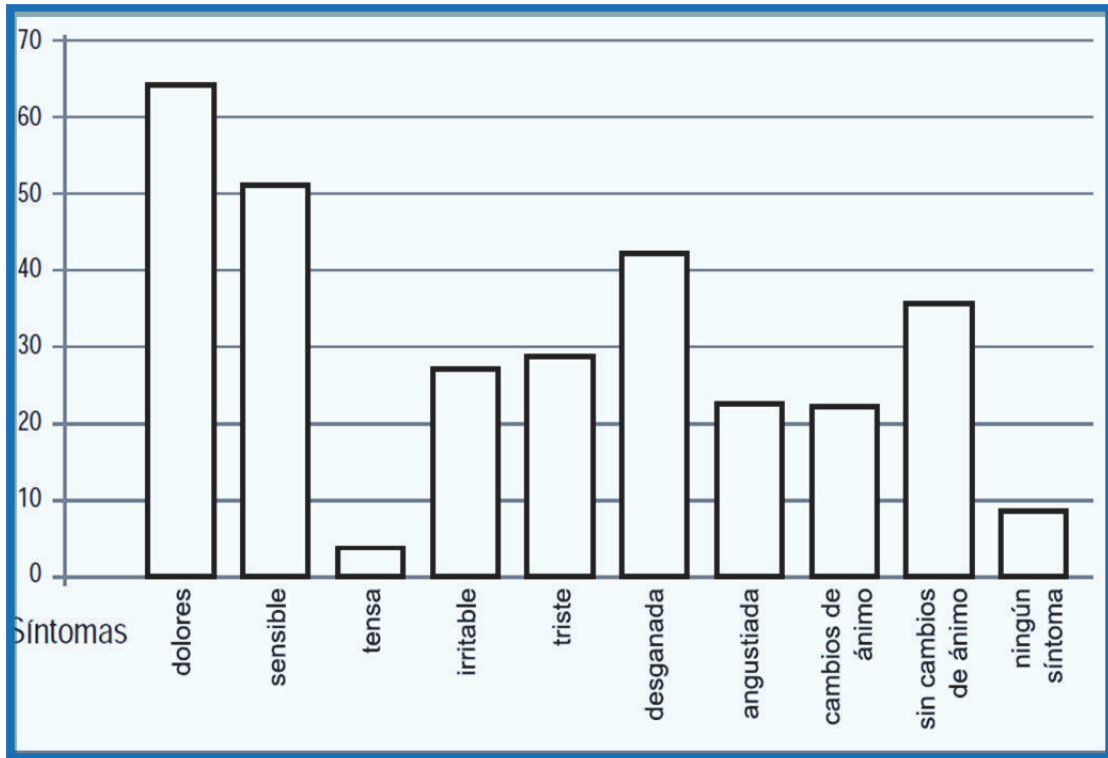
⁶ Espina Natalia hace referencia a cómo afecta el SPM el rendimiento laboral de las mujeres.

⁷ Armida Laura Chapa González y cols. Los autores tuvieron como objetivo de estudio determinar la relación del SPM con la ingesta dietética en adolescentes de la ciudad de Chihuahua a un grupo de 112 estudiantes adolescentes voluntarias.

⁸ El autor continúa utilizando la metodología retrospectiva en trabajos de investigación, sosteniendo que representa una ventaja en muestras epidemiológicas numerosas.

mamaria, distensión abdominal, retención hídrica generalizada, acompañada de leves variaciones del estado de ánimo. Este grupo de síntomas no constituyen una entidad patológica y afectan de manera leve el desempeño habitual (Bocchino, 2004)⁹.

Imagen N°2: Síntomas en el Síndrome Premenstrual



Adaptado de: María Paula Perarnau, (2007). "Síndrome premenstrual y Trastorno Disfórico premenstrual en estudiantes universitarias adolescentes". Fundamentos en Humanidades. Universidad Nacional de Argentina

La fatiga es uno de estos síntomas premenstruales. Se lo ha atribuido a la mientras que al depresión se ha relacionado con la vitamina B6, O la más específicamente la serotonina.

El dolor de cabeza podría ser una manifestación de la migraña menstrual, que se centra especialmente en la semana anterior o los tres primeros días de la menstruación, representando el 8% de las migrañas. Se atribuye a las perturbaciones de la transmisión de la serotonina.

El dolor de mama o mastalgia se ha atribuido a alteraciones en los niveles de prolactina. Su secreción parece ser dependiente de la dopamina, un neurotransmisor frenadora indican la hiperprolactinemia y la reducción de su actividad, que a su vez está relacionado con el desarrollo de la depresión.

⁹ Bocchino Stella aborda los avances en el conocimiento de la sintomatología premenstrual, definiendo los síntomas premenstruales, el síndrome premenstrual y el trastorno disfórico premenstrual

Franck (1931) es acreditado habitualmente como el que aportó el primer relato clínicamente moderno de los síntomas premenstruales. Dicho autor usó el término TPM para enfatizar las molestias emocionales cíclicas que se asociaban con la segunda mitad del ciclo menstrual. Luego lo rebautizó como trastorno disfórico premenstrual (TDP).

Los síntomas premenstruales tienen una severidad muy variable en las distintas mujeres. Las alteraciones anímicas relacionadas con la menstruación fueron los primeros trastornos psíquicos vinculados con lo biológico. Frank en 1931, observa cambios cíclicos mensuales de síntomas físicos, emocionales y de comportamiento que comienzan al final de la fase lútea del ciclo menstrual y desaparecen al comienzo de la menstruación (Gaviria, 1999)¹⁰

Las primeras descripciones de esta patología las realiza Hipócrates. En el siglo XI, Trotula de Salerno considerando que muchas mujeres se curaban con la menstruación. El nombre de tensión premenstrual aparece en el año 1930. La propia psiquiatría reconoce al síndrome premenstrual como probable patología psiquiátrica sólo a partir de 1980 y recientemente propone terapéuticas novedosas para la misma (López Mato, 2000).¹¹

El Síndrome Premenstrual se ha definido como un patrón de síntomas emocionales, físicos y conductuales que se manifiestan en días previos a la menstruación, los cuales desaparecen o remiten al iniciar la misma (Zerpa de Milani, 2005)¹² Las mujeres con síntomas afectivos más severos se considera que padecen el Trastorno Disfórico Premenstrual (Del Burgo Fernández, 2006).¹³

Los síntomas emocionales incluyen nerviosismo e irritabilidad, los físicos se manifiestan como tensión mamaria, edema y cefalea, los conductuales como preferencia por determinados alimentos, incremento en el apetito entre otros (Zerpa de Milani, 2005)¹⁴

La evidencia epidemiológica muestra que la sintomatología premenstrual se presenta en mujeres de todas las culturas (Jadresic, 1998).¹⁵ Lolas notó ha demostrado una mayor predominancia en las mujeres latinoamericanas que en las europeas (Lolas, 1993).¹⁶

Otro dato para destacar es que este cuadro clínico únicamente está descrito en occidente y países industrializados (Lombardía, 2008)¹⁷

¹⁰ Gaviria y otros mostraron la delimitación teórica del Síndrome Premenstrual en varios estudios y clasificaron según la intensidad de los síntomas.

¹¹ López- Mato, y cols realizaron una descripción de los distintos abordajes terapéuticos del Síndrome Premenstrual.

¹² En una revista publicada en Venezuela expresa que los trastornos menstruales son muy frecuentes en la adolescencia y en la mayoría de los casos forman parte del desarrollo reproductivo normal.

¹³ El autor encontró en su casi todas de las encuestadas presentaba algún tipo de molestia premenstrual, siendo moderada

¹⁴ Zerpa de Miliani Y señala que en los primeros cinco años después de la menarquia, los ciclos menstruales anovulatorios asociados a la inmadurez del eje hipotálamo –hipófisis– ovario, son la causa más común de dichos trastornos.

¹⁵ Jadresic en su trabajo de investigación sobre el Síndrome Premenstrual utilizó criterios de diagnóstico de DSM IV.

¹⁶ En uno de sus primeros trabajos Lolas el Síndrome Premenstrual tenía poca difusión

El tratamiento dependerá de la severidad de los síntomas. Cuando la sintomatología es solamente física, se utiliza el tratamiento higiénico-dietético (Perarnau, 2007).¹⁸

El Desorden Disfórico Premenstrual (DDPM) o Trastorno Disfórico Premenstrual es la exacerbación patológica de los cambios somáticos y psíquicos que ocurren durante la fase luteínica en el ciclo femenino normal (López Mato, 2000).¹⁹ En los manuales diagnósticos recién se mencionan las patologías premenstruales a partir del DSM III R, año 1987, bajo el denominado “trastorno disfórico del final de la fase luteínica”. En el DSM IV TR, año 2002, se lo denomina “trastorno disfórico premenstrual” (Bocchino, 2004)²⁰. El TDP es una entidad con repercusión no sólo somática sino también psiquiátrica (López-Mato, 2000)²¹

El tratamiento es el mismo que se utiliza para SPM, terapia hormonal farmacológica y tratamiento hídrico dietético (Lolas, 1993)²²

La evolución natural del síndrome disfórico premenstrual transcurre como un cuadro crónico y limitante en el desarrollo de una persona, que frecuentemente se asocia con tasas de morbilidad. Con el transcurso del tiempo se va haciendo evidente el deterioro en el área de las relaciones y en lo laboral; se ven especialmente afectadas la pareja, la familia y la capacidad de eficiencia, aun cuando se conserven las funciones cognitivas. El síndrome disfórico premenstrual aumenta el riesgo de trastorno depresivo mayor, depresión posparto y de otros cuadros del espectro serotoninérgico, si no es tratado a tiempo y cuya recaída es muy probable, si se suspende el tratamiento.

Los síntomas comienzan o se agravan después del parto, al comenzar o suspender los anticonceptivos orales, posterior a la esterilización tubárica y a edades mayores. Algunas mujeres con síndrome disfórico premenstrual tienen antecedentes de episodios de depresión y las mujeres que padecen episodios depresivos reportan exacerbación de los síntomas y surgimiento de nuevos síntomas. El síndrome disfórico premenstrual afecta de 3 a 8% de las mujeres. Es un problema de salud incapacitante, con repercusiones familiares y

¹⁷ Lombardía, Cristina describe en la Revista de Psiquiatría del Hospital Materno infantil Vall d'Hebron la sintomatología del Síndrome Premenstrual.

¹⁸ Perarnau y cols realizaron en 2007 un estudio transversal en la Universidad de San Luis, Argentina con el objetivo de evaluar la frecuencia de los síntomas y catalogar la severidad en de los mismos en el SPM.

¹⁹ Presenta en su estudio para identifica un perfil de las mujeres que experimentan la disforia premenstrual

²⁰ El estudio de esta autora pretende ser una continuación del ya publicado dentro del capítulo de la Salud Mental de la Mujer, aborda los avances en el conocimiento de la sintomatología premenstrual

²¹ La autora hace referencia al ciclo femenino normal, con el objetivo de recordar algunos conceptos necesarios para la interpretación posterior del tema

²² Lolas argumenta que el plan de diagnóstico y tratamiento del SPM que se hemos trazado, después de más de 25 años de experiencia en patología uterina crónica, nos permite sugerir normas de procedimiento curativas, frente a este complejo síndrome, cuya etiología continúa siendo incierta.

socioeconómicas. Este síndrome aumenta el riesgo de trastorno depresivo mayor, depresión posparto y de otros cuadros del espectro serotoninérgico (Pavía Ruz, 2009).²³

Cuando se toma conciencia de que estas alteraciones pueden afectar la vida laboral, social, familiar y sexual de una mujer durante periodos de tiempo tan prolongados, se hace necesario un reconocimiento tanto del médico en general, como del especialista.

Cuadro N°1=Diferencias clínicas entre Síndrome Premenstrual
y Trastorno Disfórico Premenstrual

Desorden Disfórico Premenstrual (5-8 %)	Síndrome Premenstrual (75-80 %)
Síntomas somáticos	
Mastodinia	Mastalgia
Edemas	Edemas
Hiperorexia (H de C)	
Síntomas psiquiátricos	
Irritabilidad	Incapacidad leve o ausente
Labilidad emocional	
Depresión	
Ansiedad	
Insomnio o hipersomnia	
Falta de energía	
Disminución del rendimiento intelectual	
Incapacidad y/o disfunción significativa	

Adaptado de: Andrea Márquez López Mato. "Trastorno Disfórico Premenstrual". Instituto de Psiquiatría Biológica Integral (ipbi). Revista de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva

A estas alteraciones se les debe atribuir la relevancia que merecen, ya que al parecer este constituye un ignorado problema de salud pública (Lolas, 1993)²⁴

La patología psiquiátrica premenstrual puede interferir con la calidad de vida y el bienestar de la mujer, y traducirse en costos económicos. Estudios de Chile muestran que

²³ Pavía Ruz y colaboradores remarcan la importancia de conocer la prevalencia y los síntomas más frecuentes del síndrome disfórico premenstrual en un grupo de docentes de educación preescolar de Mérida, Yucatán.

²⁴ Lolas J es conocido por especializarse en afecciones relacionadas con las mujeres desde una nueva perspectiva. Recibió varios premios como el premio Nacional de Ciencias aplicadas y tecnológicas de Chile.

entre las personas que se ausentan del trabajo por causa psiquiátrica, el 70,8% son mujeres (Jadresic, 1998).²⁵

Halbreich y cols observaron que el impacto social de las mujeres con síndrome premenstrual durante la fase lútea fue muy similar al de las mujeres con distimia y depresión crónica mayor (Espina, 2005).²⁶

El 50% de las mujeres que trabajan fuera del hogar presentan síntomas premenstruales que interfieren algo o enormemente con su capacidad de trabajar.

En relación al número de días ausentes producto del SPM, Dean y Borenstein, reportaron que del grupo de mujeres laboralmente activas, aquellas que cumplían criterios de SPM en uno o ambos ciclos perdieron un mayor número de días de trabajo que aquellas sin SPM (Dean y otros, 2004)²⁷

Para obtener una visión más amplia de cómo se ve afectado el rendimiento laboral en relación a los problemas de salud de los trabajadores, otros factores deben ser considerados, entre ellos la productividad, aspecto que fuertemente disminuye en las mujeres que presentan SPM. Este concepto, conocido también como "preceptismo", hace mención a la disminución en la calidad del trabajo en aquellos empleados con problemas de salud que no son lo suficientemente severos como para causar ausencia del lugar de trabajo, el que provoca un gran impacto económico individual y social (Koopman, 2002)²⁸

El deterioro de la salud conduce a menudo al debilitamiento del trabajo, ya sea en forma de ausentismo o de reducción de la productividad. La productividad relativa a la salud ha sido reconocida cada vez más como un componente esencial de la carga asociada a una enfermedad

Los síntomas premenstruales severos y el SPM fueron significativamente asociados a una reducción del número de horas trabajadas comparado con aquellas mujeres con síntomas mínimos.

Los estudios son concluyentes en afirmar que esta enfermedad tiene un significativo impacto en el rendimiento laboral de las mujeres. De hecho, se sugiere que la severidad de los síntomas premenstruales no sólo resulta en una significativa carga personal y económica a causa de la ausencia laboral, sino que también en una reducción del funcionamiento

²⁵ Jadresic Enrique relaciona en su artículo el Síndrome Premenstrual con otras variables como el hábito de fumar, el stress, etc.

²⁶ La autora establece que como resultado de la severidad de los síntomas premenstruales surge el ausentismo laboral, dando lugar a repercusiones personales y económicas significativas.

²⁷ Dean y otros reportaron que del grupo de mujeres laboralmente activas, aquellas que cumplían criterios de SPM en uno o ambos ciclos perdieron un mayor número de días de trabajo que aquellas sin SPM.

²⁸ Koopman, y colaboradores comentan en un artículo de una revista médica sobre el estado de salud y la productividad de los empleados.

ocupacional, específicamente en la productividad, provocando un gran deterioro a nivel individual y social (Borenstein y cols, 2005)²⁹

Con respecto del rendimiento físico e intelectual de un grupo de alumnas universitarias de nuestro país, se encontró una tesis de pre-grado (19) que señala que 59% de la muestra percibió una disminución de la concentración, 62% una disminución de la motivación al estudiar y 54% de la asistencia a clases (Baladrón y cols, 1999)³⁰

Se debería agregar también el incremento de los "costos directos" en salud, definidos como los gastos derivados del diagnóstico y tratamiento de una enfermedad o el pago a proveedores de servicios médicos. Las mujeres con SPM utilizan más recursos en salud, lo que se refleja en un aumento de la frecuencia de consultas médicas ambulatorias

Al tratar este síndrome con medidas generales, muchas de ellas podrán experimentar una mejor calidad de vida, lo que se verá reflejado en una mayor productividad en el lugar de trabajo y, a largo plazo, en indicadores a nivel nacional. Por esto, creemos que al reconocer que existe este problema y el efecto ya descrito en la mujer, los profesionales de la salud podemos proporcionar una enorme ayuda a las mujeres afectadas optimizando su capacidad de trabajo (Espina, 2005)³¹

Tanto el SPM como el TDP pueden configurar situaciones incapacitantes para la mujer, que deben ser tenidas en cuenta en la práctica médica para ser mejor reconocidas y diagnosticadas (López Mato, 2000)³²

En el período premenstrual la mujer es más vulnerable a presentar trastornos. Algunas mujeres experimentan síntomas de ansiedad o depresión recurrentes sólo durante el período premenstrual, o, si tienen un trastorno depresivo crónico, este se exacerba durante esos días. Otro estudio alude además a un debilitamiento generalizado en las actividades en el colegio, hobbies, relaciones interpersonales, actividades sociales y del hogar producto del SPM. El promedio de días por mes con debilitamiento general en las mujeres con SPM durante ambos ciclos fue significativamente mayor que las mujeres con SPM durante sólo 1 ciclo y mujeres sin SPM (22 días, 16,5 días y 9,6 días, respectivamente). Así también, aquellas mujeres con SPM tienen 14 veces más probabilidad de experimentar "alto grado de debilitamiento", definido como un debilitamiento por más de 14 días al mes, que aquellas sin SPM.

²⁹ Borenstein y cols. señalan que las mujeres con SPM durante un ciclo tienen más probabilidades de disminuir su productividad que aquellas sin SPM

³⁰ Baladrón es el autor de la una tesis realizada en la Universidad Católica de Chile que habla sobre la Influencia del Síndrome Premenstrual en el Rendimiento Físico e Intelectual de Alumnas de Enfermería-Obstetricia y Medidas de Autocuidado que realizan

³¹ La autora menciona que varios de estos síntomas del Síndrome Premenstrual tienen necesariamente que encontrarse presentes en la mayoría de los ciclos durante un año

³² La autora publicó su artículo en la Revista Chilena de Neuropsiquiatria, pero pertenece al Instituto de Psiquiatría Biológica Integral de Buenos Aires, Argentina.

Pueden afectar un largo período de la vida de la mujer: los síntomas comprenden un promedio de 8 días por mes, lo que implica 96 días por año. Por otra parte, el padecimiento dura 25 o 30 años (desde los 25 a los 50-55 años). Es claro que los síntomas producen mal desempeño de las tareas habituales cotidianas. Digamos, a modo de ejemplo, que una mujer que desarrolle el síndrome a los 20-25 años, puede pasar 1.500 a 3.000 días de sufrimiento y discapacidad hasta que llegue la menopausia.

Cuadro N°2: Causas del Síndrome Premenstrual.

Causas	Efecto
Disfuncion estrogenos progestágenos por relacion serotonina GABA. Endorfinas alteracion metabolica de la vitamina B	Alteracion del estado de animo, migraña, nauseas y vomitos. Cambios en la temperatura corporal, cambios del apetito, antojos, de las mamas hinchazon, irritabilidad, dolores abdominales.
de prolactina, deficit de zinc	Retencion de liquidos, aumento de peso
Alteracion del metabolismo de la glucosa	Hipersensibilidad ammaria, mastodinea
Secrecion prostaglandinas por consumo de lacteos	Hipoglucemia, antojos por los dulces del apetito, cancio, temblores, migrañas.
Consumo de azucares refinados	Contracciones, rampas, diarrea
Consumo de sal y reduccion de potasio	Alteracion estaod de animo
Situaciones personales, mitos, tabues	Retencion de liquidos, aumento de peso
Magnesio	Ansiedad, negacion de condicion femenina
Situaciones de estrés, vida sedentaria	Dolor, deseo de chocolate, nerviosismo
Consumo de cafeina	Depresion, obesidad, reconversion de estrogenos
	Ansiedad, irritabilidad, insomnio.

Adaptado de: Celia Brió Sanagustin1, Anna Cano "Aplicaciones prácticas de terapias alternativas en el síndrome Premenstrual" en <http://www.enfermeria21.com>

Los resultados obtenidos por Perarnau (2007) indican que dicha sintomatología se presenta también jóvenes de 18 a 21 años (Pernarnau, 2007)³³ Según algunos estudios la sintomatología premenstrual se percibe más principalmente a partir de los 25-35 (Fisher, 1989)³⁴

La etiología es aún poco clara, evocándose factores genéticos, neurobiológicos, y endocrinológicos íntimamente relacionados aunque en su etiopatología parecen adquirir cada vez mayor importancia el papel de la serotonina como factor modulador (y así lo atestigua el beneficio observado con el uso de inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) y ciertas enzimas mediadoras en la síntesis de esteroides (Del Burgo Fernández, 2006).³⁵

Las causas del síndrome premenstrual no se conocen con exactitud, pero se han implicado un exceso de estrógenos, una falta de progesterona, un aumento de la actividad de aldosterona, un aumento de la actividad renina-angiotensina, un déficit de vitamina B6, alteraciones de las prostaglandinas, una sensibilidad aumentada al dolor y unos niveles bajos de beta endorfinas y cortisol (Girdler y cols, 1998).³⁶

Con los años, cada vez se ha investigado más para comprender las causas de la disforia premenstrual grave. Como ocurre con otros trastornos psiquiátricos, el TDP probablemente viene determinado por múltiples factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Por desgracia, es muy difícil estudiar cómo pueden interaccionar dichos factores para producir este cuadro clínico. Muy probablemente, la vía causal es compleja, con la posibilidad de que haya varias vías que produzcan un resultado clínico similar. Es importante distinguir entre los factores que se asocian con un mayor riesgo de TDPM y los factores que pueden contribuir a la fisiopatología del trastorno. Los primeros factores pueden considerarse correlatos y son más útiles para identificar los casos y para la descripción epidemiológica, aunque también pueden ser claves que contribuyen en última instancia a la causa del trastorno. Los posibles factores causales pueden ser más útiles para guiarnos en la prevención y tratamiento del trastorno (Simone, 2010).³⁷

Los Factores biológicos pueden ser una causa. La herencia como factor de importancia. Una forma de investigar la contribución biológica a la causa del trastorno es utilizar estudios con parejas de gemelos. Si los gemelos se han criado juntos, se supone que

³³ En su estudio nacional se aplicó un cuestionario impreso de tipo estructurado con el cual se realizó el análisis de frecuencia de síntomas.

³⁴ Fisher y otros, evaluaron la prevalencia y severidad de los síntomas premenstruales en adolescentes.

³⁵ La prevalencia encontrada en este estudio español de síndrome disfórico premenstrual concuerda con los datos publicados en estudios internacionales (2,5-14%)

³⁶ Girdler SS, y cols hacen referencia a la regulación de las respuestas cardiovasculares y neuroendocrinas y al estrés en el trastorno disfórico premenstrual".

³⁷ El autor reflexiona sobre el tratamiento del trastorno disfórico premenstrual: una actualización para el especialista en salud de las mujeres.

han compartido un ambiente al principio de sus vidas. Por lo tanto, el estudio de las tasas de concordancia para una cierta enfermedad en gemelos mono y dicigóticos nos ayuda a determinar el grado de contribución genética al trastorno (es decir, el ambiente está controlado). Los estudios con gemelos han demostrado una elevada capacidad de herencia de los síntomas premenstruales: un estudio con más de 1.000 gemelas estimó que algunos síntomas premenstruales se heredaban aproximadamente en un 56%, sin que jugasen un papel importante los factores ambientales familiares (Kendler, 1998).³⁸ Otro estudio con 720 parejas de gemelas estimó una capacidad de herencia del 44%, aunque la prevalencia de TDP en este estudio fue sumamente alta, del 24% (Treloar, 2002).³⁹

Las hormonas sexuales femeninas también son importantes. La naturaleza del TDPM conduce por sí sola la hipótesis de que la disfunción en los cambios hormonales asociados al ciclo menstrual es un determinante biológico primario del trastorno. No obstante, a pesar de la relación temporal entre los síntomas y las fases del ciclo menstrual, a la relación entre las hormonas y el trastorno no parece ser lineal. La explicación más probable es que las mujeres que padecen el TDP son en cierta forma vulnerables a los cambios fisiológicos normales asociados al ciclo menstrual (Schmidty otros, 1998).⁴⁰

Los andrógenos también han sido objeto de estudio, en gran parte debido a la predominancia de la irritabilidad en el perfil de los síntomas del síndrome. Ericsson et al. Han observado unos niveles elevados de testosterona en mujeres con grave irritabilidad premenstrual.

Otros factores endocrinos, como la hidrocortisona, la hormona tiroidea, la prolactina, la melatonina, la aldosterona, y las endorfinas han sido propuestos como contribuyentes al Síndrome premenstrual y al trastorno Disfórico Premenstrual. No obstante hasta ahora hay poca evidencia de su implicación (Pearlstein y otros 2008).⁴¹

Las investigaciones que han usado una serie de modelos experimentales también han demostrado de forma consistente un papel importante de la serotonina en la fisiopatología. También se han establecido las relaciones entre la función de la serotonina y la secreción de las hormonas ováricas, haciendo plausible una interacción entre la secreción hormonal y al fluctuación de la serotonina. Los pacientes con trastorno disfórico premenstrual tiene unos

³⁸ Kendler KSy otros, sostienen que los síntomas no son heredables y explican que aún poco se sabe de los factores de riesgo familiares para los síntomas premenstruales.

³⁹ Treloar SA, Heath AC, Martin NG. (2002) tuvo como objetivo explorar la prevalencia y la estructura factorial de los síntomas premenstruales en una muestra de gemelos australianos; para investigar las asociaciones fenotípicas entre los síntomas premenstruales reportados, la personalidad y dimensiones reproductiva; e identificar las contribuciones relativas de los genes.

⁴⁰ Los autores establecen que los síntomas de las mujeres con síndrome premenstrual mejorar en respuesta a la supresión de la función ovárica, aunque estas mujeres no tienen evidencia de disfunción ovárica.

⁴¹ Señala que las mujeres con TDPM han aumentado el uso de los servicios de atención de la salud, tales como consultas médicas y mayor uso de medicamentos recetados y de venta libre preparativos

menores niveles plasmáticos de serotonina y una menor receptación plaquetaria de serotonina durante la fase premenstrual (Rapkin y otros, 1987).⁴²

El hallazgo de que los fármacos serotoninérgicos y en concreto los inhibidores de receptación de serotonina (ISPS) tratan el trastorno con rapidez, respaldan firmemente la hipótesis de que la serotonina está implicada en la causa del trastorno. Sin embargo es notable que solo el 60% de los pacientes con TDP respondan al tratamiento con ISRS, lo que sugiere que la serotonina tal vez no sea la única variable causal en todas las pacientes.

El síndrome premenstrual va unido a la cultura, específico de las culturas occidentales en las que la mayoría de las mujeres han sido socializadas para tener unas expectativas negativas de la menstruación. Más específicamente se sostiene que la cultura y los medios de comunicación norteamericanos perpetúan la idea de que el periodo premenstrual se asociaría con un efecto negativo y un estado de ánimo inestable, haciendo que las mujeres interpreten los cambios fisiológicos normales con connotaciones negativas. Un estudio demostró que una intervención en un grupo para reestructurar positivamente la experiencia de la menstruación puede reducir significativamente el deterioro premenstrual.

Se ha demostrado una asociación entre ambas afecciones y los acontecimientos estresantes en la vida. Se han observado niveles elevados de ansiedad de estado y de rasgo en los pacientes. Estos síntomas podrían desarrollarse como una forma aprendida legitimada y aprendida de expresar la frustración (Christensen y otros, 1992)⁴³

Lombardía (1994) ha encontrado otros hallazgos como: alteraciones en los niveles de prolactina, aumento en los niveles de prostaglandinas, disminución en los niveles de PG, disminución en los niveles de piridoxina, aumento de los niveles de aldosterona, disminución de los niveles de beta-endorfinas. Se sugiere muchas veces la posibilidad de una influencia genética, dado que existe una mayor concordancia de síntomas en gemelos Mono cigotos que en gemelos di cigotos.

Al realizar el diagnóstico, tanto el SPM como el TDP deben diferenciarse clínicamente de la exacerbación sintomática premenstrual de otras enfermedades psiquiátricas. Entre estos últimos pueden presentarse por ejemplo, agravamiento catamenial de cuadros depresivos, trastornos de ansiedad, psicosis, crisis epilépticas, bulimia, trastornos de personalidad, migraña, asma, alergias. (Jadresic, 2000)⁴⁴

⁴² Los autores Compararon los niveles de serotonina en sangre I en 14 sujetos con síndrome premenstrual y 13 controles emparejados por edad. Los niveles de serotonina de los sujetos del síndrome premenstrual fueron más bajos en los últimos diez días del ciclo menstrual. La disminución de la serotonina se sabe que está asociado con la depresión en los seres humanos,

⁴³ Reflexionan sobre el perfil psicológico de la de la mujer con Síndrome Premenstrual.

⁴⁴ Este auto describe el porcentaje de personas que presentaron cada síntoma del Síndrome Premenstrual.

Se considera Síndrome Premenstrual cuando manifiestan tres o más síntomas físicos y afectivos como: cambios de apetito, inflamación de manos y pies, mastalgia, mareos, fatiga, dolor de cabeza o migrañas, dolores musculares, náuseas y vómitos, dolores de cintura, espalda y pélvicos, agresividad, enojo, ansiedad, depresión, fatiga, irritabilidad, falta de autocontrol, ataques de pánico, prefiriendo aislarse del resto de las personas o bien si los síntomas la incapacitaron de tal forma que tuvieron que suspender sus actividades diarias (Johnson , 2004) ⁴⁵

La preparación de los profesionales de la salud juega un papel importante en el diagnóstico oportuno de los diferentes trastornos menstruales; las mujeres identifican que no se le presta la atención debida, restándole importancia al dolor, lo cual desencadena inconformidad y desconfianza en el sistema de salud (Hernández, 2012) ⁴⁶

⁴⁵ Realiza una descripción completa y práctica de lo que el médico necesita saber para diagnosticar y tratar los síntomas premenstruales adversos en todos los niveles de severidad. Los criterios de diagnóstico se describen en detalle, incluyendo una discusión de la distinción entre el trastorno disfórico premenstrual y el síndrome premenstrual (PMS)

⁴⁶ Esta autora buscó describir en su artículo, desde un enfoque cualitativo, las experiencias que han tenido algunas mujeres en Bogotá con el tratamiento y manejo del síndrome Premenstrual (SPM) o de trastornos menstruales (TM), teniendo en cuenta las condiciones sociodemográficas y los contextos culturales en los cuales se hallan inmersas.

CAPÍTULO II

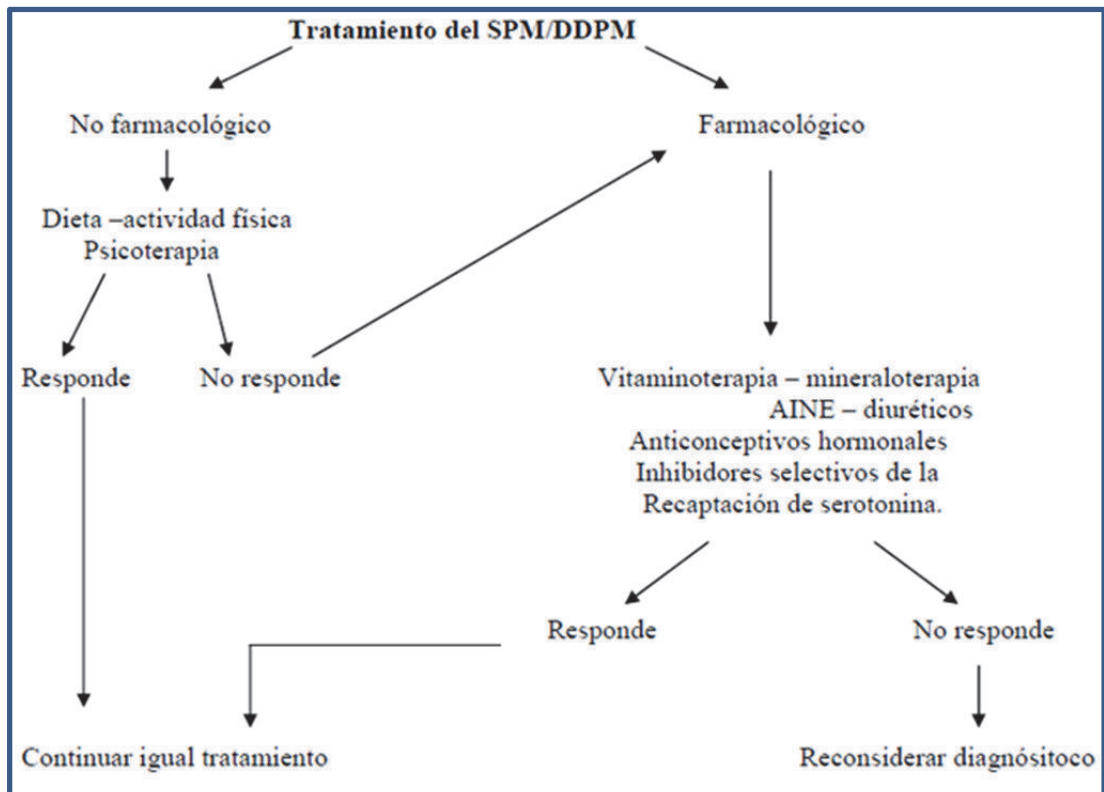
ABORDAJE TERAPÉUTICO Y NUTRICIONAL

Con los tratamientos tradicionales no se busca la curación, sino la disminución de los síntomas. Algunas mujeres encuentran en el tratamiento no sólo los beneficios que evitan las molestias físicas sino que, en sí, encuentran una mejora en su calidad de vida y su experiencia de menstruar. Esto está dado debido a que la posibilidad de acceder a un tratamiento disminuye la carga emocional atribuida a la alteración menstrual, puesto que otorga una sensación de control y predicción cuando el tratamiento funciona (Hernández y otros, 2012).

1

En la medida en que el TDPM tiene múltiples determinantes causales biológicos y socioculturales, su tratamiento debe implicar un abordaje integral, adaptado a las circunstancias

Cuadro N°1: Tratamiento del Síndrome Premenstrual.



Adaptado de: Claudio Levit, (2009). "Síndrome de Presión premenstrual"

Guía de Práctica Clínica. Pág. 1 -11

Se recomienda un abordaje por pasos, con un tratamiento que refleje de forma adecuada la gravedad y deterioro funcional asociados a los síntomas. En todos

¹ La autora buscó describir, desde un enfoque cualitativo, las experiencias que han tenido algunas mujeres en Bogotá con el tratamiento y manejo del síndrome premenstrual (SPM) o de trastornos menstruales.

Para las mujeres con síntomas leves, la educación sobre el trastorno, el asesoramiento de soporte y las medidas generales para ayudar a llevar un estilo de vida saludable, como hacer ejercicio de forma regular y una dieta sana, deberían ser suficientes para mejorar los síntomas. La opinión de los expertos es que las modificaciones en el estilo de vida deben ser el primer abordaje en todas las mujeres que presenten quejas premenstruales, y puede hacerse una prueba conveniente en 2 meses mientras la paciente completa las puntuaciones diarias prospectivas necesarias para confirmar el diagnóstico de TDPM

Los casos leves responden a medidas higiénico-dietéticas (cambios de estilo de vida, límites a la ingesta hidratarada, ejercicio aeróbico, técnicas de evitación del stress y soporte psicoterapéutico individual o de grupos de apoyo (López Mato y otros, 2000)²

El ejercicio físico ha demostrado ser útil en disminuir los síntomas de depresión (Babyak y otros, 2000).³ Aunque la evidencia del efecto del ejercicio sobre los síntomas de TDPM es en gran parte anecdótica, puede recomendarse el ejercicio regular como parte de un régimen saludable. Se recomienda el ejercicio aeróbico durante 20 o 30 minutos, tres o cuatro veces por semana

La reducción del peso corporal al 20% del ideal, cuando sea posible, es una meta adecuada. El aumento de los niveles plasmáticos de endorfinas asociado a la actividad física es el fundamento de esta indicación para quienes padecen PMDD. Si bien los estudios clínicos no encontraron una mayor correlación entre actividad física y mejoría afectiva, los estudios epidemiológicos validaron una correlación positiva entre ambos, tal como mejoría anímica con el aumento del ejercicio (Vieitez y otros, 2004)⁴. El ejercicio aeróbico produce la liberación de endorfinas en el sistema nervioso central y puede ayudar a disminuir los síntomas premenstruales, en especial los vinculados con el estado de ánimo depresivo y la retención de líquidos (Milewicz y otros, 2006)⁵ el aumento de niveles de beta endorfinas en mujeres que realizan ejercicios produce sensación de bienestar .

Los beneficios potenciales son: disminución de los síntomas de la fase lútea, disminución de la dismenorrea y del estrés, mejoría en la concentración y el humor. Los ejercicios aeróbicos recomendados son: caminata, trote, natación, remo, ciclismo y danza (López Mato, 2000).⁶

² Andrea López hace referencia al tratamiento dietético para el Síndrome Premenstrual.

³ Refiere en su estudio sobre el ejercicio como el tratamiento para la depresión mayor que esta terapia de ejercicio es viable y está asociada con un beneficio terapéutico significativo, especialmente si el ejercicio se continúa con el tiempo.

⁴ La autora señala las diferencias de género en salud y enfermedad

⁵ Hace referencia a la etiología y tratamiento del Síndrome Premenstrual.

⁶ Los autores realizaron una descripción de los distintos abordajes terapéuticos del Síndrome Premenstrual.

El monitoreo de los síntomas podría ayudar a disminuir las manifestaciones del TDP sumado al potencial efecto de intervenciones inocuas. Esta estrategia permitiría evitar el tratamiento farmacológico en mujeres con cuadros más leves e identificar a aquellas que requieren tratamiento con drogas (Kopitowski, 2004)⁷

Los cambios en la dieta pueden tener un impacto notable en la gravedad de los síntomas: hay que animar a las mujeres a que reduzcan o eliminen la ingesta de alimentos salados, azúcar, cafeína sobre todo café, carnes rojas y alcohol. También se recomienda aumentar la ingesta de frutas, verduras, legumbres, cereales integrales y agua. Por último, hacer comidas menos abundantes y más frecuentes ricas en carbohidratos puede mejorar específicamente los síntomas de tensión y depresión (Jarvis y otros, 2008)⁸. Se recomienda restringir el consumo de sal (3g/día) para reducir la retención de agua azúcares refinados para descender la hipoglucemia reactiva al metabolismo alterado de los carbohidratos-alimentos con metilxantinas como café, té, chocolate, bebidas cola, para no aumentar la ansiedad e irritabilidad.-tabaco y alcohol-carnes rojas proteínas y grasas. Se recomienda incrementar la ingesta de carbohidratos complejos, en el mercado están disponibles bebidas ricas en triptófano, que aumentan la serotonina y mejoran el estado de ánimo como pescados y aves como fuente de proteínas, fibras , vegetales, legumbre y cereales.

Uno de los principales síntomas del síndrome Premenstrual es el incremento en el apetito que lleva a la ganancia de peso, lo que concuerda con la falta de equilibrio en la ingesta dietética tanto en las proporciones de nutrientes que aportan energía hidratos de carbono, grasa como en varios micronutrientes como el calcio, magnesio, cuya ingesta se encontró por debajo de lo recomendado, mientras que otro como el sodio, fue por encima de lo sugerido. (Bryant, 2006).⁹

En cuanto a la ingesta promedio de los distintos tipos de grasa, se obtuvieron porcentajes diferentes a los reportados para estudiantes universitarias de la misma ciudad. Lo anterior puede agravar el problema del SPM. (Hernández, 2005)¹⁰

Por otra parte Head (1997) considera que el tipo de alimentación personal influye en el SPM, reportando que las mujeres con un alto consumo de hidrato de carbono refinado, sodio y productos lácteos, así como una menor ingesta de fibra, magnesio, hierro y zinc en

⁷ Kopitowski menciona los tratamientos que cuentan con alguna evidencia científica. Estos incluyen la vitamina B6, el carbonato de calcio y la espironolactona. Los inhibidores de la recaptación de serotonina cuentan con buen grado de evidencia de eficacia en la mejoría de los síntomas.

⁸ Explican que muchas mujeres tienen síntomas premenstruales cíclicos de la naturaleza psicológica o física y, a veces, éstos limitan su capacidad funcional.

⁹ Los autores mencionan que la ingesta de alimentos varía a través del ciclo menstrual en los mamíferos y el consumo de energía por lo general es mayor en la fase premenstrual en comparación con la fase de post-menstrual.

¹⁰ El diseño utilizado en el estudio fue descriptivo de corte transversal. Se obtuvo una muestra inicial de 128 participantes entre los 12 y 14 años de edad, estudiantes de cuatro secundarias públicas de la ciudad de Chihuahua.

la dieta, lo reportan más frecuentemente (Head, 1997)¹¹. Se encontró un bajo consumo de fibra, magnesio, zinc que pudiera agravar el SPM. El ACOG recomienda cambios en el estilo de vida (Armida, 2009)¹²

El síndrome premenstrual se caracteriza por una serie de alteraciones somáticas, psicológicas y del apetito que se repiten mensualmente en la fase lútea del ciclo menstrual. Se ha demostrado un aumento en el consumo de alimentos y especialmente los ricos en hidratos de carbono asociados con depresión, disminución en el rendimiento, retirada social, fatiga, irritabilidad, disminución de la libido, junto con síntomas somáticos como hinchazón, mastodinia, cefaleas.

Las alteraciones en el comportamiento alimentario en el síndrome premenstrual se han relacionado en trabajos de Brezinski, Wurtman como posible causa de sobrecarga ponderal y se ha sugerido que el aumento de peso podría ser debido a la mayor apetencia por dulces.

Las causas que producen este variado sintomático no están del todo clarificadas. Una comida rica en carbohidratos y pobre en proteínas puede incrementar la síntesis cerebral de serotonina, esto puede sugerir una posible participación de la serotonina en los síntomas del síndrome premenstrual

Una excesiva apetencia por alimentos ricos en carbohidratos ha sido descrita por numerosos autores, involucrando en ello los niveles de serotonina. Las alteraciones psicósomáticas del síndrome premenstrual mejoran significativamente después de la ingesta de carbohidratos ya que estos pueden acelerar la síntesis cerebral de serotonina ejerciendo su efecto sobre el hipotálamo mediano, inhibiendo la ingestión de alimento y actuando desde este por conexiones nerviosas sobre los centros del placer del córtex cerebral. (Oller Montes,)¹³

La falta de serotonina, un neurotransmisor que actúa a nivel cerebral, ocasiona muchos trastornos, entre ellos depresión, ansiedad, angustia, irritabilidad y, en definitiva, tristeza. La serotonina se sintetiza a partir de un aminoácido el triptófano, que debe ser incorporado en la dieta diaria, ya que el cuerpo no lo produce. De tal modo, los alimentos ricos en triptófano funcionan como antidepresivos naturales, sin necesidad de recurrir a psicofármacos

Se ha demostrado que el aumento de serotonina se relaciona con una sensación de bienestar, relajación, mayor autoestima y concentración. Además, la serotonina establece un equilibrio con otros neurotransmisores como la dopamina y la noradrenalina, relacionados con el miedo, la angustia, la ansiedad, la irritabilidad y los trastornos alimenticios. Por otra

¹¹ Este autor remarca enfoques nutricionales y alternativos.

¹² El autor asegura con su estudio que existe una asociación del SPM con hábitos alimentarios.

¹³ Los autores han intentado demostrar o rechazar la antigua creencia de que las alteraciones del comportamiento alimentario y la apetencia por dulces en el síndrome premenstrual pudieran constituir un factor de riesgo de obesidad. Se estudiaron 140 mujeres con exceso de peso y 101 normoponderales

parte, es necesaria para la formación de melatonina, relacionada con la regulación del sueño. También la falta de serotonina se asocia con los comportamientos compulsivos de las adicciones.

Entre los alimentos, especialmente ricos en triptófano, que por lo tanto, aumentan los niveles de serotonina, se encuentran el pollo, leche, queso, pescado, huevos, soja, semillas de calabaza, nueces, maní. Sin embargo, para sintetizar serotonina, el cuerpo necesita además de triptófano, ácidos grasos omega 3, magnesio y zinc. Por tal motivo, alimentos ricos en magnesio como los plátanos, las nueces, las legumbres, las verduras y el germen de trigo, también son considerados antidepresivos naturales, ya que actúan favorablemente, para el aumento de la serotonina.

Después de explicar que es un neurotransmisor que contribuye a la estabilidad emocional y a la ausencia de estados depresivos que es menos agresivo incrementar el material con el que el organismo la produce que alterar los mecanismos neuronales tomando antidepresivos psiquiátricos. El triptófano, precursor de la misma, es uno de los aminoácidos esenciales; es decir, debemos ingerirlo diariamente porque nuestro organismo no puede sintetizarlo. Como aminoácido que es, forma parte de las proteínas, por lo que una dieta con una cantidad adecuada de proteínas nos proporcionará el que necesitamos.

Se sospecha que para disfrutar de energía durante todo el día y evitar los bajones de ánimo, la opción más recomendable sería tomar alimentos ricos en triptófano. Sin embargo, lo importante no es la cantidad ingerida, sino la que llega al cerebro, y las investigaciones indican que los niveles de este aminoácido en el sistema nervioso central no pueden modificarse mediante la dieta.

El triptófano procedente de las proteínas de la dieta no atraviesa la barrera sangre/cerebro porque tienen preferencia otros aminoácidos, gracias a su peso molecular más bajo. Esto impide que el triptófano de los alimentos acceda al cerebro y que se eleven nuestros niveles de serotonina. Aunque resulte paradójico, el triptófano ve facilitado su acceso al cerebro cuando ingerimos alimentos con una cantidad prácticamente nula de proteínas y ricos en carbohidratos de alto índice glucémico. Esto ocurre porque los niveles altos de insulina que se consiguen arrastran a los otros aminoácidos hacia los tejidos, el triptófano queda solo en el torrente sanguíneo, y de esa forma no debe competir con sus compañeros. Comer alimentos ricos en glúcidos tiene un efecto tranquilizante, y muchas personas reducen su ansiedad intuitivamente comiendo dulces. Por un lado, la ingesta de alimentos con alto contenido en hidratos de carbono produce una subida de los niveles de glucosa sanguínea, que tranquiliza cuando la causa del nerviosismo es el bajo nivel de azúcar en sangre con síntomas como intranquilidad, falta de energía y temblores.

Por otro lado, la elevación de los niveles de insulina subsiguiente a la ingestión de carbohidratos ayuda a metabolizar los aminoácidos. El triptófano, que tiene un peso

molecular más elevado que el resto de sus compañeros, queda en el torrente sanguíneo y puede así acceder más fácilmente al cerebro que en condiciones normales, con lo que se produce una elevación de los niveles de serotonina y la consiguiente estabilización del estado de ánimo. Ese es el motivo por el que muchas personas sienten la necesidad de ingerir dulces cuando se sienten nerviosas.(Ruiz)¹⁴ A su vez, el triptófano, principal precursor de la misma, es uno de los aminoácidos neutros que compiten por un acarreador para atravesar la barrera hematoencefálica. De esta manera, se requiere que exista un equilibrio entre los aminoácidos neutros para que el triptófano pueda ser acarreado. Cuando esto no sucede se produce una disminución en la síntesis del neurotransmisor. Se ha observado que las mujeres con síndrome premenstrual presentan concentraciones plasmáticas más bajas de L-triptófano en la fase lútea que las mujeres sin este síndrome. (Rapkin, 1991).¹⁵

Wurtman (1995) relacionan este aumento en la ingesta de alimentos ricos en carbohidratos del síndrome premenstrual como un factor a tener en cuenta en la obesidad

Los hallazgos de la encuesta de Rivera (1999) muestran prevalencias sumamente elevadas de sobrepeso y obesidad en mujeres en edad fértil. Es preocupante el rápido aumento del sobrepeso y la obesidad en la última década y la elevada proporción de mujeres que presentó adiposidad central (Dommarco, 1999)¹⁶

Es un hecho reconocido entonces que a lo largo del ciclo menstrual la mujer presenta variaciones tanto en su consumo de alimentos como en su composición corporal y, por lo tanto, en su nutrición.

En lo que se refiere a los componentes nutricionales, ha llamado la atención sobre 4 compuestos en particular: magnesio, calcio y vitamina E, serotonina. Se ha observado que las mujeres que sufren síndrome premenstrual presentan bajas concentraciones de serotonina, lo que a su vez se asocia con diversos síntomas como depresión, mastalgia, distensión abdominal, retención de líquidos, acné y "antojos". Esta deficiencia de serotonina pudiera deberse, por un lado, a la deficiencia subclínica de vitamina B6 y, por otro, a la deficiencia de triptófano.

El 90% del magnesio ingerido se absorbe en el intestino delgado, el resto en estómago e intestino grueso. La deficiencia de este nutrimento inorgánico puede interferir con la síntesis de dopamina y causar alteraciones psicológicas y de conducta. Esta característica del síndrome de tensión premenstrual es frecuente entre las mujeres con elevado consumo de alcohol y problemas crónicos de diarrea y vómito. Al igual que en el caso de la piridoxina, un estudio de suplementación doble ciego mostró efectos benéficos cuando se administraron 360 miligramos al día de magnesio a mujeres con historia de síndrome

¹⁴ Ruiz habla en su artículo sobre la serotonina y temas relacionados.

¹⁵ Este autor habla del triptófano y aminoácidos neutros en el síndrome premenstrual

¹⁶ Los datos fueron obtenidos de la Encuesta Nacional de Nutrición realizada en México en 1999.

premenstrual. (Facchinetti, (1991), ¹⁷ La recomendación dietética es de 280 miligramos diarios, que se alcanza con facilidad a través del consumo de una dieta adecuada.

A partir de algunos estudios de suplementación (1336 miligramos de calcio al día), se ha propuesto que el calcio puede desempeñar algún papel en el desarrollo del síndrome premenstrual. Un incremento en el consumo de calcio se ha asociado a la disminución tanto de las alteraciones psicosomáticas como del dolor en el periodo menstrual (Penland, 1993).¹⁸ Por esta razón es importante vigilar el consumo de calcio en la mujer.

Cuadro N°4: Alimentos fuentes de Calcio

Fuentes excelentes de calcio	Tamaño de la porción	Cantidad de calcio
Leche	1 taza	270 mg
Leche en polvo	¼ taza	300 mg
Yogur	1 taza	300 mg
Queso	1 onza	150 mg
Jugo de naranja fortificado con calcio	1 taza	300 mg
Tofu con sulfato de calcio	½ taza	258 mg
Leche de soya fortificada con calcio	1 taza	200 - 300 mg
Pan fortificado con calcio	1 tajada	130 mg
Cereal fortificado con calcio	1 taza	175 mg
Requesón (<i>cottage cheese</i>) fortificado con calcio	1 taza	400 mg

Fuentes buenas de calcio	Tamaño de la porción	Cantidad de calcio
Coles (<i>collard green</i>) cocidas	½ taza	120 mg
Hojas de nabo (<i>turnip greens</i>) cocidas	½ taza	125 mg
Espinacas cocidas (<i>Spinach</i>)	½ taza	120 mg
Requesón (<i>cottage cheese</i>)	1 taza	150 mg
Salmón en lata con huesos comibles	2 onzas	135 mg
Pudín	½ taza	120 mg
Yogur bebible	2-3 onzas	100 mg

Fuentes aceptables de calcio	Tamaño de la porción	Cantidad de calcio
Ocra (<i>okra</i>)	½ taza	90 mg
Brócoli crudo (<i>broccoli</i>)	½ taza	88 mg
Helado	½ taza	85 mg
Habas (<i>lima beans</i>)	1 taza	50 mg
Naranja	1 mediana	50 mg

Adaptado de: Calcio. Educación para pacientes y familia
<http://www.choa.org/Menus/Documents/Wellness/teachingsheets/calciumSP.pdf>

¹⁷Facchinetti y otros señalan que el magnesio oral alivia con éxito los cambios de humor premenstruales

¹⁸ Los autores explican los efectos de la alimentación sobre los síntomas del ciclo menstrual

El calcio es un mineral indispensable para varios procesos del organismo tales como la formación de los huesos y los dientes, la contracción muscular y el funcionamiento del sistema nervioso. También, ayuda en la coagulación de la sangre y en la actividad de algunas enzimas. Distintas recomendaciones de este nutriente van entre 1000 a 1300 mg diarios.

Las metas propuestas por las guías alimentarias para la población argentina (2000) recomiendan 800 mg de calcio diario como una meta posible de alcanzar, teniendo en cuenta hábitos de consumo a nivel nacional y disponibilidad de alimentos fuente. Datos analizados en la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS, 2007) indican que una importante cantidad de mujeres en nuestro país no alcanza una ingesta adecuada de este nutriente sin importar su ubicación geográfica, condición socioeconómica o edad, indicando, también, que más del 95% de las mujeres entre 10 y 49 años no consumen la meta mínima recomendada de 800 mg/día. Es por ello que se lo considera nutriente crítico, especialmente en situación de vulnerabilidad socioeconómica (Marcandres, 2011)¹⁹

Cuadro N°5: Recomendaciones de Minerales según RDA:

Categoría	Edad. (años) o condición	Peso (kg)	Altura (cm)	Calcio (mg)	Fósforo (mg)	Magnesio (mg)	Hierro (mg)	Zinc (mg)	Yodo (µg)	Selenio (µg)
Lactantes	0,0 - 0,5	6	60	400	300	40	6	5	40	10
	0,5 - 1,0	9	71	600	500	60	10	5	50	15
Niños	1 - 3	13	90	800	800	80	10	10	70	20
	4 - 6	20	112	800	800	120	10	10	90	20
	7 - 10	28	132	800	800	170	10	10	120	30
Varones	11 - 14	45	157	1200	1200	270	12	15	150	40
	15 - 18	66	176	1200	1200	400	12	15	150	50
	19 - 24	72	177	1200	1200	350	10	15	150	70
	25 - 50	79	176	800	800	350	10	15	150	70
	51 +	77	173	800	800	350	10	15	150	70
Mujeres	11 - 14	46	157	1200	1200	280	15	12	150	45
	15 - 18	55	163	1200	1200	300	15	12	150	50
	19 - 24	58	164	1200	1200	280	15	12	150	55
	25 - 50	63	163	800	800	280	15	12	150	55
	51 +	65	160	800	800	280	10	12	150	55
Embarazo	1er trimestre			1200	1200	320	30	15	175	65
Lactantes	1er semestre			1200	1200	355	15	19	200	75
	2º semestre			1200	1200	340	15	16	200	75

Adaptado de: www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-l/guia/guia_nutricion/recom_vitaminas.htm

¹⁹ Marcandres menciona las Recomendaciones nutricionales para distintos grupos etarios.

La vitamina E ó α -tocoferol. Se estudiaron 10 pacientes con síndrome premenstrual durante tres ciclos menstruales. La vitamina E se midió mediante fluorometría después de la La deficiencia de vitamina E en pacientes con síndrome premenstrual no fue demostrado por los niveles de vitamina E periféricos en nuestro estudiosugieren que el síndrome premenstrual pudiera estar relacionado con una alteración en el metabolismo de las prostaglandinas, lo que a su vez podría ser el resultado de una deficiencia de vitamina E. Sin embargo, aún no existe evidencia concluyente al respecto.

La vitamina B6 es una vitamina hidrosoluble. Existen tres formas naturales de vitamina B6: piridoxina, piridoxamina y piridoxal, y todas están normalmente presentes en los alimentos. Los humanos dependen de fuentes externas para cubrir sus necesidades de vitamina B6 y la forma piridoxal-5-fosfato (PLP) es de gran importancia.

Una ingesta adecuada de vitamina B6 (piridoxina) es esencial puesto que ayuda al cuerpo a: convertir alimentos en glucosa, que es utilizada para producir energía; formar neurotransmisores, que transportan señales de una célula nerviosa a otra; producir hormonas, glóbulos rojos y células del sistema inmunitario; controlar (junto con la vitamina B12 y la vitamina B9) el nivel de homocisteína en la sangre, un aminoácido que podría estar asociado con las enfermedades cardiacas.

La Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria (EFSA), agencia perteneciente a la Unión Europea con sede en Parma, Italia que como objetivo principal tiene la responsabilidad de proporcionar los métodos científicos para alertar y detectar todos aquellos problemas que afecten a la seguridad alimentaria para ha confirmado que se han demostrado unos claros beneficios para la salud de la ingesta de vitamina B6 en la dieta, ya que contribuye a lo siguiente al funcionamiento normal del metabolismo de proteínas y glucógeno; funcionamiento normal del sistema nervioso; formación normal de glóbulos rojos; funcionamiento normal del sistema inmunitario; regulación de la actividad hormonal.

La piridoxina (vitamina B6) es cofactor para la síntesis de neurotransmisores, en particular de la serotonina. En un estudio doble ciego se observó que la sintomatología disminuía de manera importante al dar un suplemento de 250 miligramos al día de piridoxina, la recomendación es de dos miligramos diarios, pero el consumo promedio en el país es cercano al medio miligramo al día. Sin embargo, se debe tener precaución al administrar esta vitamina, ya que una sobredosis puede causar alteraciones neurológicas en sujetos susceptibles.

Cabe mencionar que por lo general una dieta adecuada cubre las necesidades de este nutrimento. (Berman, 1990) ²⁰

Cuadro N° 5: Recomendaciones de Vitaminas según RDA

Categoría	Edad. (años) o condición	Peso (kg)	Altura (cm)	Vitaminas Liposolubles				Vitaminas Hidrosolubles						
				Vit.A (µg- ER) ^a	Vit.D (µg) ^b	Vit.E (mg- ET) ^c	Vit.K (µg)	Vit.C (mg)	Tiamina (mg)	Riboflavina (mg)	Niacina (mg- EN) ^d	Vit.B6 (mg)	Vit.B12 (µg)	A. fólico (µg)
Lactantes	0,0 - 0,5	6	60	375	7,5	3	5	30	0,3	0,4	5	0,3	0,3	25
	0,5 - 1,0	9	71	375	10	4	10	35	0,4	0,5	6	0,6	0,5	35
Niños	1 - 3	13	90	400	10	6	15	40	0,7	0,8	9	1,0	0,7	50
	4 - 6	20	112	500	10	7	20	45	0,9	1,1	12	1,1	1,0	75
	7 - 10	28	132	700	10	7	30	45	1,0	1,2	13	1,4	1,4	100
Varones	11 - 14	45	157	1000	10	10	45	50	1,3	1,5	17	1,7	2,0	150
	15 - 18	66	176	1000	10	10	65	60	1,5	1,8	20	2,0	2,0	200
	19 - 24	72	177	1000	10	10	70	60	1,5	1,7	19	2,0	2,0	200
	25 - 50	79	176	1000	5	10	80	60	1,5	1,7	19	2,0	2,0	200
	51 +	77	173	1000	5	10	80	60	1,2	1,4	15	2,0	2,0	200
Mujeres	11 - 14	46	157	800	10	8	45	50	1,1	1,3	15	1,4	2,0	150
	15 - 18	55	163	800	10	8	55	60	1,1	1,3	15	1,5	2,0	180
	19 - 24	58	164	800	10	8	60	60	1,1	1,3	15	1,6	2,0	180
	25 - 50	63	163	800	5	8	65	60	1,1	1,3	15	1,6	2,0	180
	51 +	65	160	800	5	8	65	60	1,0	1,2	13	1,6	2,0	180
Embarazo	1er trimestre			800	10	10	65	70	1,5	1,6	17	2,2	2,2	400
Lactantes	1er semestre			1300	10	12	65	95	1,6	1,8	20	2,1	2,6	280
	2º semestre			1200	10	11	65	90	1,6	1,7	20	2,1	2,6	260

Adaptado de www.uned.es/pea-nutricion-y-dietetica-l/guia/guia_nutricion/recom_vitaminas.htm

Por otro lado, existen evidencias de que los hábitos de alimentación son factores modificables que intervienen en la expresión o el desarrollo de diversas patologías tanto por deficiencia como por exceso de energía y nutrimentos. Por ello diversas enfermedades crónico-degenerativas no transmisibles pueden prevenirse si se lleva a cabo un estilo de vida saludable (Censo General de población, 1950) ²¹

Durante la fase lútea se suele observar un incremento en el consumo de alimentos. Este aumento registrado por diversos autores va de 100 a 500 kilocalorías al día, sin que exista consenso sobre su magnitud real. Esto pudiera deberse a problemas metodológicos: no en todos los casos se cuenta con registros fidedignos de la ingestión energética o con las

²⁰ Berman menciona los efectos de la vitamina B6 en el Síndrome Premenstrual.

²¹ Esta información proviene del Séptimo censo general de población realizado en México en 1950.

determinaciones hormonales para establecer con precisión la fase del ciclo en la que se encuentra la mujer; en otros, el tamaño de la muestra no es el adecuado.

Sin perder de vista estas limitaciones, se ha documentado una relación directa entre las concentraciones séricas de progesterona y estradiol y el consumo de energía (Rosenblatt, 1980).²² De manera hipotética se plantea que este efecto pudiera estar mediado por el incremento en el apetito que causa la progesterona (Tangney, 1996).²³

La presencia de estrógenos y la retención de líquidos estimulan la producción de aldosterona, la que a su vez causa mayor retención de líquidos y crea un círculo vicioso. En la fase premenstrual, el edema puede representar entre uno y siete kilogramos adicionales de peso y constituye uno de los signos característicos del llamado síndrome pre-menstrual.

Si en la alimentación la ingesta de calorías no es suficiente, el organismo utiliza los nutrientes sólo para el gasto energético y no para el desarrollo, que resulta vital en esta etapa. Por esta razón, es esencial mantener una dieta equilibrada y apropiada para tu edad. Las grasas no deben superar el 30-35% de las calorías totales. Incluir en tu dieta alimentos que contengan grasas Omega 3.

Es de particular importancia que se vigile el consumo dietético de calcio y fibra, y que se promueva la práctica de actividad física de la mujer en edad reproductiva (Mazes, 1991).²⁴

La juventud se caracteriza por el descontrol en temas de alimentación, abusando de la comida rápida, las bebidas con gas, los productos fritos y el “picoteo” entre horas. Se comienzan a consolidar hábitos de alimentación poco saludables que deben tratarse de evitarse, atribuyendo al consejo nutricional mayor importancia, ya que en esta etapa es inexistente.

La formación de buenos hábitos alimentarios es un excelente instrumento para prevenir las enfermedades y promover la salud en la población (Dapcich, 2001).²⁵

Los azúcares de absorción rápida, como el azúcar de mesa y la miel, se caracterizan por aportar energía y aumentar la palatabilidad de los alimentos y bebidas. Son un grupo de alimentos superfluos y su consumo no es necesario. El consumo de estos azúcares debe ser moderado, ya que una ingesta elevada puede favorecer el sobrepeso. Por lo tanto, es recomendable que moderemos la ingesta de productos ricos en azúcares simples, aconsejando un consumo ocasional de todos los preparados azucarados.

Cuando existe deficiencia de vitamina B6, se produce una disminución de la concentración plasmática de la serotonina, lo que en forma clínica se puede expresar como

²² Rosenblatt reflexiona sobre la ingesta de alimentos y el ciclo menstrual

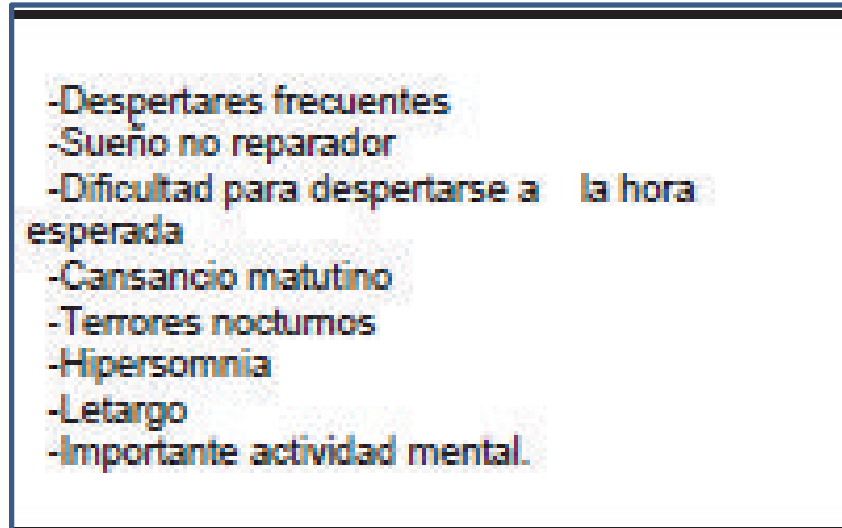
²³ Tangney asegura que la nutrición en la salud de las mujeres

²⁴ Mazess habla sobre La densidad ósea en mujeres premenopáusicas

²⁵ En la Guía de Alimentación Saludable se describen beneficios de cada grupo de alimentos

depresión (Wolinsky , 1996).²⁶Para muchas mujeres, el TDPM se asocia con irregularidades del sueño. Para aliviar la angustia y el malestar asociados, puede ser útil adoptar un patrón regular de sueño y vigilia. Hay que animar a las mujeres a que se adhieran a acostarse y levantarse a unas horas consistentes durante el período premenstrual, y de forma ideal durante todo el ciclo menstrual. (Baker y otros, 2007) ²⁷

Imagen N°2: Alteraciones del sueño en el síndrome Premenstrual



Adaptado de: Lombardía, Cristina. Paidopsiquiatra, 1994. Unitat de Psiquiatria.
Hospital Materno infantil Vall d'Hebron

Con respecto a la *psicoterapia* Lustyk et al.¹⁰⁴ realizaron una revisión sistemática de la literatura científica para comprobar la eficacia de la terapia cognitiva conductual (TCC) en el SPM y el TDPM. Concluyeron que según las publicaciones existentes, la psicoterapia podía aportar ciertos beneficios; sin embargo, el alcance de su efecto no se acercaba al del tratamiento farmacológico ni siquiera al de los tratamientos conductuales como la relajación.(Lustyk y cols, 2009)²⁸. La Psicoterapia permite a las mujeres conocer más acerca de sus síntomas, como el ritmo de aparición, sus desencadenantes y sus exacerbaciones (Vieitez y otros, 2004)²⁹. Las publicaciones halladas documentan tratamientos con terapia cognitiva y basadas en técnicas de afrontamiento y manejo del estrés, por ejemplo, mediante ejercicios de relajación. Sin embargo, creemos que en estas patologías la terapia

²⁶ El estudio del autor trata sobre las preocupaciones nutricionales de las mujeres

²⁷ Se investigó la composición calidad del sueño y sueño usando electroencefalografía convencional y análisis cuantitativos en las mujeres con síndrome premenstrual severo, en comparación con la de los controles.

²⁸ Los autores revisaron sistemáticamente los estudios empíricos que investigaron el uso de la terapia cognitivo-conductual (TCC) para el síndrome premenstrual (PMS) o el trastorno disfórico premenstrual (TDPM). La búsqueda de múltiples bases de datos identificó siete informes empíricos publicados.

²⁹-Los autores explican que el 75% de las mujeres en etapa reproductiva presenta variaciones de humor que no precisan conducta terapéutica específica

analítica tiene mucho para aportar. Hemos trabajado con nuestras pacientes bajo los postulados analíticos, logrando mejorías. Hay que reconocer que no se puede evaluar el éxito de los ensayos dado que la mayoría de las pacientes se hallaban recibiendo terapia farmacológica al mismo tiempo, pero, de todos modos, la mejoría en los vínculos familiares, sociales y laborales desbordan, el efecto de un fármaco, reflejando un proceso de reflexión que sólo el trabajo psicoterapéutico permite desplegar. (Bocchino, 2004)³⁰

La psicoeducación en grupo puede ser eficaz para tratar el SPM y el TDPM. Un ensayo controlado de una intervención psicoeducativa en grupo centrado en la reestructuración positiva de las percepciones de las mujeres sobre sus ciclos menstruales, descubrió que en las mujeres con TDPM que recibieron la intervención se redujeron los síntomas premenstruales y el deterioro premenstrual, aunque no hubo diferencias en la depresión pos tratamiento ni en las puntuaciones de la ansiedad (Morse, 1999).³¹ También han observado una eficacia del apoyo en grupo para controlar los síntomas de SPM. La terapia de relajación, que también es eficaz para tratar el SPM, puede ser especialmente adecuada para las mujeres que refieren un alto grado de estrés diario (Goodale y otros 1990)³²

Los casos leves a moderados requieren de tratamientos con medidas dietéticas suplementarias. También puede indicarse mineraloterapia y vitaminoterapia como la administración de calcio, magnesio, vitamina B6 y vitamina E, que pueden aliviar algunos síntomas (Subhash, 2002.)³³

La Vitamina B6 ejerce efectos sobre los neurotransmisores, su eficacia es controvertida, tendría mínimos efectos en el tratamiento del SPM. Wyatt y cols observaron que la administración diaria de 50 o 100 mg podría tener efectos beneficiosos en los síntomas depresivos (López Mato, 2000)³⁴. La deficiencia de niacina puede conducir al agotamiento de triptófano, reduciendo así su disponibilidad para formar serotonina. Hasta donde sabemos, no existen estudios previos han examinado si consumo de vitamina B puede prevenir el desarrollo inicial de PMS. Los estudios previos de vitaminas del grupo B y PMS en general han sido limitado a los ensayos clínicos aleatorios de la eficacia de la vitamina B-6 a diferentes dosis como tratamiento de los síntomas premenstruales. A pesar de que algunos ensayos clínicos han evaluado los suplementos que contienen Muchas de estas vitaminas como tratamiento de menstrual síntomas, los resultados sugieren que la ingesta de vitamina B puede ser beneficiosa. Se evaluó la asociación entre la ingesta de

³⁰ Se abordan los avances en el conocimiento de la sintomatología premenstrual, definiendo los síntomas premenstruales, el síndrome premenstrual y el trastorno disfórico premenstrual.

³¹ Morse menciona las percepciones de la mujer durante el ciclo menstrual.

³² El autor habla en tu estudio del alivio de los síntomas del síndrome premenstrual con la respuesta de relajación.

³³ Explican el diagnóstico y tratamiento del trastorno disfórico premenstrual"

³⁴ Los autores hablan del Síndrome premenstrual y del Trastorno Disfórico premenstrual

tiamina, riboflavina, niacina, vitamina B-6, ácido fólico y vitamina B-12 y el riesgo de síndrome premenstrual incidentes en un subgrupo de mujeres que participan en el Nurses 'Health Study (NHS II) (Chocano, 2013).³⁵

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

El calcio y el magnesio son cofactores en la síntesis de neurotransmisores lo que sugiere una posible asociación entre SPM y la deficiencia de serotonina (López Mato, 2000)³⁶ Algunos estudios han concluido que 1200-1600 mg/día de calcio son efectivos en el SPM. El Calcio, a una dosis de 1.000 mg día, mostró significativa mejoría en una muestra clínica.

El Magnesio oral se indica con la administración de 360 mg diarios a partir del día 15 del ciclo menstrual hasta el comienzo del flujo menstrual. (Gaviria, 1999)³⁷

Antes de decidir que el tratamiento no funciona debe indicarse por al menos 3 ciclos. Lo habitual es que los síntomas mejoren entre 3 a 5 días de comenzada la administración del fármaco. Su indicación depende del criterio médico. (Kopitowski., 2004)³⁸. La evidencia científica y clínica apunta que los suplementos de magnesio pueden ayudar a aliviar los síntomas asociados con el SPM, especialmente hinchazón abdominal y de las extremidades, insomnio, aumento de peso y tensión mamaria.

Tomar suplementos de Magnesio puede ser la solución, como lo aconseja el Melvyn Werbach, (2011) M.D. Estudios recientes mostraron que de 192 mujeres tomando 400 mg. de magnesio al día para casos de SPM, 95 por ciento experimentaron menos dolor de senos y subieron menos de peso, 89 por ciento sufrió menos tensión nerviosa, y 43 por ciento tuvo menos dolores de cabeza. El Dr. Werbach y varios otros investigadores también aconsejan que las mujeres deberían tomar 50 mg. de vitamina B6 diariamente junto al Magnesio para ayudar en su absorción.) Los Test de magnesio a los glóbulos rojos muestran bajos niveles de Magnesio en mujeres con el SPM. Aún los niveles del magnesio sérico total, que están bajos sólo cuando hay una severa deficiencia de Magnesio, disminuyeron significativamente durante la semana premenstrual en un grupo de cuarenta mujeres. En un pequeño estudio de 32 mujeres, se encontró que la administración de magnesio oral fue un tratamiento efectivo para síntomas premenstruales relacionados con cambios en el estado de ánimo. El

³⁵ Este autor tuvo como objetivo en su estudio evaluar si la ingesta de vitamina B de fuentes de alimentos y suplementos se asocia con el desarrollo inicial de PMS.

³⁶ Los autores comentan que el síndrome premenstrual como probable patología psiquiátrica se tuvo en cuenta solo a partir de 1980 y recientemente propone terapéuticas novedosas para la misma.

³⁷ Médica psiquiatra. Directora del Departamento de Psiquiatría Universidad CES. Medellín, Colombia

³⁸ Los autores realizaron una búsqueda en bases de datos: EMBASE (1988-1998), MEDLINE (1966-1999). PsycLIT, CINAHL y en el registro de ensayos clínicos de la Colaboración Cochrane.

tratamiento con Magnesio alivia los dolores de cabeza, los deseos de comer azúcar, baja azúcar en la sangre, y los mareos relacionados al SPM.

Cuando la sintomatología es solamente física se utiliza el tratamiento higiénico dietético no farmacológico. Cuando la sintomatología no remite se utiliza el tratamiento farmacológico.

En cuanto al tratamiento farmacológico los casos con síntomas moderados a graves responden a la prescripción de psicofármacos, antidepresivos y ansiolíticos, y tratamientos hormonales tendientes a provocar la supresión de la ovulación (Viguera, 2000)³⁹

Los antiinflamatorios no esteroides (AINE) mejoran la mastalgia, dismenorrea, migraña, dolores musculares. Esta terapia debería indicarse antes del comienzo del dolor y continuar hasta el final de la menstruación. (Levit, 2009)⁴⁰

Watanabe y cols (1997) comprobaron que la dosis diaria de 400 progesterona micronizada durante la fase lútea provocaba mejoría sintomatológica. Sin embargo la evidencia actual no avala el uso de progesterona en el tratamiento del SPM.

Las candidatas para el uso de diuréticos son aquellas que manifiestan aumento de 1.5 kg de peso durante el premenstruo, que refieren tensión mamaria y otros síntomas de retención hídrica. La espironolactona es el diurético recomendado ya que es un agonista fisiológico de la aldosterona. La dosis es de 25 mg 2-3 veces por día durante los días 18 al 26 del ciclo. Para el edema y la retención de líquidos, se utiliza la espironolactona, antagonista de la aldosterona. Este es el único diurético que mostró beneficios en el tratamiento de los síntomas somáticos, sin desmejoramiento del estado de ánimo, mejora la irritabilidad, la depresión, la sensación de inflamación, la sensibilidad mamaria y el deseo de comer. La dosis recomendada es de 100 mg dividida en dos a cuatro tomas desde el día 14 hasta la menstruación (Gaviria, 1999)⁴¹

Hay evidencia que los anticonceptivos combinados orales reducen la incidencia del SPM y se los considera como uno de los agentes terapéuticos que deben utilizarse en esta entidad. Además él y algunos progestágenos de los ACO estimulan la retención de sodio y agua a través del sistema renina-angiotensina aldosterona Joffe y cols observaron que los ACO no modifican los cambios de humor premenstrual pero en aquellas mujeres con historia previa de depresión tienen un gran riesgo de empeorar estos síntomas. Existe poca información sobre la eficacia de los ACO en DDPM. Algunos reportes sugirieron un efecto beneficioso sobre el bienestar psicológico y lo ofrecen como una buena alternativa para su tratamiento. Actualmente un esquema terapéutico con ACO con bajas dosis de estrógenos

³⁹ Hacen una revisión de los ISRS en el tratamiento del síndrome disfórico premenstrual.

⁴⁰ En esta guía práctica publicada por una clínica ginecológica hablan del Síndrome Premnstrual.

⁴¹ Médica psiquiatra. Directora del Departamento de Psiquiatría Universidad CES. Medellín, Colombia

con 24 comprimidos activos y 4 placebos mejoraría los síntomas físicos y emocionales porque reduce la fluctuación hormonal a lo largo del ciclo.

Los Agonistas de la hormona liberadora de gonadotrofinas (GnRh)) producen un significativo alivio de los síntomas pero induce síntomas menopáusicos⁴², sofocos, sequedad vaginal, irritabilidad, lo que limitan su uso en la mayoría de las pacientes (Simone, 2010)⁴³. Danazol: inhibidor de gonadotrofinas y con acción directa sobre el tejido mamario, parece ser efectivo en el tratamiento del SPM especialmente en el alivio de la mastalgia, tensión e irritabilidad pero no se recomiendan en pacientes con depresión y ansiedad. La dosis recomendada es de 200mg dos veces por semana solo en la fase lútea.

Han surgido numerosos estudios que evalúan la eficacia clínica de los ISRS, especialmente la fluoxetina. Hay interesantes estudios sobre la dosis mínima de utilidad, la forma de administración intermitente vs. Permanente, y la comparación entre los ISRS entre sí.

En nuestra opinión, el manejo de los ISRS es sencillo, tanto para psiquiatras como para ginecólogos o médicos generales, y tienen menos dificultades que los hormonales, por lo que su uso debería generalizarse para los casos de PMDD puro y, más aún, si hubieran otros trastornos psiquiátricos asociados (López Mato, 2000).⁴⁴. La respuesta terapéutica sobre la ansiedad a largo plazo (18 meses) fue suficientemente demostrada en trabajos posteriores (De la Gándara, 1997)⁴⁵. Los IRSS pueden considerarse tratamiento de primera línea en el TDP. La eficacia de estas drogas se ha demostrado tanto para los síntomas físicos como emocionales. Los síntomas suelen mejorar dentro de los tres ciclos de instaurado el tratamiento.

Recalquemos que la fluoxetina en dosis de 20 mg/día (e incluso con sólo 10 mg/día en algunos casos) se muestra como la droga de elección, no sólo por su efectividad y seguridad clínica sino también por sus características farmacocinéticas que nos permiten disminuir la posibilidad del síndrome de discontinuación de los ISRS, aun cuando se administre en forma intermitente. Recalquemos que, además, la fluoxetina es la más segura ante la posibilidad de embarazo.(Steiner, 1995)⁴⁶

Además, la respuesta terapéutica sobre la ansiedad a largo plazo (18 meses) fue suficientemente demostrada en trabajos posteriores. En otros estudios terapéuticos se evaluaron otros ISRS en el tratamiento del PMDD con resultados similares a fluoxetina

⁴² Sofocos, sequedad vaginal, irritabilidad

⁴³ En el artículo se hace referencia a la comprensión y tratamiento del trastorno disfórico premenstrual

⁴⁴ Los autores describe las fases del ciclo femenino normal.

⁴⁵ el tratamiento a largo plazo con la fluoxetina y la suspensión en el Trastorno disfórico Premenstrual

⁴⁶ El ensayo consistió en un período de lavado simple ciego con placebo duró dos ciclos menstruales, seguido de un estudio aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo de fluoxetina en dosis de 20 mg o 60 mg al día o placebo durante seis ciclos menstruales.

Con sertralina hay una respuesta de aproximadamente del 60 % en un estudio efectuado a doble ciego con administración continua o intermitente y a dosis de 50 o 100 mg/día en distintas poblaciones (Halbreich, 1997)⁴⁷ También hay interesantes estudios naturalísticos con buena respuesta en mayor cantidad de pacientes. Con citalopram se encuentra muy buena respuesta terapéutica a la droga en un estudio a doble ciego con una dosis de 20 mg/día en un plazo de 9 semanas⁴³. Con la administración continua de paroxetina, en dosis de 5 a 30 mg/día, se reporta un 50 % de efectos adversos ligados a disfunciones sexuales. Aun así, paroxetina demostró ser superior a la maprotilina y al placebo (Sundblad, 1997)⁴⁸

También existen estudios como el de Cohen (2004) con otras drogas antidepresivas, como la clorimipramina, observándose que la respuesta antidisfórica se obtiene con dosis menores que las utilizadas en trastornos depresivos. Recordemos que con esta droga se tienen efectos ansiolíticos a menor dosis y antiobsesivos a mayor dosis que la aprobada como antidepresiva.

La desmetilvenlafaxina está sometida a aprobación por FDA para el tratamiento sintomático del PMDD y de la sintomatología de bochornos en climaterio. No tenemos aún experiencia sobre su uso.

Estas estas drogas con acción serotoninérgica deben ejercer una acción distinta en hipotálamo y/o sistema límbico y, consecuentemente, sobre los sistemas hormonales en la producción de esteroides sedativos, tanto en cerebro como en ovario. Por otra parte, debido al componente ansioso del PMDD, también las benzodiazepinas han sido evaluadas para el tratamiento de este desorden. El alprazolam ha mostrado su eficacia en un rango de dosis que oscila entre 0.25 mg - 5 mg/día durante 6 a 14 días previos a la menstruación. La sedación y la somnolencia son efectos colaterales frecuentes que limitan su uso, pero producen una significativa mejoría en el humor y en los síntomas físicos.

El uso de drogas ansiolíticas debe reservarse como terapia de combinación cuando las dosis de IRSS no son adecuadamente toleradas, o ante la presencia de actividad autonómica exagerada (López Mato, 2000)⁴⁹

Los tratamientos que cuentan con alguna evidencia científica para ser utilizados incluyen la vitamina B6, el carbonato de calcio y la espironolactona. Los inhibidores de la recaptación de serotonina cuentan con buen grado de evidencia de eficacia en la mejoría de los síntomas (Kopitowski, 2004)⁵⁰

⁴⁷ Muestra el tratamiento con sertralina en el Síndrome Premenstrual

⁴⁸ Hace referencia a los psicofarmacos utilizados en el Síndrome, la eficacia y los efectos secundarios durante diez ciclos de tratamiento.

⁴⁹ Los autores han podido determinar, además, que el pico de máxima exacerbación sintomática se produce generalmente en la cuarta década de la vida

⁵⁰ El Objetivo del autor fue Evaluar la eficacia de los IRSs en el SP severo.

No existe evidencia acerca de la duración óptima del tratamiento. Algunos expertos sugieren mantenerla por al menos 9 a 12 meses. En algunos casos, la medicina alternativa ofrece respuestas y soluciones efectivas para algunas mujeres con SPM, debido a que mejoran no solamente el dolor, sino otros síntomas asociados, tanto físicos como emocionales, que en la medicina convencional serían tratados de forma independiente. Las terapias alternativas ayudan a mejorar su calidad de vida, permitiéndoles percibir un mayor equilibrio emocional y físico y control de los síntomas y acontecimientos menstruales y/o premenstruales.

Algunas mujeres encuentran en el tratamiento no solo los beneficios que evitan las molestias físicas sino que, en si encuentran una mejora en su calidad de vida. Otorga una sensación de control y predicción cuando el tratamiento funciona.(Hernández, 2012)⁵¹

Las opciones de tratamiento con hierbas, complementarios y otros también se han estudiado en revisiones recientes, y la evidencia más potente parece ser la del Vitex agnus castus (agnocasto), que podría actuar como agonista dopaminérgico para reducir los niveles de hormona folículo estimulante (FSH) o de prolactina, aunque sería más beneficiosa para los síntomas psicológicos del TDPM. (Pearlstein y otros, 2008)⁵²

Se han publicado Estudios iniciales positivos sobre el masaje, la reflexología, la manipulación quiropráctica y la biorretroalimentación. Los ensayos abiertos también sugieren la ayuda del yoga, el simbolismo dirigido, la estimulación lumínica y la acupuntura. (Pearlstein y cols, 2008).

El 75% de las mujeres en etapa reproductiva presentan variaciones de humor que no precisan conductas terapéutica específica. Pero aquéllas cuyos síntomas les producen discapacidad en el funcionamiento psicosocial, requieren diagnóstico y tratamiento temprano ya que esta patología puede invalidarlas en forma intermitente durante un tercio de su vida (López Mato, 2000).⁵³

⁵¹ En la investigación se usaron entrevistas a profundidad semiestructuradas, que fueron realizadas a diez mujeres diagnosticadas, con SPM, dismenorrea, amenorrea y metrorragia, residentes en Bogotá, Colombia

⁵² Los autores expresan que modificaciones de estilo de vida que pueden aliviar los síntomas premenstruales pueden obtenerse a través de materiales de autoayuda o programas de psicoeducación profesionales dirigidos.

⁵³ Describe las fases del ciclo femenino normal.

DISEÑO METODOLÓGICO



Según el periodo y secuencia del estudio, la investigación será de tipo transversal, ya que se estudia las variables simultáneamente en un determinado momento.

Según el análisis y alcance de los resultados, el diseño de investigación será de tipo descriptivo observacional con el fin de determinar el consumo de macro y micronutrientes y el Estado Nutricional y el nivel de actividad física.

La investigación se llevará a cabo en la Universidad FASTA.

La muestra de estudio serán 120 mujeres entre 18 y 30 años estudiantes teniendo en cuenta que es la población que menos consultas ginecológicas realiza al respecto.

Las variables a analizar serán las siguientes:

-Edad

Definición conceptual: Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento

Definición Operacional: Cantidad de años que un ser ha vivido desde su nacimiento que será determinado mediante encuesta.

-Síndrome Premenstrual

Definición Conceptual: Conjunto de síntomas y signos que sufren estudiantes mujeres de 18 a 30 años de la Universidad FASTA

Definición Operacional: Conjunto de signos y síntomas que sufren estudiantes mujeres de 18 a 30 años de la Universidad FASTA. Los datos se obtendrán de una encuesta auto administrada y se diagnosticará utilizando 1 de 4 criterios propuestos por APA publicados en DSM IV TR(2002) referidos retrospectivamente al último año con la finalidad de incluir síntomas psíquicos y físicos que sin embargo no fueran incapacitantes o limitaran el funcionamiento individual.

-Trastorno Disfórico Premenstrual

Definición Conceptual: Variante severa del Síndrome Premenstrual

Definición Operacional: Variante del Síndrome Premenstrual. Los datos se obtendrán de la encuesta auto administrada y se diagnosticará utilizando 3 de 4 criterios propuestos por la PA publicados en DSM IV TR (2002) referidos retrospectivamente al último año.

-Ingesta Alimentaria

Definición conceptual: Alimentación de consumo habitual llevada a cabo por una población específica. Representa el tipo y las cantidades de alimentos usualmente ingeridos por un grupo de individuos en un tiempo determinado.

Definición operacional: Alimentación de consumo habitual llevada a cabo por una población específica. Representa el tipo y las cantidades de alimento usualmente ingeridos por un grupo de individuos en un tiempo determinado. Se obtendrá a través de una encuesta de tipo frecuencia de consumo. La encuesta a realizar consta de una revisión retrospectiva

de la frecuencia de consumo, es decir, alimento consumido por semana. Incluirá además, distintos tipos de alimentos dentro de cada grupo, y cantidad consumida expresados por medidas caseras (gr, cc).

- *Ingesta de macronutrientes:*

-Ingesta de Hidratos de carbono:

Definición Conceptual: Cantidad de Hidratos de Carbono que consume la persona habitualmente.

Definición Operacional: Cantidad de Hidratos de Carbono que consume la persona habitualmente calculado mediante porcentaje de adecuación.

-Ingesta de Proteínas

Definición Conceptual: Cantidad de proteínas que consume la persona habitualmente

Definición Operacional: Cantidad de proteínas que consume la persona habitualmente calculado mediante porcentaje de adecuación

-Ingesta de Grasas

Definición Conceptual: Cantidad de grasas que consume la persona habitualmente

Definición Operacional: Cantidad de grasas que consume la persona habitualmente calculado mediante porcentaje de adecuación.

- *Ingesta de micronutrientes:*

-*Ingesta de Calcio*

Definición Conceptual: Cantidad de calcio que consume la persona habitualmente

Definición Operacional: Cantidad de calcio que consume la persona habitualmente calculado mediante porcentaje de adecuación con datos obtenidos mediante la frecuencia de consumo.

-*Ingesta de Vitamina E*

Definición Conceptual: Cantidad de vitamina E que consume la persona habitualmente.

Definición Operacional: Cantidad de vitamina E que consume la persona habitualmente calculado mediante porcentaje de adecuación con datos obtenidos mediante la frecuencia de consumo.

-*Estado Nutricional*

Definición Conceptual: Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. El estado nutricional refleja en cada momento si la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes son adecuadas a las necesidades del organismo.

Definición Operacional: Situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes. Se medirá obteniendo el Índice de Masa Corporal a partir del peso y la talla para luego ser comparados con valores propuestos por la OMS (2004).

IMC	Clasificación
<18.5	Bajo peso
18.5-24,9	Peso Normal
25-29.9	Sobrepeso
30-34.9	Obesidad Grado I
35- 39.9	Obesidad Grado II
>40	Obesidad Grado III

Fuente: Clasificación OMS 2004

❖ *Peso:* Es una medición precisa y confiable que indica la masa corporal total del individuo. Se determinara mediante balanza digital expresado en kilogramos. Cada estudiante deberá debe estar vestida únicamente con una prenda holgada y sin calzado. Los brazos al costado del cuerpo y los pies juntos en el centro de la balanza.

❖ *Talla:* medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza. Determinado mediante cinta métrica en cm. La persona se encontrará de pie, descalza, con el cuerpo erguido en máxima extensión y la cabeza erecta mirando al frente en posición de Frankfort (la cabeza debe sostenerse de forma tal que el borde inferior de la órbita esté en el mismo plano horizontal que el orificio auditivo externo). Se la ubica de espaldas a la pared con los talones tocando el plano posterior, con los pies y las rodillas juntas. Se medirá hasta el punto más elevado de su cabeza (vértex). Se expresa en cm.

-Actividad Física

-Tipo de actividad física:

Definición conceptual: Variedad de movimientos corporales y/o planificados que realiza el ser humano durante un período de tiempo obteniendo como resultado un desgaste de energía, con fines profilácticos, estéticos, desempeño deportivo o rehabilitadores, que aumenta un consumo de energía considerablemente y el metabolismo en reposo.

Definición operacional: Variedad de movimientos corporales y/o planificados que realiza el ser humano durante un período de tiempo obteniendo como resultado un desgaste de energía. Se determinará el dato mediante una encuesta, que indagará cual es la actividad física realizada. Se considera:

- Caminar

- Spinning
- Correr
- Aparato
- Natación
- Aerobics
- Bicicleta
- Otra.

-Duración de la actividad física:

Definición conceptual: Tiempo transcurrido entre el comienzo y el final de la práctica de la actividad.

Definición operacional: Tiempo transcurrido entre el comienzo y el final de la práctica de la actividad. Se obtendrá mediante una encuesta en la que se preguntará cuanto tiempo realiza actividad física por semana.

Se considera:

- 15 min.
- 30 min.
- 45 min.
- 60 min.
- 90 min.
- 120 min

-Frecuencia semanal:

- Definición conceptual: Cantidad de veces por semana que realiza actividad física. Se expresa en sesiones por semana.

- Definición operacional: Cantidad de veces por semana que realiza actividad física. Se obtendrá mediante una encuesta en la que se preguntará cuantas veces a la semana realiza actividad física.

Se considera:

- Nada
- 1 – 2 veces
- 3 – 4 veces
- 5 – 6 veces
- 7 veces

Con el propósito de recolectar datos se realizara una visita programada a la Universidad FASTA. Se realizara un cuestionario auto administrado a cada estudiante. En ella se recabara información de la población y luego se diagnosticara mediante los criterios propuestos por el APA (*American Psychiatric Association*) publicados en DSM IV TR (2002) referidos retrospectivamente al último año. Se recogerán datos como edad, y como criterios de exclusión presencia de embarazo, presencia de dismenorrea y/o dispareusa, toma de fármacos o tratamiento psiquiátricos.

Se evaluarán antropométricamente a cada estudiante, Una vez recolectada la información, peso, talla e IMC se comparará con los estándares de normalidad, según la OMS.

Con el fin de evaluar la ingesta alimentaria se registrara en una planilla de frecuencia de consumo, para luego analizar el consumo de alimentos fuente de minerales y vitaminas. En este caso los más relevantes para el estudio serán hidratos de carbono, proteínas, grasas, Calcio, Vit E.

Encuesta

Nº de Encuesta _____

La presente investigación es conducida por María Florencia Costagliola, estudiante de la carrera Licenciatura en Nutrición de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad FASTA. El objetivo de este estudio es determinar cuál es la relación entre el estado nutricional, patrones de consumo alimentario y desarrollo de actividad física en el síndrome premenstrual.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar una encuesta y también realizaremos mediciones antropométricas. Esto tomará 20 minutos de su tiempo y la participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La misma no provoca ningún efecto adverso hacia su persona ni implica ningún gasto económico. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

Serán excluidas de la muestra quienes no hayan tenido la menarca, quienes se encuentren embarazadas o lo hayan estado el último año y quienes estén consumiendo cualquier tipo de medicación psiquiátrica. Si así fuera podría afectar las variables y los resultados de la investigación.

Los datos recabados, serán estrictamente confidenciales y se utilizarán únicamente para el trabajo de tesis, guardando el secreto estadístico de los datos según indica la ley.

Desde ya agradezco su participación.

Datos Personales

- Edad ____

Valoración Antropométrica

(A completar por el encuestador)

- Peso Actual(en Kg)_____
- Talla (en metros)_____
- IMC _____

Marque con una cruz los síntomas y signos que haya tenido en el último año, previos a la menstruación y que hayan desaparecido al iniciar la misma

Marque con un círculo su respuesta

Signos y Síntomas	x
Estado de ánimo deprimido, sentimientos de desesperanza	
Ansiedad tensión, sensación de agobio	
Labilidad Emocional evidente (ataques de tristeza, llanto o hipersensibilidad al rechazo)	
Enfado, irritabilidad o aumento de conflictos interpersonales de forma acusada	
Perdida de interés por las actividades cotidianas (trabajo, escuela, amigos, aficiones)	
Sensación subjetiva de dificultad para concentrarse	
Letargia o falta evidente de energía	
Cambios significativos en el apetito, atracones, o antojos por determinadas comidas	
Hipersomnia o insomnio	
Sensación subjetiva de estar rebasada o fuera de control	
Hipersensibilidad o aumento del tamaño mamario	
Dolores de cabeza	
Molestias articulares o musculares	
Sensación de hinchazón	
Ganancia de peso	

¿Realiza Actividad Física?

- Si
- No

Mencione cuantos días por semana realiza actividad física.

- Ninguno
- 1-2 veces
- 3-4 veces
- 5-6 veces
- 7 veces

Mencione la cantidad de tiempo por vez aproximadamente que realiza actividad física:

- 15 min.
- 30 min.
- 45 min.
- 60 min
- >más de 60 min

Mencione la actividad física que practica con mayor frecuencia.

- Caminar
- Correr
- Natación
- Bicicleta
- Aerobics
- Pilates
- Otra ¿Cuál? _____

ALIMENTO	TODOS LOS DIAS	6-5 VECES POR SEMANA	4-3 VECES X SEMANA	2-1 VEZ POR SEMANA	<1 VEZ POR SEMANA
LECHE FLUIDA ENTERA	Sólo para cortar infusiones (30 cc)	Sólo para cortar infusiones (30 cc)	Sólo para cortar infusiones (30 cc)	Sólo para cortar infusiones (30 cc)	Sólo para cortar infusiones (30 cc)
	Un pocillo tipo café(100gr)	Un pocillo tipo café(100gr)	Un pocillo tipo café(100gr)	Un pocillo tipo café(100gr)	Un pocillo tipo café(100gr)
	Una taza tipo café con leche(200cc)	Una taza tipo café con leche(200cc)	Una taza tipo café con leche(200cc)	Una taza tipo café con leche(200cc)	Una taza tipo café con leche(200cc)
LECHE FLUIDA DESCREMADA	Sólo para cortar infusiones (30 cc)	Sólo para cortar infusiones (30 cc)	Sólo para cortar infusiones (30 cc)	Sólo para cortar infusiones (30 cc)	Sólo para cortar infusiones (30 cc)
	Un pocillo tipo café(100)	Un pocillo tipo café(100)	Un pocillo tipo café(100)	Un pocillo tipo café(100)	Un pocillo tipo café(100)
	2 taza tipo café c/leche	3 taza tipo café c/leche	4 taza tipo café c/leche	5 taza tipo café c/leche	6 taza tipo café c/leche
LECHE EN POLVO DESCREMADA	Una taza tipo café con leche(200cc)	Una taza tipo café con leche(200cc)	Una taza tipo café con leche(200cc)	Una taza tipo café con leche(200cc)	Una taza tipo café con leche(200cc)
	1 cucharada tipo té(2gr)	1 cucharada tipo té(2gr)	1 cucharada tipo té(2gr)	1 cucharada tipo té(2gr)	1 cucharada tipo té(2gr)
	1 cucharada tipo postre(5gr)	1 cucharada tipo postre(5gr)	1 cucharada tipo postre(5gr)	1 cucharada tipo postre(5gr)	1 cucharada tipo postre(5gr)
YOGUR ENTERO	1 cucharada sopera (15gr)	1 cucharada sopera (15gr)	1 cucharada sopera (15gr)	1 cucharada sopera (15gr)	1 cucharada sopera (15gr)
	1 pote sin frutas ni cereales(200cc)	1 pote sin frutas ni cereales(200cc)	1 pote sin frutas ni cereales(200cc)	1 pote sin frutas ni cereales(200cc)	1 pote sin frutas ni cereales(200cc)
YOGUR DESCREMADO	1 pote con frutas o cereales(170cc)	1 pote con frutas o cereales(170cc)	1 pote con frutas o cereales(170cc)	1 pote con frutas o cereales(170cc)	1 pote con frutas o cereales(170cc)
	2 pote sin frutas ni cereales(200cc)	2 pote sin frutas ni cereales(200cc)	2 pote sin frutas ni cereales(200cc)	2 pote sin frutas ni cereales(200cc)	2 pote sin frutas ni cereales(200cc)
QUESO UNTABLE DESCREMADO	2 pote con frutas o cereales(170cc)	2 pote con frutas o cereales(170cc)	2 pote con frutas o cereales(170cc)	2 pote con frutas o cereales(170cc)	2 pote con frutas o cereales(170cc)
	1 Cucharada tipo té al ras(5gr)	1 Cucharada tipo té al ras(5gr)	1 Cucharada tipo té al ras(5gr)	1 Cucharada tipo té al ras(5gr)	1 Cucharada tipo té al ras(5gr)
	1 cucharada tipo postre al ras(10gr)	1 cucharada tipo postre al ras(10gr)	1 cucharada tipo postre al ras(10gr)	1 cucharada tipo postre al ras(10gr)	1 cucharada tipo postre al ras(10gr)
QUESO UNTABLE ENTERO	1 cucharada sopera al ras(15gr)	1 cucharada sopera al ras(15gr)	1 cucharada sopera al ras(15gr)	1 cucharada sopera al ras(15gr)	1 cucharada sopera al ras(15gr)
	2 Cucharada tipo té al ras(5gr)	2 Cucharada tipo té al ras(5gr)	2 Cucharada tipo té al ras(5gr)	2 Cucharada tipo té al ras(5gr)	2 Cucharada tipo té al ras(5gr)

	2 cucharada tipo postre al ras(10gr)	2 cucharada tipo postre al ras(10gr)	2 cucharada tipo postre al ras(10gr)	2 cucharada tipo postre al ras(10gr)	2 cucharada tipo postre al ras(10gr)
	2 cucharada sopera al ras(15gr)	2 cucharada sopera al ras(15gr)	2 cucharada sopera al ras(15gr)	2 cucharada sopera al ras(15gr)	2 cucharada sopera al ras(15gr)
QUESOS(quartiro lo, por salut)	1 porción tipo celular chico(60gr)	1 porción tipo celular chico(60gr)	1 porción tipo celular chico(60gr)	1 porción tipo celular chico(60gr)	1 porción tipo celular chico(60gr)
HUEVO	1 unidad(50gr)	1 unidad(50gr)	1 unidad(50gr)	1 unidad(50gr)	1 unidad(50gr)
	2 unidades(100gr)	2 unidades(100gr)	2 unidades(100gr)	2 unidades(100gr)	2 unidades(100gr)
	3 unidades(150gr)	3 unidades(150gr)	3 unidades(150gr)	3 unidades(150gr)	3 unidades(150gr)
CARNE	1/2 bife(80gr)	1/2 bife(80gr)	1/2 bife(80gr)	1/2 bife(80gr)	1/2 bife(80gr)
	1 bife(150gr)	1 bife(150gr)	1 bife(150gr)	1 bife(150gr)	1 bife(150gr)
	2 bifos(300gr)	2 bifos(300gr)	2 bifos(300gr)	2 bifos(300gr)	2 bifos(300gr)
POLLO	pata sin piel(80gr)	pata sin piel(80gr)	pata sin piel(80gr)	pata sin piel(80gr)	pata sin piel(80gr)
	1/2 pechuga sin piel(100gr)	1/2 pechuga sin piel(100gr)	1/2 pechuga sin piel(100gr)	1/2 pechuga sin piel(100gr)	1/2 pechuga sin piel(100gr)
	1/4 de pollo sin piel(250gr)	1/4 de pollo sin piel(250gr)	1/4 de pollo sin piel(250gr)	1/4 de pollo sin piel(250gr)	1/4 de pollo sin piel(250gr)
PESCADO	1/2 filet(70gr)	1/2 filet(70gr)	1/2 filet(70gr)	1/2 filet(70gr)	1/2 filet(70gr)
	1 filet(120gr)	1 filet(120gr)	1 filet(120gr)	1 filet(120gr)	1 filet(120gr)
	2 filetes(240gr)	2 filetes(240gr)	2 filetes(240gr)	2 filetes(240gr)	2 filetes(240gr)
VÍSCERAS	1unidad(30gr)	1unidad(30gr)	1unidad(30gr)	1unidad(30gr)	1unidad(30gr)
	2 unidades(60gr)	2 unidades(60gr)	2 unidades(60gr)	2 unidades(60gr)	2 unidades(60gr)
	3 unidades(90gr)	3 unidades(90gr)	3 unidades(90gr)	3 unidades(90gr)	3 unidades(90gr)
LEGUMBRES	2 cucharadas soperas(40gr)	2 cucharadas soperas(40gr)	2 cucharadas soperas(40gr)	2 cucharadas soperas(40gr)	2 cucharadas soperas(40gr)
	1 pocillo en crudo(70gr)	1 pocillo en crudo(70gr)	1 pocillo en crudo(70gr)	1 pocillo en crudo(70gr)	1 pocillo en crudo(70gr)
	2 pocillos en crudo(140gr)	2 pocillos en crudo(140gr)	2 pocillos en crudo(140gr)	2 pocillos en crudo(140gr)	2 pocillos en crudo(140gr)
TOMATE, BERENJENA, ZAPALLITO	1 unidad chica(100gr)	1 unidad chica(100gr)	1 unidad chica(100gr)	1 unidad chica(100gr)	1 unidad chica(100gr)
	1 unidad mediana(150gr)	1 unidad mediana(150gr)	1 unidad mediana(150gr)	1 unidad mediana(150gr)	1 unidad mediana(150gr)
	1 unidad grande(200gr)	1 unidad grande(200gr)	1 unidad grande(200gr)	1 unidad grande(200gr)	1 unidad grande(200gr)
VEGETALES DE HOJA VERDE	1 taza chico en cocido	1 taza chico en cocido	1 taza chico en cocido	1 taza chico en cocido	1 taza chico en cocido
	1 Taza mediana en cocido(150gr)	1 Taza mediana en cocido(150gr)	1 Taza mediana en cocido(150gr)	1 Taza mediana en cocido(150gr)	1 Taza mediana en cocido(150gr)
	1 taza grande en cocido(200gr)	1 taza grande en cocido(200gr)	1 taza grande en cocido(200gr)	1 taza grande en cocido(200gr)	1 taza grande en cocido(200gr)
PIMIENTO, REMOLACHA, CEBOLLA, ZANAHORIA	1 unidad chica(70gr)	1 unidad chica(70gr)	1 unidad chica(70gr)	1 unidad chica(70gr)	1 unidad chica(70gr)
	1 unidad mediana(120gr)	1 unidad mediana(120gr)	1 unidad mediana(120gr)	1 unidad mediana(120gr)	1 unidad mediana(120gr)
	1 unidad grande(180gr)	1 unidad grande(180gr)	1 unidad grande(180gr)	1 unidad grande(180gr)	1 unidad grande(180gr)
LECHUGA REPOLLO, RADICHETA	5 Hojas(50gr)	5 Hojas(50gr)	5 Hojas(50gr)	5 Hojas(50gr)	5 Hojas(50gr)
	10 hojas(100gr)	10 hojas(100gr)	10 hojas(100gr)	10 hojas(100gr)	10 hojas(100gr)
PAPA, BATATA	1 unidad chica(100gr)	1 unidad chica(100gr)	1 unidad chica(100gr)	1 unidad chica(100gr)	1 unidad chica(100gr)
	1 unidad mediana(180gr)	1 unidad mediana(180gr)	1 unidad mediana(180gr)	1 unidad mediana(180gr)	1 unidad mediana(180gr)
	1 unidad grande(300gr)	1 unidad grande(300gr)	1 unidad grande(300gr)	1 unidad grande(300gr)	1 unidad grande(300gr)
FRUTAS SECAS	3 unidades(15gr)	3 unidades(15gr)	3 unidades(15gr)	3 unidades(15gr)	3 unidades(15gr)
	5 unidades(25gr)	5 unidades(25gr)	5 unidades(25gr)	5 unidades(25gr)	5 unidades(25gr)
	10 unidades(50gr)	10 unidades(50gr)	10 unidades(50gr)	10 unidades(50gr)	10 unidades(50gr)

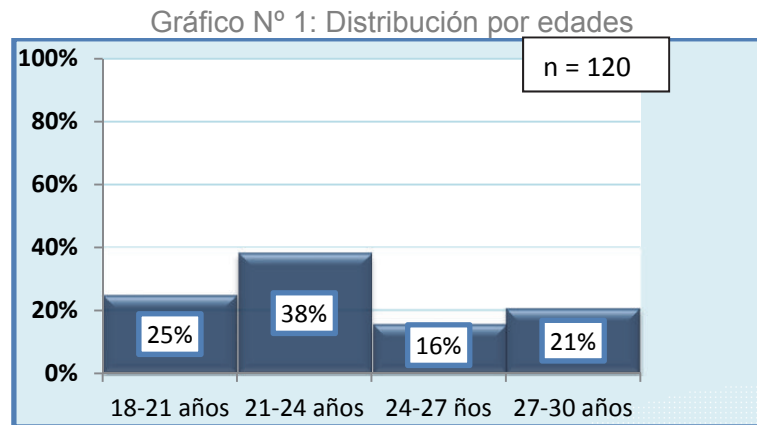
FRUTAS	1 unidad chica(100gr)	1 unidad chica(100gr)	1 unidad chica(100gr)	1 unidad chica(100gr)	1 unidad chica(100gr)
	1 unidad mediana(150gr)	1 unidad mediana(150gr)	1 unidad mediana(150gr)	1 unidad mediana(150gr)	1 unidad mediana(150gr)
	1 unidad grande(200gr)	1 unidad grande(200gr)	1 unidad grande(200gr)	1 unidad grande(200gr)	1 unidad grande(200gr)
ARROZ	1 cucharada sopera colmada en cocido(10gr)	1 cucharada sopera colmada en cocido(10gr)	1 cucharada sopera colmada en cocido(10gr)	1 cucharada sopera colmada en cocido(10gr)	1 cucharada sopera colmada en cocido(10gr)
	1 cuch. Sopera colmada en crudo(20gr)	1 cuch. Sopera colmada en crudo(20gr)	1 cuch. Sopera colmada en crudo(20gr)	1 cuch. Sopera colmada en crudo(20gr)	1 cuch. Sopera colmada en crudo(20gr)
	1 pocillo de café(40gr)	1 pocillo de café(40gr)	1 pocillo de café(40gr)	1 pocillo de café(40gr)	1 pocillo de café(40gr)
	1 pocillo de café en crudo(70gr)	1 pocillo de café en crudo(70gr)	1 pocillo de café en crudo(70gr)	1 pocillo de café en crudo(70gr)	1 pocillo de café en crudo(70gr)
ARROZ INTEGRAL	1 cucharada sopera colmada en cocido(10gr)	1 cucharada sopera colmada en cocido(10gr)	1 cucharada sopera colmada en cocido(10gr)	1 cucharada sopera colmada en cocido(10gr)	1 cucharada sopera colmada en cocido(10gr)
	1 cuch. Sopera colmada en crudo(20gr)	1 cuch. Sopera colmada en crudo(20gr)	1 cuch. Sopera colmada en crudo(20gr)	1 cuch. Sopera colmada en crudo(20gr)	1 cuch. Sopera colmada en crudo(20gr)
	1 pocillo de café(40gr)	1 pocillo de café(40gr)	1 pocillo de café(40gr)	1 pocillo de café(40gr)	1 pocillo de café(40gr)
	1 pocillo de café en crudo(70gr)	1 pocillo de café en crudo(70gr)	1 pocillo de café en crudo(70gr)	1 pocillo de café en crudo(70gr)	1 pocillo de café en crudo(70gr)
FIDEOS	1/2 plato en cocido(120gr)	1/2 plato en cocido(120gr)	1/2 plato en cocido(120gr)	1/2 plato en cocido(120gr)	1/2 plato en cocido(120gr)
	1 plato en cocido (240gr)	1 plato en cocido (240gr)	1 plato en cocido (240gr)	1 plato en cocido (240gr)	1 plato en cocido (240gr)
	2 platos en cocido(480gr)	2 platos en cocido(480gr)	2 platos en cocido(480gr)	2 platos en cocido(480gr)	2 platos en cocido(480gr)
ÑOQUIS	1/2 plato en cocido(100gr)	1/2 plato en cocido(100gr)	1/2 plato en cocido(100gr)	1/2 plato en cocido(100gr)	1/2 plato en cocido(100gr)
	1 plato en cocido(200gr)	1 plato en cocido(200gr)	1 plato en cocido(200gr)	1 plato en cocido(200gr)	1 plato en cocido(200gr)
	2 platos en cocido(400gr)	2 platos en cocido(400gr)	2 platos en cocido(400gr)	2 platos en cocido(400gr)	2 platos en cocido(400gr)
PASTAS RELLENAS	16 unidades en cocido(100gr)	16 unidades en cocido(100gr)	16 unidades en cocido(100gr)	16 unidades en cocido(100gr)	16 unidades en cocido(100gr)
	1 plato en cocido(200gr)	1 plato en cocido(200gr)	1 plato en cocido(200gr)	1 plato en cocido(200gr)	1 plato en cocido(200gr)
	2 platos en cocido(300gr)	2 platos en cocido(300gr)	2 platos en cocido(300gr)	2 platos en cocido(300gr)	2 platos en cocido(300gr)
POLENTA	1/2 palto en cocido(75gr)	1/2 palto en cocido(75gr)	1/2 palto en cocido(75gr)	1/2 palto en cocido(75gr)	1/2 palto en cocido(75gr)
	1 plato en cocido(150gr)	1 plato en cocido(150gr)	1 plato en cocido(150gr)	1 plato en cocido(150gr)	1 plato en cocido(150gr)
	2 platos en cocido(300gr)	2 platos en cocido(300gr)	2 platos en cocido(300gr)	2 platos en cocido(300gr)	2 platos en cocido(300gr)
COPOS DE CEREAL	2 cucharadas soperas(30gr)	2 cucharadas soperas(30gr)	2 cucharadas soperas(30gr)	2 cucharadas soperas(30gr)	2 cucharadas soperas(30gr)
	4 cucharadas soperas(60gr)	4 cucharadas soperas(60gr)	4 cucharadas soperas(60gr)	4 cucharadas soperas(60gr)	4 cucharadas soperas(60gr)
	6 cucharadas(90gr)	6 cucharadas(90gr)	6 cucharadas(90gr)	6 cucharadas(90gr)	6 cucharadas(90gr)
PAN	1 mignon(30gr)	1 mignon(30gr)	1 mignon(30gr)	1 mignon(30gr)	1 mignon(30gr)
	2 mignones (60gr)	2 mignones (60gr)	2 mignones (60gr)	2 mignones (60gr)	2 mignones (60gr)
	3 mignones(90gr)	3 mignones(90gr)	3 mignones(90gr)	3 mignones(90gr)	3 mignones(90gr)
SALVADO	1 cucharada sopera(15gr)	1 cucharada sopera(15gr)	1 cucharada sopera(15gr)	1 cucharada sopera(15gr)	1 cucharada sopera(15gr)
	2 cucharadas soperas(30gr)	2 cucharadas soperas(30gr)	2 cucharadas soperas(30gr)	2 cucharadas soperas(30gr)	2 cucharadas soperas(30gr)

	3 cucharadas soperas(45gr)	3 cucharadas soperas(45gr)	3 cucharadas soperas(45gr)	3 cucharadas soperas(45gr)	3 cucharadas soperas(45gr)
SNACKS	1 taza tipo té(25gr)	1 taza tipo té(25gr)	1 taza tipo té(25gr)	1 taza tipo té(25gr)	1 taza tipo té(25gr)
	2 tazas tipo té(50gr)	2 tazas tipo té(50gr)	2 tazas tipo té(50gr)	2 tazas tipo té(50gr)	2 tazas tipo té(50gr)
AGUA	2 Vasos medianos(200cc)	2 Vasos medianos(200cc)	2 Vasos medianos(200cc)	2 Vasos medianos(200cc)	2 Vasos medianos(200cc)
	4 vasos medianos(400cc)	4 vasos medianos(400cc)	4 vasos medianos(400cc)	4 vasos medianos(400cc)	4 vasos medianos(400cc)
	6 vasos medianos(1200cc)	6 vasos medianos(1200cc)	6 vasos medianos(1200cc)	6 vasos medianos(1200cc)	6 vasos medianos(1200cc)
GASEOSAS	2 vasos medianos(200cc)	2 vasos medianos(200cc)	2 vasos medianos(200cc)	2 vasos medianos(200cc)	2 vasos medianos(200cc)
	4 vasos medianos(400cc)	4 vasos medianos(400cc)	4 vasos medianos(400cc)	4 vasos medianos(400cc)	4 vasos medianos(400cc)
	6 Vasos medianos(1200cc)	6 Vasos medianos(1200cc)	6 Vasos medianos(1200cc)	6 Vasos medianos(1200cc)	6 Vasos medianos(1200cc)
JUGOS	2 vasos medianos(200c)	2 vasos medianos(200c)	2 vasos medianos(200c)	2 vasos medianos(200c)	2 vasos medianos(200c)
	4 vasos medianos(400cc)	4 vasos medianos(400cc)	4 vasos medianos(400cc)	4 vasos medianos(400cc)	4 vasos medianos(400cc)
	6 vasos medianos(600cc)	6 vasos medianos(600cc)	6 vasos medianos(600cc)	6 vasos medianos(600cc)	6 vasos medianos(600cc)
AZÚCAR	2 cucharadas tipo té(10gr)	2 cucharadas tipo té(10gr)	2 cucharadas tipo té(10gr)	2 cucharadas tipo té(10gr)	2 cucharadas tipo té(10gr)
	4 cucharadas tipo té(20gr)	4 cucharadas tipo té(20gr)	4 cucharadas tipo té(20gr)	4 cucharadas tipo té(20gr)	4 cucharadas tipo té(20gr)
	6 cucharadas tipo té(30gr)	6 cucharadas tipo té(30gr)	6 cucharadas tipo té(30gr)	6 cucharadas tipo té(30gr)	6 cucharadas tipo té(30gr)
MERMELADA	2 cucharadas tipo té(10gr)	2 cucharadas tipo té(10gr)	2 cucharadas tipo té(10gr)	2 cucharadas tipo té(10gr)	2 cucharadas tipo té(10gr)
	4 cucharadas tipo té(20gr)	4 cucharadas tipo té(20gr)	4 cucharadas tipo té(20gr)	4 cucharadas tipo té(20gr)	4 cucharadas tipo té(20gr)
	6 cucharadas tipo té(30gr)	6 cucharadas tipo té(30gr)	6 cucharadas tipo té(30gr)	6 cucharadas tipo té(30gr)	6 cucharadas tipo té(30gr)
	1 alfajor triple(70gr)	1 alfajor triple(70gr)	1 alfajor triple(70gr)	1 alfajor triple(70gr)	1 alfajor triple(70gr)
	3 cuadraditos de chocolate(25gr)	3 cuadraditos de chocolate(25gr)	3 cuadraditos de chocolate(25gr)	3 cuadraditos de chocolate(25gr)	3 cuadraditos de chocolate(25gr)
	1 turrón(20gr)	1 turrón(20gr)	1 turrón(20gr)	1 turrón(20gr)	1 turrón(20gr)
CUERPOS GRASOS	1 cuch de postre al ras(5gr)	1 cuch de postre al ras(5gr)	1 cuch de postre al ras(5gr)	1 cuch de postre al ras(5gr)	1 cuch de postre al ras(5gr)
	1 cuch. sopera al ras(10cc)	1 cuch. sopera al ras(10cc)	1 cuch. sopera al ras(10cc)	1 cuch. sopera al ras(10cc)	1 cuch. sopera al ras(10cc)
	1 cuch sopera(20gr)	1 cuch sopera(20gr)	1 cuch sopera(20gr)	1 cuch sopera(20gr)	1 cuch sopera(20gr)

ANÁLISIS DE DATOS



Para la presente investigación, se realizó un trabajo de campo con alumnas de la Universidad FASTA, de la ciudad de Mar del Plata. A través del mismo se buscó determinar el estado nutricional, la actividad física y la frecuencia de consumo en mujeres con Síndrome Premenstrual.



Fuente de Datos propia

En el gráfico anterior se puede observar un comportamiento de la distribución por edades que es de esperar, ya que todas las mujeres encuestadas son universitarias. La mayoría se encuentra en el rango de 21 a 24 años. Con una media de 23,12 años

El síndrome Premenstrual se define como un patrón de síntomas que se presentan en el período premenstrual y que pueden afectar el desempeño habitual de la mujer. Las manifestaciones más comunes son las que se muestran en la siguiente tabla.

Tabla N°.1: Prevalencia de Síntomas

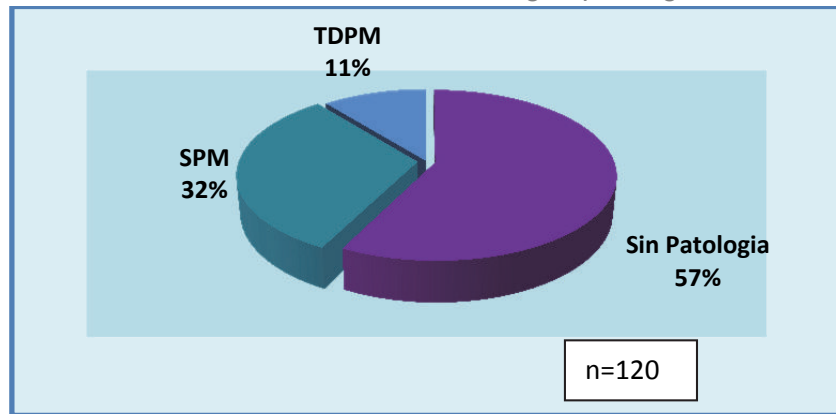
Estado de animo deprimido, sentimientos de desesperanza	15%
Ansiedad, tensión, sensación de agobio	37%
Labilidad emocional evidente(ataques de tristeza, llanto hipersensibilidad al rechazo)	18%
Enfado, irritabilidad o aumento de conflictos interpersonales de forma acusada	25%
Perdida de interés por las actividades cotidianas(trabajo, escuela, amigos, aficiones)	14%
Sensación subjetiva de dificultad para concentrarse	19%
Letargia o falta evidente de energía	43%
Cambios significativos en el apetito, atracones, o antojos por determinadas comidas	50%
Hipersomnia o insomnio	13%
Sensación subjetiva de estar rebasada o fuera de control	13%
Hipersensibilidad o aumento del tamaño mamario	42%
Dolores de cabeza	36%
Molestias articulares o musculares	35%
Sensación de hinchazón	71%
Ganancia de peso	33%

Los Síntomas que más se repiten son Letargia o falta de energía, cambios en el apetito, sensibilidad o aumento del tamaño mamario, y sensación de hinchazón. Con un 43%, 50% 42% y 71% respectivamente. Y los que menos predominan son hipersomnia o insomnio y sensación subjetiva de estar rebasada o fuera de control.

Se consideró que eran portadoras de Síndrome Premenstrual las mujeres que únicamente cumplieran con el criterio A del DSM IV (la presencia de al menos 5 de 11 síntomas premenstruales y que al menos uno de ellos fuera ánimo deprimido, ansiedad, labilidad emocional, o irritabilidad). Esto con la finalidad de incluir síntomas psíquicos y/o físicos que no fueran incapacitantes.

Para el diagnóstico de TDP se usaron tres de los cuatro criterios diagnósticos del DSM IV: a) La presencia de 5 de 11 síntomas) que los síntomas debían interferir con el trabajo, estudio, actividades habituales o sociales) que los síntomas no fueran una exacerbación de otro trastorno. Dado que se trató de un estudio retrospectivo no se requirió cumplir con el criterio D¹.

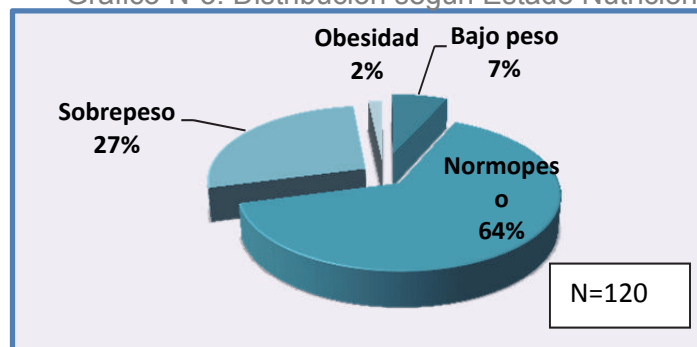
Gráfico N° 2: Distribución según patología



Fuente de Datos propia

La mayor proporción muestra la cantidad de mujeres sin patología. Lo que no significa que no presenten síntomas. Pero no reúnen la cantidad necesaria para ser considerada síndrome. Un 32% de las mujeres encuestadas presentan Síndrome Premenstrual. La menor porción del gráfico revela la cantidad de mujeres con Trastorno Disfórico, una exacerbación del Síndrome

Gráfico N°3: Distribución según Estado Nutricional



Fuente de Datos propia

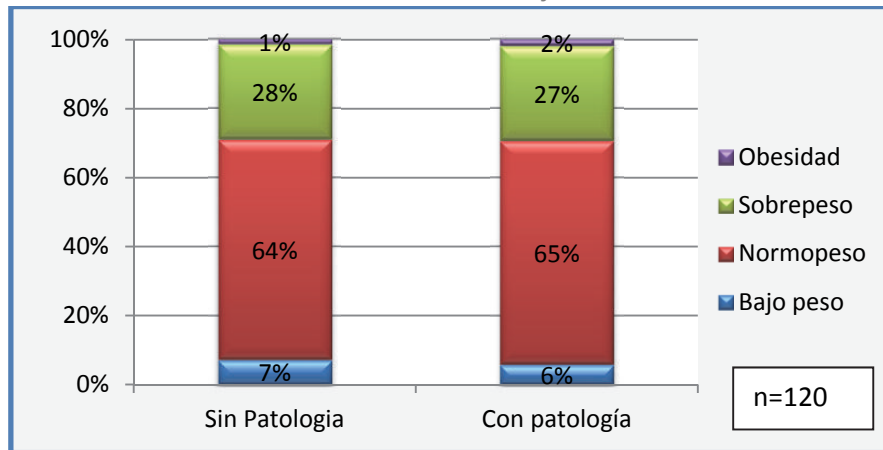
¹ Los criterios A, B, y C deben ser corroborados por técnicas de valoración diaria y prospectiva de los síntomas por lo menos en 2 ciclos sintomáticos consecutivos.

En este gráfico se puede apreciar el estado nutricional de la muestra. La mayoría (64%) se encuentra dentro de los estándares de normalidad. Un 27% de la muestra demuestra sobrepeso. Un pequeño porcentaje para las mujeres con bajo peso (7%). Y tan solo un 2% presentan obesidad.

Utilizando el Índice e Correlación de Pearson² se pudo evaluar además la relación entre el estado nutricional de las mujeres (IMC) con la cantidad de síntomas presentes. Esta prueba muestra ausencia de relación con un $r = 0,2$. La prevalencia de síntomas no tendría relación directa con el Índice de Masa corporal de cada individuo.

A partir del análisis anterior se estudia la relación entre la presencia del Síndrome y el IMC para la cual se utilizó la prueba chií cuadrada³

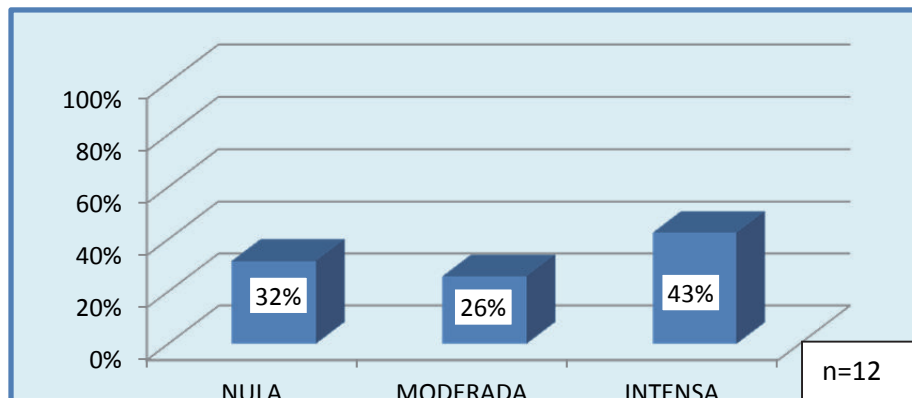
Gráfico N° 4: Estado Nutricional en mujeres con o sin Síndrome



Fuente de Datos propia

Como se muestra en el gráfico no hay diferencias entre ambos grupos. Los porcentajes de IMC son similares entre los que presentan Síndrome Premenstrual y los que no. La gran mayoría se encuentra en su peso normal.

Gráfico N° 5: Distribución según nivel de actividad física.



Fuente de Datos Propia

² El coeficiente de correlación de Pearson es una medida de la relación lineal entre dos variables aleatorias cuantitativas.

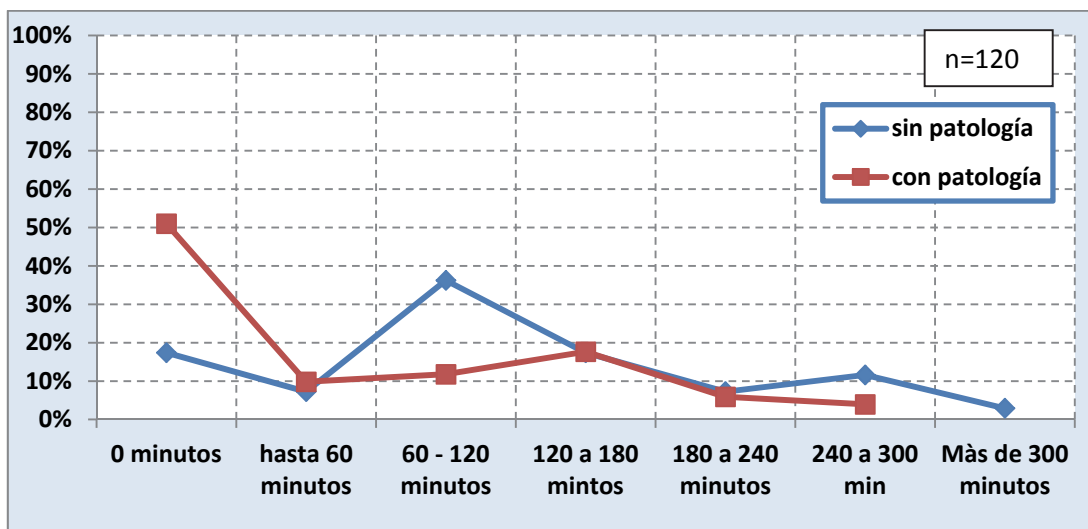
³ Prueba en la que el estadístico utilizado sigue una distribución χ^2 si la hipótesis nula es cierta

Es llamativo ver que gran porcentaje de las mujeres no realizan ningún tipo de actividad física (32%). Sin embargo la mayoría de los que realizan actividad física lo hacen de forma intensiva. (43%). Y el 26% restante realiza actividad moderada. De los que realizan actividad física la menor frecuencia es de 22,5 minutos semanales y la mayor de 8,28 horas, con una media semanal de 142,2 minutos, es decir de 2 a 3 horas semanales.

Es importante resaltar la relación entre la actividad física y la presencia o no de síndrome premenstrual. Para el análisis entre estas dos variables se utilizó la prueba t para diferencia de medias en muestras independientes⁴

En el grupo de mujeres que no presenta el síndrome apreciamos una media de 2 horas semanales de ejercicio y un máximo de 8.2 hs/semana. Mientras que en el grupo que tiene el síndrome la media disminuye a 1 hora semanal y como máximo 4,3 hs/semana. Esta diferencias en el tiempo de realización de actividad física entre ambos grupos es significativa a nivel estadístico según los resultados de la prueba t (p-valor = 0.001)

Gráfico N° 6: Diferencia de Actividad física entre ambos grupos



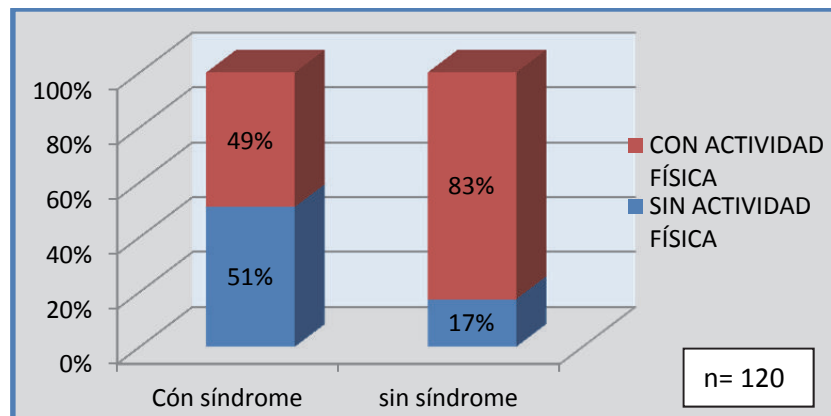
Fuente datos propia

En el gráfico se puede ver la diferencia de entre ambos grupos. La mitad de las mujeres con síndrome premenstrual no realizan ningún tipo de actividad (50%). Y las que lo realizan lo hacen escasa cantidad de minutos. Siendo el máximo de 120 a 180 minutos con menos del 20% de las encuestadas. Y en el grupo de mujeres sin patología alguna se aprecia cerca de un 40% con un máximo de actividad de 60-120minutos. Y tan solo 18% no realiza actividad física.

⁴ Se aplica cuando la población estudiada sigue una distribución normal pero el tamaño muestral es demasiado pequeño como para que el estadístico en el que está basada la inferencia esté normalmente distribuido

Se calculó además el odds ratio($or=4,94$)⁵ en que se observa que la probabilidad de tener Síndrome Premenstrual es cinco veces mayor en las mujeres que no realizan actividad física con respecto a las que si lo hacen.

Gráfico N°7: Probabilidad de padecer Síndrome Premenstrual



Fuente de Datos propia

El 51% de las mujeres con Síndrome Premenstrual no realizan actividad física. Y el 17% de las mujeres con si lo hacen. Es decir que sin lugar a dudas las mujeres que no poseen Síndrome Premenstrual harían mayor cantidad de actividad física. Teniendo en cuenta que el ejercicio según varios estudios reduce la intensidad de los síntomas, esta podría ser una de las causas.

⁵ La razón de oportunidades es una medida estadística utilizada en estudios epidemiológicos transversales y de casos y controles. Además de define como la posibilidad de que una condición de salud o enfermedad se presente en un grupo de población frente al riesgo de que ocurra en otra.

A continuación se investigó si existía alguna relación entre la ingesta alimentaria y la presencia de síndrome premenstrual. Para esto midió el consumo en gramos de cada grupo de alimentos, el porcentaje de consumo en mujeres con y sin Síndrome Premenstrual y la adecuación con las recomendaciones.

Tabla N°2: Consumo de grupos de Alimentos

	Consumo Promedio semanal sin patología(gr)	Consumo promedio semanal con patología(gr)	% de consumo sin patología	% de consumo con patología
Lácteos				
Leche	635,7	828,8	93%	96%
Yogur	501,5	501,8	58%	65%
Queso	212,08	221,7	96%	94%
Carnes				
Carne de Vaca	552,5	501,8	80%	94%
Pollo	306,4	343,1	86%	94%
Pescado	282,9	201,9	83%	76%
Vísceras	25	15	13%	4%
Huevo	215,57	223,88	88%	88%
Vegetales				
Veg A	1320,6	1058,8	97%	96%
Veg B	2279,09	368,7	88%	84%
Veg C	598,7	563,2	93%	98%
Frutas	906,25	630,76	93%	90%
Frutas Secas	48,69	14,84	33%	31%
Cereales	893,55	778,74	100%	100%
Pan	261,39	318,4	88%	86%
Legumbres	119,84	238,75	46%	31%
Azúcares				
Azúcar de mesa	101,7	100,7	68%	67%
Dulces	76,8	99,7	64%	69%
Aceites	259,23	232,04	80%	82%

Fuente: Base de Datos propia

El porcentaje de mujeres que consume lácteos es alto, y el promedio de consumo similar entre mujeres con o sin patología. La mayor diferencia de consumo es de leche con 200ml entre uno y otro. El alimento que menos consumen es el yogur con un 58% y 65% respectivamente., esto podría deberse a que es un alimento que se consume más en épocas de calor y la leche y el queso, suelen consumirse todo el año.

El consumo de carnes es apenas mayor en las mujeres con Síndrome Premenstrual. El pescado es la carne que menos se consume en ambos grupos. Hay que tener en cuenta que la misma es un alimento fuente de micronutrientes como la vitamina E.

Casi la totalidad de la muestra no consume vísceras. Aunque el consumo es apenas superior en las mujeres sin patología la diferencia es mínima de tan solo 10 gramos semanales.

El consumo de huevo es prácticamente igual en todos los casos.

Los vegetales son consumidos en ambos grupos pero en mayor cantidad lo hacen las mujeres sin Síndrome. La mayor diferencia se presenta en los vegetales B donde el consumo es seis veces mayor en mujeres con Síndrome Premenstrual.

El consumo de frutas es mayor también en mujeres sin patología con un 50% más que las que padecen el Síndrome.

Un bajo porcentaje de mujeres consumen frutas secas. Aún así el consumo es superior en mujeres sin patología

La totalidad de las encuestadas consumen cereales, y lo hacen en gran cantidad con un consumo aproximado de 110 gr semanales para las mujeres con Síndrome y de 130gr semanales para las mujeres sin Síndrome.

El consumo de pan también es similar en ambos grupos en cuanto a porcentaje de consumo y a la cantidad, con promedio diario de 45gr para las mujeres sin Síndrome Premenstrual y 38 gr para las mujeres con Síndrome.

Con respecto al consumo de legumbres se puede observar que la cantidad de mujeres que las consume es superior en el caso de las mujeres sin síndrome Premenstrual pero las mujeres con Síndrome consumen dos veces más cantidad de gramos semanal

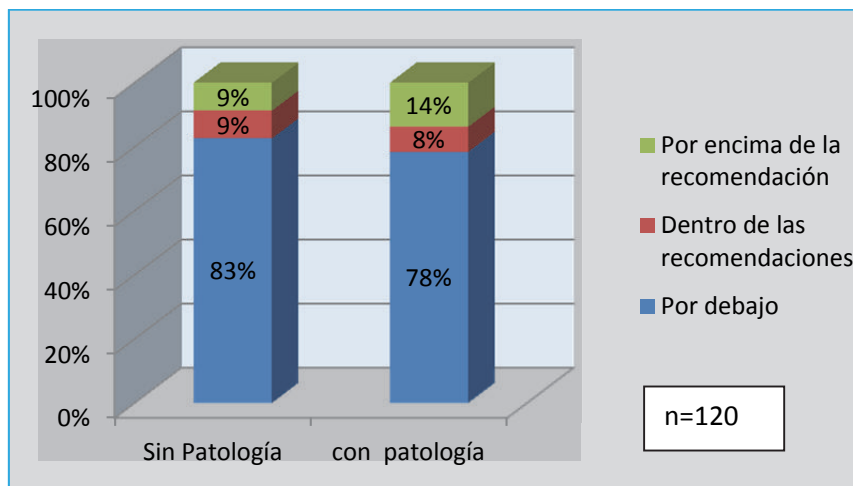
En el consumo de azúcares notamos que el porcentaje y la cantidad de gramos en consumidos son practicando iguales en ambos grupos, pero los dulces muestran Premenstrual un consumo superior en las mujeres con Síndrome Premenstrual.

El consumo de aceite es alto en todas las encuestadas. No hay diferencia de consumo entre las mujeres con Síndrome y mujeres sin Síndrome.

Se evaluó luego la adecuación para macro y micronutrientes (calcio y Vit E). En principio se puede apreciar que en el grupo de mujeres con patología el consumo más alto de hidratos de carbono proviene de los cereales con un promedio de 575,5 gr semanales al igual que el grupo sin patología, con un consumo semanal de 632,5 gr.

El máximo consumo en mujeres con y sin patología es de 3400 gr de hidratos de carbono semanal y el mínimo cercano a 300gr semanales.

Gráfico N° 7: Adecuación de Hidratos de Carbono

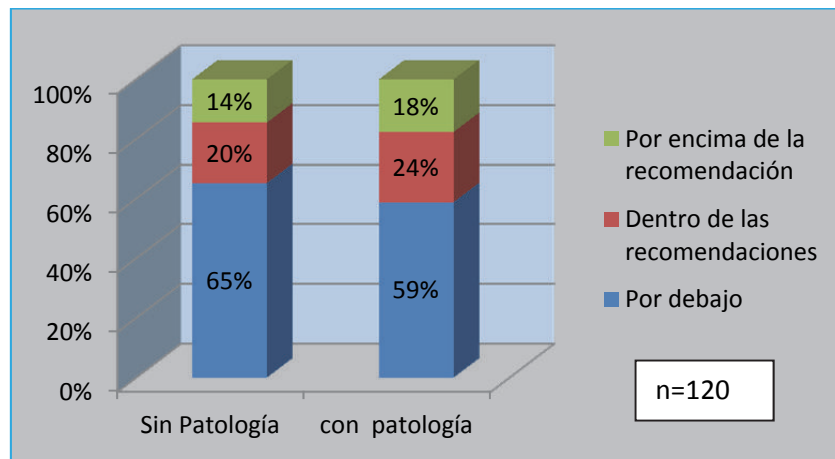


Fuente de Datos propia

Según nos muestra el gráfico anterior, la mayoría de las encuestadas no llega a cubrir las recomendaciones de Hidratos de Carbono. No se aprecian diferencias entre ambos grupos. Sólo un 9% en el caso de las mujeres sin patología lo hacen y un 14% en el caso de las mujeres que padecen el síndrome llegan a cubrir las recomendaciones de HdC.

En el caso de las proteínas y las Grasas ocurrió prácticamente lo mismo. La adecuación mostró que la mayoría se encuentra por debajo de las recomendaciones. Aunque no en la misma proporción que en los hidratos de carbono. Cerca de un 60% no llega a cubrir las recomendaciones.

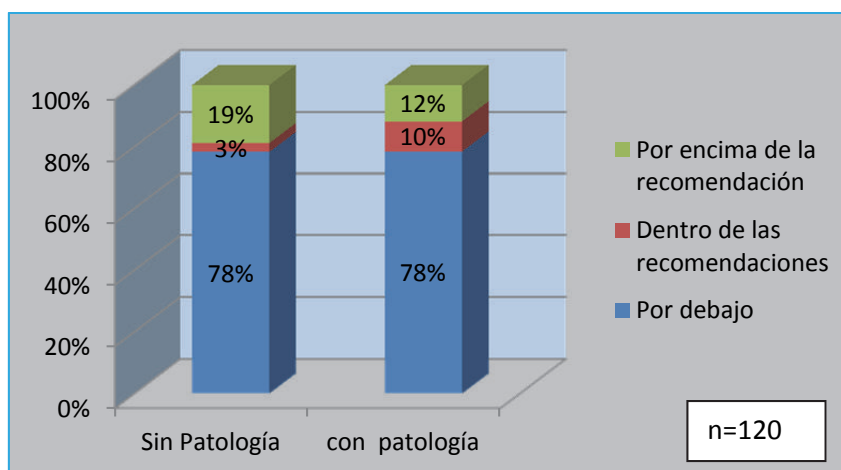
Gráfico N° 8: Adecuación de Proteínas



Fuente de Datos propia

El máximo consumo de Proteínas en ambos grupos proviene de las carnes rojas con un promedio de 101,18 gr para las mujeres sin síndrome y 109,4 para las mujeres que no lo presentan. Y un máximo de 877gr en las mujeres con Síndrome y 1035 gr en las mujeres que no presentan ningún Síndrome.

Gráfico N°9: Adecuación de grasas



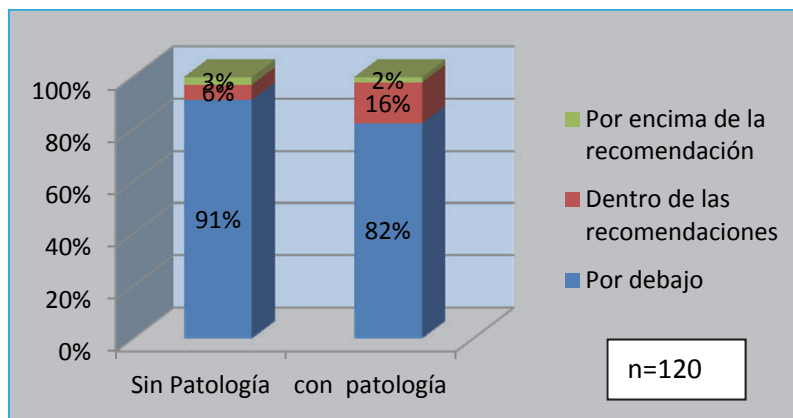
Fuente de Datos propia

Al igual que en los hidratos de carbono y las proteínas, las grasas tienen similar consumo en ambos grupos con un máximo de 88,7 gr para las mujeres con Síndrome Premenstrual y 89,5 gr para el grupo de mujeres que no presenta este Síndrome.

Esto muestra la escasa diferencia de consumo entre ambos. Son similares además los promedios de cada uno y el máximo consumo. Por lo tanto las variables serían independientes. El consumo de hidratos de carbono, proteínas y grasas no sería el causante en la aparición de síntomas premenstruales.

En cuanto a los micronutrientes en especial el Calcio notamos que casi el total de la muestra está por debajo de las recomendaciones.

Gráfico N° 10: Adecuación de Calcio.

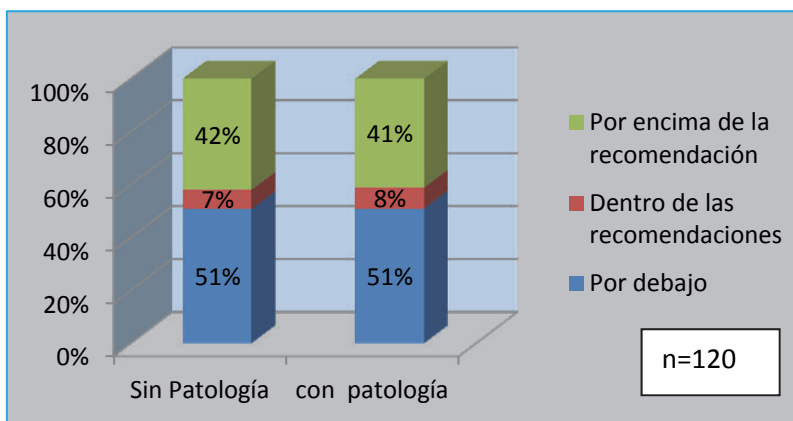


Fuente de Datos propia

En cuanto a los micronutrientes evaluados podemos decir que la mayor cantidad de calcio aportada proviene en ambos casos del queso, entre ellos queso untado, quesos duros, semiblandos como el por salud, etc. Con un aporte de 649 mg semanales en el caso de las mujeres con patología y 680,4 mg semanales en el caso de mujeres sin patología

El aporte promedio de Calcio es de 4326,9 mg semanales para las mujeres con Síndrome Premenstrual y 4162,04 mg para las mujeres sin patología

Gráfico N° 11: Adecuación de Vitamina E



Fuente de datos propia

En el gráfico anterior notamos que la mitad de las encuestadas están por debajo de las recomendaciones. La otra mitad se encuentra por encima y con un bajo porcentaje de menos del 10% se encuentran dentro de las recomendaciones, pero sin diferencias entre ambos grupos (mujeres con Síndrome Premenstrual y mujeres sin Síndrome Premenstrual)

El aporte fundamental de Vitamina E lo provee en ambos casos el aceite con 88,7 mg semanales para las mujeres que presentaban el Síndrome y 89,5 mg para las mujeres sin presencia de él. En segundo lugar el pescado con 27,2 mg y 36,1mg semanales respectivamente.

CONCLUSIONES



Esta tesis surge como una inquietud de conocer acerca del Síndrome Premenstrual que afecta a mujeres jóvenes y conocer además de que manera disminuir la presencia y padecimiento de los síntomas con la alimentación o el ejercicio. El mejor tratamiento es la prevención y las consultas ginecológicas. Pero además realizar ejercicio y eliminar los malos hábitos.

Mediante este trabajo de investigación se han podido identificar la cantidad de mujeres que padecen los síntomas, y en cuales éstos afecta su vida cotidiana. Estimar la ingesta alimentaria de las alumnas de FASTA de la ciudad de Mar del Plata e indagar sobre el tipo de actividad física y la frecuencia e intensidad con que la realizan.

Para esto se realizaron encuestas a 120 alumnas de la Universidad FASTA de todas las carreras. Las edades de la muestra están comprendidas entre 18 y 30 años, con un promedio de 23 años. A partir de los datos obtenidos se pudo observar que la concentración de valores en las edades más jóvenes, podría ser por la escasa consulta que se manifiesta en esas edades, lo hacen a partir de los 25 años.¹

Se realizó en primer instancia un análisis de la frecuencia de los síntomas con la finalidad de evaluar si cumplen los criterios del síndrome Premenstrual o solo son síntomas aislados. A partir de los datos recabados se pudo observar que prácticamente todas las estudiantes evaluadas presentan al menos un síntoma durante el período premenstrual. Sólo una estudiante no presenta ningún síntoma

Los síntomas más frecuentes fueron: hinchazón (71%), cambios en el apetito (50%), falta de energía (43%), y sensibilidad mamaria (42%) que no difieren demasiado de los citados por otros autores en investigaciones. En el estudio realizado en la universidad de San Luis los resultados indicaron que los síntomas más frecuentes eran dolores (64%), sensibilidad mamaria (51,1%), sensación de desgano (42,2%). Hay otro estudio que muestra como síntomas más frecuentes el decaimiento, el dolor mamario y la distensión abdominal.² Los síntomas observados más a menudo son los mismos en todos los casos.

Cerca del 32% de las mujeres en edad fértil presenta síntomas moderados que corresponden al SPM y no deben ser considerados como Trastorno. Y un 11% presenta Trastorno con una mayor intensidad en los síntomas afectando su entorno. La cifra de prevalencia encontrada en el estudio estaría dentro de lo esperado, coincidiendo con varios estudios latinoamericanos, que arrojan cifras de prevalencia de Síndrome Premenstrual del 19%³ o del 20%⁴ y una prevalencia de TDP del 11,2%⁵ y del 12,6%⁶. Y se aleja de otros

¹ Fisher y otros, evaluaron la prevalencia y severidad de los síntomas premenstruales en adolescentes.

² Fisher y otros, evaluaron la prevalencia y severidad de los síntomas premenstruales en adolescentes.

³ Este auto describe el porcentaje de personas que presentaron cada síntoma del Síndrome Premenstrual

⁴ Bocchijno es una Médica Psiquiatra que hace referencia a los síntomas y trastornos premenstruales.

estudios internacionales que describen una prevalencia de Síndrome Premenstrual de 6.49%. Ello puede atribuirse a la metodología empleada en ambos estudios, utilizando un sistema de reporte retrospectivo. Si bien los enfoques prospectivos son superiores, la metodología retrospectiva se sigue utilizando frecuentemente en éste área de estudio. El motivo principal es el costo y el orden logístico, además de que muchas mujeres no aceptan la documentación prospectiva de su sintomatología.

Al indagar sobre la actividad física notamos que la mayoría de las mujeres no realizan ningún tipo de actividad física (32%) pero las que lo hacen es de forma intensiva. El resto realiza actividades moderada como caminar, Pilates, etc. La frecuencia descrita varía de 22 minutos a 8 hs semanales, con una media semanal de 2 a 3 horas

Es importante resaltar la relación entre la actividad física y la presencia de síndrome premenstrual. Analizando estas dos variables podemos concluir que las mujeres que no realizan actividad física tiene cinco veces más probabilidad de tener Síndrome Premenstrual con respecto a las que sí realizan actividad, y que entonces la ausencia de actividad física podría considerarse un factor de riesgo de Síndrome Premenstrual.

Como dato llamativo observamos que el índice de Masa Corporal no tiene relación con la presencia de Síndrome Premenstrual. Este dato fue obtenido por un índice estadístico⁷ y mostró ausencia de relación con un $r=0,2$. Es importante agregar que la mayor cantidad de mujeres de la muestra se encuentra dentro de los estándares de normalidad, con un peso ideal.

Analizando el consumo de los diferentes grupos de alimentos notamos que son bajos en general pero similares entre sí. Es decir que no varía el consumo en presencia del Síndrome. Aunque sí se aprecia un consumo apenas superior de frutas, frutas secas y vísceras en mujeres con Síndrome de premenstrual y un consumo 6 veces mayor de vegetales B.

Según los resultados obtenidos a través de las encuestas sobre la ingesta alimentaria podemos apreciar que no se llega al consumo esperado. La ingesta de macronutrientes es baja en todos los casos. El mayor aporte de hidratos de carbono proviene de los cereales, que se consume en alto cantidades. El consumo de proteínas proviene de las carnes y el de grasa de los aceites. Aun así debería aumentarse el consumo de los mismos.

En cuanto a los micronutriente evaluados la adecuación de Calcio alcanzó para esta muestra valores por debajo de las recomendaciones casi en su totalidad. Y la adecuación de Vitamina E esta en un 50% por debajo de lo recomendado y el otro 50%, dentro o por

⁵ Jadresic en su trabajo de investigación sobre el Síndrome Premenstrual utilizo criterios de diagnóstico de DSM IV;

⁶ El autor encontró en su casi todas de las encuestadas presentaba algún tipo de molestia premenstrual, siendo moderada

⁷ Índice de Correlación de Pearson

encima de la recomendación. El calcio provino en su mayoría de los quesos y la vitamina E de los aceites.

No hay diferencias notorias en el consumo entre mujeres con y sin patología, siendo los promedios son similares.

Podemos concluir que la mayoría de las mujeres encuestadas en este estudio presentan síntomas premenstruales, que pueden interferir con una severidad variable en su desempeño habitual. Y que tanto realizar ejercicio como disminuir el consumo de azúcares puede contribuir con esta patología. El presente trabajo es un estudio preliminar. Requiere de futuras proyecciones en cuanto a la evaluación prospectiva y exhaustiva de los síntomas durante varios ciclos menstruales.

En esta patología, el rol del nutricionista es primordial, puesto que con un adecuado y monitoreado plan alimenticio se consigue prevenir y mejorar sensiblemente los síntomas de dicho síndrome. Siendo también apoyado por la realización de una correcta actividad física.

BIBLIOGRAFÍA



1. Armida, L.; González, C. & Carrasco Legleu. C.E. (2008). Síndrome Premenstrual e ingesta dietética en estudiantes adolescentes *Revista Salud y Deporte*, 2(3): 26
2. Babyak, M.; Blumenthal, J.A.; Herman, S. et al (2000). Exercise treatment for major depression: maintenance of therapeutic benefit at 10 months. *Psychosomatic Medicine*, 62: 633-638.
3. Baker, F.C.; Kahan, T.L.; Trinder, J. et al. (2007) Sleep quality and the sleep electroencephalogram in women with severe premenstrual syndrome. *Sleep*, 30(10): 1283–91
4. Baladrón, M.; Toro, V. (1999) *Influencia del Síndrome Premenstrual en el Rendimiento Físico e Intelectual de Alumnas de Enfermería-Obstetricia y Medidas de Autocuidado que realizan*. Tesis no publicada, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile
5. Berman, M.K.; Taylor, M.L. & Freedman, E.O. (1990). Vitamin B6 in pre-menstrual syndrome. *Journal of the American Dietetic Association*, 90 :859
6. Bocchino, S. (2004) Síntomas y trastornos premenstruales. Clínica y tratamiento Salud mental de la mujer. *Revista de Psiquiatría de Uruguay*, 68(1):78-89
7. Borenstein, J.; Chiou, C.H.; Dean, B.; Wong, J.& Wade, S. (2005) Estimating Direct and Indirect Costs of Premenstrual Syndrome. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*. 47(1): 26-43.
8. Bryant, M.; Truesdale, L. & Dye, L. (2006). Modest changes in dietary intake across the menstrual cycle: implications for food intake research. *British Journal of Nutrition*, 96: 888-894
9. Chocano, P.; Bedoya. O. (2013). Dietary B vitamin intake and incident premenstrual syndrome. *American Journal of Clinical Nutrition*13:11-52
10. Christensen, A.P.; Board, B.J. (1992). *A psychosocial profile of women with premenstrual dysphoria*. *Journal Affective Disorder* , 25 :251–9
11. Cross, G.B.; Marley, J.; Miles, H. & Willson, K. (2001). Changes in nutrient intake during the menstrual cycle of overweight women with premenstrual syndrome *British Journal of Nutrition*, 85:47-5482
12. Dean, B.; Borenstein, J. (2004) A Prospective Assessment Investigating the Relationship Between Work Productivity and Impairment With Premenstrual Syndrome. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*; 46(7): 649-56.
13. De la Gandara, M. (1997) *premenstrual dysphoric disorder: long term treatment with fluoxetine and discontinuation*. *Acta Española Neurológica, Psiquiátrica Y Ciencias Afines* 25(4):235-42

14. Dean, B.; Borenstein, J. (2004) A Prospective Assessment Investigating the Relationship Between Work Productivity and Impairment With Premenstrual Syndrome. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(7): 649-56.
15. Del Burgo Fernández, J.L. (2006). Prevalencia de Síndrome disfórico premenstrual en población general. *Journal of Affective Disorders*, 32(8):367-371J
16. Dirección General de Estadística. *Séptimo censo general de población*. México (1950). México: Secretaría de Economía, Dirección General de Estadística;
17. Espina, N.; Fuenzalida, A.; Urrutia M.T. (2005). Relación entre rendimiento laboral y síndrome premenstrual. *Revista Chilena de obstetricia y ginecología*, 70(2): 113-118
18. Facchinetti, F.; Borella, P.; Sances, G.; Fioroni, L.; Nappi, R.E. & Genazzani, A.R. (1991), Oral magnesium successfully relieves pre-menstrual mood change. *Revista de Obstetricia y Gynecología*, 78:177-9
19. Fisher, M. Trieller, K. & Napolitano, B. (1989). Premenstrual symptoms in adolescents. *Journal Health care* 10:369-375
20. García Porta, M. (2006), Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en estudiantes universitarias adolescente. *Revista de antropología Iberoamericana*. 1(1) : 80-102
21. Gaviria SL. (1999) *El síndrome premenstrual*. Afrodita y Esculapio. Santa Fé de Bogotá, Nuevo Milenio editores :317-28
22. Girdler, S.S.; Peterson, C.A. & Straneva, P.A. (1998) Regulation of cardiovascular and neuroendocrine responses to stress in premenstrual dysphoric disorder. *Journal Psychiatry*, 81: 163-178
23. Goodale, I.L.; Domar, A.D. & Benson, H. (1990) Alleviation of premenstrual syndrome symptoms with their laxation response *Obstetrics & Gynecology* 75:649–55.
24. Halbreich U, Smoller JW. (1997). Intermittent luteal phase sertraline treatment of dysphoric premenstrual syndrome. *Clinic Journal of Psychiatry*, 58(9): 399-402
25. Hargrove, J.; Abraham, Y. (1982). The incidence of premenstrual tension in a gynecologic *Clinic journal of reproductive medicine* 27:721-72
26. Head, K. (1997). Premenstrual Syndrome: Nutritional and alternative Approaches alternatives. *Medicine Review*, 2(1) 35-80
27. Hernández H.P. (2012) Experiencias de mujeres con el tratamiento y manejo del síndrome premenstrual y trastornos menstruales. *Revista Colombiana de Enfermería* 7 (7) :31-38
28. Jadresic, E. (2000). *Síndrome Premenstrual y Trastorno Disfórico Premenstrual: estudio retrospectivo de prevalencia y factores asociados en 305 estudiantes universitarias*, tesis publicada en Universidad de los Andes, Santiago de Chile.

29. Jarvis, C.L.; Lynch, A.M. & Morin, A.K. (2008) Management strategies for premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder. *The Journal of Human Pharmacology*, 42(7): 967–78.
30. Johnson, S.R. (2004). Premenstrual Syndrome, Premenstrual Dysphoric Disorder, and Beyond: A clinical primer for practitioners clinical gynecologic Series. *Experts View Obstetrics and gynecologic* 104(4):845-856.
31. Dommarco, J.; Shamah Levy, T. (1999) *Estado nutricional de niños y mujeres en México*. Encuesta Nacional de Nutrición
32. Kendler, K.S.; Karkowski, L.M.; Corey, L.A. (1998). Longitudinal population-based twin study of retrospectively reported premenstrual symptoms and lifetime major depression. *Journal Psychiatry*. 155:12-40.
33. Koopman, C.; Pelletier, K.; Murray, J.; Sharda, C.; Berger, M.; Turpin, R.; Hackleman, P.; Gibson, P.; Holmes, D.; Bendel, T.(2002) Presenteeism Scale: “Health Status and Employee Productivity”. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 44(1): 14-20.
34. Kopitowski, K. (2004). Tratamiento del síndrome premenstrual. Evidencia Orientada al Paciente. *Evidencia actual, práctica y ambulatoria*, 7:150-151
35. Levit, C. (2009) Síndrome de tensión premenstrual. *Revista .Guía de práctica clínica Ginecológica - 29 : 1-11*
36. Lolas, J. (1993). Síndrome Premenstrual: un ignorado problema de salud pública. *Revista Médica de Chile*. 121: 560-6
37. Lombardía, C. (1994) *Síndrome Premenstrual*. Fundación Hospital materno Infantil Vall d’ Hebron.
38. López, M. A.; Illa, G.; Boullosa, O.; Márquez, C.; Vieitez, A. (2000) Trastorno disfórico premenstrual. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 38(3):187-95
39. Lustyk, M.K.; Gerrish, W.G.; Shaver, S. et al. (2009). Cognitive-behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. *Journal Womens Mental Health*, 12(2):85–96.
40. Marcandres Marisa, (2011) Recomendaciones nutricionales para distintos grupos etarios. defensoria.jusbaires.gov.ar/.../recomendaciones%20nutricionales.pdf.
41. Mazess, R.; Barden, H. (1991) Bone density in premenopausal women: effects of age, dietary intake, physical activity, smoking and birth-control pills. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 53:132
42. Milewicz, A.; Jedrzejuk, D. (2006). *Premenstrual Syndrome: From Etiology to Treatment Maturitas* 1: 47-54

43. Neale, D.; (2011) Factores nutricionales en el dolor menstrual y en el síndrome premenstrual PCRM (Comité de Médicos por una Medicina Responsable) en www.Alimentación.org.ar
44. Oller, M.; Olmos, M. Alteraciones del comportamiento alimentario en el síndrome premenstrual ¿factor de riesgo de obesidad? www.seme.org/area_pro/textos_articulo.php?id=10.
45. Pavía, R.N, Civeira, G.L, Arsenio, R.F. (2009). Síndrome disfórico premenstrual de docentes preescolares en Mérida, Yucatán. *Revista Mexicana de ginecología y Obstetricia*, 77(4): 185-90.
46. Lolas, J (1993). Síndrome Premenstrual, un ignorado problema de salud pública. *Revista Médica Chile*, 121 :560-6
47. Pearlstein, T.; Steiner, M. (2008). Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. *Journal Psychiatry Neuroscience*, 33(4): 291–301.
48. Penland, J.G.; Johnson, P.E. (1993). Dietary calcium and manganese effects on menstrual cycle symptoms. *Journal Obstetric and Gynecologic* 168: 1417-23
49. Perarnau, M.P.; Fasulo, V. at el (2007) *Síndrome Premenstrual y Trastorno Disfórico premenstrual en estudiantes universitarias adolescentes*. Universidad Nacional de San Luis. PP.153/163
50. Rapkin, A.J.; Reading, A.E.; Wo, S.; Goldman, L. (1991) Tryptophan and neutral aminoacids in premenstrual syndrome. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*. 165: 1830-9
51. Schmidt, P.J.; Nieman, L.K. & Danaceau, M.A. (1998). Differential behavioral effects of gonadal steroids in women with and in those without premenstrual syndrome. *England Journal Medical*. 338:209–16.
52. Simone, N.V. (2010). Comprensión y tratamiento del trastorno disfórico premenstrual: una actualización para el especialista en salud de las mujeres. *Obstetrics & Gynecology Clinics of North América*.152:86-105
53. Steiner, M.; Steinberg, S.; Stewart, D.; Carter, D.; Berger, C.; Reid, R.; Grover, D.; Streiner, D. (1995). Fluoxetine in the treatment of premenstrual dysphoria. *New England Journal of Medicine* 332: 1529-34
54. Subhash, C.; Bhatia, M.D., Shashi, K.; Bhatia, M.D.; (2002). Diagnosis and Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder. *American Family Physician*, 1:1253-9
55. Sundblad, C.; Wikander, I.; Andersch, B. & Eriksson, E. (1997). A naturalistic study of paroxetine in premenstrual syndrome: efficacy and side effects during ten cycles of treatment. *Journal Psychiatry*, 33(4): 291–301.
56. Tangney, C.C. (1996). Diet, the menstrual cycle and sex steroid hormones.. Nutrition in women's health. *Maryland: Aspen publication*, 3(2): 334-352.

57. Treloar, S.A.; Heath, A.C.; Martin, N.G. (2002). Genetic and environmental influences on premenstrual Update. *Journal Psychiatry Neuroscience*, 33(4):291–301.
58. Dapcich, V. (2001). *Guía de la alimentación Saludable*, ITACA Universidad Politécnica de Valencia, Editado por la Sociedad Española de Nutrición Comunitaria.
59. Vieitez, A. (2004) *Trastorno disfórico premenstrual* En: López Mato A., Vieitez A, Bordalejo D et al. En: Afrodita, Apolo y Esculapio. Diferencias de género en salud y enfermedad. Editorial Polemos Buenos Aires, 3:223-33
60. Viguera, A.C. (2000): SSRIs in the treatment of PMDD: A critical review. Chicago, USA, *APA Annual Meeting*. 5(1):285-301.
61. Wolinsky, I.; Klimis, T.D. (1996). Nutritional concerns of women. *Journal Physiatrist* 4:151-62.
62. Zerpa de Miliani, Y. (2005). Trastornos menstruales del adolescente. *Revisión. Revista venezolana endocrinológica y Metabólica*, 3(2): 13-20.

ANEXOS



Tabla 1. Clasificación de la OMS del peso corporal en función del IMC¹

IMC	CLASIFICACION
18,5-24,9	Normopeso
25,0-25,9	Sobrepeso
30,0-34,9	Obesidad grado I
35,0-39,9	Obesidad grado II
≥ 40	Obesidad grado III

Prueba t para dos muestras independientes / Prueba bilateral:

Intervalo de confianza para la diferencia entre las medias al 95%:
] 23,460; 90,543 [

Diferencia	57,001
t (Valor observado)	3,365
t (Valor crítico)	1,980
GDL	118
p-valor (bilateral)	0,001
alfa	0,05

Interpretación de la prueba:

Estadísticas descriptivas:

Variable	Máximo	Media	Desviación típica	
sin patología	495,0	121,4	98,7	8,250
con patología	262,5	64,4	81,2	4,375

Estado Nutricional, Ingesta Alimentaria y Nivel de Actividad Física en el Síndrome Premenstrual

Objetivo

Identificar a las mujeres que padecen Síndrome Premenstrual, estimar su ingesta, su estado nutricional y valorar el nivel de actividad física de las alumnas entre 18 y 30 años que asisten a la Universidad FASTA.

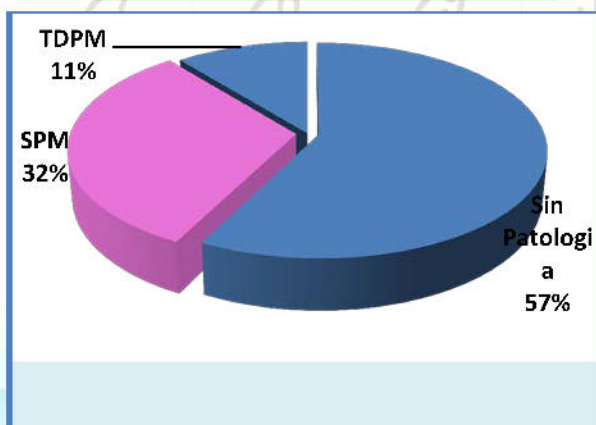
Materiales y Métodos

El presente trabajo es descriptivo y de corte transversal ya que está dirigido a determinar la situación de las variables utilizadas en un momento determinado en una muestra de 120 estudiantes. Los datos se recolectaron mediante una encuesta impresa.

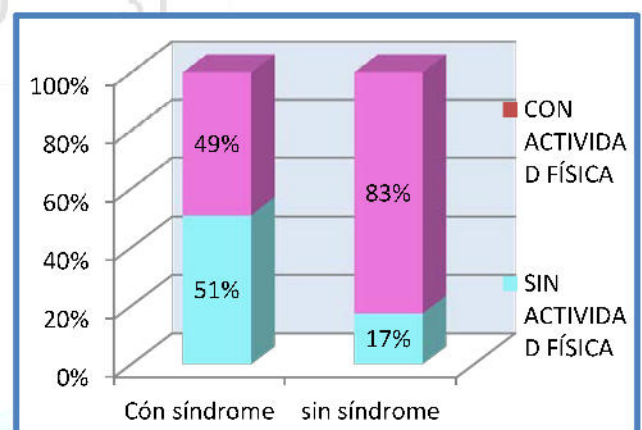
Resultados

Los resultados de las encuestas, muestran que prácticamente todas las estudiantes evaluadas presentan al menos un síntoma durante el período premenstrual. Un 32% presenta Síndrome Premenstrual y un 11%, Trastorno Disfórico. El estado Nutricional de las encuestadas se encuentra en su mayoría dentro de los estándares de normalidad. En cuanto a la actividad física se ha registrado que las mujeres que más cantidad de actividad física realizan son las que no padecen el Síndrome Premenstrual. Estas estudiantes duplican el promedio de horas de ejercicio con respecto a las anteriores. La probabilidad de tener Síndrome Premenstrual es cinco veces mayor en mujeres que no realizan actividad física con respecto a las que si realizan. La frecuencia de consumo muestra un consumo similar de cada alimento en las mujeres con Síndrome Premenstrual y sin Síndrome, excepto en el caso de los vegetales del grupo B en el que se aprecia un consumo seis veces mayor en mujeres sin la patología y el caso de los dulces, con un consumo dos veces mayor en mujeres con patología. La adecuación de macronutrientes está por debajo de las recomendaciones de hidratos de carbono, proteínas y grasas. No ocurre lo mismo con el calcio y la vitamina E. La mayoría de las encuestadas no cubre las recomendaciones de Vitamina E y la mitad llega a cubrir las recomendaciones de Calcio.

Porcentaje de mujeres con Síndrome premenstrual o Trastorno Disfórico.



Nivel de actividad Física



Conclusiones

Luego del análisis de datos se puede afirmar en este estudio que no existe una relación significativa entre el estado nutricional y el Síndrome Premenstrual como así tampoco con la adecuación de macro y micronutrientes. En esta muestra en lo que se refiere a la actividad física podemos concluir que el ejercicio ayudaría a disminuir la intensidad o aparición de los síntomas. Por eso es importante mantener buenos hábitos. Con respecto a la ingesta alimentaria los vegetales B es el alimento que mayor diferencia de consumo presenta y debería tenerse en cuenta.

REPOSITORIO DIGITAL DE LA UFASTA
AUTORIZACION DEL AUTOR¹

En calidad de TITULAR de los derechos de autor de la obra que se detalla a continuación, y sin infringir según mi conocimiento derechos de terceros, por la presente informo a la Universidad FASTA mi decisión de concederle en forma gratuita, no exclusiva y por tiempo ilimitado la autorización para:

- ✓ Publicar el texto del trabajo más abajo indicado, exclusivamente en medio digital, en el sitio web de la Facultad y/o Universidad, por Internet, a título de divulgación gratuita de la producción científica generada por la Facultad, a partir de la fecha especificada.
- ✓ Permitir a la Biblioteca que sin producir cambios en el contenido, establezca los formatos de publicación en la web para su más adecuada visualización y la realización de copias digitales y migraciones de formato necesarias para la seguridad, resguardo y preservación a largo plazo de la presente obra.

1. Autor:

Apellido y Nombre: **María Florencia Costagliola**

Tipo y Nº de Documento: **DNI 33.788.800**

Teléfono/s: **223 5469265**

E-mail: **flor-ci-ta@live.com.ar**

Título obtenido: **Licenciada en Nutrición**

2. Identificación de la Obra:

TITULO de la obra (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación)

***“Estado Nutricional, Ingesta Alimentaria y
Nivel de Actividad Física en el Síndrome Premenstrual”***

Fecha de defensa ____/____/20____

3. AUTORIZO LA PUBLICACIÓN BAJO CON LA LICENCIA Creative Commons

(recomendada, si desea seleccionar otra licencia visitar <http://creativecommons.org/choose/>)



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial- CompartirIgual 3.0 Unported.

4. NO AUTORIZO: marque dentro del casillero

NOTA: Las Obras (Tesina, Trabajo de Graduación, Proyecto final, y/o denominación del requisito final de graduación) **no autorizadas** para ser publicadas en TEXTO COMPLETO, serán difundidas en el Repositorio Institucional mediante su cita bibliográfica completa, incluyendo Tabla de contenido y resumen. Se incluirá la leyenda "Disponible sólo para consulta en sala de biblioteca de la UFASTA en su versión completa"

Firma del Autor Lugar y Fecha

¹ Esta Autorización debe incluirse en la Tesina en el reverso ó pagina siguiente a la portada, debe ser firmada de puño y letra por el autor. En el mismo acto hará entrega de la versión digital de acuerdo a formato solicitado.

