

11217 08



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO**

**FACTORES BIOPSIICOSOCIALES EN EL SINDROME
PREMENSTRUAL EN PERSONAL DE SALUD: ENFERMERAS Y
MEDICAS DEL HOSPITAL REGIONAL LIC. ADOLFO LOPEZ
MATEOS**

TRABAJO DE INVESTIGACION

QUE PRESENTA EL

DR. JOSE GRACIANO VENEGAS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA

ESPECIALIDAD EN GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

ASESOR DE TESIS: DR. FRANCISCO JAVIER CEJA MORALES



ISSSTE MEXICO, D. F.

SEPTIEMBRE DE 2002

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
★ OCT 4 2002 ★
COORDINACION DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION

[Handwritten signature]

DR JUNIO CESAR DIAZ BECERRA
COORDINADOR DE CAPACITACION E INVESTIGACION



[Handwritten signature]

Dr LUIS SALAZAR ALVAREZ
JEFE DE INVESTIGACION

COORDINACION DE ESTUDIOS
EMISION DE ESTUDIOS DE P.D.C.
FACULTAD DE MEDICINA
CI. B. A. M.

[Handwritten signature]
DRA GABRIELA SALAS PEREZ
JEFE DE ENSEÑANZA

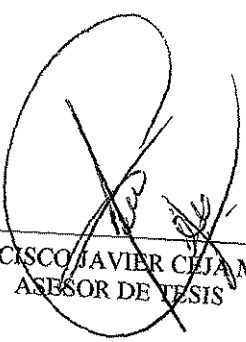
I. S. S. S. T. E.
HOSPITAL REGIONAL
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS
OCT. 3 2002
JEFATURA DE
INVESTIGACION

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ENTRADA
04 OCT 2002
Subdireccion de
Enseñanza e
Investigación



DR OSCAR TREJO SOLORZANO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO



DR FRANCISCO JAVIER CEJA MORALES
ASESOR DE TESIS



DR CARLOS MENESES CAMPOS
VOCAL DE INVESTIGACION

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

A DIOS:

Por darme la vida, por darme la oportunidad de permitirme vivir este momento

A MIS PADRES:

Por apoyarme y motivarme día a día, por su comprensión, ejemplo y cariño Porque sin ustedes no sería quien soy

A ROCIO:

Por ser mi mejor amiga, confidente y consejera, por darme la dicha de ser tu hermano, porque con tu apoyo desde la infancia me has enseñado a luchar

A ALEJANDRA:

Por la sonrisa oportuna y el cariño que me brindas para continuar venciendo la adversidad y compartiendo los triunfos Con mucho amor

AL ISSSTE:

Porque gracias a la comunidad derechohabiente obtuve la experiencia y apliqué los conocimientos necesarios para lograr uno de mis grandes objetivos

AL DR. FRANCISCO JAVIER CEJA:

Es imprescindible agradecerle el entusiasmo y la actitud siempre alerta para que este trabajo llegara a su fin

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
OBJETIVOS	15
MATERIAL Y METODOS	16
RESULTADOS... ..	19
DISCUSION	22
CONCLUSIONES	23
ANEXOS....	24
BIBLIOGRAFIA	34



RESUMEN

Se realizó un estudio transversal, observacional, descriptivo, se determinó cual es la prevalencia del Síndrome Premenstrual (SPM) así como las diferencias de los aspectos biopsicosociales del SPM en médicas y enfermeras del Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos del ISSSTE en la Cd de México **METODO:** Se realizaron 120 encuestas que abarcaron aspectos biopsicosociales del SPM a médicas tituladas a nivel licenciatura y enfermeras tituladas a nivel técnico con rango de edad de 20 a 35 años con promedio de edad de 25 años Las mujeres se eligieron aleatoriamente **RESULTADOS.** La prevalencia encontrada del SPM fue 84.03% De trece síntomas cuestionados en el aspecto biológico, siete de ellos (53.8%), son más frecuentes en médicas, en el aspecto psicológico de ocho alteraciones cuestionadas, en seis de ellas (75%), son más frecuentes en enfermeras Se evaluó también la autoestima como factor psicológico encontrando el 79.3% de las mujeres con baja autoestima son enfermeras En el aspecto social de cinco alteraciones cuestionadas, en el 80% fue más frecuente en las enfermeras que en médicas **CONCLUSIONES:** La prevalencia del SPM encontrada en médicas y enfermeras (84.03%), es más alta que la reportada en países desarrollados en población general Las médicas tienden a somatizar más el SPM, en cambio las enfermeras tienen más alteraciones en el aspecto psicológico y social explicado probablemente por la baja autoestima en comparación con médicas

INTRODUCCION

El Síndrome Premenstrual (SPM) está constituido por un grupo de síntomas relacionados con desórdenes físicos, fisiológicos y emocionales que aparecen en la segunda etapa del ciclo menstrual, o la fase lútea. A pesar de ser una alteración frecuente, llama la atención que el área médica reconociera su existencia apenas hace 40 años. Se presenta en mujeres de todas las culturas, su frecuencia y severidad varía entre cada grupo ⁽¹⁾

La etiología muchas veces es desconocida pero se cree que envuelve factores genéticos, psicológicos, endocrinológicos y neurológicos, además de muchos otros procesos por lo que su diagnóstico es confuso ^(2,3). Para el tratamiento se han recomendado algunas medidas paliativas como el ingerir una dieta baja en sales, lípidos, cafeína y azúcar, incluir un régimen de ejercicios aeróbicos y reducir el stress cambiando el estilo de vida ⁽³⁾

Desde la menarca hasta la menopausia, las mujeres experimentan regularmente cambios endócrinos y psicológicos asociados con un proceso cíclico relacionado con la ovulación y la menstruación. Para entender mejor lo que es el Síndrome Premenstrual es necesario conocer las etapas del ciclo menstrual. El primer día de sangrado, marca el principio de un nuevo ciclo menstrual. El primer día de sangrado, marca el principio de un nuevo ciclo menstrual que incluye 3 fases, éstas son: 1) folicular o postmenstrual, que es cuando el folículo se desarrolla; 2) período periovulatorio cuando ya está maduro el óvulo y se prepara para la fecundación; 3) fase lútea o premenstrual que es cuando se prepara el óvulo y el endometrio para la implantación ⁽⁴⁾

La figura 1 ilustra el ciclo menstrual y las diferentes concentraciones hormonales durante cada etapa o fase

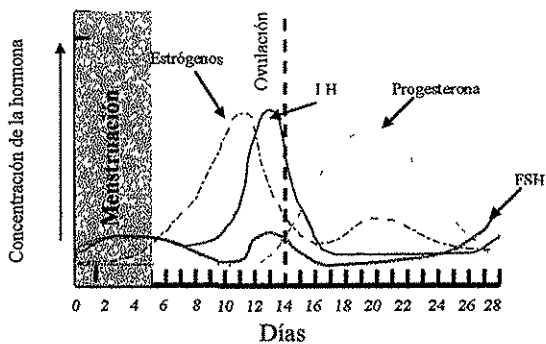


FIGURA 1: Concentraciones relativas de las hormonas de la hipófisis anterior (FSH y LH) y hormonas ováricas (estrógenos y progesterona) durante el ciclo menstrual

INFLUENCIA HORMONAL

Se ha informado que a lo largo del ciclo menstrual existe variación en la ingestión de alimentos y el estado de humor⁽⁵⁾ Los cambios de humor se identifican con los cambios en las concentraciones de las hormonas sexuales por lo que, conociendo la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

actividad de estas hormonas, se logrará entender mejor los síntomas premenstruales que sufren muchas mujeres ⁽⁶⁾

Se ha demostrado que los cambios de humor a lo largo del periodo menstrual están relacionados con alteraciones en la actividad serotogénica y la actividad de las hormonas esteroideas en el Sistema Nervioso Central, lo que explica al menos en parte muchos cambios y fluctuaciones en la ingestión de alimentos ⁽⁷⁾

Algunos estudios han informado mayor preferencia por los hidratos de carbono en la fase Premenstrual. La fluctuación es el apetito, ansiedad e ingestión de alimentos durante el ciclo menstrual, además de la vulnerabilidad y depresión, va en paralelo con el ciclo de la serotonina ⁽⁸⁾

Alimentación durante el ciclo menstrual.

Un estudio realizado en Alemania con 27 mujeres evaluadas a través de un registro diario de consumo de alimentos, informó que durante la fase lútea del ciclo menstrual, la ingestión de alimentos es mayor que durante la fase folicular. Se observó que la percepción subjetiva del sabor dulce varía durante el ciclo menstrual y que los alimentos dulces son consumidos en mayor cantidad durante el periodo Premenstrual ⁽⁹⁻¹¹⁾

Estilo de vida: ejercicio, cafeína, tabaquismo, etc.

Las mujeres que realizaban ejercicio informaron menos dolor menstrual que las mujeres sedentarias. También se informó que las mujeres que realizaban ejercicio tenían

menos ansiedad durante la menstruación. No se observó ninguna relación entre el ejercicio y el estado de ánimo ⁽¹⁶⁾

Se realizó un estudio en el cual se determinó la cantidad de cafeína consumida y las características del ciclo menstrual. Las mujeres que consumían más cafeína (> 300 mg por día) tenían más riesgo de tener periodos de menstruación más largos (> 8 días), comparado con las mujeres que no consumían cafeína. Además, las mujeres que consumían cafeína tenían riesgo de tener ciclos más cortos (< 24 días) ⁽¹⁷⁾

Algunos estudios sobre la relación del hábito de fumar y las características del ciclo menstrual mostraron que las mujeres fuman más durante la menstruación y fase lútea que en la fase ovulatoria, además, las fumadoras tienen ciclos más cortos (< 25 días) a riesgo de tener ciclos anovulatorios ⁽¹⁸⁻²⁰⁾

Un estudio comparativo sobre la frecuencia y la severidad y emocional de los síntomas menstruales en mujeres jóvenes de un área urbana y rural, revelaron que las mujeres del área urbana y rural, revelaron que las mujeres del área urbana refirieron más síntomas físicos y emocionales durante el periodo menstrual que las mujeres del área rural ⁽²¹⁾. En estudios similares se observó que las mujeres profesionales informaban más síntomas menstruales que las mujeres no profesionales ⁽²²⁾

En un estudio donde se determinan los factores que influenciaban al SPM se observó que las mujeres que tienden a consumir alcohol, consumen mayor cantidad durante la fase

lútea, también se observó que las mujeres IMC (Índice de Masa Corporal) mayor de 27 tenían más probabilidad de tener SPM que las mujeres con menos IMC. También se observó que las mujeres con edad de menarca menor a 12 años tenían más probabilidad de tener SPM. Por otro lado, se reportó que las mujeres de raza negra tendían más a tener SPM que mujeres de otras razas, por lo tanto, se concluyó, que los factores de estilo de vida y biológicos que tienen las mujeres están asociados con la prevalencia del SPM ⁽²³⁾

El Síndrome Premenstrual (SPM) es un padecimiento bien conocido, con importantes costos económicos y sociales causados por el ausentismo laboral de la mujeres afectadas. Una de las definiciones más aceptadas es la descrita como una “recurrencia cíclica en la fase lútea del ciclo menstrual de una combinación de alteraciones físicas o cambios conductuales de suficiente gravedad, que producen un deterioro en las relaciones interpersonales que interfieren con las actividades normales”

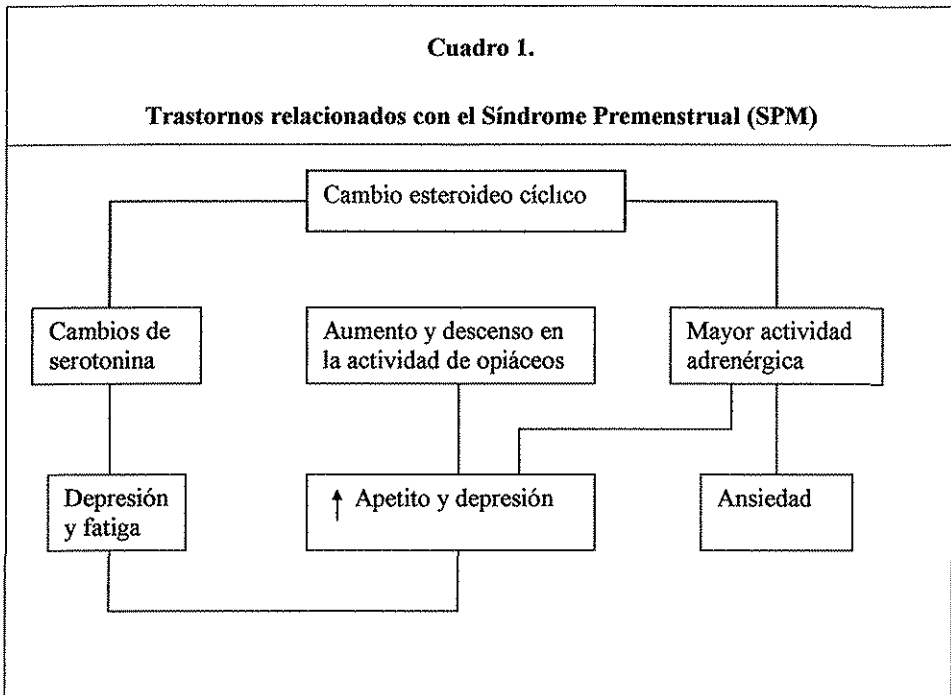
La causa del SPM es aún desconocida, pero existe una clara relación entre la fase lútea y dicho trastorno. Los síntomas inician con la formación del cuerpo lúteo y terminan cuando la progesterona y el estradiol alcanzan valores similares a los encontrados durante la fase folicular. Además, son subjetivos, por lo que se han asignado bases psicológicas, sociales y biológicas (bioquímicas, hormonales, etcétera) para establecer las causas. También se han sugerido algunas alteraciones neuroendocrinas para explicar los síntomas. En monos, por ejemplo, se ha demostrado, que hay altas concentraciones de un metabolito de la serotonina –5 hidroxindolacético (5-HIAA)- en animales dominantes, con respecto a los no dominantes, que disminuyen cuando los monos son aislados del grupo. Se ha observado que en un lapso de 24 a 48 horas, el nuevo animal dominante presenta un incremento en 5-HIAA, por lo que se relaciona un efecto de dicha sustancia con los cambios conductuales, efectos similares se le han atribuido al triptófano.

Un síntoma frecuente en el SPM es la depresión. Se ha observado una relación entre las concentraciones bajas de serotonina y depresión, lo cual podría ser causado por la deficiencia de vitamina B-6, la cual interviene en el metabolismo del triptófano y es un cofactor en la formación de dopamina, lo que puede originar deficiencia de algunas aminos cerebrales y, en especial, de la serotonina. Se sabe, además, que la concentración de serotonina cambia durante el ciclo menstrual: es baja durante los últimos días del ciclo y alta durante la fase lútea media. Sin embargo, no se ha demostrado un aumento en la serotonina en pacientes con SPM durante esta etapa. Otro neurotransmisor relacionado con el SPM es la dopamina. Ésta tiene una función muy importante en pacientes con esquizofrenia. Distintos bloqueadores de los receptores *D2* para dopamina, han demostrado un efecto antipsicótico. Se ha encontrado una relación con los esteroides y la función dopaminérgica, lo que pudiera condicionar la explicación de fenómenos psicóticos en las pacientes con SPM. Hay informes que establecen que la deficiencia de magnesio produce una depleción específica de dopamina cerebral, sin afectar a la serotonina ni la dopamina, se han encontrado niveles intracelulares reducidos de magnesio en las pacientes con SPM en comparación con las pacientes control.

Las prostaglandinas también se han considerado como factores etiológicos del SPM, sobre todo por la asociación que guarda con la dismenorrea y ésta, a su vez, como parte del SPM. La prostaglandina *E-2* tiene efectos sobre el SNC, incrementa la temperatura corporal, altera el flujo cerebral y afecta la actividad de algunos neurotransmisores. Pero la relación entre los síntomas y el SPM es solamente especulativa. Asimismo, se ha propuesto que la deficiencia de vitaminas *E* pudiera ser importante en la secreción anormal de prostaglandinas, en especial la *E-1* dentro del SNC.

Por otro lado, se ha demostrado que el estrés y otros trastornos de la personalidad podrían influir en la aparición de este síndrome. Se ha relacionado el estrés con un incremento en la gravedad de los síntomas en algunas pacientes con SPM. Hasta el momento, el SPM se considera como un estado biológico patológico complejo, que opera

produciendo dichos síntomas y cambios en el estado de ánimo de origen poligénico. En el Cuadro 1, se resumen algunos de los aspectos comentados.



Diagnóstico

La prevalencia de éste síndrome es de alrededor de 80% en mujeres en edad reproductiva. De éstas, sólo entre el 2% y el 5% presentan alteraciones graves en su estilo de vida lo que significa de tres a siete millones de personas en Estados Unidos. Existen cinco criterios básicos para establecer el diagnóstico de SPM.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- ◆ Presencia de al menos uno de los siguientes síntomas somáticos y afectivos durante cinco días antes de la menstruación y en por lo menos tres ciclos menstruales previos
 - **Síntomas afectivos** depresión, angustia, irritabilidad, confusión, rechazo social y fatiga
 - **Síntomas somáticos** hipersensibilidad mamaria, distensión abdominal, cefalea y extremidades congeladas
- ◆ Ausencia de síntomas dentro de los cuatro días posteriores al inicio de la menstruación, sin que vuelvan los mismos hasta el día 12 del ciclo
- ◆ Presencia de los síntomas sin haber tomado medicamentos, hormonas, drogas o alcohol
- ◆ Presencia de síntomas durante los dos meses posteriores
- ◆ Disfunción en sus relaciones sociales o económicas acorde con los siguientes criterios
 - Relación marital disfuncional, referida por la pareja
 - Dificultad para relacionarse
 - Actividad laboral alterada
 - Dificultades legales
 - Ideas de Suicidio
 - Ansiedad por atención médica para sus síntomas

De manera más practica se ha realizado un algoritmo para evaluar adecuadamente a las pacientes que probablemente presentan SPM

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Principalmente consiste en destacar trastornos psiquiátricos o alguna enfermedad orgánica que pudiera confundir por los síntomas. La clave del diagnóstico está en la presencia de un intervalo de alivio relativo de los síntomas

en los días 12 a 14 del ciclo menstrual. Los trastornos psiquiátricos que con mayor frecuencia se confunden son la depresión y la ansiedad.

Tratamiento

Para establecer un tratamiento adecuado se recomienda recordar que la fisiopatología de este síndrome se encuentra relacionada con tres elementos principales:

- ◆ Las alteraciones de los neurotransmisores presentadas en el SNC. Para esto, los fármacos recomendados son fluoxetina, buspirona, progesterona oral micronizada y nortriptilina. La terapia médica es a base de ejercicio, dieta y complementos nutricionales y vitamínicos.
- ◆ En problemas relacionados con la ovulación se ha empleado el danazol, estradiol y los agonistas de GnRH.
- ◆ Es importante emplear apoyo psicológico, como la psicoterapia o terapia de apoyo, la relajación del estrés, y la educación.

En cuanto a la terapia farmacológica, se debe tener en cuenta que ninguna sustancia, por el momento, ha sido aceptada por la FDA en Estados Unidos, por lo que no existe ningún esquema completamente aceptado para el SPM. Un esquema terapéutico que se ha utilizado es la administración de medroxi-progesterona a dosis de 30 mg cada mes. Otros esquemas son el uso del ácido mefenámico, 500 mg cada ocho horas, naproxen sódico, 550 mg cada 12 horas, progesterona oral micronizada, 200 mg dos veces al día. También se han utilizado los ansiolíticos como la buspirona, 5 a 10 mg cada 12 horas, alprazolam, 0.25 mg dos veces

al día, la nortriptilina, 25 a 125 mg, la fluoxetina, 20 mg por las mañanas, y la clomipramina, 25 a 75 mg diarios

Es importante establecer con certeza un diagnóstico, y excluir la presencia de cuadros psiquiátricos y psicósomáticos que pueden simular el SPM. El tratamiento debe ser individualizado y de acuerdo con los síntomas referidos por cada paciente.

Errores más frecuentes en el manejo del SPM

A pesar de que en la actualidad el Síndrome Premenstrual es un padecimiento muy bien conocido, infortunadamente es poco comprendido no sólo por parte de la paciente misma, sino por el propio gremio médico. Es por este desconocimiento que se generan los errores más comunes, sobre todo en lo que a diagnóstico se refiere y, por ende, en el manejo de la enfermedad.

Con no poca frecuencia, en síndrome premenstrual es confundido con trastornos psiquiátricos y, por lo tanto, el manejo difícilmente será el apropiado. Tomando en consideración que la dismenorrea es un acompañante frecuente del síndrome, no resulta raro, entonces, que el manejo se encamine únicamente a eliminar los síntomas, el dolor, por ejemplo, y se olvide el resto de los trastornos funcionales del padecimiento. De esta manera, no hay posibilidad de tratar los otros componentes del síndrome que pueden ocasionar trastornos de mayor importancia para la paciente y que sobrepasan la mencionada dismenorrea. Para aumentar las posibilidades de un diagnóstico acertado, es importante tener siempre en mente la prevalencia del trastorno que se establece hasta en el 80% en algunas estadísticas, y recordar los criterios básicos para establecer el diagnóstico correcto.

Debido a que el SPM afecta tanto a la mente como al cuerpo, el número de teorías acerca de sus causas es casi tan amplio como el de los propios síntomas. La investigación se ha centrado hasta ahora sobre todo en posibles factores fisiológicos, tales como la progesterona, las endorfinas del cerebro, las hormonas de la glándula tiroidea, y demás. Pero, como sucede con la mayoría de las enfermedades, el SPM responde a más de una causa. Algunas de las teorías más importantes desarrolladas hasta la fecha son las siguientes:

Los estrógenos y la progesterona

Durante mucho tiempo se ha venido sospechando que estas dos hormonas provocan de alguna forma los síntomas del SPM.

La idea de que el SPM lo causaba una deficiencia de la hormona progesterona surgió por primera vez en los años 30 y 40, cuando se creía que muchos de los síntomas del SPM los causaba una excesiva cantidad de estrógenos. Basándose en esta teoría, Katharina Dalton, una ginecóloga británica, empezó a prescribir progesterona a mujeres que sufrían de SPM. Según los informes al respecto, este tratamiento alivió los síntomas de casi todas las mujeres a las que se aplicó el mismo.

En 1990 apareció un importante estudio realizado por Ellen Freeman, doctora en Medicina, y sus colegas de la Universidad de Pensilvania en Filadelfia. Hallaron que los supositorios de progesterona no son en general más efectivos que un placebo para aliviar los síntomas premenstruales.

La teoría de la deficiencia de progesterona presenta otros problemas. Por ejemplo, la psiquiatra Barbara Parry, de la Universidad de California en San Diego, señala que si el culpable del SPM fuese una insuficiencia progresiva de progesterona, las mujeres aquejadas

de él tendrían una probabilidad de no ser fértiles superior a lo normal. Pero parece que no es el caso, por lo menos no fue así con las 600 pacientes que participaron en el programa centrado en el SPM que la doctora Parry llevó a cabo.

Incluso los diversos estudios que sugieren que las mujeres con SPM sí tienen una deficiencia de progesterona, no deja claro si los niveles bajos de esta hormona son la causa del SPM o bien una consecuencia de él, ya que el insomnio y otros problemas asociados con el síndrome premenstrual pueden causar en sí mismos una disminución del nivel de progesterona.

A pesar de estos resultados, no se puede descartar completamente que la causa del SPM tenga una base hormonal. Es posible que las mujeres que sufren del síndrome premenstrual sean sencillamente más sensibles a fluctuaciones relativamente pequeñas en los niveles normales de hormonas que las otras mujeres. Sin embargo, la tecnología actual utilizada para medir los niveles hormonales en sangre todavía no es lo bastante sofisticada como para poder verdaderamente probar esta teoría.

En 1989, en un trabajo científico publicado en una revista de ciencia británica, la doctora Dalton sugirió que en las mujeres afectadas de SPM podía darse una actividad menor a la habitual de los receptores de progesterona, y para activarlos es necesario niveles altos de progesterona o ciertos niveles de estrógenos. Otra posibilidad apuntada por ella es que las mujeres aquejadas de SPM experimentan síntomas parecidos a un síndrome de abstinencia cuando disminuye la cantidad de progesterona, ya que los síntomas premenstruales empeoran típicamente cuando los niveles de esta hormona decaen justo antes de la menstruación.

Los estrógenos y las endorfinas

Existen teorías centradas en los efectos que los estrógenos y la progesterona tienen en el cerebro. En experimentos realizados con ratas, se ha hallado que estas hormonas tienen un efecto directo sobre ciertas partes del cerebro, especialmente sobre el hipotálamo. Y lo que es más, existe cierta evidencia de que los estrógenos afectan la actividad de los mecanismos químicos naturales que intervienen en la reducción del dolor, conocidos como las endorfinas que produce el hipotálamo.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia del Síndrome Premenstrual en médicas y enfermeras del Hospital Adolfo López Mateos, así como la diferencia de los aspectos biopsicosociales en ambos grupos

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1 Identificar los signos y síntomas biológicos más frecuentes del SPM
- 2 Conocer los problemas psicológicos más frecuente a través de los criterios establecidos por Coopersmith y relacionarlo con el SPM
- 3 Determinar las repercusiones sociales más frecuentes por la presencia del SPM.

MATERIAL Y METODOS

SUJETOS

Durante el período de marzo al mes de Julio de 2002, se aplicaron 120 encuestas a médicas y enfermeras con rango de edad de los 15 a 35 años, del Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos con preguntas concernientes a aspectos biopsicosociales del Síndrome Premenstrual. El personal médico tiene como mínimo el título de Médico Cirujano y el personal de enfermería fue de nivel técnico,

Las preguntas fueron del tipo cerrado y se obtuvieron a partir de un formato de encuesta previamente validado por la Asociación Americana de Ginecología y Obstetricia, fueron autoaplicadas y anónima

Se le aplicó el cuestionario a 120 mujeres, 53 médicas y 67 enfermeras. Se eliminó a una médico por presentar el cuestionario incompleto, Posteriormente se seleccionaron aquellas mujeres que presentaran SPM con los criterios diagnósticos universalmente aceptados, Finalmente se detectó el SPM en 50 médicas y 50 enfermeras

El tipo de muestro fue no probabilístico, accidental y de cuota. No probabilístico, porque no todas las mujeres de 15 a 35 años, tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos, accidental, porque los sujetos que formaron parte de la muestra fueron aquellos que estuvieron dispuestas a proporcionar la información requerida para el estudio, por última el muestreo fue de cuota, ya que en base a la variable independiente, se fijó una

cuota de mujeres por ocupación. Por lo tanto, la muestra quedó conformada por 100 mujeres en total, 50 médicas y 50 enfermeras.

TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio transversal, observacional, descriptivo.

INSTRUMENTO

Se utilizó además el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), con el cual se aplicó la prueba t de Student, frecuencias, porcentajes y razón de momios.

Cuestionario elaborado para fines de conocer los síntomas más frecuentes durante el Síndrome Premenstrual. Este instrumento está construido por tres factores: biológico, psicológico y social.

A continuación se muestran los factores y sus reactivos.

Aspectos Biológicos Fue evaluado mediante las respuestas que se proporcionaron en las preguntas (anexo 1), considerando la frecuencia de las mismas. Las respuestas están estratificadas en los parámetros de SI-NO.

Aspectos Psicológicos Fue evaluado por medio de la Escala de Autoestima de Coopersmith (anexo 2), la que se califica de acuerdo con una plantilla y su puntaje es traducido en una puntuación normalizada, que finalmente se traduce en un diagnóstico de autoestima, así como con los reactivos, además de las preguntas presentadas en el anexo 2, que apoyadas por el cuestionario de autoestima complementan este aspecto.

Aspectos Sociales Fue evaluado mediante las respuestas proporcionadas en las preguntas (anexo 3), considerando la frecuencia de las mismas. Las respuestas están estratificadas en los parámetros SI-NO, así como con las respuestas de ingresos mensuales y ocupación

PROCEDIMIENTO

Se les solicitó al personal médico y de enfermería del Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos, su participación en dicha investigación, se les informó el objetivo del estudio por medio de una breve explicación y sólo lo contestaron aquellas mujeres interesadas en hacerlo. Los sujetos de estudio se eligieron aleatoriamente

RESULTADOS

El propósito del presente estudio fue determinar la prevalencia del Síndrome Premenstrual (SPM), en médicas y enfermeras del Hospital Regional, Lic Adolfo López Mateos, además conocer las diferencias en cuanto a síntomas y conductas relacionados con dicho síndrome tomando en cuenta sus aspectos biopsicosociales

En nuestro hospital existen 782 mujeres médicas y enfermeras (255 y 527 respectivamente), de las cuales se aplicó el cuestionario a 120 mujeres, De esta muestra de nuestra población total, fueron 53 médicas y 67 enfermeras Se eliminó a una médico por no contestar dicho cuestionario en más del 80%

Posteriormente se seleccionaron aquellas mujeres que presentaran SPM con los criterios diagnósticos universalmente aceptados, Del total de 119 mujeres, 100 de ellas (84.03%) presentó el SPM, 50 médicas y 50 enfermeras Con estos datos se obtiene la prevalencia que es del 84.03 de marzo a julio de 2002

El procedimiento que se siguió fue comparar los síntomas relacionados con el Síndrome Premenstrual en las 50 médicas y 50 enfermeras del Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos La evaluación se obtuvo a través del cuestionario sobre Síndrome Premenstrual, la cual se evaluó e interpretó de acuerdo a cada uno de los tres aspectos que resultaran significativos Los aspectos que conforman la encuesta son biológicos, psicológicos y sociales Los resultados se obtuvieron a través de la "t" de Student, tomando como nivel de significancia un valor de 0.05 y se exponen a continuación

Los síntomas biológicos que presentan significación son “Dolor en la espalda” (043), “Acné” (.024), “Hinchazón en las piernas y/o brazos” (.000), “Estreñimiento” (052) ” Se puede observar que las mujeres médicas presentan mayor “Dolor en la espalda” ($X=52$), “Acné” ($X=88$), “Hinchazón en las piernas y/o brazos” (.52) “Estreñimiento” ($X=40$), que las mujeres enfermeras Así mismo los síntomas más frecuentes durante el Síndrome Premenstrual son “Hinchazón de piernas y/o brazos” (41 587), “Acné” (22 583), “Estreñimiento” (14 461), “Distensión del abdomen” (13 358) y “Náuseas” (12 739) tanto en mujeres médicas como en enfermeras De los 13 síntomas cuestionados, 7 de ellos (53.8%) son más frecuentes en médicas, que en enfermeras

En relación a los aspectos psicológicos, existen dos valores significativos en “Cambia súbitamente de estado de ánimo” (.048) y “Depresión” (.056), encontrando que las mujeres enfermeras cambian de estado de ánimo súbitamente ($X=116$) y se deprimen más ($X=146$) que las mujeres médicas Así mismo se puede observar que los síntomas más frecuentes en el Síndrome Premenstrual tanto en mujeres médicas como enfermeras, son la Irritabilidad De las 8 alteraciones cuestionadas, en 6 de ellas (75%), son más frecuentes en enfermeras

Existe una diferencia significativa en la autoestima en mujeres médicas y enfermeras del Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos Se encontró que las mujeres médicas presentan mayor autoestima ($X=136$) que las mujeres enfermeras ($X=98$)

En los aspectos sociales, existen diferencias significativas en mujeres médicas y enfermeras en su disminución de actividades sociales (029) y en consumo de alcohol, encontrando que las mujeres médicas disminuyen sus actividades sociales ($X=92$) y

consume alcohol ($\bar{X}= 16$) en el período premenstrual que las mujeres enfermeras. De las 5 actividades sociales cuestionadas, en 4 de ellas (80%), son más frecuentes en enfermeras.

De todo lo anterior, encontramos que la mujer médico, se presentan con mayor frecuencia alteraciones a nivel biológico, por lo que se deduce que somatiza más el SPM, en cambio la enfermera, presenta más alteraciones a nivel psicológico y social, lo cual puede explicarse a que su autoestima es inferior a las médicas.

DISCUSION

El Síndrome Premenstrual (SPM) ha sido objeto de diversas investigaciones, contemplando su relación en diversos aspectos, sin embargo, son mínimos los estudios que se han hecho sobre el Síndrome Premenstrual en mujeres mexicanas, debido a esto se originó el interés para fines de una investigación

Hoy en día se sabe que el síndrome premenstrual es un problema de salud que sufren muchas mujeres. Los estudios realizados en otros países ayudan a visualizar mejor el problema del SPM en cuanto a su etiología y prevención, pero es evidente, que nuestra población es distinta a las demás en cuanto a sus costumbres, hábitos, saberes populares, hábitos alimentarios y estilo de vida de lo que hace distinto la manera de resolver el problema

En la bibliografía se ha informado que la frecuencia del SPM es de aproximadamente el 80% de la población general, y en nuestro estudio encontramos que es del 84.03%, un poco por arriba de lo que se reporta en otros estudios, sin embargo es necesario tomar en cuenta que nuestra población fue muy selecta, además de que la literatura consultada es proveniente de países desarrollados, por lo que su nivel socioeconómico es muy elevado y esto influye también de forma importante en la presentación del SPM.

Tomando en cuenta en nivel académico de nuestra población en estudio (técnico y licenciatura), se presentaron algunas diferencias significativas en el aspecto biológico a favor de las médicas por lo que deducimos que somatizan más el SPM, en cambio las enfermeras manifiestan más su SPM con tendencia a los aspectos psicológicos y sociales, el cual podría explicarse por la autoestima más baja en relación con las médicas

En algunas alteraciones biopsicosociales si se encontraron algunas diferencias que son notables en cuanto a la frecuencia de la presentación aunque no con significancia estadística a nivel general. Sólo se observó esta significancia a nivel muy específico.

Habría sido interesante averiguar cual es el impacto del SPM a nivel laboral, y conocer si esta patología repercute de forma importante en cuanto al ausentismo en el hospital.

De acuerdo a lo encontrado en nuestro estudio, sería adecuado establecer medidas de prevención e higiene mental en el personal y a nivel de población general para reducir el impacto que provoca el SPM.

Los estudios realizados en otros países ayudan a visualizar mejor el problema del SPM en cuanto a su etiología y prevención, pero es evidente, que nuestra población es distinta a las demás en cuanto a sus costumbres, hábitos, saberes populares, hábitos alimentarios y estilo de vida de lo que hace distinto la manera de abordar y resolver el problema.

No existen estudios sistematizados realizados en la población mexicana a nivel de población general, por lo que sería interesante conocer las diferencias en cuanto a cada uno de los aspectos del SPM, en nuestra población y así compararlos con la de otros países.

CONCLUSIONES

La prevalencia del Síndrome Premenstrual (SPM), en enfermeras y médicas del Hospital Regional Lic Adolfo López Mateos des del 84 03%, un poco por arriba de lo encontrado en países desarrollados a nivel de población general

Se logró identificar la presencia del SPM en médicas y enfermeras, analizando factores biológicos, psicológicos y sociales, donde la mujer médica presenta hinchazón de piernas y/o brazos, gusto exagerado por los dulces, acné, estreñimiento (factor biológico), disminución de actividades sociales y consumo de alcohol, mientras que la mujer enfermera presenta diarrea, cambio súbito de estado de ánimo, depresión y baja autoestima

Por lo anterior observamos que la mujer médico presenta en relación a la frecuencia de síntomas, más alteraciones a nivel biológico, por lo que se deduce que somatiza más el SPM, en cambio en la enfermera se observan alteraciones a nivel psicológico y social lo cual se ve explicada por la baja autoestima que presentan en comparación con la médica

El SPM es una enfermedad frecuente a la cual no se le da la importancia necesaria, tal vez por desconocimiento total del cuadro, que involucra además de aspectos biológicos, también aspectos psicológicos y sociales que podrían incluso ser más importantes en determinadas poblaciones o grupo de personas como lo pudimos ver en este estudio, y que en caso de no identificarse podría llevarnos a errores diagnósticos y terapéuticos

ANEXO 1

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES
DEL ESTADO
SERVICIO DE GINECOLOGÍA Y OBTETRICIA
ENCUESTA SOBRE SÍNDROME PREMENSTRUAL**

EDAD (AÑOS CUMPLIDOS): _____ **ESCOLARIDAD:** _____

FECHA DE ELABORACIÓN

Día	mcs	año
-----	-----	-----

ESTADO CIVIL

- | | | | |
|-------------|--------------------------|------------|--------------------------|
| SOLTERA | <input type="checkbox"/> | SEPARADA | <input type="checkbox"/> |
| CASADA | <input type="checkbox"/> | DIVORCIADA | <input type="checkbox"/> |
| UNION LIBRE | <input type="checkbox"/> | VIUDA | <input type="checkbox"/> |

OCUPACIÓN

- | | | | |
|------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| ENFERMERA | | MÉDICO | |
| Estudiante | <input type="checkbox"/> | Interno | <input type="checkbox"/> |
| Auxiliar | <input type="checkbox"/> | Residente | <input type="checkbox"/> |
| General | <input type="checkbox"/> | Adscrito | <input type="checkbox"/> |
| Especialista | <input type="checkbox"/> | Especialidad | _____ |

INGRESO ECONÓMICO FAMILIAR MENSUAL

- | | | | |
|----------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| MENOS DE \$1,000 | <input type="checkbox"/> | DE \$8,001 A \$10,000 | <input type="checkbox"/> |
| DE \$1,001 A \$4,000 | <input type="checkbox"/> | MAS DE \$10,000 | <input type="checkbox"/> |
| DE \$4,001 A \$8,000 | <input type="checkbox"/> | | |

¿A qué edad regló por primera vez? No lo recuerdo

¿Cuándo fue su última menstruación?

Día	mcs	año
-----	-----	-----

Cada	días
------	------

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

¿Cada cuándo menstrúa usted?

¿Su menstruación es Regular

Irregular

¿En que día inician los síntomas de la menstruación?

1 - 2 días antes

6-7 días antes

2-3 días antes

8 o más días antes

4-5 días antes

Dicha sintomatología ¿se ha presentado en por lo menos 3 ciclos previos y consecutivos?

Sí

No

Le han realizado alguna cirugía?

Sí

No

¿Cuál?

Salpingoclastia

Cesárea

Ooforectomía

Histerectomía

Salpingectomía

¿Padece alguna enfermedad crónica?

Sí

No

¿Utiliza algún método anticonceptivo?

Ninguno

Óvulos

DIU

Condón

Pastillas

Ritmo

Inyecciones

Otro (¿Cuál?) _____

TESIS EN
FALLA DE ORIGEN

Algunas mujeres manifiestan que presentan diferentes síntomas como los que se enlistan a continuación ¿Cuál o cuáles de los siguientes síntomas presenta usted, y los relaciona con su menstruación?

ANEXO 2

	SI	NO
Dolor en el bajo vientre		
Dolor de cabeza		
Náusea		
Diarrea		
Dolor de espalda		
Fatiga		
Acné ("barritos", durante algunos días)		
Hinchazón de piernas y/o brazos		
Estreñimiento		
Gusto exagerado por los dulces		
Tiene mayor sensibilidad en sus senos		
Cólicos		
Distensión Abdominal		
Irritabilidad (enojo)		
Agresividad		
Depresión		
Llora fácilmente		
Cambia súbitamente de estado de ánimo		
Tiene miedo sin saber la causa		
Tristeza		
Angustia		
Las relaciones con los demás es más problemática		
No quiere tratar a nadie		
Consume alcohol		
Aumenta su deseo de fumar		

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 3

INVENTARIO DE COOPERSMITH

De las siguientes afirmaciones Señale la opción que se aplique a usted Sólo es SI o NO.
No deje sin contestar ninguna de las afirmaciones

	SI	NO
1 Generalmente los problemas me afectan muy poco		
2 Me cuesta mucho trabajo hablar en público		
3 Si pudiera, cambiaría muchas cosas de mí		
4 Puedo tomar una decisión fácilmente		
5 Soy persona simpática		
6 En mi casa me enoja fácilmente		
7 Me cuesta trabajo acostumbrarme a algo nuevo		
8 Soy popular entre las personas de mi edad		
9 Mi familia generalmente toma en cuenta mis sentimientos		
10 Me doy por vencido (a) fácilmente		
11 Mi familia espera demasiado de mí		
12 Me cuesta mucho trabajo aceptarme como soy		
13 Mi vida es muy complicada		
14 Mis compañeros casi siempre aceptan mis ideas		
15 Tengo mala opinión de mí mismo (a)		
16 Muchas veces me gustaría irme de mi casa		
17 Con frecuencia me siento a disgusto en mi trabajo		
18 Soy menos bonita que la mayoría de la gente		
19 Si tengo algo que decir generalmente lo digo		
20 Mi familia me comprende		
21 Los demás son mejor aceptados que yo		

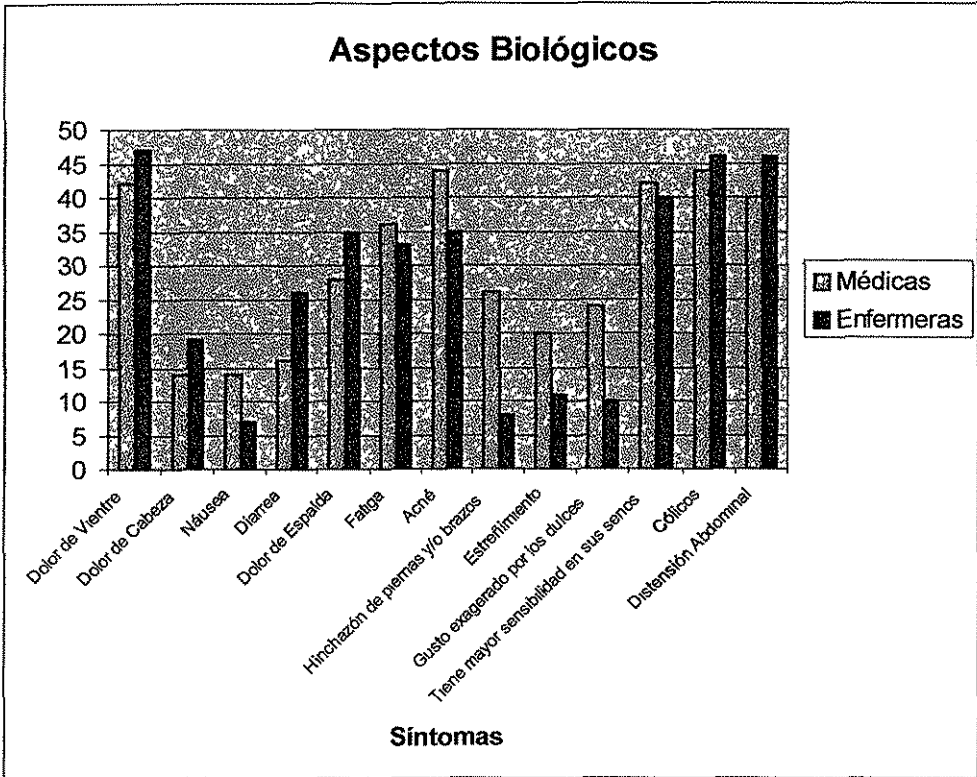
TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

22 Siento que mi familia me presiona		
23 Con frecuencia me desanimo en lo que hago		
24 Muchas veces me gustaría ser otra persona		
25 Se puede confiar muy poco en mí		

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

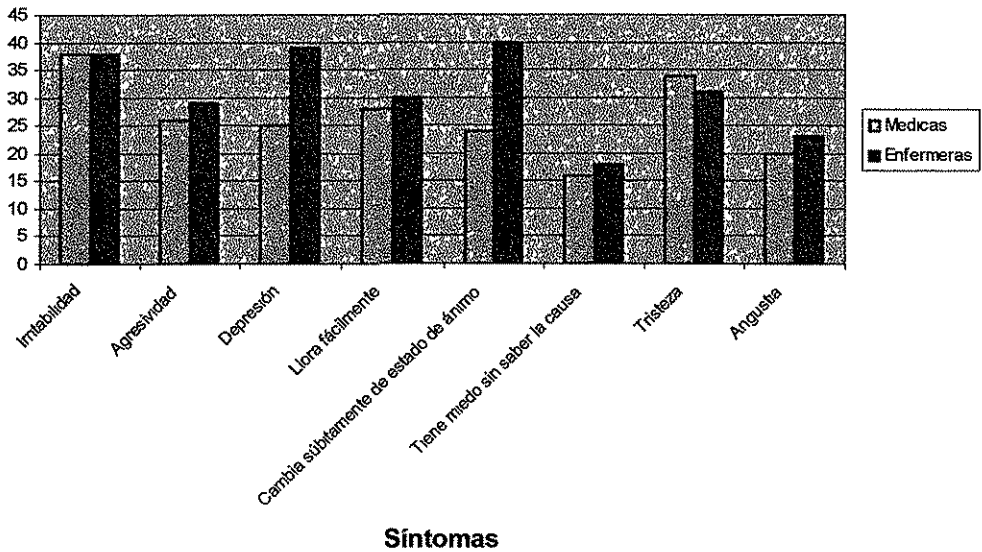
ESTA TESIS NO SALIÓ
DE LA BIBLIOTECA

ANEXOS

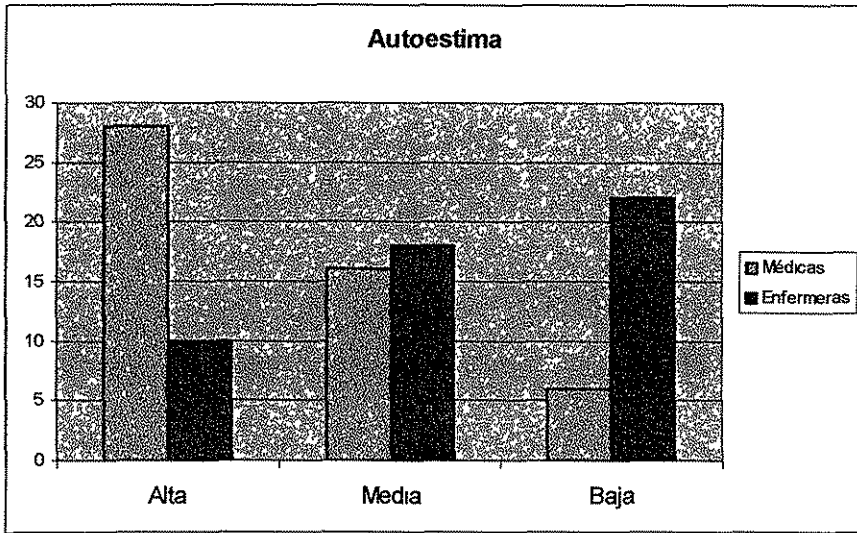


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Aspectos Psicológicos

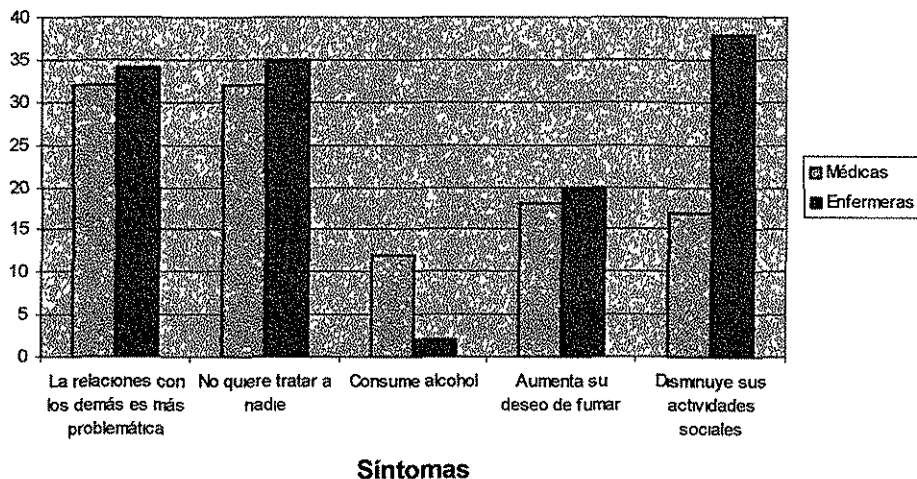


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Aspectos Sociales



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

BIBLIOGRAFIA

- 1 Alberti-Fidanza A, Fruttini D, Servili M Gustatory and sex differences influence salt preference *Physiol Behav* 1994, 55 193-7
- 2 Allen SS, Hatsukami D, Christianson D, Nelson D Symptomatology and energy intake during the menstrual cycle in smoking women *J Subs Abuse* 1996,8 303-19
- 3 AlBowen DJ, Grunberg NE Variations in food preference and consumption across the menstrual cycle *Physiol Behav* 1990, 47 287-91
- 4 Anson O Exploring the bio-phico-social approach to premenstrual experiences *Soc Sci Med* 1999, 49 67-80
- 5 Bancroft J The menstrual cycle and the well being of women *Soc Sci Med* 1995, 41 785-91
- 6 Bowen DJ, Grunberg NE Variations in food preference and consumption across the menstrual cycle. *Physiol Behav* 1990, 47 287-91
- 7 Camacho, R *Estadística con SPSS para Wondows* Edit Alfaomega 2001, 13-322
- 8 Carr – Nangle RE, Johnson WG, Bergeron KC, Nangle DW Body imagen ranges over the menstrual cycle in normal women *Int J Eat Disord* 1994, 16 267 89
- 9 Cohen IT, Sherwin BB, Fleming AS Food creving, mood, and menstrual cycle *Horm Behav* 1987, 21 457-70
- 10 Chau JP, Chang AM Relationship between premenstrual tension syndrome and anxiety in Chinese adolescents *J Adolesc Health* 1998,22 247-9

- 11 Choi P The menstrual cycle and premenstrual syndrome What is the news on the menstrual cycle an premenstrual syndrome? *Soc Sci Med* 1995, 759-60 Confirmation of the preoperative diagnoses for hysterectomy *Am J Obstet Gynecol*, 1994, 150 283-7
- 12 Danker-Hopfe H, Roczen K, Lowenstein-Wagner U Regulation of food intake during the menstrual cycle *Anthropol Anz* 1995, 53 231-8
- 13 Debond M, Klesges RC, Klesges LM Symptomatology across the menstrual cycle in smoking and nonsmoking women *Addict Behav* 1995,20 335-43
- 14 Deuster P, Adura T, South-Paul J Biological, Social and Behavioral Factors Associated with Premenstrual Syndrome *Arch Fam Med* 1999;8 122-128
- 15 Dye L, Blundell JE Menstrual cycle and appetite control implications for weight regulation *Hum reprod* 1997 12 1142-51
- 16 Fenser, L Quale C, Waller K, Windham GC, Elkin EP, Benowitz N, and cols Caffeine consumption and menstrual function *Am J Epidemiol* 1999, 15 550-7
- 17 Fitzgerald MH The interplay of culture and symptoms menstrual symptoms among Samoans *Med Anthropol* 1990, 12 145-67
- 18 Freman EW, Halbreich U Premenstrual Syndrome *Psychopharmacol Bull* 1998, 34 291-5
- 19 Freeman E, Rickels K, Schweizaer E, Ting T Relationship between age and symptoms severity among women seeking medical treatment for premenstrual symptoms *Psychol Med* 1995, 25 309 -315

- 20 Frye CA, Demolar GL. Menstrual cycle an sex differences influence salt preference
Phsiol Behav 1994; 55 193-7
- 21 Golberg DP The detection of psychiatric illness by questionnaire Maudsley Londres,
Oxford University Press, 1972
- 22 Gómez EM, Morales CF, Arieta PA, Gutiérrez E Detección de alteraciones
emocionales en pacientes obstétricas y ginecológicas Ginecología y Obstetricia de
Mex 1990, 58 112-16
- 23 Gong EJ Calloway DH Menstrual cycle and voluntary food intake Am J Clin Nutr
1989, 49 252-8
- 24 Hightower M Effect of exercise participation on menstrual pain and symptoms
Women Health 1997, 26 15-27
- 25 Huerta MR, Malacara JM, Rivera-Cisneros A, Díaz-Cisneros FJ Symptoms in
adolescents in two Mexican Cities and association with the menstrual cycle Ginecol
Obstet Mex 1994,62 146-51
- 26 Koff E, Rierdan J Early adolescents girl understanding of menstruation Women
Heakth 1995,22 1-21
- 27 Kurzer MS Women, Food and Mood Nutr Rev 1997, 55 268-76
- 28 Lara – Cantu A, Verduzco A, Acevedo M, Cortes J Validez y confiabilidad del
cuestionario de autoestima de Coopersmith para adultos en población mexicana Rev
Fac de Psicología 1993, 25 247-255

TESTE CON
FALLA DE ORIGEN