



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Síndrome de Ovario Poliquístico: aspectos biopsicosociales e
implicaciones de vivir con el síndrome

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A

Samara Yael Núñez Luna

Directora:

Lic. María del Rosario Guzmán Rodríguez

Dictaminadores:

Lic. Brenda Admin González Muñoz

Lic. Karen Bartolo Estrada

Vo. Bo
M. [Firma]
27/02/24



Los Reyes Iztacala, Edo. de México, 2024



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.

Resumen

El presente trabajo tiene la finalidad de analizar los aspectos psicológicos y sociales relacionados con el Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), partiendo del hecho de que la mayor parte de la bibliografía y trabajos realizados sobre el SOP, se centran principalmente en la cuestión médica y fisiológica, dejando de lado los aspectos psicológicos. En primer lugar, se abordan las condiciones ováricas normales y se retoma la definición del síndrome y sus principales características, así como los posibles tratamientos. Posteriormente, se abordan las implicaciones y repercusiones en la vida social, personal y sexual de una mujer con SOP, pues considerar estos aspectos favorece un adecuado manejo del síndrome y el establecimiento de hábitos y rutinas saludables que permitan controlar los síntomas. Se concluye que, el SOP es un síndrome multifactorial que afecta a la mujer no solo física sino también psicológicamente, por ende, partir de una adecuada psicoeducación sobre el tema, contar con redes de apoyo, además de un nivel adecuado de autoestima y autoconocimiento, favorecerá notablemente la calidad de vida de las mujeres que viven con SOP.

Palabras clave: Síndrome de Ovario Poliquístico, aspectos psicológicos, tratamiento, implicaciones, vida social, manejo del síndrome, síntomas, redes de apoyo, calidad de vida.

Índice

Introducción y planteamiento del problema_____	4
1. Capítulo 1: Fisiología femenina	
1.1. Condiciones ováricas normales_____	10
1.2. Fisiología normal del ciclo menstrual y hormonas que participan_____	12
2. Capítulo 2: ¿Qué es el Síndrome de ovario poliquístico?	
2.1. Factores de riesgo, diagnóstico y síntomas_____	18
2.2. Aspectos hormonales_____	27
2.3. Aspectos metabólicos_____	28
3. Capítulo 3: Tratamientos posibles para el síndrome	
3.1. Tratamiento farmacológico_____	31
3.2. Tratamiento no farmacológico_____	34
4. Capítulo 4: Importancia del autoconocimiento corporal en mujeres	
4.1. Concepción de la sexualidad y el cuerpo femenino en la sociedad actual_	37
4.2. Percepción de las mujeres sobre su cuerpo y vida sexual_____	40
5. Capítulo 5: Implicaciones psicológicas y sociales de vivir con un desorden hormonal y metabólico	
5.1. Variables psicológicas relacionadas con el síndrome_____	42
5.2 Impacto en el autoconcepto, autoestima y sexualidad de la mujer_____	47
5.3 Estilo de vida y autopercepción a partir del diagnóstico del síndrome_____	51
5.4 Relaciones interpersonales de la mujer con SOP_____	53
6. Conclusiones_____	56
Referencias_____	60

Síndrome de Ovario Poliquístico: Aspectos Biopsicosociales e Implicaciones de Vivir con el Síndrome

Para hablar y entender sobre el Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), considerado como un desorden con implicaciones hormonales y metabólicas, es necesario que primero se hable acerca de la fisiología normal del aparato reproductor femenino. Al nacer, una mujer presentará en condiciones normales dos ovarios, los cuales contienen pequeñas “bolsitas” llamadas folículos que a su vez contienen dentro los óvulos que a lo largo de la vida se desarrollarán y darán paso a la menstruación en la edad fértil, de forma que mes con mes hasta la menopausia, existirá un folículo más grande que contiene al óvulo más desarrollado y maduro que los otros, el cual se desprenderá hacia la matriz para una posible concepción. Cabe mencionar, que en la edad adulta, el tamaño promedio de cada ovario es de 3,5 x 2 x 1 cm equivalente a un volumen entre 3-6 ml.

Por su parte, el ciclo menstrual se define como la preparación del cuerpo de la mujer para un posible embarazo y ocurre mensualmente durante los años reproductivos. Tiene una duración aproximada de entre 25 y 32 días, sin embargo, el ciclo menstrual varía de una mujer a otra, en cuanto a duración y cantidad de sangrado, debido a diversos factores como la edad, peso, dieta, nivel de ejercicio físico, grado de estrés y factores genéticos. A lo largo del ciclo menstrual, participan diversas hormonas como el estrógeno, progesterona, y la hormona luteinizante, que hacen posible que el óvulo madure y que el cuerpo se prepare para un posible embarazo, y una vez que termina un ciclo, pueda volver a comenzar uno nuevo.

Ahora bien, en el Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), los ovarios funcionan de forma diferente. En este caso, existe un desequilibrio hormonal que no permite que los

óvulos maduren adecuadamente, de forma que puede ocurrir que no exista un óvulo más maduro que los demás, lo que propiciará que no exista ovulación y por lo tanto no se llevará a cabo la menstruación. De manera que al decir “ovarios poliquísticos” se hace referencia al hecho de que al realizar una imagen ecográfica o ultrasonido, se observará que los ovarios presentan un volumen mayor de 10 ml (recordando que el volumen promedio es de 3-6 ml), y además se observarán folículos más pequeños de lo habitual, lo que indica que no han madurado.

Para generar un diagnóstico respecto al SOP, es necesario contar con al menos dos aspectos de los siguientes tres:

- Hiperandrogenismo: puede ser clínico, es decir, presencia de hirsutismo o exceso de vello facial, alopecia, presencia de acné, ensanchamiento de la cintura; y analítico, es decir, que al realizar un análisis de sangre se verifique exceso de andrógenos.
- Anovulación: retrasos menstruales debido a la ausencia de ovulación mes con mes.
- Ovario poliquístico: trastorno funcional del ovario caracterizado porque los folículos del ovario no maduran como deberían.

Así mismo, al hablar del SOP deben considerarse aspectos hormonales y metabólicos. Dentro de los aspectos hormonales se encuentra el exceso de andrógenos, las cuales son hormonas sexuales masculinas que incluyen a la testosterona. Las mujeres también contamos con estas hormonas, pero en menor cantidad que los hombres, sin embargo, en el SOP estas hormonas se encuentran en un nivel mayor al promedio. De forma que el exceso de testosterona en las mujeres genera un retraso en la maduración de los óvulos, además de algunas características como exceso de vello facial, acné y alopecia.

Por otra parte, los aspectos metabólicos incluyen un problema conocido como “resistencia a la insulina”. Para explicar esto, debemos recordar que nuestro cuerpo necesita energía para funcionar, y esa energía se obtiene de la glucosa que se encuentra en los alimentos, por lo que una vez que éstos se descomponen, la glucosa se queda en el torrente sanguíneo, de manera que la insulina es la encargada de introducir la glucosa a las células para su aprovechamiento, sin embargo, cuando existe demasiada glucosa en sangre, la insulina debe producirse en mayor cantidad para poder introducir la glucosa a las células, por lo que existe resistencia en los receptores de las células para que se introduzca la glucosa, y a esto es a lo que se le llama “resistencia a la insulina”. Este aumento de insulina en muchas ocasiones da paso a la diabetes tipo II, y además aumenta los triglicéridos, el colesterol malo, la tensión arterial, por lo que a largo plazo genera enfermedades cardiovasculares.

Dentro de los factores de riesgo pueden encontrarse aquellos de tipo genético, ya que de acuerdo con un estudio realizado por Sir-Peterman et al. (2001), en las familias de pacientes con SOP, la frecuencia de encontrar una patología metabólica (diabetes, obesidad, hipertensión arterial y dislipidemia) es 2,7 veces mayor que en familias de mujeres sin SOP y los padres de mujeres con SOP presentan una mayor incidencia de alteraciones metabólicas y la aparición precoz de diabetes tipo 2 en comparación a los padres de mujeres sin el síndrome, todo lo cual sugiere un componente genético en la etiología de la enfermedad metabólica del SOP. Por su parte, existen factores de riesgo ambientales como la obesidad (lo que empeora la resistencia a la insulina), además de que se ha relacionado el bajo peso de nacimiento con un riesgo elevado de patologías del adulto como hipertensión arterial y diabetes tipo II.

Debido a todo lo mencionado anteriormente, cobra importancia el llevar a cabo un tratamiento oportuno, el cual, dependiendo el caso particular de cada mujer, puede ser farmacológico, nutricional, psicológico o una combinación de éstos. Un tratamiento farmacológico incluye la ingesta de pastillas anticonceptivas, las cuales ayudan a la regulación hormonal y actúan sobre los aspectos relacionados con el exceso de testosterona. Además, se pueden prescribir antidiabéticos sensibilizadores de los receptores de la insulina como la metformina. Es ideal sobre todo para mujeres obesas con SOP pues, además de sensibilizar a los receptores, ayuda a adelgazar. La metformina, al corregir la resistencia a insulina mejora la función ovárica y por tanto todos los demás síntomas del SOP.

A su vez, el tratamiento nutricional actúa sobre los aspectos metabólicos, ya que, al comer saludablemente, disminuir la ingesta de carbohidratos y azúcares refinados, además de realizar actividad física regularmente, se disminuye la resistencia a la insulina. De manera general, se debe considerar el llevar a cabo una dieta que propicie la sensibilidad de los receptores de insulina y mejorar la calidad de la misma.

Por su parte, Gómez-Acosta et al. (2015), enuncian que este síndrome está relacionado con problemas psicológicos como estrés, ansiedad, depresión, disminución de la calidad de vida, cambios en la imagen corporal e identidad, baja autoestima, y disfunciones psicosexuales.

Además, debe considerarse el impacto del síndrome en el autoconcepto de la mujer, ya que pueden existir cambios físicos derivados del desorden hormonal, lo que a su vez impactará en la autoestima y la forma en que se relaciona con los demás.

Por último, también debe hablarse sobre el impacto que el SOP puede tener en la vida sexual de la mujer, ya que los cambios físicos y hormonales también incluyen la disminución de la lubricación vaginal, además del exceso de vello en zonas que no son comunes en el cuerpo de la mujer.

De manera que, actualmente el Síndrome de Ovario Poliquístico se ha convertido en un problema de salud que afecta a cada vez más mujeres en edad fértil. Este síndrome se relaciona con otras enfermedades como la obesidad, hipertensión, diabetes mellitus, cáncer de mama y de endometrio, entre otras, por lo que se vuelve de vital importancia el diagnóstico oportuno para evitar que a largo plazo se generen también estas enfermedades, así como un tratamiento integral que genere un impacto positivo en los aspectos hormonales, metabólicos y psicológicos derivados del síndrome.

En cuanto al tratamiento psicológico debe realizarse un amplio trabajo ya que se deben abordar diversos aspectos que como se mencionó anteriormente, incluyen el autoconcepto de la persona y los cambios físicos o visibles que se pueden generar, así como los posibles cambios en la manera de relacionarse con los demás. Por lo que al hablar del SOP deben tomarse en cuenta tanto los aspectos médicos como psicológicos, ya que comúnmente solo se abordan los aspectos médicos, y los tratamientos se enfocan solamente en lo hormonal y metabólico, y se deja de lado la manera en que el diagnóstico del síndrome impacta en la vida social de la persona y su salud mental.

Por lo que el explorar los aspectos psicológicos y la manera en que la persona percibe la enfermedad y la afronta en su vida diaria, permitirá conocer una nueva y más amplia dimensión de la enfermedad, y a su vez se podrán generar o proponer tratamientos que abarquen todos los aspectos posibles del síndrome, ayudando a que la persona conozca

y acepte la enfermedad, tomando en cuenta todo aquello que ayudará a la persona a mantenerse saludable física y mentalmente.

Además, el acompañamiento psicosocial permite que las pacientes cuenten con espacios para manifestar sus emociones, fortalezcan sus estrategias de afrontamiento a las situaciones asociadas a la enfermedad, y propicia la creación de vínculos sociales, además de que todas estas alternativas son clave en el incremento de la autoimagen y la autoestima.

De forma que, es importante realizar acompañamiento a familiares e incluirlos, de manera que comprendan la situación y sirvan de apoyo emocional ante las crisis emocionales que la paciente pueda manifestar. El fortalecimiento de dichos vínculos posiblemente pueda contribuir a evitar sensaciones de infelicidad, frustración y depresión, además de que puede incrementar los niveles de optimismo, autoestima y bienestar social percibido. Sin embargo, el fortalecimiento del soporte social debe hacerse con cautela y responsablemente, ya que en algunos individuos puede potenciar una excesiva dependencia al grupo de apoyo, lo que a la larga puede ser perjudicial.

Por ende, el objetivo del presente trabajo es analizar los aspectos psicológicos y sociales involucrados en el Síndrome de Ovario Poliquístico.

Capítulo 1: Fisiología Femenina

En este apartado se hablará de aquellos aspectos fisiológicos que se consideran normales o dentro de la media en el cuerpo de la mujer, ya que al identificar lo que se considera normal, podrá entonces identificarse también aquello que no lo es, y que puede ser una señal de alarma para la salud femenina.

En este sentido, se abordarán las dimensiones normales de los ovarios, el ciclo menstrual y las hormonas que participan en el mismo, lo que será necesario más adelante para la comprensión del concepto de Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP).

1.1. Condiciones Ováricas Normales

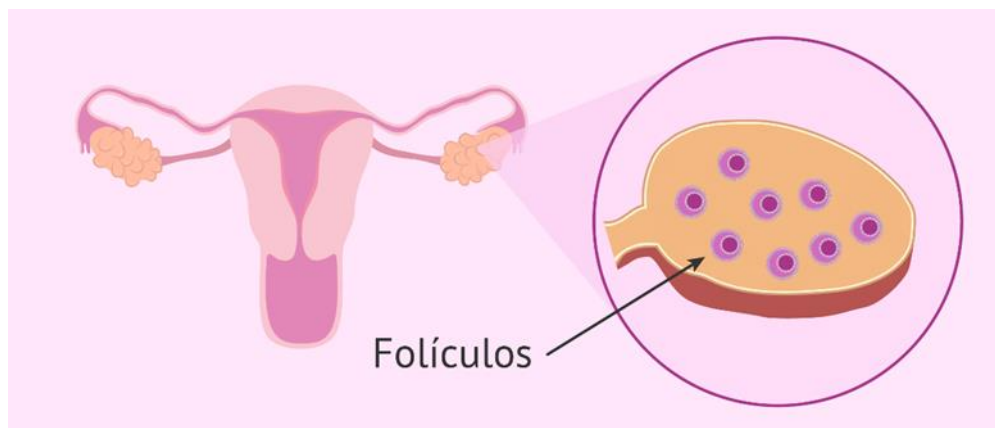
Desde el momento del nacimiento, los ovarios de la mujer presentan cambios que no sólo afectan a su tamaño, sino también a su función. Comienzan a desarrollarse desde que el embrión tiene aproximadamente 8 semanas de vida, y desde esta etapa se producen una serie de cambios que lo van preparando para realizar su función reproductiva en la etapa fértil de la vida de la mujer.

De acuerdo con el Instituto Bernabeu (2016), al momento de nacer, una recién nacida presentará en condiciones normales dos ovarios, cada uno de ellos medirá 1 cm de diámetro, pesará unos 250-350 mg y contendrá todas las células que en los años posteriores madurarán y ovularán en los sucesivos ciclos menstruales (400 a 500 ovulaciones a lo largo de 35 a 40 años en promedio). Por lo que dichas células, llamadas óvulos, se encuentran contenidas dentro de unas pequeñas “bolsitas” que reciben el nombre de “folículos”, existiendo a su vez dentro de los ovarios.

De manera que, en la pubertad cuando comienza la etapa fértil de la mujer, comienzan a existir grandes cambios en el aparato reproductor femenino gracias a diversas hormonas que se ven involucradas y de las que se hablará más adelante, lo que desencadena una maduración progresiva de los folículos, y posteriormente ocurre la ruptura del folículo más maduro para la posterior liberación de un óvulo.

Cabe aclarar que, en la edad adulta, el tamaño promedio de cada ovario es de 3,5 x 2 x 1 cm equivalente a un volumen entre 3-6 ml, y cuando comienza la menopausia, nuevamente existen cambios importantes en los órganos sexuales, existiendo una disminución de los niveles hormonales los cuales a su vez provocan una disminución en la maduración de los folículos, por lo que llegan a presentarse ciclos menstruales cada vez más cortos o ausentes (ciclos anovulatorios) (Torres y Torres, 2018).

Figura 1. Aparato reproductor femenino, folículos ováricos.



Nota. Recuperado de Reproducción Asistida ORG, 2022, <https://www.reproduccionasistida.org/que-son-los-ovarios-poliquisticos/>

Por lo que en la menopausia y en los años posteriores, los ovarios disminuyen de tamaño hasta alcanzar una medida similar a la que tenían en el inicio de la vida de la mujer.

Es así que el tamaño del ovario guarda una relación directa con el número de óvulos potenciales de los que se dispondrán a lo largo de la etapa fértil de la vida. Por lo que una mujer joven con ovarios pequeños tiene mayor probabilidad de tener dificultad para embarazarse, debido a que posee una menor reserva de óvulos.

Sin embargo, el hecho de tener ovarios más grandes no implica mayor fertilidad, ya que el tamaño puede estar aumentado debido a la presencia de quistes o tumores, principalmente en mujeres con síndrome de ovario poliquístico. De aquí la importancia de conocer las medidas consideradas como normales de los ovarios para poder identificar alguna anomalía relacionada ya sea con el tamaño o función de los órganos sexuales femeninos.

1.2. Fisiología Normal del Ciclo Menstrual y Hormonas que Participan

Recordemos que el ciclo menstrual dura convencionalmente 28 días, sin embargo, esto varía en cada mujer, dependiendo de su actividad física, hábitos alimenticios y de sueño, edad, peso, ritmo de vida y estrés, problemas emocionales, intervenciones quirúrgicas, tratamientos farmacológicos, entre otros aspectos, ya que todo lo anterior puede llegar a afectar el ciclo, pudiendo durar más o menos días de los mencionados o ser irregular y variable tanto en duración como en cantidad. De modo que, considerando estas variaciones, Zanin et al. (2011) enuncian que el ciclo menstrual de una mujer estará presente en su vida fértil alrededor de unos 35-40 años. Por lo que los años fértiles normales se caracterizan por variaciones mensuales de la secreción de hormonas femeninas, lo que a su vez da paso a la menstruación, además de que se llevan a cabo también modificaciones en los ovarios y otros órganos del aparato reproductor femenino.

Por lo que el ciclo menstrual se caracteriza por la maduración de los óvulos y por el hecho de que se producen una serie de cambios dirigidos al establecimiento de un posible embarazo, aunado a la preparación del endometrio para dicho fin, el cual se define como aquel órgano que reviste el útero donde podría desarrollarse el embrión. El inicio del ciclo se define como el primer día de la menstruación (sangrado) y el fin del ciclo es el día anterior al inicio de la siguiente menstruación.

Comencemos por mencionar que el ciclo menstrual es el resultado de la interacción entre:

- Hipotálamo. Es una parte del encéfalo encargada de mantener la temperatura corporal, e influye en conductas como la alimentación y la ingesta de líquidos.
- Hipófisis. Glándula que se encuentra en la base del cráneo, cuya función es controlar la actividad de otras glándulas y regular algunas funciones del ciclo menstrual y del cuerpo como el desarrollo o la actividad sexual. De manera que la hipófisis produce las hormonas luteinizante y foliculoestimulante, que originan la ovulación y estimulan a los ovarios para producir estrógenos y progesterona, lo cual será explicado con mayor detalle más adelante.
- Ovarios. Se encuentran situados justo en la parte baja del abdomen, a ambos lados del útero. Dentro de los ovarios se encuentran los óvulos que madurarán a lo largo de la etapa fértil de la mujer.
- Útero. Es el órgano reproductor femenino que se encuentra en la pelvis, primordial en el ciclo menstrual, conocido también como “matriz”, donde en el caso de existir un embarazo, se lleva a cabo la maduración del embrión y aloja al feto en sus meses de desarrollo.

Ahora bien, el ciclo menstrual se divide en dos fases: la fase folicular que precede a la ovulación, y la fase lútea, que se presenta después de la ovulación.

Durante la fase folicular, la hormona foliculoestimulante (FSH) promueve el crecimiento de los óvulos en los folículos ováricos (pequeñas bolsas que contienen óvulos), lo que permite que puedan madurar. Así mismo, la FHS ayuda a producir grandes cantidades de estrógenos, los que a su vez ayudan en la reconstitución del endometrio cada mes preparándose para la posible implantación del óvulo fecundado, estimulando además las glándulas cervicales que producen cambios en el moco cervical, haciéndolo transparente, elástico y escurridizo para que los espermatozoides puedan pasar fácilmente. Cabe mencionar que el endometrio es la capa más interna del útero, que se engruesa para recibir al óvulo fecundado, y si no hay embarazo, se descama volviendo a quedar en su grosor mínimo, por lo que este proceso (engrosamiento y adelgazamiento del endometrio) sucede en cada ciclo.

Posterior a la fase folicular se presenta la ovulación, desencadenada por un aumento de estrógenos que estimulan la secreción de la hormona luteinizante (LH), por lo que es en esta etapa donde el folículo crece aceleradamente y se produce la rotura folicular que conlleva a la liberación del óvulo hacia las trompas de Falopio y es transportado en su interior hacia el útero.

Así mismo, continuando con lo enunciado por Zanin et al. (2011), la fase lútea comienza algunas horas después de haber sido expulsado el óvulo del folículo maduro, por lo que se producen una serie de cambios en el folículo, ya que las células que quedan en el mismo, cambian y forman el cuerpo lúteo o cuerpo amarillo, que es básicamente el folículo ya sin el óvulo, que se mantendrá en el ovario alrededor de 14 días en ausencia de

embarazo. El cuerpo lúteo secreta progesterona y una menor cantidad de estrógenos, y bajo la influencia de ambas hormonas, aunque principalmente de la progesterona, el endometrio comienza su fase secretora, que es indispensable en la preparación del útero para la implantación en caso de que el óvulo sea fecundado.

Figura 2. Fases del ciclo menstrual en condiciones ováricas normales.



Nota. Recuperado de GeoSalud, 2018, <https://www.geosalud.com/ginecologia/menstr.fases.htm>

Si no se produce la fecundación a los 14 días aproximadamente después de la ovulación, disminuyen los niveles de progesterona y estrógenos, lo que genera que el endometrio se descame y se produzca un sangrado, el cual conocemos como menstruación.

Como pudimos ver, el ciclo menstrual se caracteriza por una serie de niveles hormonales variables, tomando en cuenta que la producción hormonal ovárica está regulada por el hipotálamo y la glándula hipófisis, además de recibir influencias de la corteza cerebral y del sistema límbico. En resumen, las principales hormonas que participan en el ciclo son:

- Hormona liberadora de gonadotropina (GnRH): es producida por el hipotálamo y se encarga de que otra glándula u órgano libere otras hormonas en la sangre. En el caso de la GnRH, hace que la glándula pituitaria anterior produzca, almacene y libere la hormona foliculoestimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH).

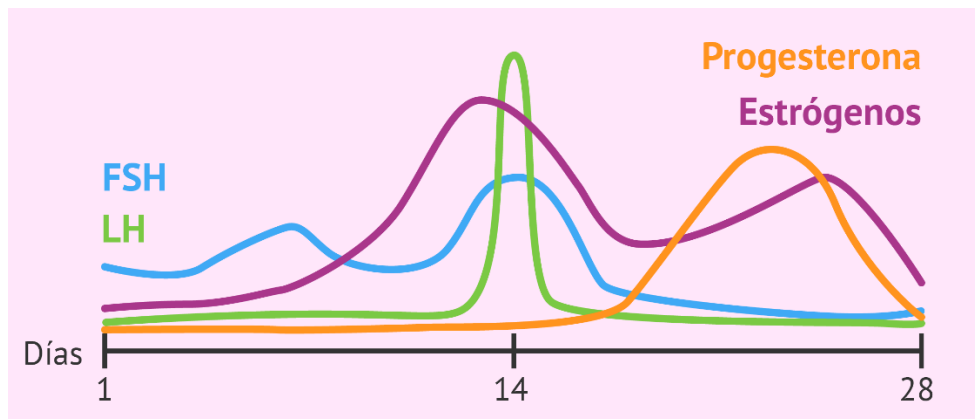
-Hormona foliculoestimulante (FSH): estimula el crecimiento de los folículos ováricos y ayuda en la producción de grandes cantidades de estrógeno.

-Hormona luteinizante (LH): su liberación causa la ovulación, y una vez que se libera el óvulo, estimula al folículo vacío y éste se convierte en el cuerpo lúteo que posteriormente secreta cantidades cada vez mayores de progesterona y pequeñas cantidades de estrógeno.

-Estrógeno: ayuda en la reconstitución del endometrio cada mes preparándose para la posible implantación del óvulo fecundado, y a su vez, estimula las glándulas cervicales que producen cambios en el moco cervical, haciéndolo transparente, elástico y escurridizo para que los espermatozoides puedan pasar fácilmente. Además, el estrógeno junto con la FSH promueve el crecimiento del óvulo en el folículo ovárico. Una vez que el folículo ovárico dominante libera un óvulo maduro, aquél se convierte en el cuerpo lúteo y comienza a secretar progesterona.

-Progesterona: ayuda a que el endometrio se siga desarrollando, al promover la maduración de los vasos sanguíneos del endometrio. Además, contribuye a que las glándulas endometriales se agranden y comiencen a secretar nutrientes en la cavidad uterina (por si un óvulo ha sido fecundado). Sin embargo, la progesterona también limita el volumen del endometrio; sin progesterona, el estímulo del estrógeno sobre el endometrio sería excesivo.

Figura 3. Hormonas que participan en el ciclo menstrual.



Nota. Recuperado de Reproducción Asistida ORG, 2023, <https://www.reproduccionasistida.org/fases-del-ciclo-menstrual/>

Capítulo 2: ¿Qué es el Síndrome de Ovario Poliquístico?

Una vez que hemos abordado lo que sucede en el cuerpo de la mujer mes con mes, y comprendemos lo que se considera normal en su etapa fértil, desarrollaremos el concepto de Síndrome de Ovario Poliquístico, puntualizando los factores de riesgo, los aspectos que deben tomarse en cuenta para su diagnóstico, así como otras implicaciones características del síndrome.

2.1. Factores de Riesgo, Diagnóstico y Síntomas

Para comenzar, es importante establecer la definición de Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP), por lo que retomando lo enunciado por la ginecóloga Al Adib (2018), este síndrome es un desorden hormonal provocado por una alteración de la función de los ovarios, es decir, que funcionan de forma diferente a como deberían hacerlo.

Un aspecto importante a considerar, es la alta prevalencia de este síndrome, siendo uno de los más comunes en mujeres en edad fértil, y que en ocasiones puede llegar a ser difícil de diagnosticar ya que algunos de sus síntomas se confunden con aspectos normales propios del crecimiento o desarrollo en la pubertad, como el acné y la presencia de vellos en diversas partes del cuerpo, incluso la irregularidad de los ciclos menstruales los primeros años desde la menarquia. Respecto a esto, según lo descrito por Merino et al. (2015) “es importante no asignar precozmente el diagnóstico de SOP en la paciente adolescente, ya que puede llevar a tratamientos innecesarios y preocupación excesiva acerca de las consecuencias que este trastorno puede determinar en la vida adulta”. De manera que cuando se sospecha de la presencia de SOP en adolescentes, es necesario llevar a cabo un seguimiento de los síntomas por al menos los primeros cinco años después de la menarquia, para posteriormente confirmar o descartar el diagnóstico dependiendo la evolución de los síntomas.

De forma que se vuelve primordial descartar dicho diagnóstico ante la presencia de estos síntomas que se especificarán más adelante, aunado al hecho de que un diagnóstico temprano y oportuno genera menores problemas o complicaciones de salud, a diferencia de las consecuencias metabólicas y reproductivas que causa un diagnóstico tardío o sin tratamiento adecuado.

Actualmente, se utilizan una serie de criterios para diagnosticar a una mujer con SOP, llamados criterios de Rotterdam, por lo que deben presentarse obligatoriamente al menos dos de los tres criterios que se mencionan a continuación:

- 1. Ovarios poliquísticos (confirmados con una ecografía o ultrasonido)**
- 2. Hiperandrogenismo clínico y/o analítico.**
- 3. Ciclos anovulatorios.**

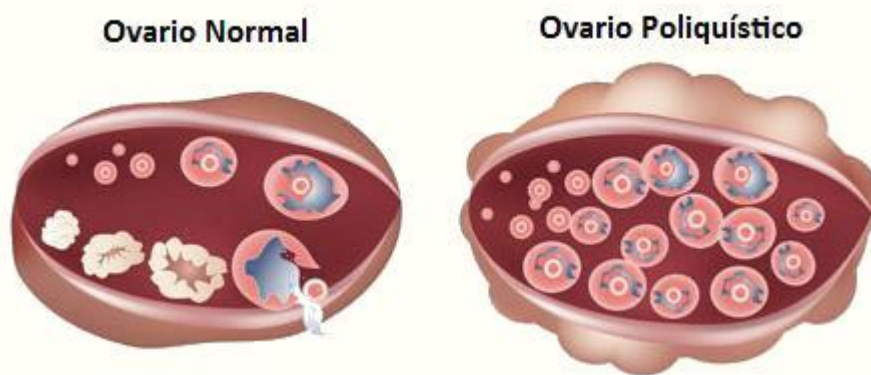
A continuación, se explicará cada uno de los tres criterios:

1. Ovarios poliquísticos

Si recordamos lo expuesto en el capítulo anterior, acerca de lo que sucede en el aparato reproductor femenino durante las distintas fases del ciclo menstrual, recordaremos entonces que los folículos que contienen dentro a los óvulos, van madurando de forma que al momento de la ovulación, se liberará el óvulo que se encuentre más desarrollado que los demás, por lo que en unos ovarios normales, al realizar un ultrasonido, en los primeros días del ciclo se observarán folículos pequeños y casi del mismo tamaño entre sí, pero conforme se aproxime la ovulación, podrán observarse varios folículos de distintos tamaños ya que se encuentran en diferentes momentos de maduración, encontrando que uno destaca por encima de los demás por ser el más desarrollado (folículo dominante).

Por lo que, en una mujer con ovarios poliquísticos, al realizar un ultrasonido de los ovarios, lo que podrá observarse son ovarios más grandes y con muchos más folículos de lo habitual, pero que además, todos esos folículos serán muy pequeños, de forma que no existirá un folículo dominante o más maduro que los demás. Además, en estos casos, se podrá apreciar la presencia de quistes (pequeñas bolsas llenas de líquido) que pueden llegar a ser molestos en algunas ocasiones. Estos quistes pueden ocasionarse debido a que como los folículos que contienen los óvulos no maduran, y no se rompen liberando a un óvulo, se quedan dentro de los ovarios y se van acumulando, produciendo así los quistes.

Figura 4. Variación de folículos en un ovario normal y en un ovario poliquístico.



Nota. Recuperado de Nutriemoción, 2017, <https://www.nutriemocion.net/adelgazar-nutricionista-valencia/sindrome-de-ovarios-poliquisticos-y-alimentacion/>

Por otra parte, puede existir el caso en que sí exista un óvulo más desarrollado, por lo que éste será liberado cuando llegue el momento, sin embargo, el folículo que se ha roto para liberarlo y que queda vacío, es decir, el cuerpo lúteo, algunas veces no “cicatrizan” o se cierra correctamente, lo que también puede ocasionar que se llene de líquido y se produzca un quiste.

Sin embargo, es común que lo descrito anteriormente pase con cierta frecuencia, es decir, que el cuerpo lúteo se llene de líquido después de expulsar el óvulo, lo que provoca que se generen quistes, por lo que la mayoría de estos son inofensivos y no presentan molestias o dolor alguno, llegando a desaparecer por sí mismos en algunos meses.

De acuerdo con lo enunciado por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2017), existen diversos tipos de quistes ováricos, los cuales serán desarrollados a continuación:

- **Quistes funcionales.** Estos quistes a su vez se dividen en dos, los quistes foliculares y los quistes del cuerpo lúteo. Los primeros son los que se forman cuando el folículo no recibe la estimulación necesaria para llegar a abrirse y liberar el óvulo, por lo que entonces se llena de líquido; y los segundos son aquellos que se forman después de la liberación del óvulo, cuando el cuerpo lúteo se llena de líquido y posiblemente también de sangre, lo que hace que esa acumulación de fluidos se convierta en un quiste. Ambos tipos de quistes no causan síntomas, aunque en ocasiones se puede experimentar un leve dolor o molestia en la parte inferior del abdomen, por lo que no son médicamente significativos.
- **Teratomas.** Son aquellos quistes que se forman durante el desarrollo embrionario y que contienen en su interior algún tejido del cuerpo como piel o cabello. La mayoría llegan a ser benignos y no deberían presentar alguna complicación.
- **Cistoadenomas.** Son quistes generalmente benignos que pueden llegar a formarse por la acumulación de las células de la superficie más externa del ovario, que a su vez también pueden llenarse de algún líquido o fluido.

➤ **Endometriomas.** El término hace referencia a aquellos quistes que se forman del tejido endometrial, el cual sufre cambios y se desprende mensualmente durante el ciclo menstrual. Estos quistes usualmente se forman en los ovarios o fuera del útero. Ahora bien, ¿cómo saber si tengo un quiste ovárico?, como ya se mencionó, la mayoría de los quistes no presentan síntomas, algunos otros causan dolor al momento de realizar algunos movimientos o actividades, y los quistes más grandes pueden llegar a generar una torcedura de los ovarios, lo que sin duda llega a ser molesto y generar dolor. Por lo que el primer indicio sería la presencia de dolor o incomodidad en la zona pélvica, y la única forma de confirmar o descartar su presencia será con un ultrasonido de dicha zona.

Por otra parte, existen otros quistes que no desaparecen por su cuenta y que pueden llegar a crecer a tal grado que producen un dolor intenso en el abdomen bajo, además de sensación de pesadez e hinchazón, lo que puede llegar a ser realmente molesto, y son estos quistes los que comúnmente se relacionan con alguna enfermedad o padecimiento crónico y deben ser extirpados mediante un procedimiento quirúrgico dependiendo el tamaño y condiciones particulares de la paciente.

Cabe mencionar, que se puede tener SOP sin presentar la imagen característica de ovarios poliquísticos en el ultrasonido, y viceversa, se puede tener la imagen ecográfica de ovarios poliquísticos sin tener SOP. Esto se debe a que como se mencionó anteriormente, es necesario reunir al menos dos criterios de Rotterdam, por lo que los ovarios poliquísticos vistos en la ecografía es solamente uno de ellos.

2. Hiperandrogenismo clínico y/o analítico

El hiperandrogenismo es el segundo criterio para determinar si se tiene SOP, y es un término utilizado para describir la aparición de hirsutismo (presencia de vello en lugares inusuales en la mujer), además de acné y alopecia (pérdida anormal del cabello), esto

debido a un aumento de andrógenos, es decir, hormonas principalmente masculinas que se encuentran también en la mujer, pero en niveles más bajos. Así mismo, el hiperandrogenismo puede afectar a otros órganos, produciendo desórdenes ovulatorios y desórdenes metabólicos (diabetes mellitus tipo II, obesidad, entre otros) y como consecuencia de ello pueden tenerse futuros problemas cardiovasculares como hipertensión.

Por su parte, existen distintos grados de hiperandrogenismo, desde los más severos hasta los más leves, donde pueden darse sólo algunos de los síntomas característicos entre los que se incluyen: hirsutismo, acné, alopecia, desórdenes ovulatorios, retrasos menstruales, o bien, en los casos severos, se pueden apreciar casi todos los anteriores y en mayor grado.

Ahora bien, existen dos tipos de hiperandrogenismo, el clínico y el analítico. De manera que cuando los síntomas son visibles (como el hirsutismo, acné, obesidad, alopecia, etc.) estamos hablando del hiperandrogenismo clínico. Por otra parte, cuando no hay síntomas visibles (no hay hirsutismo, ni obesidad, ni acné) pero en cambio, si al realizar estudios de laboratorio se observan alteraciones hormonales características del SOP, esto sería hiperandrogenismo analítico, es decir, que no se percibe a simple vista de forma física en la mujer, pero sí se aprecia en los análisis o estudios de laboratorio.

Figura 5. Manifestaciones del hiperandrogenismo.



Nota. Recuperado de Reproducción Asistida ORG, 2021, <https://www.reproduccionasistida.org/causas-del-sop/consecuencias-niveles-elevados-androgenos/>

Retomando los síntomas relacionados con el hiperandrogenismo clínico, es necesario que se presenten de forma clara, por ejemplo, si nos centramos en el hirsutismo, no sería válido considerar el vello en brazos y piernas (aunque exista mucho), más bien, nos referimos al vello con distribución que no es la típica en la mujer: zona de la barbilla, patillas, bigote, parte baja de la espalda, etc.

Por su parte, al hablar del acné debemos tener en cuenta o descartar que su causa sea algún otro factor, como la edad, principalmente la adolescencia, donde existe también una variación en los niveles hormonales que podría provocarlo, así como la alimentación, si se consumen muchos alimentos con elevados niveles de grasas o carbohidratos, aunado a los hábitos de higiene y limpieza del rostro, los cuales pueden ser deficientes y generar también exceso de grasa y por lo tanto acné. De tal forma que pueden existir otros factores que propicien la presencia de acné y que no necesariamente tienen algo que ver con el hiperandrogenismo clínico.

3. Ciclos anovulatorios

El tercer criterio se refiere a que la mujer no ovula cada mes como es habitual, por lo que es probable que existan retrasos menstruales y esto no ocurra mensualmente, lo que llevará a que exista dificultad para lograr embarazarse, en caso de que la mujer así lo desee, ya que, si no existe ovulación, no habrá un óvulo maduro que pueda ser fecundado. De forma que uno de los problemas frecuentes de las pacientes con SOP es la infertilidad. Cabe mencionar, que los ciclos anovulatorios pueden estar presentes hasta en un 70% de las pacientes con este síndrome, y de acuerdo con Magendzo (2010), el 80% de los problemas

de fertilidad se debe precisamente a la anovulación y principalmente a la anovulación crónica. Por lo que se retoma el hecho de que una adecuada exploración médica es fundamental para llevar a cabo un tratamiento acertado, ya que la anovulación puede deberse a diversas causas y enfermedades, como trastornos alimenticios (anorexia y bulimia), enfermedades renales, ejercicio excesivo, trastornos tiroideos, y por supuesto el SOP. De aquí la importancia de descartar cualquier otro diagnóstico o padecimiento para considerar que la anovulación es debida al SOP, además de los otros criterios diagnósticos anteriormente mencionados.

De forma que se rescata nuevamente la importancia de acudir con frecuencia a consultas ginecológicas o inmediatamente ante cualquier anomalía, ya que con frecuencia se deja pasar mucho tiempo antes de acudir con un especialista, pensando que quizá el no menstruar puede ser “normal” o se atribuye a otras causas como el estrés o estilo de vida acelerado.

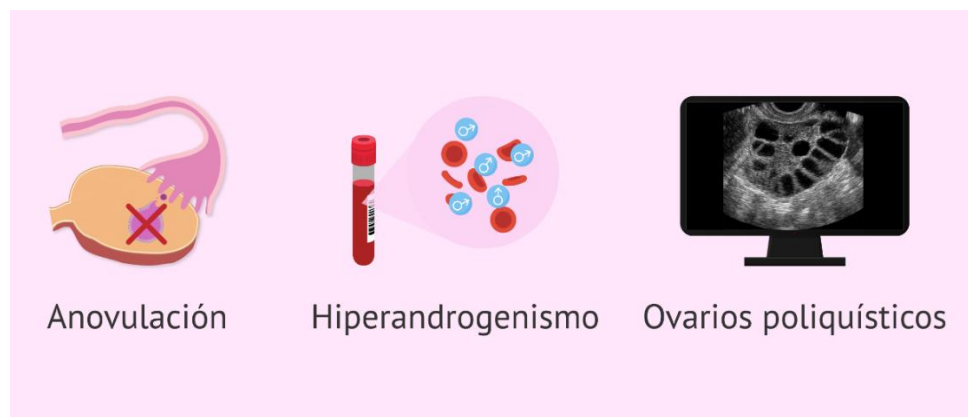
Al igual que el hiperandrogenismo, existen grados o niveles diferentes de anovulación: desde mujeres que ovulan sólo algunos meses, hasta aquellas que rara vez consiguen ovular. Por esta razón, algunas veces puede ser necesario utilizar tratamientos para lograr un embarazo en aquellas mujeres que lo desean.

A su vez, al momento de realizar el diagnóstico, podemos hablar de cuatro fenotipos distintos del SOP, es decir cuatro posibles combinaciones de los criterios mencionados anteriormente:

- 1. Fenotipo A:** se caracteriza por la presencia de todos los criterios diagnósticos (ovarios poliquísticos en la ecografía, hiperandrogenismo clínico o analítico y ciclos anovulatorios).

2. **Fenotipo B:** en este fenotipo se encuentran presentes los criterios de hiperandrogenismo clínico o analítico y ciclos anovulatorios
3. **Fenotipo C:** aquí se encuentran presentes los criterios de ovarios poliquísticos en la ecografía e hiperandrogenismo clínico o analítico.
4. **Fenotipo D:** a su vez, este fenotipo se caracteriza por la presencia de ciclos anovulatorios y ovarios poliquísticos en la ecografía.

Figura 6. Criterios diagnósticos del Síndrome de Ovario Poliquístico.



Nota. Recuperado de Reproducción Asistida ORG, 2022, <https://www.reproduccionasistida.org/sindrome-de-ovarios-poliquisticos/>

Desde otro punto de vista, una parte fundamental a considerar es la predisposición genética en el diagnóstico del SOP. Conforme a lo enunciado por un estudio realizado por Concha et al. (2017), el SOP es considerado como un desorden genético complejo, donde participan no solo los genes sino además otros factores ambientales que propician la aparición del síndrome. A tal grado que aproximadamente un 20-40% de los familiares directos de mujeres que viven con SOP, también son diagnosticados. De manera que un factor importante para desarrollar SOP es la exposición prenatal a una alta cantidad de

andrógenos o insulina, es decir, si el feto se encuentra en contacto con dichos elementos a través de su madre, es muy probable que el bebé sea diagnosticado con SOP en un futuro.

De forma contundente, los resultados del estudio anteriormente mencionado concluyen que el SOP se encuentra determinado por alteraciones genéticas, enunciando que estas alteraciones se deben a una modificación en la manera en que los genes se expresan, y no en una alteración en el ADN en sí. Por lo que la expresión modificada de dichos genes se relaciona directamente con los niveles de testosterona en sangre, la resistencia a la insulina, la obesidad, y algunos otros aspectos de relevancia médica.

2.2. Aspectos Hormonales

Retomando, respecto a los aspectos hormonales dentro del SOP, el hiperandrogenismo juega un papel importante. Los andrógenos son un grupo de hormonas que incluyen a la testosterona, y si bien, se consideran principalmente hormonas masculinas, también se encuentran presentes en menor medida en las mujeres.

El hiperandrogenismo es el resultado del aumento de la producción de andrógenos por las glándulas suprarrenales, ováricas o de ambas, y tal y como se mencionó anteriormente, se refleja por alteraciones menstruales, infertilidad, hirsutismo, acné y/o alopecia.

De acuerdo con lo establecido por Sir-Petermann et al. (2013), dentro del Síndrome de Ovario Poliquístico existe una disfunción neuroendocrina caracterizada por un aumento de la secreción de la hormona luteinizante (LH) y una disminución en la secreción de la hormona Folículo Estimulante (FSH). Además, se habla de la Dehidroepiandrosterona sulfato (DHEAS), la cual es una hormona que se origina en las glándulas suprarrenales, y aproximadamente entre el 25-40% de las mujeres con SOP pueden presentar un aumento de

la misma, por lo que este es uno de los indicadores en las pruebas de laboratorio que se utiliza como marcador de hiperandrogenismo.

A su vez, tenemos a la Androstenediona, que es andrógeno fundamentalmente de origen ovárico y que en ocasiones puede observarse como el único andrógeno elevado en una mujer con SOP. Incluso, los niveles elevados de este andrógeno, pueden presenciarse hasta en una etapa tardía en la etapa fértil de la mujer, como lo es la menopausia.

Por lo que estas alteraciones y fluctuaciones de los niveles hormonales, se pueden apreciar en mayor medida en estudios de laboratorio, siendo el más común el perfil hormonal ginecológico, el cual se solicita a aquellas mujeres con posible diagnóstico de SOP, con la finalidad de confirmarlo o descartarlo. Este perfil hormonal consiste en la toma de una muestra de sangre, donde se analizan los niveles de la hormona luteinizante, la hormona folículo estimulante, la progesterona, la testosterona, entre otras.

2.3. Aspectos metabólicos

Siguiendo con lo propuesto por Al Adib (2018), al hablar del SOP, no debemos dejar de lado el problema metabólico que se presenta, y este problema es la resistencia a la insulina.

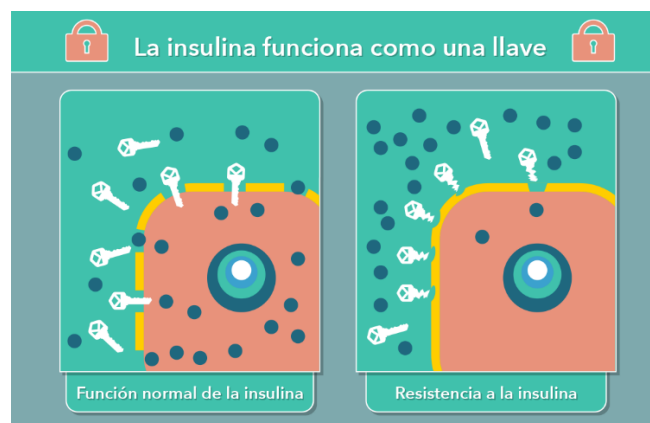
Para lograr familiarizarnos con el tema, en primer lugar, debemos mencionar que la insulina es la hormona que se produce y aumenta cuando llega glucosa a la sangre, glucosa que obtenemos por medio de los alimentos, por lo que la insulina actúa en determinados receptores de las células para que la glucosa logre entrar en el interior de las mismas, y de esta forma disminuya la glucosa en sangre.

Cuando hablamos de resistencia a la insulina, nos referimos a que los receptores de las células sobre los que actúa la insulina no responden de forma adecuada a esta hormona, por lo tanto, cuando llega glucosa a la sangre, la insulina tendrá que producirse en mayor

cantidad (hiperinsulinismo) con la finalidad de tratar de compensar esta resistencia de los receptores, para lograr conseguir realizar su función de introducir la glucosa dentro de la célula.

Si esto persiste, a largo plazo podría ocurrir que la resistencia sea tal, que la insulina no pueda lograr su función de disminuir la glucosa en sangre. Por lo que, al persistir la producción excesiva de insulina, el páncreas, que es el encargado de generarla, se “agotará” y no podrá producir la insulina necesaria, dando lugar a la diabetes mellitus, así como predisposición a todo aquello conocido como síndrome metabólico: obesidad, diabetes, hipertensión arterial, etc.

Figura 7. Entrada de glucosa al interior de las células en condiciones normales y con resistencia a la insulina.



Nota. Recuperado de Balance Group, 2023, <https://www.balancegroup.cl/que-es-la-resistencia-a-la-insulina-y-como-tratarla/>

Por otra parte, la insulina también actúa en los ovarios, estimulando la producción de andrógenos, por lo tanto, un aumento de insulina también generará un aumento de andrógenos.

Debe tenerse en cuenta que la resistencia a la insulina aumenta debido a los malos hábitos: mala alimentación, la obesidad y sedentarismo. Por lo que, al relacionarse con el SOP, es necesario tener en cuenta estos aspectos y evitar aquello que aumente la resistencia

a la insulina, pues a mayor hiperinsulinismo existirán más síntomas del SOP, aunado a la predisposición a largo plazo con todo lo relacionado con el síndrome metabólico y el riesgo cardiovascular.

Por otra parte, como ya se mencionó, el SOP también tiene un factor genético, por lo que otros miembros de la familia pueden verse comprometidos, ya sea las hijas o hermanas de la persona que tenga el síndrome, además de que existen también factores ambientales como la obesidad y los eventos que ocurren en la vida intrauterina (diabetes gestacional y sobrepeso de la madre durante el embarazo) que son aspectos de gran relevancia al momento de hablar sobre la predisposición al SOP.

Por lo tanto, resulta importante un manejo adecuado durante el embarazo, ya que existe relación entre el ambiente prenatal y el riesgo de desarrollar enfermedades metabólicas durante la edad adulta (Sir- Petermann et al. 2013).

Finalmente, retomando el tema de la obesidad, Vital Reyes et al. (2017), enuncian que la obesidad es también un factor de gran relevancia, ya que, aunque no es considerado un criterio diagnóstico para el SOP, está presente en un 30% de las mujeres en edad reproductiva con SOP, por lo que esta prevalencia puede llevar a otras complicaciones como sangrado uterino anormal, intolerancia a los hidratos de carbono, síndrome metabólico y cáncer ginecológico.

Capítulo 3: Tratamientos Posibles para el Síndrome

El tratamiento para el SOP debe orientarse a corregir el hiperandrogenismo, los trastornos menstruales, las alteraciones metabólicas asociadas como la obesidad y la resistencia a la insulina, los ciclos anovulatorios en los casos en que la mujer desee embarazarse, y por supuesto se debe incluir una intervención psicológica.

Por lo que en este apartado se hablará de los primeros aspectos mencionados y se ahondará en el tratamiento psicológico en el capítulo 5.

Debido a que el síndrome de ovario poliquístico es una disfunción endocrino-metabólica crónica, además de tener un componente genético significativo, el tratamiento debe iniciarse precozmente y ser prolongado, ya que de esta forma se pueden prevenir mayores consecuencias negativas para la salud a futuro. De manera que el tratamiento debe ser integral y abordar las distintas implicaciones del síndrome, considerando el tipo de fenotipo que se tiene, además de ser individualizado y de dar seguimiento durante toda la vida. Por lo que a continuación, se hablará de cada aspecto a tratar:

3.1. Tratamiento farmacológico

-Anticonceptivos orales. Si bien la función principal de los anticonceptivos orales se relaciona con la planificación familiar, esta no es la única causa por la que una mujer podría tomarlos, ya que se ha comprobado su eficacia en el tratamiento del SOP. Se consideran como la primera alternativa para mujeres en edad reproductiva, debido a que inhiben la secreción de LH, disminuyen los andrógenos libres y permiten una descamación regular del endometrio, lo que a su vez previene el cáncer de endometrio; aunado al hecho

de que mejora considerablemente los síntomas visibles del SOP como el hirsutismo y el acné.

A su vez, es importante mencionar que solamente los anticonceptivos orales combinados, es decir los que contienen las hormonas estrógeno y progestágeno, son los que demuestran eficacia, ya que aquellos que solo contienen progestágeno pueden causar el efecto contrario y agravar el acné (Requena y Llombart, 2020).

Sin embargo, existe un inconveniente referente a los anticonceptivos orales, y es que pueden llegar a deteriorar la resistencia a la insulina y aumentar la síntesis hepática de triglicéridos, lo que como se mencionó en el apartado anterior, puede desencadenar en otras afecciones a largo plazo, aunque esto depende también en gran medida del tipo de anticonceptivo utilizado y la dosis empleada.

De manera que las pacientes que obtienen más beneficios de los anticonceptivos orales son aquellas con anovulación crónica y niveles elevados de andrógenos y de LH.

-Los antiandrógenos. Son aquellos compuestos encargados de actuar sobre los receptores de andrógenos con la finalidad de disminuir los niveles androgénicos, con esto, se busca aminorar los síntomas visibles relacionados con el hiperandrogenismo, como el hirsutismo, el acné y la alopecia, así como los niveles de andrógenos que pueden apreciarse en los análisis de laboratorio.

La espironolactona es considerado un antiandrógeno que a pesar de que no sea usa con tanta frecuencia, ha demostrado tener buenos resultados, tal y como lo mencionan Vargas y Morgado (2020):

La espironolactona, diurético ahorrador de potasio con efecto antiandrogénico, de bajo coste y buen perfil de seguridad, puede ser de utilidad en la práctica clínica en el manejo de estas enfermedades. Consideramos de especial interés su uso dentro de las primeras líneas de tratamiento del acné femenino, donde podría disminuir el uso de antibióticos, evitando la selección de patógenos con resistencia antibiótica y, probablemente, disminuir los costes asociados. (p. 9)

Por su parte, es posible realizar la combinación de antiandrógenos con anticonceptivos orales, ya que esto potencia el efecto antiandrogénico, aumentando la eficacia del tratamiento.

-Metformina. Es un fármaco antidiabético que se ha utilizado en el tratamiento del SOP, dirigido a contrarrestar algunos rasgos como el hiperandrogenismo, las irregularidades menstruales, la resistencia a la insulina, así como la disminución de infertilidad mediante el restablecimiento de la ovulación de forma regular.

-Inducción de ovulación. Este tratamiento que puede ser farmacológico o quirúrgico, está dirigido a inducir ciclos ovulatorios normales y regulares en pacientes con ciclos anovulatorios, de forma que se administra un medicamento con la finalidad de que los óvulos puedan desprenderse y así aumentar la posibilidad de embarazarse.

Es así que los recursos y tecnología han mejorado y crecido, en favor de la estimulación ovárica, propiciando que los resultados sean más eficientes, efectivos, cómodos, seguros y accesibles (Pérez et al., 2021).

3.2. Tratamiento no Farmacológico

Por su parte, dentro de los hábitos alimenticios, combinado con el ejercicio diario, es importante tomar en cuenta que debe evitarse el consumo excesivo de carbohidratos y azúcares, con la finalidad de prevenir picos de insulina altos y evitar la obesidad, aspectos que a largo plazo pueden desencadenar en enfermedades cardiovasculares y agravar el SOP. Así mismo, se recomienda disminuir la ingesta de alimentos a tres veces al día en lugar de cinco, ya que cuantas más veces consumamos alimentos durante el día, más veces nuestro páncreas deberá trabajar y producir insulina.

Figura 8. Tipos de tratamiento para el SOP.



Nota. Recuperado de Reproducción Asistida ORG, 2022, <https://www.reproduccionasistida.org/sindrome-de-ovarios-poliquisticos/>

Existen también algunos estudios médicos que prueban la eficacia del ayuno prolongado en la disminución de los niveles de insulina, ya que, al no consumir alimentos por un periodo de tiempo prolongado, no existirá glucosa que tenga que ser introducida a las células, por lo que el páncreas trabajará en menor medida y la insulina no será producida en altas cantidades. De manera que se ha incluido también este aspecto en el tratamiento de algunas mujeres con SOP.

Recordemos, que, si bien debemos evitar los alimentos grasos, existen grasas que son benéficas para la salud. Dichas grasas se encuentran en alimentos como el aguacate, aceite de oliva, pescado, frutos secos como las nueces, y semillas como la chía, por lo que el ingerir estos alimentos en mayor medida que aquellos alimentos que son procesados, beneficiará nuestra salud y disminuirá las posibilidades de generar otro tipo de enfermedades a futuro.

En cuanto al cuidado de la piel o la intervención superficial y estética que puede realizarse, se incluye depilación convencional o láser en aquellas zonas donde exista exceso de vello o donde sea poco común en mujeres (barbilla, patillas, bigote, pecho, espalda); además, probablemente sea necesario utilizar productos o jabones especiales para la piel grasa y/o con acné, así como realizar una higiene constante y adecuada del rostro.

A su vez, Al Adib, 2018, menciona algunos suplementos que ayudan a contrarrestar algunos de los síntomas e implicaciones del SOP, además de que algunos pueden obtenerse a través de la dieta y hábitos alimenticios y de sueño recomendados, mientras que otros pueden ingerirse de forma individual:

- **Melatonina:** sabemos que es una hormona que se secreta a la hora de dormir, hormona que, por cierto, participa en el proceso de ovulación, ayudando a reducir el daño oxidativo en el interior del folículo, además de aumentar los receptores de la hormona luteinizante (LH) y progesterona, que como vimos anteriormente, participan en diferentes momentos del ciclo menstrual. De aquí la importancia de dormir bien y evitar el estrés de forma excesiva, ya que con esto se generará una secreción adecuada de melatonina.

- **Berberina:** es una sustancia que se extrae de algunas plantas, puede consumirse en forma de cápsulas. Su consumo ayuda a controlar los niveles de glucosa y colesterol elevados, mejorando así la resistencia a la insulina y disminuyendo las probabilidades de presentar alguna enfermedad cardiovascular.
- **Inositol:** se trata de un compuesto orgánico que ayuda a disminuir la resistencia a la insulina, aunado al hecho de que mejora la calidad ovárica, lo que puede traducirse en mayores probabilidades de quedar embarazada para aquellas mujeres que deseen hacerlo.
- **Vitex Agnus Castus:** es una planta que se ha utilizado para controlar los desórdenes hormonales, además de que ayuda a regular la ovulación, contrarrestando a su vez la infertilidad.
- **Té verde:** el té verde se encuentra dentro del grupo de suplementos con efecto antiandrogénico, y que además algunos también reducen los niveles de testosterona, lo que en conjunto ayudaría a regular los ciclos menstruales, disminuir el acné, hirsutismo, alopecia, etc.

Finalmente, se ha empleado también la acupuntura en el tratamiento del SOP, ya que parece traer beneficios, ayudando a regular los ciclos menstruales. Por otra parte, ha demostrado ser útil para ayudar en la pérdida de peso, dolores de cabeza y mejorar estados de ánimo (Chiliquinga et al. 2017).

Capítulo 4: Importancia del autoconocimiento corporal en mujeres

Según Quijada (2010), el cuerpo es considerado como una realidad social, por lo que existen dos aspectos primarios de esta construcción social: el primero es la representación personal, referida a la percepción que cada individuo tiene de su propio cuerpo. El segundo aspecto se refiere a la noción de cuerpo predominante en la sociedad y en la cultura en un cierto momento. De manera que la percepción corporal de cada persona se basa en la percepción que predomina en la sociedad, dependiendo de la época y la comunidad en sí. En este sentido, se abordará la forma en que hoy en día se percibe el cuerpo de la mujer por la sociedad y por ella misma, y cómo esta percepción puede impactar en la salud de la mujer y en la forma de identificar alguna señal de alarma en cuanto a lo que es normal y aquello que no lo es.

4.1. Concepción de la Sexualidad y el Cuerpo Femenino en la Sociedad Actual

Me gustaría comenzar con una afirmación: el tema de la sexualidad y el conocimiento del cuerpo se ha visto como un tabú aún en las generaciones actuales. La información recibida por las mujeres sobre sexualidad es prácticamente inexistente en la mayoría de los casos, y en caso de que sí llegue a existir, está plagada de indicaciones sobre modos de comportarse, lo que debe y no debe hacerse, y en general, se le ha dado un sentido de prohibición.

De modo que el cuerpo de la mujer, con todo lo que ello implica (placer femenino, menstruación, masturbación, etc.) se ha visto hasta hoy como un tabú, como un tema que aún hoy en día debe evitarse en público.

La mayoría de las ocasiones, cuando escuchamos la palabra sexualidad, pensamos solamente en el componente biológico, en la genitalidad, dejando de lado los demás componentes que hacen de la sexualidad un constructo social. Incluso hasta hace poco se ha visto la sexualidad, o el sexo como fin reproductivo, y solo de esta forma es bien visto, sin embargo, si el fin no es la reproducción humana, sino más bien el placer, se convierte entonces en algo que no debe ser, algo mal visto que convierte en “pecador” a quien lo practica con fines no reproductivos (Moncrieff, 2007).

De esta manera, socialmente se han impuesto roles de lo masculino y femenino, estableciendo la manera en que cada uno debería comportarse, además del acercamiento que pueden o no tener con su propio cuerpo. En este sentido, el cuerpo femenino ha tenido muchas más restricciones que el cuerpo masculino, y que en la mayoría de los casos, se encamina únicamente a la maternidad, enfatizando en el hecho de que por esta razón, la mayoría de las mujeres no conocen su cuerpo ni han explorado su sexualidad por sí mismas.

Desde pequeñas nos enseñaron a no tocar o ver nuestro cuerpo desnudo, porque eso se consideraba malo, incluso nos enseñaron la manera en que debemos sentarnos, manteniendo las piernas bien cerradas sobre todo en aquellas ocasiones donde llevábamos falda o vestido, y además nos decían que debíamos ser “recatadas” evitando provocar a los hombres con nuestra forma de ser o vestir. Y no se trata de que debemos sentarnos con las piernas abiertas, o que debamos ser rebeldes en cuanto a nuestra forma de vestir y de actuar, pero es que en realidad, a esa edad no logramos comprender el trasfondo de todo eso, y durante nuestra niñez y adolescencia surgen muchas dudas sobre nuestro cuerpo y los cambios que se generan, y la mayoría de las veces nos encontramos con madres o

familiares que “se espantan” cuando les preguntamos sobre nuestros genitales o el sexo, incluso existen aquellos que les cambian el nombre a los genitales con tal de no decir “pene” o “vagina”.

Siguiendo con lo anterior, el tema de la menstruación también se ha considerado como un tabú, ya que hace mucho tiempo atrás, se consideraba como algo impuro, lleno de misterios y como algo que debía ocultarse, por lo que la mujer que se encontraba en este periodo debía ser tratada de forma diferente, aislada de su comunidad, imposibilitada de sus labores diarias, entre otros aspectos dependiendo de las creencias y cultura de su comunidad.

Sin embargo, el desarrollo en muchas áreas de la ciencia y la tecnología, han permitido cambiar poco a poco la visión que se tiene sobre los aspectos anteriormente mencionados. Se entiende ahora una sexualidad más libre, dejando a cada individuo que pueda decidir por sí mismo y reconocer su cuerpo como un medio para obtener placer, capaz de compartirlo con él mismo y con los demás.

Se han logrado avances también en el manejo del tema de la menstruación, entendiendo este proceso como algo normal y natural del cuerpo de la mujer, brindando también la posibilidad de que cada mujer elija la manera en que quiere gestionar dicho proceso, incluyendo los productos que sean de su preferencia para contener el flujo menstrual, productos que por cierto cada vez son más variados, de precios y características diferentes, capaces de adaptarse a cada cuerpo y necesidad específica de la mujer menstruante.

Y a pesar de que se ha logrado un gran avance en la educación y percepción que se tiene sobre estos temas, existe aún una constante lucha con los ideales religiosos, sociales, políticos y culturales actuales, dejando así un largo camino por recorrer.

4.2. Percepción de las Mujeres Sobre su Cuerpo y Vida Sexual

En un estudio de carácter cualitativo y exploratorio llevado a cabo por Quijada (2010), cuyo objetivo fue abordar y comprender las percepciones que las mujeres tienen de su propio cuerpo y su vida sexual en general, se encontró que la manera en que las mujeres viven su primera menstruación es significativa en el sentido en que nos permite entender la educación sexual que recibieron, además de la información sobre el tema. En algunos casos, dicha información provino directamente de la madre, y en otros, provino de otro familiar (padre, hermanas) o simplemente nunca recibieron información al respecto.

Es importante mencionar que la comunicación que las entrevistadas tuvieron con sus madres u otra adulta significativa de niñas, respecto a algo tan básico como la menstruación, puede verse relacionada con la percepción del propio cuerpo y el ejercicio de la sexualidad.

Por otra parte, las entrevistas realizadas revelaron que las mujeres tienen desconocimiento de su cuerpo, especialmente con la función y aspectos de sus genitales. Al preguntarles a las mujeres por la exploración u observación de sus genitales, respondieron como si fuera algo ajeno al cuerpo, algo que no merece atención, incluso hubo algunas que comentaron que nunca se les había ocurrido tocarse o mirarse, en especial porque desde pequeñas se les enseñó a no hacerlo.

Dentro de otro grupo de mujeres, un par de mujeres adultas revelaron haber tocado sus genitales y conocer las partes del cuerpo que les producen placer. Sin embargo, este conocimiento lo experimentaron con sus parejas y reconocieron haber explorado las partes de su cuerpo que les producen placer “demasiado tarde”, ya que esto fue motivado por las relaciones sexuales, no por sí mismas.

Cabe mencionar además, que un gran número de mujeres sólo se relacionan con sus genitales y su aparato reproductor hasta el momento en que van a tener un hijo o presentan problemas ginecológicos y/o urinarios, lo que deja nuevamente en evidencia que la educación recibida a lo largo de distintas generaciones ha creado una relación negativa con los genitales y aparato reproductor, por lo que una alternativa para abordar este aspecto podría ser el replantearse esta relación con nuestro cuerpo desde el autoconocimiento.

De manera que se vuelve importante promover la auto observación en la mujer, conocer el propio cuerpo para detectar alguna anomalía, además de hacerlo como un ejercicio de crecimiento personal. Además, es necesario conocer nuestro flujo vaginal, la menstruación, la orina, los cambios hormonales relacionados con los ciclos menstruales, así como realizar visitas anuales al ginecólogo. Por lo que esta auto observación y autoconocimiento, son pautas que deben tenerse en cuenta en la educación de las niñas, debido a que son esenciales en el desarrollo del autoconcepto como mujer, de nuestra autoestima, y nuestra salud psicológica, física y sexual.

Capítulo 5: Implicaciones Psicológicas y Sociales de Vivir con un Desorden Hormonal y Metabólico

5.1. Variables Psicológicas Relacionadas con el Síndrome

Según lo mencionado por Ray (2018), las afectaciones psicológicas en mujeres con SOP pueden relacionarse con las variaciones hormonales que presentan, además de los síntomas que ya se han abordado, como el hirsutismo, acné, dificultades para embarazarse, entre otros. Por lo que es un hecho que una mujer con SOP tiene más probabilidades de presentar síntomas de ansiedad y depresión, además de la creciente probabilidad de que dichos síntomas sean severos.

A su vez, dentro de los aspectos psicológicos que deben tomarse en cuenta, se encuentra el estrés. Como se mencionó anteriormente, resulta importante evitar el estrés, además de dormir adecuadamente en cantidad y calidad, ya que la falta de sueño y el estrés, elevan el cortisol, y esto a su vez, eleva la resistencia a la insulina (Al Adib, 2018). Sin embargo, esto puede resultar complicado, ya que el estrés toma un papel protagónico en muchos de los casos, ya sea por la falta de información sobre la enfermedad y los cuidados que tienen que llevarse a cabo, o posteriormente, por todos aquellos cambios en el estilo de vida que deben realizarse, como la alimentación, actividad física y ciclos de sueño.

De tal forma que los síntomas fisiológicos que se han mencionado en los capítulos anteriores, pueden a su vez desencadenar afecciones psicológicas como estrés, ansiedad, depresión, baja autoestima, disminución de la calidad de vida, modificaciones en el autoconcepto e imagen corporal, disfunciones psicosexuales, entre otras. Estas

implicaciones psicológicas son desarrolladas en un estudio realizado por Gómez-Acosta et al (2015), por lo que estas implicaciones psicológicas serán enunciadas a continuación:

- ❑ **Estrés:** Se ha demostrado su implicación en afectaciones físicas como irregularidades en el ciclo menstrual y signos virilizantes como el hirsutismo, de forma que esto afecta también la identidad femenina de la mujer, llegando a generar también disfunciones sexuales.

- ❑ **Autoimagen corporal:** Dentro de cada cultura, los hombres y mujeres buscan que su imagen corresponda con los estándares o estereotipos impuestos, de manera que cuando se aprecia una diferencia entre lo que “debería ser” y “lo que somos” surgen dificultades en la autoimagen y la autoestima, ya sea por la presencia de signos virilizantes o por el aumento de peso en algunas mujeres, lo que, a su vez, puede relacionarse o convertirse en una condición estresante.

- ❑ **Depresión:** Las personas con SOP tienden a presentar depresión, debido a una imagen corporal distorsionada, traduciéndose en actitudes negativas hacia sí mismo, afectando de igual manera su autoestima. A su vez, es importante resaltar que la prevalencia de depresión es cuatro veces mayor en mujeres con SOP que en mujeres sin SOP, de aquí que se vuelva de vital importancia considerar este aspecto a lo largo del tratamiento (Zhuang et al. 2013).

Por su parte, siguiendo con la línea del estudio de Gómez-Acosta et al. (2015), se demostró que las mujeres que tienen mayor nivel educativo demuestran menor afectación de su estado del ánimo, aspecto que a su vez puede ser fundamental en el abordaje preventivo integral.

❑ **Ansiedad:** Se encuentran niveles altos de ansiedad en pacientes con SOP con y sin obesidad. El incremento de los niveles de ansiedad puede comprometer la forma que las mujeres tienen de relacionarse en los diferentes contextos como el familiar, laboral y personal. Además, esta ansiedad puede deberse tanto al hecho de tener que cambiar hábitos de vida, como a los signos visibles e implicaciones del síndrome en sí.

Por su parte, en un estudio llevado a cabo por Rodríguez et al. (2017) cuyo objetivo fue evaluar la prevalencia de SOP en mujeres con trastorno del comportamiento alimentario (TCA) y analizar su potencial asociación con trastorno bipolar (TB), se describe lo siguiente:

Es llamativo que 51.1% de las pacientes con SOP reportaron haber tenido episodios depresivos tempranamente, previos a la aparición del TCA, lo cual es una de las características del TB. El abuso de sustancias y los comportamientos impulsivos, como la cleptomanía, también fueron reportados por una proporción mayor de pacientes en el grupo de SOP. Al agrupar en una variable los comportamientos multiimpulsivos, definidos como la presencia de atracones y purgas, en adición a uno o más de los siguientes: intento de suicidio, abuso de sustancias, conductas de autolesión, tricotilomanía o cleptomanía, se encontró una presencia significativamente mayor en el grupo con SOP, denotando mayor disregulación [*sic*] afectiva e impulsividad en este grupo de pacientes.

De forma que es indiscutible la necesidad de incluir apoyo psicológico y acompañamiento en el tratamiento del síndrome, ya que las implicaciones psicológicas tienen gran peso en la vivencia del diagnóstico, y aunque por supuesto no son exclusivas del SOP, sí pueden llegar a dañar la integridad y bienestar de la mujer con SOP si no se

atienden a tiempo estos aspectos, y peor aún si no se toman en cuenta desde el momento del diagnóstico hasta el tratamiento.

A manera de recomendación, se enuncian algunas estrategias que pueden emplearse en el acompañamiento psicológico para abordar las implicaciones ya mencionadas:

- **Técnicas de meditación y relajación.** Se ha demostrado la notable eficacia de dichas técnicas para aminorar el estrés y la ansiedad. Las técnicas de meditación y relajación se han empleado desde hace varios siglos, y además cuentan con evidencia científica de traer grandes beneficios a aquellos que las practican, ya que ayudan a controlar adecuadamente las emociones y los pensamientos negativos que puedan llegar a presentarse. Por lo que emplear estas técnicas realiza un cambio no solo en la vida de las personas o en la forma en que se relacionan consigo mismas y con el mundo, sino también se obtienen mejorías a nivel neurológico, llegando a compararse con el efecto que se obtiene al emplear medicamentos controlados para disminuir la ansiedad (Cettina, 2019).
- **Psicoeducación sobre el tema.** El propósito de esta herramienta es brindar información veraz y oportuna sobre el diagnóstico, abordando no solo la enfermedad en sí, sino la manera en que impacta en la vida de la persona en la cotidianeidad. Por lo que emplearla con el paciente y la familia brinda la oportunidad de evitar estigmas, mitos o desinformación que pueden contribuir a la discriminación de la persona con SOP, por lo que a su vez se evitan limitaciones sociales y se promueve la integración adecuada con la sociedad, así como una oportuna atención médica. Finalmente, la

psicoeducación ha demostrado eficacia al propiciar una mejor actitud y comportamiento frente al diagnóstico, lo que a su vez contribuye a tener adherencia al tratamiento y mejorar los síntomas y calidad de vida (Godoy et al. 2020).

- **Acompañamiento en la incursión al nuevo estilo de vida.** El acompañamiento familiar o de amigos y seres querido se vuelve importante al momento de llevar a cabo el tratamiento, ya que una adecuada red de apoyo puede ser fundamental para contrarrestar los efectos negativos a nivel emocional que pueden experimentarse, aumentando la sensación de comprensión y contrarrestando el sentimiento de estar sola o atravesar sola este proceso.
- **Participación en grupos de ayuda.** Estos espacios servirán para que las mujeres que viven con este síndrome, puedan expresar sus emociones de forma libre y segura, además de generar estrategias de afrontamiento ante las implicaciones que viven diariamente, generando vínculos con otras mujeres que se encuentran en una situación similar. De manera que contar con un espacio de escucha, empatía y comprensión sobre lo que nos sucede, y más aún saberse acompañado, fomenta la inclusión y el sentido de pertenencia, aspectos muy importantes para mejorar la actitud ante el diagnóstico y tratamiento (Fernández et al. 2023).

Así mismo, Castañeda Sánchez et al. (2015) hablan acerca del impacto de un grupo de ayuda, enunciando que “su propósito es estimular la participación activa e informada del paciente como un elemento indispensable del

autocuidado, ... recibir reconocimiento por sus logros y fortalecer su autoestima”.

Además, tal y como se ha comentado, este acompañamiento psicológico se recomienda que se lleve a cabo también con los familiares o círculo social cercano, ya que es fundamental que ellos también puedan comprender la enfermedad para posteriormente comprender mejor a su familiar con SOP y poder brindar apoyo emocional, teniendo cuidado siempre de no caer en una situación donde la paciente se vuelva dependiente a esta red de apoyo o grupo de ayuda.

5.2 Impacto en el Autoconcepto, Autoestima y Sexualidad de la Mujer

Comencemos el primer lugar por definir estos aspectos. De acuerdo con Roa (2013), el autoconcepto se relaciona con una cuestión cognitiva, es decir, engloba la imagen que tenemos de nosotros mismos, la forma en que nos vemos y nos percibimos, y esto se va formando a partir de nuestras vivencias y experiencias diarias. Esta concepción de nosotros mismos puede guiarse o mermarse también por los aspectos sociales y cultura en la que vivimos, ya que podríamos llegar a compararnos con los demás o con los estereotipos que existan.

Por su parte, la autoestima se relaciona con una cuestión valorativa y afectiva, se basa en qué tanto nos estimamos y aceptamos a nosotros mismos, nuestras características físicas y psicológicas. De manera que es también la actitud que tenemos hacia nuestra persona, y ésta puede ir en diversos niveles, dependiendo de la forma en que conectemos con nosotros mismos y el comportamiento que tengamos ante el encuentro íntimo con nosotros. De igual forma, influye significativamente el contexto social en que vivamos, por

lo que nuestro trabajo será aprender a aceptar aquellos aspectos que no podamos cambiar y mejorar lo que sí se pueda.

Así mismo, Luisi (2018) nos brinda este concepto de sexualidad:

La sexualidad, según la Organización Mundial de la salud (OMS), es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales. Si bien la sexualidad, puede abarcar estos aspectos, no es necesario que se experimenten ni se expresen todos al mismo tiempo. La sexualidad se vive y se expresa en todo lo que somos, sentimos, pensamos y hacemos, por ende está ligada a nuestra identidad. Su pleno desarrollo depende de la satisfacción de necesidades fundamentales del ser humano, tales como el deseo de contacto, de intimidad, de expresión emocional, de placer, ternura y amor.

Ahora bien, volviendo al impacto del SOP, en la mayoría de los casos, existe una mayor afectación en el autoconcepto y autoestima si el diagnóstico recibido se trata de un padecimiento crónico, aunado al hecho de que este diagnóstico puede causar infertilidad. Si bien sabemos que una pareja puede presentar infertilidad debido a un problema en la mujer, en el hombre o ambos, cuando el problema reside en la mujer, generalmente ésta experimenta frustración, vergüenza, celos y comparación hacia otras mujeres que logran embarazarse, además de un sentimiento de inferioridad e inutilidad, tomando en cuenta que tal y como se mencionó en el capítulo anterior, desde hace tiempo se ha dado por hecho que el papel de la mujer es el de procrear y se relaciona con la maternidad, por lo que si una mujer no es capaz de cumplir con esta función, puede sentirse verdaderamente insuficiente.

De manera que esto puede agravarse si la mujer considera que el embarazo y la maternidad son fundamentales para definir su rol social, además de su propia identidad como mujer (Carreño et al. 2011).

Si tomamos en cuenta además que lo anterior también se relaciona con la manera en que la mujer vive y experimenta su sexualidad, estaríamos hablando de que existe la posibilidad de que se presenten afectaciones en esta área, llevando a alteraciones y disfunciones en la vida sexual.

Ahora bien, si tomamos en cuenta que los conceptos de autoestima, autoconcepto y sexualidad son construidos y consolidados a lo largo de nuestra vida, donde las experiencias que vivimos desde la infancia, así como las relaciones que hemos tenido consolidan la manera en que nos enfrentamos a las circunstancias actuales, podemos decir que cada mujer vivirá el diagnóstico de forma diferente, e incluso el apoyo social con que pueda contar será también determinante.

Sin embargo, si la autovaloración que la mujer realiza de sí misma es baja, esto tendrá repercusiones en las decisiones que tome durante el proceso y tratamiento de la enfermedad, incluyendo la baja adherencia terapéutica, abandono del tratamiento, conflictos con la pareja y círculos sociales, además de niveles altos de ansiedad y depresión.

Aunado a la anterior, las mujeres con esterilidad frecuentemente reportan críticas por parte de sus familias y pareja, reforzando precisamente este pensamiento de que la mujer debe procrear y está hecha para ello, y que éstos son aspectos que definen a la mujer,

lo que aumenta el sentimiento de inferioridad, e impacta en la valoración de sí misma, relacionado con otras afectaciones como culpa y vergüenza.

Como prueba de lo anterior, tenemos también el caso de las mujeres que eligen no tener hijos, por la razón que sea, por lo que estas mujeres deben enfrentar las críticas y comentarios que llegan a invalidar su decisión, comentarios de aquellos familiares y conocidos que dicen cosas como: “piénsalo bien porque después te vas a arrepentir”, “¿cómo puedes decir que no quieres tener hijos?, las mujeres nacimos para ser madres”, “yo sí quiero tener nietos”, entre otros. Es así que existe también la creencia de que una familia está verdaderamente completa con hijos, o que el paso después de casarse o vivir con tu pareja, es el de procrear y criar un hijo.

Por lo que el impacto negativo en el autoconcepto y autoestima puede ser mayor si se llevan a cabo tratamientos para contrarrestar la infertilidad y estos se prolongan o fracasan sin lograr el embarazo, en mujeres, claro está, que desean quedar embarazadas.

Además, no obstante con lo anteriormente mencionado, se ha encontrado que existe una incidencia de SOP entre 30 y 80% entre las mujeres con aborto recurrente. Si bien, la causa médica, hormonal o fisiológica de los abortos en mujeres con SOP no está clara, ya que son diversos factores los que pueden llegar a converger para que esto suceda, el hecho de presentar mayor riesgo para que suceda un aborto sin duda es otro impacto negativo en la vivencia del diagnóstico y puede afectar a la mujer en diversas áreas (Vanhauwaert, 2021).

A su vez, lo anteriormente descrito se refuerza con lo enunciado por Sir-Petermann, Ladrón de Guevara et al. (2012):

Se han descrito una serie de complicaciones de la mujer embarazada con SOP, entre las cuales destacan: mayor tasa de abortos en el primer trimestre de embarazo, preeclampsia, diabetes gestacional, partos prematuros y mortinatos, macrosomía o niños nacidos grandes para la edad gestacional (GEG) y recién nacidos de bajo peso para la edad gestacional (PEG).

Finalmente, muchas mujeres pueden tener problemas en su vida sexual debido a algunos síntomas del SOP como el hirsutismo, ya que, al presentar vello en zonas poco comunes para las mujeres como el pecho o la espalda baja, llegan a sentir vergüenza al mostrar su cuerpo a su pareja, lo que a su vez podría hacerlas sentir menos femeninas.

5.3 Estilo de Vida y Autopercepción a Partir del Diagnóstico del Síndrome

Como ya hemos mencionado, al recibir un diagnóstico crónico resulta importante dentro del tratamiento el realizar diversos cambios en cuanto al estilo de vida de la persona, incluyendo la alimentación la actividad física y mejorar la calidad del sueño. Para aquellas mujeres con SOP, puede ser complicado de pronto tener que modificar todo esto, y más si se tienen dudas o ansiedad sobre el diagnóstico, y no se conocen las implicaciones del mismo.

De manera de estos cambios que deben realizarse dependerán de muchos aspectos, como los horarios y rutina de cada mujer, las posibilidades económicas que tenga, esto sobre todo en cuanto a los alimentos, ya que generalmente los alimentos más saludables, bajos en grasas y azúcares son más caros que la comida chatarra o procesada, además del tiempo del que se disponga para preparar este tipo de alimentos o incluso seguir una dieta específica.

Por otra parte, el hecho de recibir un diagnóstico nos habla de una persona que tiene una enfermedad, y el asumir o aceptar el papel de “enfermo” puede ser verdaderamente difícil. El aceptar que tenemos alguna deficiencia, o que algo de nuestro cuerpo no funciona como debería, llega a ser muy duro para quien lo vive, llegando a generar sentimientos de inferioridad y frustración. Y por supuesto esto aumenta si se trata de algo que atenta contra nuestra identidad y percepción como mujeres, lo que impacta también en nuestro papel como hija, esposa o pareja.

A su vez, de acuerdo a un estudio realizado por Palacio (2020), donde se entrevistaron a varias mujeres con SOP con la finalidad de comprender la vivencia del diagnóstico y el impacto que puede generar en su identidad como mujer, mencionan aspectos como incomodidad al relacionar la enfermedad con su identidad y esta disrupción con lo femenino, negación en cuanto al diagnóstico además de dudas e incertidumbre sobre su salud a largo plazo y sobre si la enfermedad podría afectar de alguna manera sus planes a futuro y proyecto de vida en general. Además, existieron otras mujeres que mencionaron frustración y una vivencia dolorosa respecto a los síntomas de la enfermedad y la forma en que las personas con las que convivía llegaban a desvalorizarlas, sobre todo por el hecho de presentar dolores muy intensos en el vientre al tener la menstruación, dolores que por supuesto no son normales y en la mayoría de los casos se deben a la presencia de quistes, y que llegan a imposibilitarlas en cuanto a sus actividades diarias, pero que las demás personas piensan que el presentar dolor es normal y que la mujer está exagerando, añadiendo que el encontrarse menstruando no es razón suficiente para dejar de hacer las labores diarias del trabajo o la escuela; sin embargo, otro grupo pequeño de mujeres

comentaron que sintieron alivio al comprender la causa de muchos de los síntomas, lo que al final les permitía resignarse y aprender a vivir con ello.

Por su parte, en cuanto al tratamiento, algunas mujeres mencionan tener dificultades para seguirlo, ya sea por los costos elevados de los medicamentos, los efectos secundarios y en algunos casos riesgosos de los mismos, o incluso por la falta de acompañamiento o apoyo emocional durante el proceso.

Es así que la disminución en la calidad de vida puede deberse principalmente o se relacionan con la apariencia física y con los síntomas visibles del síndrome, lo que a su vez se relaciona con la manera en que las mujeres con SOP se relacionan con su pareja, familiares, amigos y conocidos en general, lo cual será desarrollado a continuación.

5.4 Relaciones Interpersonales de la Mujer con SOP

Si retomamos lo expuesto en el capítulo anterior, acerca de la forma en que se percibe el cuerpo de la mujer en la sociedad actual, recordaremos entonces que la sociedad impone ciertos estereotipos sobre la manera en que debe comportarse una mujer, es decir, existe una diferenciación entre lo masculino y femenino, por lo que una mujer debe ser y lucir físicamente de acuerdo a ciertos roles impuestos por cada comunidad. En este sentido, si una mujer por alguna razón no entra dentro de estos estándares conocidos como “femenino” en cuanto a su físico, como el hecho de tener sobrepeso, exceso de vello facial o vello en zonas poco comunes en las mujeres, además de un aumento de acné y piel grasa, y en general, presentar síntomas virilizantes, existirá una incongruencia entre lo que “es” esa persona y lo que “debería ser”.

Esta incongruencia percibida, afectará la forma en que se maneja en su vida diaria, llegando a percibirse como menos femenina y presentando problemas por la forma en que considera los demás la perciben, llegando a ser insegura en cuanto a su físico.

Probablemente algunas mujeres con signos visibles serán más cohibidas y menos sociables que aquellas que no presentan SOP, llegando a aislarse y en general, son justamente estas personas las que reciben más críticas y burlas por parte de los demás, debido al hirsutismo que llega a presentarse. De manera que para aquellas mujeres que reciben estas críticas sobre su apariencia y que no conocen su diagnóstico en ese momento, suele ser más complicado el comprender y aceptar la forma en que lucen, llegando a optar por distintos tratamientos estéticos para intentar aminorar los síntomas, como la depilación constante de aquellas zonas con exceso de vello. Por lo que querer cambiar estos aspectos implica el querer esconderlos, lo que impide una vivencia plena de su corporalidad en general.

Sin embargo, en aquellas mujeres que conocen acerca de su diagnóstico y comprenden que todos estos síntomas son debido al SOP, podrán entonces entender que esos tratamientos estéticos o superficiales si bien pueden realmente formar parte de su tratamiento individualizado, no solucionarán verdaderamente el problema, ya que solo estarán atacando la parte superficial del mismo. Así mismo, tendrán mayor probabilidad de aceptar este hecho a largo plazo y tomar conciencia de que es algo que no depende de ellas, es decir, de “separar” los síntomas e implicaciones del síndrome de su personalidad e identidad.

Por lo que el considerar estrategias de afrontamiento y el fortalecer la confianza y aceptación en sí misma dentro del tratamiento psicológico, puede llegar también a ser fundamental en la forma de vivir y aceptar el diagnóstico.

Conclusiones

Después de toda una travesía a lo largo del SOP, donde se retomaron los aspectos fisiológicos, sociales y psicológicos del síndrome, no queda más que concluir que este síndrome tiene un gran alcance y repercusión en todas las áreas de la vida de la mujer que vive con él. Lo que lo hace ganarse el título de ser un síndrome complejo y multifactorial, y que, a su vez, es necesario comprender y tratar desde diversos ángulos.

Recibir el diagnóstico de SOP es diferente para cada mujer, y la manera en que lo afronte dependerá en gran medida de los recursos con los que cuente en ese momento, ya sea de información, recursos económicos, redes de apoyo, entre otros. Y en este caso, pueden existir desde mi punto de vista, ambos lados de la moneda, es decir que por una parte se cuente con nula información, recursos y apoyo, y esto genere preocupación e incertidumbre, incluso confusión frente al diagnóstico, ya que a veces tendemos a basarnos en lo que escuchamos por ahí o sabemos que le sucedió a una conocida o familiar, por lo que no contamos con las herramientas necesarias para afrontar adecuadamente dicha situación.

Y por otra parte, podemos encontrarnos con lo contrario al contar con demasiada información sobre el SOP, llegando a sobresaturarnos del tema y a encontrar cada vez más datos y prevalencias del síndrome, así como de sus posibles complicaciones en cuanto al tratamiento y seguimiento en general.

Por lo que ambos extremos no son saludables, de manera que debemos encontrar un punto medio en que podamos contar con las herramientas y estrategias necesarias para sobrellevar el diagnóstico, y sobre todo hacer frente a las dificultades que puedan surgir.

Por eso es importante individualizar el tratamiento de cada mujer con SOP, asegurándose de cubrir cada uno de los aspectos que el síndrome abarca, y tomando como papel principal no solo la salud física sino también la salud mental.

Desde mi punto de vista, contar con un adecuado nivel de autoestima, una percepción positiva y objetiva de nuestro cuerpo y sobre todo contar con inteligencia emocional, será un punto clave en la mejoría y adecuado manejo del síndrome, ya que estos aspectos podrán propiciar que podamos modificar con un poco más de facilidad nuestro estilo de vida, hábitos y rutinas, aspectos relevantes para lograr disminuir y controlar los síntomas.

Es decir, si nosotros tomamos en cuenta que a pesar de que se trata de un síndrome que no tiene como tal una cura, que impacta en gran medida en toda nuestra vida y que cambia nuestro cuerpo físicamente y a su vez, eso trae repercusiones psicológicas y sociales, si tan solo en lugar de esto nosotros logramos ver más allá y consideramos que es posible disminuir significativamente los síntomas y lograr controlarlos, que es posible aprender a vivir con ello y tener una vida bastante normal y ordinaria como cualquier otra persona, y que es posible contar con la información y apoyo necesario durante el proceso, sabremos entonces que somos mucho más que el síndrome y seremos una “persona que vive con SOP”, y no una “persona con SOP” (Gergen, 2006).

Así mismo, considero relevante rescatar los datos mencionados respecto a la prevalencia del síndrome, ya que cada vez más mujeres lo desarrollan o viven con él y no lo saben o simplemente no lo tratan adecuadamente. Por lo que cobra importancia continuar fomentando una cultura de prevención y atención oportuna ante cualquier presencia de algún síntoma, alguna anomalía en nuestro cuerpo o ciclo menstrual, incluso ante los

diagnósticos de SOP ya existentes en nuestra familia, lo cual solo puede lograrse a través de la difusión de información, el acceso oportuno y accesible a los medicamentos para contrarrestar los síntomas del SOP, las visitas periódicas al médico o ginecólogo, y por supuesto un autoconocimiento adecuado.

De forma que es importante recalcar, que una atención temprana puede mejorar en gran medida los síntomas y aspectos negativos del síndrome, y que por el contrario, una atención tardía puede llegar a agravar aún más los síntomas y llevar a complicaciones bastante graves, no solo en la cuestión física como la resistencia a la insulina, la obesidad, el acné o el hirsutismo, sino que las consecuencias también vendrían a nivel emocional y psicológico, poniendo en riesgo nuestro bienestar e incluso nuestra vida, recordando todas las afectaciones psicológicas que pueden llegar a existir.

En este sentido, me gustaría retomar las implicaciones psicológicas que considero de mayor relevancia por las dificultades que pueden traer si no se tratan a tiempo. Una de ellas es la depresión, ya que recordemos que las mujeres con SOP tienen mayor riesgo de presentar depresión que las mujeres sin SOP, aunado al hecho de que la severidad también es mayor. Recordemos que la depresión es la principal causa de suicidios y atentaciones contra nuestra vida e integridad, por lo que atenderla oportunamente es primordial.

Por otra parte, la ansiedad y estrés son aspectos que también pueden llegar a afectar diversas áreas de nuestra vida, por lo que contar con técnicas y herramientas para mejorar sus síntomas forma parte del tratamiento básico que debe llevarse a cabo.

En relación con lo anterior, es necesario ampliar mucho más la investigación acerca del abordaje psicológico en este tipo de síndromes metabólicos y hormonales, ya que la

mayoría de la información y documentación del síndrome se lleva a cabo desde un punto de vista médico o fisiológico, dejando de lado el tratamiento y apoyo que se puede brindar desde la psicología, como grupos de apoyo, psicoeducación en el tema e intervenciones individuales abordando las dificultades personales de cada mujer, puntualizando nuevamente la necesidad de un tratamiento integral.

Referencias

- Adamed Mujer. (2018). La importancia de conocer tu ciclo menstrual. Recuperado de <https://www.adamedmujer.com/menstruacion/la-importancia-de-conocer-tu-ciclo-menstrual/>
- Al Adib, M. (2018). Síndrome de Ovarios Poliquísticos. Recuperado de <https://miriamginecologia.com/blog/sindrome-de-ovarios-poliquisticos-parte-ii-adentrandonos-en-las-bases-del-tratamiento-ideal/>
- Carreño, J., Henales, M. y Sánchez, C. (2011). La autoestima y el autoconcepto en la mujer con esterilidad. *Perinatología y Reproducción Humana*, 25(1), 29-38. Recuperado de <https://www.medigraphic.com/pdfs/inper/ip-2011/ip1111f>
- Castañeda Sánchez, O., Guzmán, M., Cervantes García, B., Mejía Contreras, R., Brito Zurita, O., Myozoti, V., Rojas Gurrola, R. y Villegas Marín, G. (2015). Impacto de un grupo de autoayuda en el manejo del síndrome metabólico. *Atención familiar*, 22(4), 102-107. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-impacto-un-grupo-autoayuda-el-S1405887116300621>
- Cettina, L. (2019). Meditación en lugar de medicación para mitigar la ansiedad. *Nursing*, 36(3), 32-35. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-nursing-20-articulo-meditacion-lugar-medicacion-mitigar-ansiedad-S021253821930069X>
- Chiliquinga, S., Aguirre, R., Agudo, M., Chú, A. y Cuenca, S. (2017). Criterios diagnósticos y tratamiento integral terapéutico del síndrome de ovarios

poliquísticos. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 43(3).

Recuperado de

<http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/249/213>

Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (2017). Los quistes ováricos.

Recuperado de [https://aogcr.com/wp-](https://aogcr.com/wp-content/uploads/2019/11/29E102F90A147470F8CA0BD5E525D3CBB-2.pdf)

[content/uploads/2019/11/29E102F90A147470F8CA0BD5E525D3CBB-2.pdf](https://aogcr.com/wp-content/uploads/2019/11/29E102F90A147470F8CA0BD5E525D3CBB-2.pdf)

Concha, F., Sir-Petermann, T, Recabarren, S. y Pérez, F. (2017). Epigenética del síndrome de ovario poliquístico. *Revista Médica Chile*, 145(7), 907-915.

Recuperado de

https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000700907

Fernández, A., Pérez, E. y Pérez, C. (07 de febrero de 2023). La importancia de los grupos de ayuda mutua en salud mental. *Apuntes de Trabajo Social*.

Recuperado de <https://apuntesdetrabajosocial.com/la-importancia-de-los-grupos-de-ayuda-mutua-en-salud-mental/>

Gergen, K. (2006). Discurso sobre el déficit y debilitamiento cultural. En Gergen,

K. (2006). *Construir la realidad* (pp. 135-172). Barcelona, España: Editorial Paidós.

Godoy, D., Eberhard, A., Abarca, F., Acuña, B. y Muñoz, R. (2020).

Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y

familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173. Recuperado

de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-psicoeducacion-salud-mental-una-herramienta-S0716864020300195>

- Gómez-Acosta, C., Vinaccia, S. y Quiceno, J. (2015). El síndrome de ovario poliquístico: aspectos psicológicos. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 80(4), 341 - 347.
- Gómez, D. y Peña, E. (2016). *El uso etnográfico de los archivos. Experiencias de investigación en salud desde la perspectiva antropológica*. Universidad Nacional de la Plata. V Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales, Mendoza, Argentina. Recuperado de http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.8457/ev.8457.pdf
- Ibáñez, M. (s.f.). ¿Conoces tu cuerpo? Rompe los tabúes. *Centrada en ti*. Recuperado de <https://centradaenti.es/conoces-tu-cuerpo-rompamos-los-tabues/#comments>
- Instituto Bernabeu. (2016). ¿Es importante el tamaño de los ovarios? Recuperado de <https://www.institutobernabeu.com/foro/es-importante-el-tamano-de-los-ovarios/>
- Luisi, V. (2018). Sexualidad, género y educación sexual. *Extra Muros*. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7862367.pdf>
- Magendzo, A. (2010). Anovulación y disfunción ovulatoria e infertilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 21(3), 377-386. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202->

articulo-anovulacion-disfuncion-ovulatoria-e-infertilidad-
S0716864010705484

Merino, P., Schulin-Zeuthen, C., Cannoni, G. y Conejero, C. (2015). Síndrome de ovario poliquístico: Diagnóstico en la adolescencia. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 26(1), 88-93. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-sindrome-ovario-poliquistico-diagnostico-adolescencia-S0716864015000140>

Moncrieff, H. (2007). Sexualidad y sociedad moderna: El saber de que aún no somos del todo “libres”. *A Parte Rei*, 50. Recuperado de <http://serbal.pntic.mec.es/~cmunoz11/moncrieff50>

Palacio, A. (2020). *Vivencia de la identidad de género en relación con la vivencia del Síndrome de ovario poliquístico* (Tesis de grado, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia). Recuperada de https://bibliotecadigital.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/15913/6/PalacioAstrid_2020_VivenciaIdentidadGenero.pdf

Pérez, E., Pérez, E., Ledezma, K. y Gutiérrez, A. (2021). Pasado presente y futuro de la estimulación ovárica en el tratamiento de la infertilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(2), 173-179. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-pasado-presente-futuro-estimulacion-ovarica-S0716864021000286>

- Profamilia Colombia. (2012). Fisiología normal del ciclo menstrual. Recuperado de <http://www.profamiliaeduca.com:8080/cursoscat/curso-205/Seccion%201%20Plan%20Entto%20Estreva%20Gel%20Fem%207.pdf>
- Quijada, D. (2010). *Percepciones que las mujeres tienen de su cuerpo y vivencia sexual* (tesis de pregrado). Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Sociología, Santiago de Chile.
- Ray, L. (11 de octubre de 2018). *Depresión, ansiedad y síndrome de ovario poliquístico (SOP)*. Clue. Recuperado de <https://helloclue.com/es/articulos/sop/depresion-ansiedad-y-sindrome-de-ovario-poliquistico-sop>
- Requena, C. y Llombart, B. (2020). Anticonceptivos orales en dermatología. *Actas Dermosifiliográficas*, 111(5), 351-356. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001731020300557>
- Roa, A. (2013). La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia. *Edetania*, 44, 241-257. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4596298.pdf>
- Rodríguez, M., Gempeler, J., Pérez, V. y Ribero, O. (2017). Polycystic ovarian syndrome and its potential association with bipolar disorder in patients with eating disorder. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8(2), 142-150. Recuperado de https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2007-15232017000200142&script=sci_abstract&tlng=en

- Sir-Petermann, T., Ladrón de Guevara, A., Villarroel, A., Preisler, J., Echiburú, B. y Recabarren, S. (2012). Síndrome de ovario poliquístico y embarazo. *Revista Médica de Chile, 140*(7), 919-925. Recuperado de https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872012000700015
- Sir-Petermann, T., Maliqueo, M., Pérez-Bravo, F., Angel, B., Carvajal, F., Paz del Solar, M. y Benítez, R. (2001). Síndrome de ovario poliquístico: la importancia de establecer su diagnóstico. *Revista Médica de Chile, 129*(7). Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872001000700015
- Sir-Petermann, T., Preisler, J., y Magendzo, A. (2013). Síndrome de Ovario Poliquístico. Diagnóstico y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes, 24*(5), 818-826. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-sindrome-ovario-poliquistico-diagnostico-manejo-S0716864013702293>
- Teede, H., Deeks, A. y Moran, L. (2010). Aspectos psicológicos, reproductivos y metabólicos. Síndrome del ovario poliquístico (SOP). Recuperado de <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=66443>
- Torres, A. y Torres, J. (2018). Climaterio y menopausia. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 61*(2). Recuperado de

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422018000200051

- Vanhauwaert, P. S. (2021). Síndrome de ovario poliquístico e infertilidad. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(2), 166-172. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-sindrome-ovario-poliquistico-e-infertilidad-S0716864021000195>
- Vargas, P. y Morgado, D. (2020). Uso de la espironolactona en dermatología: acné, hidradenitis supurativa, alopecia femenina e hirsutismo. *Actas Dermosifiliográficas*, 11(8), 639-649. Recuperado de <https://www.actasdermo.org/es-uso-espironolactona-dermatologia-acne-hidradenitis-articulo-S0001731020301277>
- Vital Reyes, V., López Alarcón, M., Inda Icaza, P. y Márquez Maldonado, C. (2017). Alteraciones metabólicas sutiles en adolescentes con obesidad y síndrome de ovario poliquístico. *Gaceta Médica de México*, 153(2), 34-41. Recuperado de https://www.gacetamedicademexico.com/frame_esp.php?id=50
- Zanin, L., Paez, A., Correa, C., y De Bortoli, M. (2011). Ciclo menstrual: sintomatología y regularidad del estilo de vida diario. *Fundamentos en Humanidades*, 12(24), 103-123.
- Zhuang, J., Wang, X., Xu, L., Wu, T., y Kang, D. (2013). Antidepresivos para el síndrome de ovario poliquístico. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 24(5), 874-875. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica->

clinica-las-condes-202-articulo-antidepresivos-el-sindrome-ovario-
poliquistico-S0716864013702359