



UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA
FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE MEDICINA
SEDE REGIONAL ROSARIO
2011

**“INFLUENCIA DEL NIVEL DE
INSTRUCCIÓN EN LA PRESENCIA Y
SEVERIDAD DE LOS SÍNTOMAS
PREMENSTRUALES”**

Alumna: Truzzi, Laura Gisel
Tutor: Dra. Perfumo, Patricia
Co-tutor: Dr. Nardin, Juan Manuel

Rosario –Santa Fe-

Agradezco a la Dra. Patricia Perfumo y al Dr. Juan Manuel Nardin por haber confiado en mi proyecto, por la paciencia y por el tiempo dedicado. También hago extensivo mi agradecimiento a todas las personas que de una forma u otra han colaborado en la elaboración de este trabajo.

Índice General

Resumen.....	página 5
Introducción.....	página 7
Marco teórico.....	página 10
Justificación.....	página 25
Hipótesis.....	página 25
Objetivos.....	página 26
Materiales y Métodos.....	página 27
Resultados.....	página 33
Discusión.....	página 46
Conclusiones.....	página 50
Bibliografía.....	página 52
Anexo.....	página 58

Índice de Gráficos y Tablas

Gráficos

GRÁFICO 1: EDAD.....	página 34
GRÁFICO 2: NIVEL DE INSTRUCCIÓN.....	página 34
GRÁFICO 3: PORCENTAJE DE MUJERES QUE USA MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.....	página 35
GRÁFICO 4: TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO.....	página 36
GRÁFICO 5: SITUACIÓN LABORAL.....	página 36
GRÁFICO 6: TIPO DE TRABAJO.....	página 37
GRÁFICO 7: SÍNTOMAS PREMENSTRUALES REPORTADOS.....	página 38

Tablas

TABLA 1: CARACTERÍSTICAS BASALES DE LA MUESTRA.....	página 33
TABLA 2: SÍNTOMAS SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN.....	página 39
TABLA 3: CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS ORALES (ACO) SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN EN MUJERES CON SÍNTOMAS MODERADOS A SEVEROS.....	página 40

TABLA 4: SÍNTOMAS SEGÚN RANGO ETARIO.....página 41

TABLA 5: SÍNTOMAS EN RELACIÓN AL CONSUMO DE ACO VS OTROS MÉTODOS

ANTICONCEPTIVOS.....página 43

TABLA 6: SÍNTOMAS SEGÚN SITUACIÓN LABORAL.....página 44

TABLA 7: SÍNTOMAS SEGÚN TIPO DE ACTIVIDAD LABORAL.....página 45

Resumen

Objetivo: Valorar la relación entre ciertos factores sociales en la vida de una mujer, puntualmente el nivel de instrucción, con la presencia y severidad de los síntomas premenstruales que presenten las mismas. A su vez, se buscó correlacionar estas características con el consumo de anticonceptivos orales (ACO).

Materiales y métodos: se estudiaron 200 mujeres concurrentes al centro de salud N° 20 del noroeste de la ciudad de Rosario y a la Universidad Abierta Interamericana, localización lagos, sede regional Rosario. La recolección de los datos se realizó entre Diciembre de 2010 y Abril de 2011. A las mismas se les aplicó el formulario de evaluación "*Shortened Premenstrual Assessment Form*" del *American College of Obstetricians and Gynecologist*, y se realizó una encuesta con preguntas cerradas, dicotómicas y de opción múltiple. (Ver anexo)

Resultados: de las 200 mujeres encuestadas, el 61% (122) presentaron síntomas premenstruales de intensidad moderada a severa y 39% (78) síntomas leves.

Además, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto a la influencia del nivel de instrucción (OR 0.79 con IC 95% 0.43-1.45) ni al efecto del consumo de ACO OR 4.61 (IC 95% 1.83-11.86), sobre la presencia y severidad de los síntomas premenstruales.

Conclusión: no parecería existir, al menos según los datos obtenidos en este trabajo, correlación alguna entre el nivel de instrucción que tenga la paciente y la presencia de síntomas premenstruales, refutando así la hipótesis de trabajo planteada.

De igual forma, tampoco se observó evidencia que sustente una relación directa objetivable con respecto al consumo de ACO.

Solo se hallaron datos estadísticamente significativos en el análisis de la muestra según rango etario, en relación a la presencia y severidad de los síntomas.

Introducción

Los síntomas premenstruales afectan entre 15-100% de todas las mujeres en edad reproductiva ⁽¹⁾, no obstante el Síndrome Premenstrual como entidad tiene una incidencia del 2 al 10% ⁽²⁾.

Esto incluye principalmente síntomas somáticos como distensión y dolor abdominal, hipersensibilidad mamaria, retención hídrica generalizada, ganancia de peso, edematización, acné, aftas, cefaleas, acompañado de leves variaciones del estado de ánimo ⁽³⁾. También se describen síntomas conductuales y afectivos, como por ejemplo insomnio, confusión, disminución de la atención y dificultad de concentración ⁽²⁾.

La dismenorrea (dolor pélvico asociado con el ciclo menstrual) es uno de los síntomas premenstruales más frecuentemente referidos por la mayoría de las mujeres en edad reproductiva ⁽⁴⁾.

Su presentación clínica, y más aún si se acompaña de otros síntomas como los arriba mencionados, puede llegar a alcanzar una severidad lo suficientemente importante como para ser incapacitantes y ocasionar problemas de ausentismo, disminución del rendimiento a nivel laboral y/o escolar, alteraciones en el estado anímico y afectación de las relaciones interpersonales ⁽⁴⁾.

Además de ser un trastorno de alta prevalencia, las molestias premenstruales generan un impacto negativo importante en el desempeño cotidiano de quienes la padecen; la literatura reporta que un 10-15% presenta ausentismo escolar o laboral por esta causa ⁽⁴⁾.

Estudios realizados en Estados Unidos señalan que anualmente se pierden alrededor de 600 millones de horas laborales y dos mil millones de dólares a consecuencia de la dismenorrea. En contraste las mujeres que trabajan mientras sufren de dolor menstrual, logran una menor productividad y calidad del trabajo, con un incremento en el riesgo de accidentes laborales ⁽⁴⁾.

Otro estudio llevado a cabo en Chile, compara el rendimiento físico e intelectual de un grupo de alumnas universitarias y revela que el 59% percibía disminución de la concentración, el 62% disminución de la motivación para estudiar y el 54% ausentismo escolar ⁽⁵⁾.

Según diferentes convenios colectivos de trabajo que rigen en nuestro país, se contemplan distintos tipos de licencias laborales; entre ellas la licencia por "día femenino". A través de la misma se otorga, en el caso de que la mujer lo solicite, un día de licencia paga por cada mes en razón de su ciclo menstrual.

Dicho esto, es conveniente resaltar que según han podido establecer diferentes investigadores, todos los cambios que las mujeres experimentan a lo largo del ciclo menstrual están íntimamente relacionados no sólo con factores fisiológicos, sino también con factores culturales, sociales y psicológicos.

Aunque el síndrome premenstrual es sufrido por mujeres en fase reproductiva de todas las edades, culturas y nivel socioeconómico, existen grandes diferencias entre los síntomas experimentados entre las distintas mujeres, e incluso en la misma mujer de mes a mes.

En resumen, teniendo en cuenta que cualquier mujer en edad fértil tiene un riesgo potencial de padecer síntomas premenstruales de diferente magnitud, debería reconocerse a esta entidad como una problemática social de gran interés para todas las personas y/o espacios que se vean íntimamente involucrados con el desempeño activo y/o pasivo de las mujeres.

Marco teórico

Se denominan *síntomas premenstruales* a aquellos cuya intensidad sea leve, no debilitantes para la mujer y que prácticamente no afecten el desempeño habitual de la misma. En el *Síndrome Premenstrual* propiamente dicho (SPM) los síntomas se refieren de moderados a severos y afectan de forma significativa la vida cotidiana de la mujer ⁽³⁾.

Si bien no existe una definición universal, exacta y consensuada, el SPM se describe como una entidad caracterizada por un conjunto de disturbios somáticos, afectivos y conductuales, que recurren de forma cíclica durante la fase lútea del ciclo menstrual y que resuelven rápidamente al acercarse el comienzo de la menstruación ⁽²⁾.

Se entiende por fase lútea al período que se da aproximadamente entre el día 13-15 del ciclo menstrual, al final de la ovulación, en el cual el folículo se colapsa y se convierte en cuerpo lúteo. El cuerpo lúteo es una glándula endócrina que se forma luego de la ruptura folicular, cuando la porción remanente del folículo es invadida por elementos vasculares. La principal función del cuerpo lúteo es la secreción de progesterona y en menor grado sintetiza estradiol ⁽⁶⁾.

A su vez, la Asociación Americana de Psiquiatría ha creado también el término de *Trastorno Disfórico Premenstrual (TDP)* para designar un cuadro clínico cíclico idéntico al SPM, pero de mayor gravedad, que repercute en mayor magnitud en la vida diaria de la mujer y representa una exacerbación patológica de los síntomas conductuales y afectivos mencionados con anterioridad, que pueden presentarse incluso como trastornos alimentarios, depresión, trastorno afectivo bipolar o alteraciones de la personalidad ⁽⁷⁾.

El cuerpo femenino nace con un bagaje potencial: la totalidad de sus ovocitos desde la etapa intrauterina. La menstruación es la descamación cíclica y fisiológica de la capa funcional del endometrio como consecuencia de la brusca deprivación hormonal al final del ciclo femenino, situación que se presenta si no se ha producido la implantación de un embrión ⁽⁸⁾.

La interdependencia psicosomática de los procesos psicológicos y orgánicos en pocas partes se aprecia tan claramente como en el ciclo reproductivo femenino. Lo mismo puede decirse en lo que se refiere a la consideración de los factores culturales y sociales que influyen en la constitución de la identidad femenina.

En nuestra cultura, a pesar de haberse derribado muchas barreras y tabúes, todo lo que rodea al ciclo menstrual permanece aún en algunos aspectos inmutables ⁽⁸⁾.

Para algunas mujeres la semana que precede a la menstruación es muy tensionante, conlleva síntomas emocionales acompañados con molestias físicas ⁽⁸⁾.

La mayoría de las mujeres presentan un aumento de sentimientos negativos durante los días previos a la menstruación y el temperamento tiende a ser más positivo durante el intervalo intermenstrual. El promedio de ansiedad es mayor durante la etapa premenstrual en relación con la etapa de la ovulación. La asociación entre las actitudes negativas y las expectativas displacenteras frente al ciclo, generan más dificultades premenstruales, y constituyen un factor en sí mismo que incide en la repetición del mismo síndrome ⁽⁸⁾.

La perspectiva antropológica de la sangre menstrual ha ido variando a lo largo de la historia, dentro de cada cultura y según diferentes corrientes religiosas. En las culturas indígenas de diferentes partes del mundo se ha creído que el fluido menstrual fue causado por primera vez por la mordedura de un animal en la región genital de la mujer ⁽⁹⁾.

Entre las tribus del sur de Australia se creía que la menstruación era causada por los arañazos en la vagina de un animal que se movía con los cambios de la luna ⁽¹⁰⁾.

Las tribus de Nueva Zelanda creían que la menstruación era el equivalente a un aborto de seres humanos que tenían dificultades para formarse en el vientre materno ⁽¹¹⁾.

En muchas tribus, especialmente del Brasil y de la Guayana Francesa, se maltrataba a las adolescentes hasta el desmayo cuando menstruaban en abundancia, para extraerles los demonios que les causaban ese trastorno ⁽¹²⁾.

Distintos pensadores han reflexionado acerca del significado de la menstruación; ya en el año 370 aC Hipócrates, quien fuera considerado el padre de la medicina, denominaba *“agitaciones del cerebro”* a los síntomas producidos por la sangre de las mujeres. En 1931, el neurólogo estadounidense Robert Frank describió por primera vez un trastorno al que denominó *“Tensión Premenstrual”* al cual reconocía como una *“tensión indescriptible que aparece 7 a 10 días antes de la menstruación y en la mayor parte de los casos continúa hasta el momento del sangrado. En estos días las mujeres informan desasosiego*

e irritabilidad, como si quisieran desprenderse de su piel y desearan hallar alivio en acciones tontas y objetables” (8).

Desde el comienzo de los tiempos la menstruación ha tenido un halo de misterio para la humanidad. No hay explicaciones satisfactorias aún hoy, del por qué las mujeres requieren este evento fisiológico para mantener la fertilidad, no necesario en otras especies de animales mamíferos (13).

El ciclo menstrual de la mujer es la consecuencia de la compleja interacción de procesos entre el hipotálamo, la hipófisis (estos últimos en sistema nervioso central) y el ovario (6).

El hipotálamo es la región del cerebro que rodea el sector inferior del tercer ventrículo. Éste es el encargado de controlar la liberación de pulsos de sustancias que van a estimular el funcionamiento de la hipófisis, como lo es la Hormona Liberadora de Gonadotrofinas (GnRH) (6).

La glándula hipofisaria es una estructura que se aloja en una cavidad de paredes óseas, la *silla turca*, que se presenta en el hueco del hueso esfenoides en la base del cráneo. Se divide en dos porciones, la

neurohipófisis y la *adenohipófisis*. La región encargada de producir hormonas que regulen el ciclo sexual es la porción anterior, la *adenohipófisis*.

La *adenohipófisis* produce la *Hormona Folículoestimulante (FSH)* y la *Hormona Luteinizante (LH)* ⁽⁶⁾.

Los órganos blancos sobre los cuáles van a actuar las gonadotrofinas son: para la LH, las células de la teca y de la granulosa del folículo y el cuerpo lúteo y la FSH las células de la granulosa. Se ha demostrado que la LH es la hormona más importante en la esteroidogénesis ovárica, al iniciar los procesos de ovulación, maduración ovular y luteinización folicular ⁽⁶⁾.

Luego de su biosíntesis, las hormonas esteroideas sexuales son secretadas a la corriente sanguínea dónde actúan a distancia.

Los estrógenos tienen receptores en útero, vagina, mamas, riñones y glándulas suprarrenales entre otros. La progesterona tiene receptores en el miometrio, el cerebro y las mamas ⁽⁶⁾.

El ovario se comporta como el centro del sistema produciendo inicialmente un *feedback* negativo y posteriormente uno positivo a nivel central y desencadenando el pico pre-ovulatorio de gonadotrofinas.

La ovulación se produce 34 a 35 horas después de que ocurre el pico de LH. Éste induce la maduración del ovocito, la luteinización de las *células de la granulosa* y el aumento de la producción de progesterona y *prostaglandinas*. Se produce así la ruptura y liberación del folículo apto para fecundar. Los remanentes de esta ruptura posteriormente son invadidos por elementos vasculares y conforman el *cuerpo lúteo* que actúa como una glándula endócrina productora de progesterona y en menor grado de estradiol ⁽⁶⁾.

Los estrógenos se dividen en *naturales* y *artificiales*. Los más importantes son: la *estrone* (E), el *17 β -estradiol* (E₂) y el *estriol* (E₁). El estrógeno más activo es el *estradiol*, el cual es 4 veces más activo que la *estrone* y 40 veces más que el *estriol* ⁽⁶⁾.

Los estrógenos actúan principalmente sobre el aparato genital y las glándulas mamarias.

A nivel de las *trompas de Falopio* inducen modificaciones epiteliales y estimulan el peristaltismo. En el *endometrio* aumentan el contenido de

agua, electrolitos, enzimas, proteínas, etc., promueven la regeneración del epitelio después de la menstruación y producen la fase de proliferación que incluye glándulas, estroma y vasos. Sobre el *moco cervical* aumentan la cantidad y calidad del mismo, haciéndolo apto para la migración espermática. Sobre la *vagina* aumentan el espesor de la mucosa y la cantidad de células superficiales.

Existen dos picos de estrógenos circulantes que varían a lo largo del ciclo menstrual: uno es pre-ovulatorio y el otro se da en la fase lútea media ⁽⁶⁾.

La progesterona es un gestágeno que interviene en la preparación del útero para la anidación ovular; en la fase lútea los niveles de progesterona aumentan en forma pronunciada para decrecer rápidamente junto a los estrógenos al cesar la actividad del cuerpo amarillo ⁽⁶⁾.

Durante los últimos 70 años se han propuesto muchas teorías acerca de las causas de los síntomas. Empezando por la obvia causa intuitiva, que es un supuesto *desarreglo hormonal*. Pero rápidamente se incluyeron supuestos factores psicológicos (neuroticismo, trastornos afectivos, etc.) para poder explicar por qué una mujer sufre, cuando otras en las

mismas circunstancias y con los mismos valores hormonales no lo hacen (14).

La investigación no ha podido identificar ninguna alteración biológica como causa única del trastorno, lo cual apunta a una multicausalidad del problema (14).

Las variaciones hormonales en un ciclo ovárico normal ocurren espontáneamente, particularmente en los extremos de la edad reproductiva, durante el embarazo y la lactancia donde, a su vez, se relacionan con estrés psicológico y alteraciones en la dieta o el peso corporal (15).

Se sabe, a raíz de varios estudios, que el 72% de los ciclos en mujeres de entre 20 y 24 años son ovulatorios; esta cifra declina al 66% en mujeres que rondan los 50 años.

El estradiol y la progesterona tienen actividad a nivel sistema nervioso central y serían los principales responsables de los diferentes cambios ocurridos durante la fase premenstrual. El estradiol actuaría como factor excitatorio y la progesterona sería inhibitoria.

La mejoría en el *humor*, que ocurre típicamente en la fase folicular tardía, se relaciona con el pico de estradiol pre-ovulatorio y es consistente con un efecto excitatorio positivo del mismo ⁽¹⁵⁾.

Una de las quejas más frecuentes de las mujeres tiene que ver con la *sensación de hinchazón generalizada y ganancia de peso* cuya presencia se da por desequilibrios hidro-electrolíticos ⁽¹⁵⁾.

Los efectos de los esteroides ováricos en el manejo del agua corporal total y los electrolitos adquieren una relevancia incierta con respecto a la fase premenstrual; a pesar de ello la edematización premenstrual es atribuida a retención de sodio y agua, más marcada en la mitad del ciclo ⁽¹⁵⁾.

El estradiol causa retención hidro-electrolítica y la progesterona el efecto opuesto. También se cree que ambos esteroides tendrían una compleja relación con el sistema *renina-angiotensina-aldosterona*, el cual se activaría particularmente en mayor magnitud con el pico de estradiol.

En los senos puede producirse una retención de más de 100 ml de agua durante el ciclo menstrual ⁽¹⁵⁾.

Otro de los signos más comunes en la mujer en período premenstrual es el llamado “*craving*”, en cual se describe como una necesidad compulsiva de ingerir alimentos sobre todo a base de hidratos de carbono; se cree que esta manifestación se debería a estados reactivos de hipoglucemia ocurridos en la fase lútea ⁽¹⁵⁾.

La *dismenorrea* (menstruación dolorosa) es una de las manifestaciones premenstruales más frecuentes. La misma puede clasificarse como *primaria*, cuando su causa esta relacionada al proceso menstrual o *secundaria* cuando se debe a procesos patológicos asociados a la menstruación ⁽¹⁵⁾.

Es un dolor de tipo cólico que se localiza en la región suprapúbica, pudiendo irradiar a ambas fosas iliacas y al dorso o cara interna de los muslos.

Su patogenia se asocia a desequilibrios en la producción de *Prostaglandinas* y *Prostaciclina*, las cuales causan vasodilatación y aumento de la permeabilidad capilar.

Las Prostaglandinas son lípidos mediadores autócrinos y parácrinos que se encuentran en las células y cuya producción estaría estimulada por los estrógenos. La PGE₂ es la que más se asocia a la aparición de dismenorrea ⁽¹⁵⁾.

Los factores etiológicos de los síntomas y el síndrome premenstrual no son bien conocidos aún hoy y se han propuesto múltiples teorías ⁽¹⁶⁾.

Una de ellas tiene que ver con la *vulnerabilidad genética*; algunos estudios sugieren que el componente genético del síndrome premenstrual estaría relacionado con la mayor tendencia familiar a desarrollar episodios de depresión mayor o de neuroticismo. Se estima que la heredabilidad rondaría el 30-35% ⁽¹⁶⁾.

Otra de las teorías asume una alteración en el *sistema GABA (ácido gamma amino butírico)*. El cerebro sintetiza progesterona y metaboliza esta molécula para formar sus derivados reducidos, dihidroprogesterona (DHP) y tetrahidroprogesterona (THP). La THP modula la actividad de los receptores GABA y es un potente ansiolítico, con efectos antidepresivos ⁽¹⁷⁾.

Una situación ejemplificadora sería lo que ocurre durante el embarazo; el cerebro está expuesto a altos niveles de progesterona hormonal y por lo tanto dispone de elevadas cantidades de precursor para sintetizar THP. El abrupto descenso de los niveles de progesterona hormonal tras el parto priva al cerebro de esta fuente de THP. Esto puede favorecer el desarrollo de las depresiones posparto, quizá porque el cerebro de

muchas mujeres tarda en readaptar su producción local de progesterona para producir THP ⁽¹⁷⁾.

El *sistema serotoninérgico* también intervendría en la etiopatogenia de los síntomas premenstruales. El hallazgo de receptores intranucleares para estrógenos y progesterona en neuronas serotoninérgicas fue un buen indicio de que los esteroides ováricos podrían modular la actividad serotoninérgica. La 5-HT (Serotonina) está involucrada en una amplia variedad de funciones, como ser el humor, la memoria, la respuesta de estrés, el sueño, la termorregulación y la conducta alimentaria ⁽¹⁷⁾.

Dentro de las múltiples hipótesis propuestas, también han surgido algunas que tienen que ver con aumento de los niveles de endorfinas el cual en la mitad de la fase lútea podría ser responsable del marcado incremento del apetito y deseo por los dulces; también se ha atribuido cierta trascendencia a un posible incremento de leptina, regulador metabólico del eje hipotálmo-hipófiso-gonadal, que aumentaría la producción y recaptación de serotonina.

También cabe mencionar otras hipótesis etiopatogénicas asociadas a la deficiencia de vitamina B6, vitamina E y magnesio, además de la teoría psicológica.

Hasta el momento los estudios sobre el rol de las vitaminas y los minerales son insatisfactorios y no han podido ser comprobados ⁽²⁾.

Con respecto a la hipótesis psicológica, en un principio se pensó que los síntomas premenstruales representaban un trastorno psicossomático y que dichos síntomas podrían ser consecuencia de conflictos profundos relacionados con el papel que deben desempeñar las mujeres. La teoría psicossomática fue sustentada por un estudio realizado por Ruble en el año 1977, el cual demostró que ciertas mujeres durante el período premenstrual referían síntomas leves cuando se les inducía a pensar con argumentos falsos que se produciría un retraso de la menstruación inminente; dicha teoría tal vez sea la más difícil de sustentar ⁽¹⁾.

Reconocer síntomas premenstruales no es una tarea tan difícil, por lo tanto el diagnóstico de la presencia de síntomas premenstruales es netamente clínico y queda al criterio de cada evaluador ⁽²⁾.

Se ha examinado la capacidad de los anticonceptivos orales combinados (ACO) que contienen progestina y estrógeno para aliviar los síntomas premenstruales, dado que generan una supresión de la ovulación.

Son considerados el primer agente que debe ser utilizado en esta entidad, ya que los síntomas aparecen durante el premenstruo de ciclos solamente ovulatorios.

La mayoría de los ACO que se comercializan en la actualidad derivan de la 19-nor testosterona (andrógeno sintético derivado de la testosterona, ejemplos: levonorgestrel, gestodeno y norgestimato) ⁽¹⁸⁾.

Una progestina más nueva, la drospirenona, que deriva de la espironolactona en lugar de la 19-nor testosterona, tiene una acción antimineralocorticoide y actuaría disminuyendo la presencia de síntomas premenstruales en las mujeres que la consuman ⁽¹⁸⁾.

Justificación para el trabajo

Se han postulado diferentes hipótesis y, a pesar de las investigaciones realizadas, aún no se ha hallado un factor etiológico específico para estas manifestaciones y se han propuesto numerosas teorías etiopatogénicas hasta el momento ⁽²⁾.

Una de dichas teorías sugiere que ciertos aspectos sociales como el nivel de instrucción de la mujer, el grado de conocimiento que tenga acerca de su salud, la paridad y la ocupación podrían influir en la aparición y severidad de los síntomas premenstruales ⁽¹⁹⁾.

Hipótesis

El presente trabajo considera que las pacientes que presentan un grado de instrucción que ha superado el nivel secundario de enseñanza básica, tendrían mayor prevalencia de síntomas premenstruales

Objetivos de la investigación

Los objetivos del presente trabajo fueron convenientemente divididos en primarios y secundarios.

Los objetivos primarios son:

1. Estimar la prevalencia de síntomas premenstruales de intensidad moderada a severa en la población en estudio y según nivel de instrucción.
2. Correlacionar el nivel de instrucción de las encuestadas con la prevalencia de los síntomas premenstruales.

Los objetivos secundarios son:

3. Correlacionar la prevalencia de síntomas premenstruales de intensidad moderada a severa en el grupo de mujeres que consumen ACO.
4. Correlacionar el nivel de instrucción con la prevalencia de síntomas premenstruales en relación al consumo de ACO.

Materiales y Métodos

Se realizó un trabajo observacional, de corte transversal.

Se trabajó con una población de mujeres de entre 18 y 40 años. La muestra fue dividida en dos grupos, uno considerado de mayor nivel de instrucción y socio-cultural, representando por 100 mujeres de distintas facultades de la Universidad Abierta Interamericana, localización Ovidio Lagos 944, Sede Regional Rosario; y el otro grupo formado por 100 mujeres de un nivel de instrucción menor y socio-cultural bajo, representado por concurrentes al centro de Salud número 20 ubicado en la intersección de las calles Superí y Pizzurno en la zona noroeste de la ciudad de Rosario.

Para la búsqueda de información se aplicó una encuesta anónima estructurada, confeccionada a partir de variables establecidas que permitieron recolectar información para generar conocimiento respecto a los objetivos propuestos.

Dicha encuesta fue confeccionada en base a preguntas cerradas, dicotómicas y de opción múltiple. (Ver anexo).

Cabe destacar que 7 de las mujeres encuestadas en el centro de salud manifestaron ser analfabetas, situación frente a la cual se decidió recolectar los datos en formato de entrevista personal; se formularon las preguntas con un discurso sencillo y concreto.

Los datos se recolectaron durante un período de tiempo comprendido entre Diciembre de 2010 y Abril de 2011.

Para evaluar el grado de instrucción de las encuestadas se utilizó el número de años y nivel de escolaridad y para evaluar el nivel social se aplicaron algunos de los indicadores propuestos por la Licenciada Alicia Maguid en el trabajo "*Sistema de indicadores sociales de la Argentina*", publicado para el INDEC y el CEPAL (Centro Económico para América Latina) en el año 2000 ⁽²⁰⁾.

Se evaluó la gravedad de los síntomas premenstruales utilizando el formulario de evaluación "*Shortened Premenstrual Assessment Form*", formulada por el departamento de Salud Comunitaria y Práctica Familiar de la Universidad de Minnesota, Minneapolis, publicado en el año 1991 por el *American College of Obstetricians and Gynecologist* . Dicha guía indagó sobre la severidad de una serie de 10 síntomas premenstruales principales, seleccionados a partir de un total de 95 síntomas incluidos

en el formulario anterior "*Premenstrual Assessment Form*", para evaluar la presencia y severidad de síntomas premenstruales.

La magnitud de los 10 síntomas encuestados se representa en un score que se obtiene de la sumatoria de una escala que va del 1 al 6 y se interpretó de la siguiente manera: el 1 representa el valor mínimo de la escala e indica la ausencia del síntoma indagado y el valor 6 es el valor máximo de la escala y representa la extremidad del síntoma indagado.

Un valor total mayor o igual a 30 puntos indica la presencia de síntomas de intensidad moderada a severa, a su vez la severidad de los síntomas empeora cuanto mayor sea el puntaje; en contraste un valor por debajo de los 30 puntos revela la presencia de síntomas premenstruales leves o aislados ⁽²¹⁾.

Se consideró que aquellas mujeres que refirieran un valor de 1 para todos los síntomas indagados, debían ser excluidas del presente trabajo ya que el mismo apuntó a analizar exclusivamente mujeres con síntomas premenstruales.

Este hecho refleja que las 200 mujeres encuestadas presentan algún tipo de síntoma premenstrual, variando la intensidad de los mismos.

Durante el desarrollo del trabajo se analizaron variables cualitativas politémicas ordinales y cuantitativa continua, como son:

- Edad de la mujer: entre 18 y 20 años, entre 21 y 30 años, entre 31 y 40 años.
- Nivel de instrucción: analfabeta, nivel primario completo o incompleto, nivel secundario completo o incompleto, nivel terciario o universitario completo o incompleto.
- Método anticonceptivo que utilice: ninguno, dispositivo intrauterino (DIU), preservativos, anticonceptivos orales, otros como por ejemplo anticonceptivos inyectables, métodos naturales, etc.
- Situación laboral: ¿Trabaja?: si o no.
- Tipo de trabajo: en relación de dependencia formal o informal
- Síntomas premenstruales tales como: Sensación de estrés, agotamiento, irritabilidad, depresión, dolor o molestias mamarias, dolores articulares o musculares, ganancia de peso, retención líquida e hinchazón.

Para el reporte de los puntos finales, siendo éste un estudio observacional y no un ensayo clínico aleatorizado (ICA), se llevaron a cabo los análisis de acuerdo a la presencia de factores considerados relevantes o de riesgo, independientemente de la procedencia de las mujeres encuestadas.

Puntos de corte:

Para *nivel de instrucción* el punto de corte se definió como aquellas mujeres que recibieron una instrucción hasta el nivel secundario completo denominando a este grupo "nivel de instrucción inferior" y aquellas mujeres que recibieron un nivel de instrucción mayor al secundario completo, denominando a este grupo "nivel de instrucción superior".

Para *método anticonceptivo* en relación al nivel de ingesta exógena de hormonas, que se admite puede condicionar la presencia de síntomas premenstruales, se decidió realizar el análisis de los métodos anticonceptivos en dos grupos, ACO vs cualquier otro método anticonceptivo.

Para *edad de las encuestadas*, el punto de corte se estableció en aquellas mujeres mayores a 21 años por un lado, y menores de 20 años por el otro.

Método estadístico:

Se calcularon tasas de prevalencia y se utilizaron técnicas estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencias, porcentajes). También se realizó el cálculo del OR (*Odds Ratio*), para intentar probar una posible asociación entre las variables cualitativas.

Los datos obtenidos fueron volcados en una base de datos de Microsoft Excel y se tabularon para su presentación. Para su análisis se utilizó el programa estadístico *Epi Info* y se confeccionaron diagramas de sectores circulares y barras.

El presente trabajo fue diseñado y elaborado, en su totalidad, según los "*Requisitos de uniformidad para manuscritos remitidos a revistas biomédicas*", conocidos mundialmente como *Normas de Vancouver*, elaboradas en la ciudad de Vancouver (Canadá) en el año 1978.

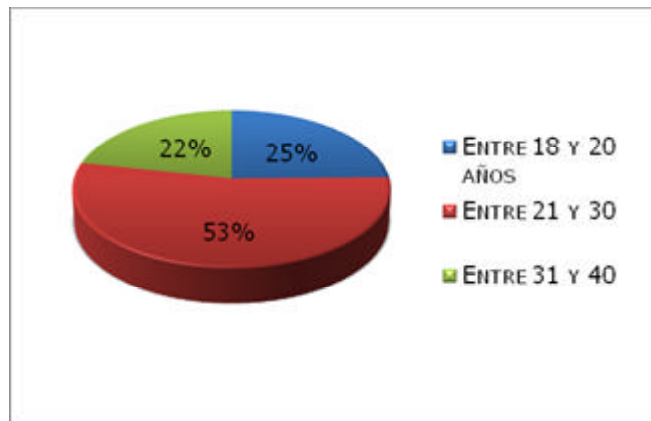
Resultados

TABLA I: CARACTERÍSTICAS BASALES DE LA MUESTRA

VARIABLES	Centro de salud N=100	Universidad N= 100
	n	n
EDAD		
Entre 18 y 20 años	29	22
Entre 21 y 30	40	66
Entre 31 y 40	31	12
NIVEL DE INSTRUCCION		
Analfabeta	7	0
Primaria Incompleta	11	0
Primaria Completa	10	0
Secundaria Incompleta	22	0
Secundaria Completa	48	4
Terciario/Univ. Incompleto	2	93
Terciario/Univ. Completo	0	3
METODO DE ANTICONCEPCION		
Si	83	96
No	17	4
TIPO DE ANTICONCEPTIVO		
Ninguno	17	4
DIU	30	7
Preservativo	20	29
ACO	14	56
Otros	19	4
SITUACION LABORAL		
Trabaja	39	12
No trabaja	61	88
TIPO DE TRABAJO		
Formal	27	11
Informal	12	1
SINTOMAS PREMENSTRUALES REPORTADOS		
Leves	37	41
Moderados a severos	63	59

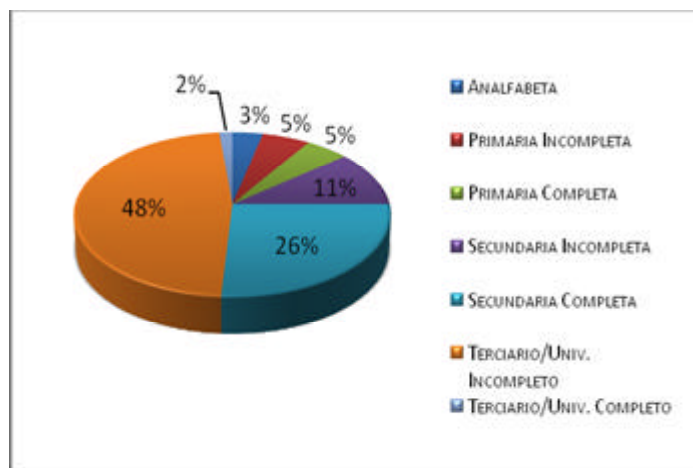
Los resultados de las encuestas se encuentran plasmados en los gráficos de torta a continuación. (Gráficos 1-7).

GRÁFICO 1: EDAD



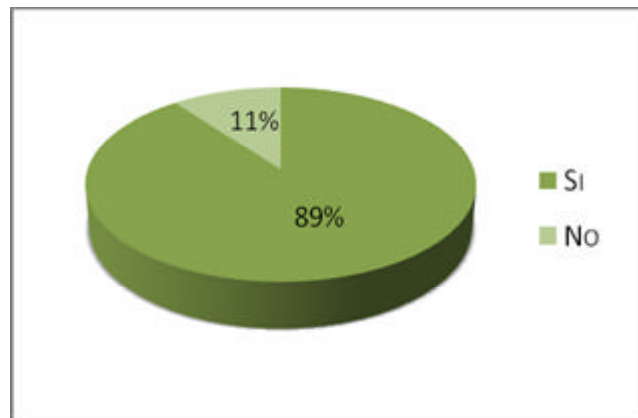
De las 200 encuestadas, el 25% tuvo entre 18 y 20 años, el 53% entre 21 y 30 años y el 22% restante entre 31 y 40 años. (Gráfico 1)

GRÁFICO 2: NIVEL DE INSTRUCCIÓN



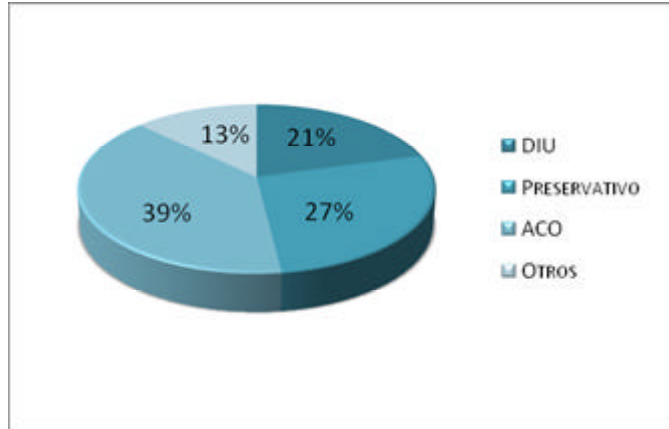
En el Grafico N° 2, con respecto al nivel de instrucción, se aprecia que 48% refirió tener estudios universitario o terciario incompleto (considerándose en este grupo también aquellas con estudios de este tipo en curso), 26% secundaria completa, 11% secundaria incompleta, 5% solo primaria completa, 5% primaria incompleta y 2% reporto estudios universitarios finalizados, siendo cada una de las anteriores el máximo nivel de instrucción alcanzado. El 3% restante eran analfabetas. (Grafico 2)

GRÁFICO 3: USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO (MAC)



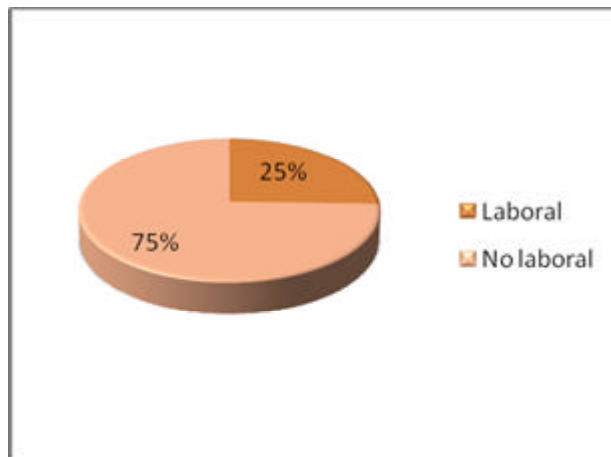
Se puede apreciar que de todas las encuestadas, el 89% utilizaba algún método anticonceptivo y solo el 11% no lo hacía. (Grafico 3)

GRÁFICO 4: TIPO DE MAC



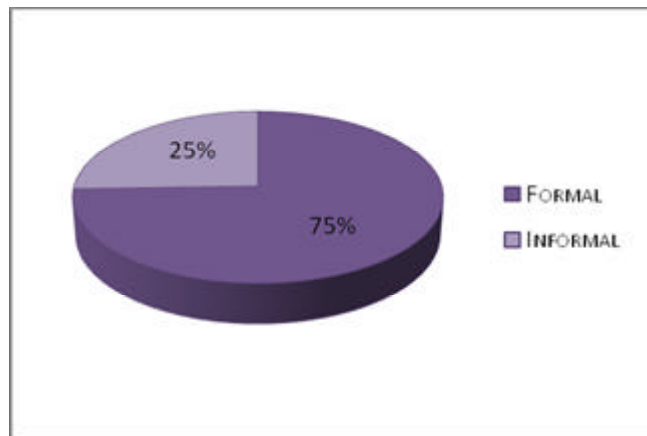
Dentro del porcentaje de mujeres que utilizaba algún método anticonceptivo, el 39% usaba anticonceptivos orales, 27% preservativos, 21% DIU y el 13% otros métodos. (Gráfico 4)

GRÁFICO 5: SITUACIÓN LABORAL



Del total de pesquisadas, el 75% refirió tener una actividad laboral y el 25% restante indico poseer actividad laboral al momento de la recolección de los datos. (Grafico 5)

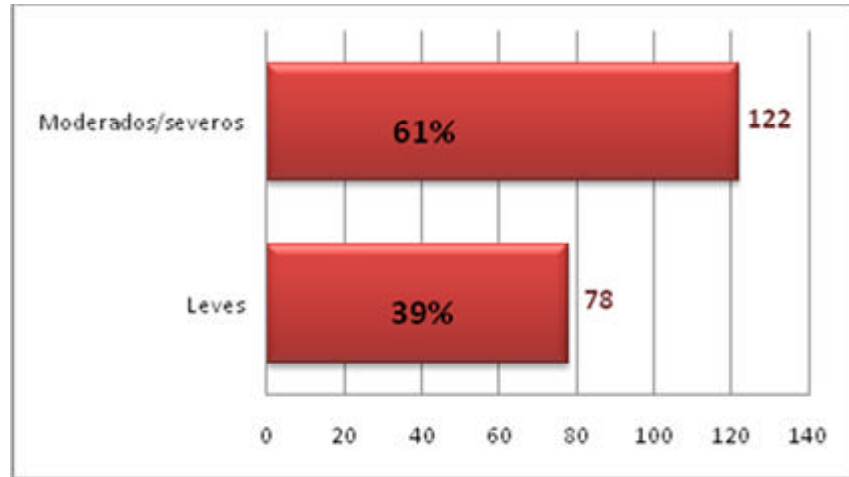
GRÁFICO 6: TIPO DE TRABAJO



Del porcentaje de mujeres con actividad laboral, un 75% lo hacia en relación de dependencia formal y 25% en relación de dependencia informal*. (Gráfico 6)

* Trabajo informal o "en negro": aquellos que trabajan sin aportes de ley para jubilación, ni para cobertura de salud, ni vacaciones ni salario familiar y además perciben un salario menor al fijado por las autoridades como mínimo ⁽²²⁾

GRÁFICO 7: TIPO Y CANTIDAD DE SÍNTOMAS PREMENSTRUALES REPORTADOS.



Se puede observar que de las 200 mujeres encuestadas, el 61% (122) reportó síntomas premenstruales moderados a severos y un 39% (78) síntomas premenstruales leves. (Gráfico 7)

TABLA 2: SÍNTOMAS PREMENSTRUALES SEGÚN DIFERENTE NIVEL DE INSTRUCCIÓN

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	TIPO DE SINTOMAS		TOTAL
	Moderados/severos	Leves	
Nivel superior	57	41	78
Nivel inferior	65	37	122
TOTAL	102	98	200

Resultado estadístico: OR 0.79 (IC 95% 0.43-1.45)

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de mujeres que presentaron nivel de instrucción superior, en contraste con aquellas que tenían nivel de instrucción inferior.

TABLA 3: CONSUMO DE ACO SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN, EN PACIENTES CON SÍNTOMAS MODERADOS A SEVEROS

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	ACO		TOTAL
	Consumo de ACO	Sin Consumo de ACO	
Nivel superior	26	31	57
Nivel inferior	10	55	65
TOTAL	36	86	122

Resultado estadístico: OR 4.61 (IC 95% 1.83-11.86)

No se encontraron datos estadísticamente significativos, dado que la amplitud del intervalo de confianza es muy grande y muy poco informativa, esto indicaría la necesidad de aumentar el tamaño de la muestra para mejorar la estimación.

De todas formas, sí se podría decir que, en general, la cantidad de mujeres con síntomas que consumen ACO es menor que aquellas que presentaron síntomas moderados a severos y no utilizan este método anticonceptivo, tanto en el total como en cada subgrupo.

TABLA 4: SÍNTOMAS PREMENSTRUALES SEGÚN RANGO ETARIO

EDAD	TIPO DE SINTOMAS		TOTAL
	Moderados/severos	Leves	
Mayor de 21 años	102	47	149
Menor de 20 años	20	31	51
TOTAL	122	78	200

Resultado estadístico: OR 3.36 (IC 95% 1.66-6.87)

Se encontró una relación estadísticamente significativa entre la edad y la presencia de síntomas premenstruales. En la muestra evaluada, las mujeres con edad entre 21 y 40 años, presentaron 3,36 veces más síntomas moderados a severos que aquellas con edad entre 18 y 20 años.

Teniendo en cuenta la distribución de la muestra por grupo etario (74,5% mayores de 21 años vs 25,5% menores de 20 años), se calculó la frecuencia relativa (n_i).

En la muestra formada por mujeres mayores de 21 años, se halló una n_i igual a 0.684 para síntomas moderados a severos, y 0.315 para síntomas leves.

Por otro lado, en el grupo de menores de 20 años, la n_i fue igual a 0.392 para síntomas premenstruales moderados a severos, y 0.607 para síntomas leves. Esto quiere decir que, las mujeres de grupo etario superior a 21 años presentaron síntomas moderados a severos en un 68,4% de total de las encuestadas para esa edad. Y en el grupo de menores de 20 años, dichos síntomas se evidenciaron en un 39,2%.

TABLA 5: SÍNTOMAS PREMENSTRUALES EN RELACIÓN AL CONSUMO DE ACO VS OTROS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

MÉTODO ANTICONCEPTIVO	TIPO DE SINTOMAS		TOTAL
	Moderados/severos	Leves	
ACO	36	34	70
Otros	86	44	130
TOTAL	122	78	200

Resultado estadístico: OR obtenido fue de 0.54 (IC 95% 0.29-1.02)

Si bien el resultado no fue estadísticamente significativo, se encontró una tendencia beneficiosa a favor del consumo de ACO en relación al uso de cualquier otro método anticonceptivo, cuando se evaluó la presencia de síntomas moderados a severos.

Según la muestra analizada y teniendo en cuenta los límites del intervalo de confianza, existiría una disminución del 46% en la presencia de estos síntomas en mujeres que consumen ACO, que iría desde una disminución del 71% hasta un aumento sólo marginal del 2%. Este

resultado se encuentra relacionado con el observado previamente en la tabla 1.

TABLA 6: SÍNTOMAS PREMENSTRUALES SEGÚN SITUACIÓN LABORAL

ACTIVIDAD LABORAL	TIPO DE SINTOMAS		TOTAL
	Moderados/severos	Leves	
No	88	61	149
Si	34	17	51
TOTAL	122	78	200

Resultado estadístico: OR 0.72 (IC 95% 0.35-1.48)

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de mujeres con trabajo remunerado y las que no tenían trabajo al momento de la encuesta.

TABLA 7: SÍNTOMAS PREMENSTRUALES EN MUJERES CON ACTIVIDAD LABORAL, SEGÚN SEA EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA FORMAL O INFORMAL

TIPO DE TRABAJO	TIPO SINTOMAS		TOTAL
	Moderados/severos	Leves	
Formal	27	12	39
Informal	9	3	12
TOTAL	36	15	51

Resultado estadístico: OR 0.75 (IC 95% 0.13-3.89)

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de mujeres que presentaron un trabajo en relación de dependencia formal, en comparación con las que presentaron una situación laboral en condiciones de dependencia informal.

Discusión

Según un estudio publicado por Marván, Díaz Erosa y Montesinos en 1998 titulado "Premenstrual Symptoms in Mexican Women With Different Educational Levels" (Síntomas Premenstruales en mujeres mexicanas con diferentes niveles de educación), las mujeres con estudios profesionales reportaron mayores cambios premenstruales ⁽²³⁾.

En dicha publicación las autoras dividen su muestra de 271 mujeres mexicanas en dos grupos, uno formado por 89 mujeres de zonas rurales, de las cuales la mayoría (67) nunca había acudido a la escuela. El otro, constituido por 182 mujeres de áreas urbanas, dentro de las cuales gran parte de ellas (93) presentó estudios profesionales ⁽²³⁾.

Encontraron que las mujeres residentes de áreas urbanas, de las cuales se infiere por lo antedicho, que en general poseían un nivel educacional superior, tuvieron cambios premenstruales más severos, en comparación con aquellas de áreas rurales ⁽²³⁾.

Si bien el trabajo anteriormente mencionado se lleva a cabo en base a un modelo de cuestionario diferente al presente y se recolectan los datos comparativamente tanto en la fase pre y post menstrual, se

consideró valioso cotejar los resultados de aquel con los propios, dada la similitud estructural general de ambos estudios.

Con respecto al nivel de instrucción, en el presente trabajo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas para poder suponer alguna influencia de esta variable en las pacientes encuestadas sobre la presencia y severidad de los síntomas premenstruales.

Pérez Pareja, Palmer Pol y Borrás Sansaloni hallaron, en un estudio realizado en Francia en el año 1994, que las mujeres mayores de 30 años tendían a padecer más trastornos premenstruales, sobre todo conductuales. Según dicho artículo, una explicación plausible fue que a esa edad muchas mujeres dejaban de consumir anticonceptivos orales para buscar un embarazo, lo cual se traducían en cambios bruscos de los niveles hormonales ⁽²⁴⁾.

Este estudio coincide con los anteriores hallazgos. Se encontró, luego de analizar cautelosamente los datos, una relación estadísticamente significativa entre la edad y la presencia de síntomas premenstruales, siendo 3,36 veces más moderados a severos los síntomas reportados en mujeres de entre 21 y 40 años. Con respecto a esto, en el presente

trabajo no se analizaron posibles factores influyentes sobre estos resultados.

En un estudio clínico aleatorizado llevado a cabo por la biblioteca Cochrane en el año 2008, se comparó la actividad de diferentes ACO combinados con diferentes estrógenos y progestágenos vs placebos en mujeres con síntomas premenstruales, particularmente dismenorrea.

Se obtuvo una estadística de resumen a favor del uso de ACO combinados para el alivio del dolor, pero aún así y debido a la heterogeneidad de los ensayos, el intervalo de confianza indicó que la diferencia no fue significativa ⁽²⁵⁾.

Ya en el año 2000 *Krattenmacher*, propuso que los ACO hormonales que contienen *Drospirenona* en combinación con *Etinilestradiol*, podrían ser mucho más efectivas en comparación con los ACO de uso clásico para la reducción de los síntomas premenstruales ⁽²⁶⁾.

En este estudio, a pesar de no haber obtenido datos de significancia, se observó la existencia de una tendencia beneficiosa a favor del consumo de ACO en comparación a otros métodos anticonceptivos.

Con un intervalo de confianza del 95%, se podría estimar, según resultados propios, que la reducción hallada de los síntomas sería del

46%, e iría desde una reducción de hasta el 71% y un aumento marginal del 2%.

Se considera fundamental recalcar que dichos datos son estadísticamente no significativos, demostrando aún mayor carencia de significancia el hecho de que una gran porción de la muestra analizada mayor de 21 años presentó síntomas moderados a severos.

En el año 2009 en el XII seminario, realizado en España a cargo de la Dra. Isabel Serrano, publicado por el Grupo Daphne, entrevistaron y analizaron una muestra de 2.108 mujeres españolas de las cuales algunas trabajaban por cuenta ajena o propia, eran jubiladas o realizaban actividades domésticas no remuneradas.

Sus resultados no mostraron correlación alguna entre la situación laboral de las encuestadas y la presencia y severidad de síntomas premenstruales ⁽²⁷⁾.

De igual modo, en la presente tesis, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de mujeres con trabajo remunerado y las que no tenían trabajo al momento de la encuesta.

Conclusiones

Luego de haber recolectado los datos, y a consecuencia de un cauteloso análisis de los mismos, se pudo llegar a la conclusión que, al menos por lo obtenido en el presente trabajo, no existiría evidencia de peso suficiente como para pensar en una posible asociación directa entre el nivel de instrucción de las encuestadas y la presencia y severidad de los síntomas premenstruales.

Todos los datos comparados al respecto, no fueron estadísticamente significativos y, por lo tanto, la hipótesis planteada al comienzo debe ser refutada.

Por otro lado, tampoco se descubrieron diferencias significativas desde el punto de vista estadístico, al correlacionar variables como el consumo de ACO y el grado de escolarización de las mujeres, en relación a la presencia de síntomas.

Sí se evidenció una tendencia beneficiosa a favor del consumo de ACO, los cuales, según datos aportados por esta investigación, aparentarían reducir en promedio un 46% la presencia de síntomas premenstruales.

Donde sí se hallaron datos de significativa consideración estadística, fue al momento de cotejar el rango etario de las encuestadas, en relación a la presencia de síntomas.

Con respecto a esto, el presente arrojó que las mujeres mayores de 21 años tendrían mayor cantidad y magnitud de síntomas premenstruales.

En cuanto a las demás variables: situación laboral y tipo de empleo del sector laboralmente activo, no se encontraron datos estadísticamente significativos para pensar en una asociación entre ambas, en relación a la presencia de síntomas.

Bibliografía

- (1). Copeland, J. Larry. "Dismenorrea, síndrome premenstrual y otros trastornos menstruales". En: Copeland J. Larry, Ginecología. Segunda edición. Buenos Aires: Editorial Panamericana; 2002. p. 557/566
- (2). Bagnati, Enrique (h); López Kaufman, Carlota. "Síndrome de Tensión Premenstrual". En: Diagnóstico y Terapéutica en Endocrinología Ginecológica y Reproductiva. Primera edición. Buenos Aires: Ediciones Journal; 2005. p. 301/312.
- (3). Universidad Nacional de San Luis. "Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en estudiantes universitarias adolescentes". Revista Fundamentos en Humanidades. 2007; Edición número II (16): 153/162.
- (4). Bautista Roa, Sandra; Montealegre, Natalia; Bernal Herrera, Raúl; Miramón, Irina. "Prevalencia y Factores Asociados a Dismenorrea en Estudiantes de la Universidad del Rosario". Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Especialización en Epidemiología. Universidad Del Rosario, Bogotá D.C. Diciembre 2009. 1-61. Disponible en:
<http://repository.urosario.edu.co/bitstream/10336/1735/1/80136644-1.pdf> Consultado Octubre 5, 2010

- (5). Espina, Natalia; Fuenzalida, Alejandra; Urrutia, Ma. Teresa. "Relación entre Rendimiento laboral y Síndrome Premenstrual". Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 2005; 70 (2): 113-118. Disponible en: www.scielo.cl/pdf/rchog/v70n2/art11.pdf
Consultado Octubre 17, 2010
- (6). Gori, Jorge R. "Fisiología genital femenina". En: Gori, Jorge R; Larusso, Antonio, Ginecología de Gori. Segunda edición. Buenos Aires: El Ateneo; 2001. p. 49/87.
- (7). González Merlo, J. "Tensión o síndrome premenstrual". En: González Merlo, J.; González Bosquet, J; González Bosquet, E. Ginecología. Buenos Aires: Editorial Masson; 2003. p. 247/249.
- (8). García Porta, Magda. "Síndrome Premenstrual: Aproximación crítica". Revista de Antropología Iberoamericana (AIRB), Ed. Electrónica. Enero-Febrero 2006; Vol. 1, N° 1: Pp. 80-102.
Disponible en:
<http://www.aibr.org/antropologia/01v01/articulos/010105.pdf>
Consultado Noviembre 2, 2010
- (9). Buckey, T; Gottlieb, A. "Blood magic: the anthropology of menstruation". Berkeley, CA: University of California Press; 1998.
- (10). Valdiserri, RO. "Menstruation and medical theory: an historical overview". J Am Med Womens Assoc 1983; 38:66-70

- (11). Walker, B. "Menstruation in The Women's Encyclopedia of Myths and Secrets". New Jersey: Castle Books; 1983.
- (12). Alarcón Nivia, Miguel Ángel. "Algunas consideraciones antropológicas y religiosas alrededor de la menstruación". Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Federación Colombiana de Asociaciones de Obstetricia y Ginecología. Marzo 2005; Vol. 56. N° 1: pp 35-45. Disponible en:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1952/195214314005.pdf>
 Consultado Septiembre 11, 2010
- (13). Lucrezio, T. "Historical considerations on the interpretation of the menstrual phenomenon from antiquity to our times". Atti Mem Accad Stor Arte Sanit 1966; 32:103-8.
- (14) Campagne, Daniel M; Campagne, Gislaine. "Nuevos parámetros clínicos del síndrome premenstrual". Elsevier Revistas. Programa Obstétrico Ginecológico. Madrid, España. 2006; 49(9): pp 493-511 Disponible en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13092589&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=151&ty=145&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=151v49n09a13092589pdf001.pdf
 Consultado Noviembre 13, 2010

- (15). Bancroft, J; Bäckström, T. "Premenstrual Syndrome". Clinical Endocrinology. Department of Obstetrics and Gynecology, University of Umea, Sweden. 1985; 22: 313-336
- (16). Henshaw, Carol A. "PMS: diagnosis, aetiology, assessment and management". The Royal College of Psychiatrists. 2007; 13: 139-146 Disponible en:
<http://apt.rcpsych.org/cgi/reprint/13/2/139.pdf>
Consultado Agosto 2, 2010
- (17). Veiga, S; García Segura, LM; Azcoitia, I. "Neuroesteroides y esteroides sexuales en el sistema nervioso central". Revista Argentina de Endocrinología y Metabolismo. 2005; Vol. 42. Nº 3. Pp: 73-89. Disponible en:
http://www.raem.org.ar/numeros/2005_3/2veiga.pdf Consultado Diciembre 2, 2010
- (18). López, LM; Kaptein, A; Helmerhorst, FM. Anticonceptivos orales con drospirenona para el síndrome premenstrual. Biblioteca Cochrane Plus. 2007; Nº 2. Pp: 4-42. Disponible en:
<http://www.updatesoftware.com/BCP/BCPGetDocument.asp?DocumentID=CD006586> Consultado Enero 5, 2011
- (19). Marván Ma. Luisa, Escobedo, Claudia. "Premenstrual Symptomatology: Role of Prior Knowledge About Premenstrual Syndrome". Journal of Biobehavioral Medicine. 1999. Psychosomatic Medicine 61:163-167. URL:

www.psychosomaticmedicine.org/cgi/content/full/61/2/163.

Consultado Agosto 5, 2010

- (20). Centro Económico para América Latina. "El Sistema de Indicadores Sociales de Argentina". Alicia Maguid. En: Sexto Taller Regional sobre Indicadores sobre el Desarrollo Social. LC/R.2046. Noviembre de 2000. p. 77/94.
- (21). Allen, SS; McBride, CM; Pirie, PL. "The shortened premenstrual assessment form". Journal Reproductive Medicine. 1991; 36 (11): 72/79. URL:
www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1765953
- (22). Orfila, Dora del Carmen: "Desempleo Actual en Argentina" en Observatorio de la Economía Latinoamericana N° 45, julio 2005. Accesible a texto completo en
<http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ar>
- (23). Marván, Ma. Luisa; Díaz Erosa, Maricarmen; Montesinos, Aline. "Premenstrual Symptoms in Mexican Women With Different Educational Levels". The Journal of Psychology.1998; 132 (5). 517-526. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9729845> Consultado Septiembre 3, 2010

- (24). Pérez Pareja, Javier; Palmer Pol, Alfonso; Borrás Sansaloni, Carmen. "Ciclo menstrual y respuestas emocionales. Psicología conductual". 1994; Vol.2, N° 1. 91-107. Disponible en: www.behavioralpsycho.com/PDFespanol/1994/Ciclo%20menstrual.pdf Consultado Septiembre 11, 2010
- (25). Proctor, ML; Roberts, H; Farquhar, CM. "Anticonceptivos orales combinados (ACO) para el tratamiento de la dismenorrea primaria" (Revisión Cochrane traducida). En: Biblioteca Cochrane Plus, número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)
- (26). Krattenmacher, R. "Drospirenone: pharmacology and pharmacokinetics of a unique progestogen". Julio de 2000; 62 (1): 29-38 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11024226> Consultado Octubre 5, 2010
- (27). Serrano, Isabel. "El Síndrome Premenstrual: un reto para el siglo XXI". XII Seminario Daphne para medios de comunicación. 1º Encuesta Nacional sobre el Síndrome Premenstrual, realidad en España. 2009. Madrid, España. Disponible en <http://www.equipodaphne.es/scripts/pages/es/seminarios/index.php>

Anexo

Encuesta

1. Edad

- Entre 18 y 20
- Entre 21 y 30
- Entre 31 y 40

2. Escolaridad:

- Analfabeta
- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Terciario o universitario incompleto
- Terciario o universitario completo

3. Método anticonceptivo:

- Ninguno DIU Preservativo
- Anticonceptivos orales Otros

4. Usted Trabaja

- SI
- NO

5. Con respecto a su trabajo:

A) ¿qué tipo de trabajo tiene?

- En relación de dependencia formal (con contrato)
- En relación de dependencia informal ("en negro")

6. Para cada síntoma mencionado abajo, redondee el número que más cercanamente describa la intensidad de sus síntomas premenstruales durante su último ciclo. Categorice cada ítem de la lista en una escala que va de 1 (no hay síntomas) al 6 (síntomas extremos)

1. Dolor, tensión o hinchazón de los senos.	1	2	3	4	5	6
2. Sensación de ser sobrepasado por sus tareas diarias	1	2	3	4	5	6
3. Sensación de estrés	1	2	3	4	5	6
4. Irritabilidad o mal humor	1	2	3	4	5	6
5. Sensación de tristeza o depresión	1	2	3	4	5	6
6. Dolor articular, de espalda o muscular	1	2	3	4	5	6
7. Ganancia de peso	1	2	3	4	5	6
8. Pesadez, molestias o dolor abdominal	1	2	3	4	5	6
9. Retención líquida	1	2	3	4	5	6
10. Sensación de hinchazón	1	2	3	4	5	6