

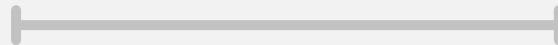
Licenciatura en Nutrición
Trabajo Final Integrador

Autora: Eliana Macarena González

**CONDUCTA ALIMENTARIA EN EL SÍNDROME
PREMENSTRUAL EN MUJERES ADULTAS DE 18 A 49
AÑOS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE
BUENOS AIRES EN EL AÑO 2022**

2022

Tutora: Esp. Paula Mizrahi



Citar como: González EM. Conducta alimentaria en el síndrome premenstrual en mujeres adultas de 18 a 49 años de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires en el año 2022. [Trabajo Final de Grado]. Buenos Aires: Universidad ISALUD; 2022. <http://rid.isalud.edu.ar/handle/1/3265>

Agradecimientos

Quiero agradecer principalmente a mi familia y amigas que me apoyaron incondicionalmente, tanto en los buenos como en los momentos más complicados, con una visita, con una palabra de aliento o simplemente con un mensaje a la distancia.

A mis compañeros de trabajo y de cursada por su comprensión y compañerismo que hicieron mucho más ameno el camino.

A cada profesor/a que conocí en estos cuatro años que con su enseñanza me formó como futura profesional.

A mi tutora de tesina de grado, Esp. Lic. Paula Mizrahi, por su ayuda, paciencia y guía para realizar este trabajo de investigación.

Resumen

Introducción: El SPM es un ciclo repetitivo de síntomas físicos, psicológicos y conductuales que comienzan al final de la fase lútea y desaparecen al comienzo de la menstruación. Es padecido por el 38,4% de mujeres en edad fértil.

Objetivo: Conocer la conducta alimentaria en el síndrome premenstrual en mujeres adultas de 18 a 49 años CABA en el año 2022.

Materiales y métodos: Estudio no experimental, descriptivo, observacional y de corte transversal. Muestra no probabilística por conveniencia de mujeres adultas de entre 18-49 años que residan en CABA. Cuestionario estructurado Google Forms de veinte preguntas cerradas difundido por redes sociales.

Resultados: De un total de 190 respuestas, el 4,2% no padece ninguno de los síntomas pre menstruales; el 95,8% presenta al menos un síntoma la semana previa a la menstruación. El 37,8% y el 36,2% incrementa el consumo de alimentos fuente de grasas saturadas y de azúcares respectivamente la semana previa a la menstruación.

Discusión y conclusión: la mayoría de las mujeres encuestadas presentan al menos un síntoma premenstrual. La ingesta alimentaria de la mujer manifiesta fluctuaciones a lo largo del ciclo menstrual; estos cambios en el comportamiento alimentario se dan principalmente la semana previa a la menstruación y se encuentran asociados a síntomas psicológicos, físicos y conductuales conocidos como SPM.

Palabras claves: síndrome premenstrual, síntomas premenstruales, conducta alimentaria en el síndrome premenstrual, alimentos ultraprocesados.

Introduction: PMS is a repetitive cycle of physical, psychological and behavioral symptoms that begin at the end of the luteal phase and disappear at the beginning of menstruation. It is suffered by 38.4% of women of childbearing age.

Objective: To know the eating behavior in the premenstrual syndrome in adult women from 18 to 49 years CABA in the year 2022.

Materials and methods: Non-experimental, descriptive, observational and cross-sectional study. Non-probabilistic sample for convenience of adult women between 18-49 years old residing in CABA. Google Forms structured questionnaire of twenty closed questions disseminated by social networks.

Results: Of a total of 190 responses, 4.2% did not suffer from any of the premenstrual symptoms; 95.8% present at least one symptom the week before menstruation. 37.8% and 36.2% increase the consumption of foods that are sources of saturated fat and sugar respectively the week prior to menstruation.

Discussion and conclusion: Most of the women surveyed present at least one premenstrual symptom. The woman's food intake manifests fluctuations throughout the menstrual cycle; these changes in eating behavior occur mainly the week before menstruation and are associated with psychological, physical and behavioral symptoms known as PMS.

Keywords: premenstrual syndrome, premenstrual symptoms, eating behavior in premenstrual syndrome, ultra-processed foods.

Índice

Introducción:	1
Marco teórico:	2
Fisiología del ciclo sexual femenino:.....	2
Síndrome premenstrual:.....	3
Estrógenos, serotonina y síndrome premenstrual:.....	4
Alimentación y síndrome premenstrual:.....	7
Estilo de vida, actividad física y síndrome premenstrual:	11
Factores de riesgo y síndrome premenstrual:	11
Materiales y métodos:	13
Objetivos:.....	14
Cuadro operacionalización de las variables:	15
Cronograma de actividades:	20
Resultados:.....	21
Discusión:	31
Conclusión:	34
Recomendaciones:.....	35
Bibliografía	36
Anexos	37

Tema: Síndrome premenstrual

Subtema: Conducta alimentaria en el síndrome premenstrual

Introducción:

En las mujeres, cada ciclo menstrual tiene una duración de 28 días, se divide en dos fases (fase folicular y fase lútea) e implica la preparación del ovocito y la adecuación del endometrio para ser fecundado; cuando el óvulo no es fecundado ocurre la menstruación (1).

El concepto de síndrome premenstrual (SPM) se encuentra definido en el DSM-V (Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) como un trastorno depresivo a causa de cambios hormonales, que se asocian a una mayor vulnerabilidad y predisposición fisiológica a la aparición de alteraciones psiquiátricas como la depresión. Dentro de la variedad de síntomas presentes, se encuentran: irritabilidad, cambios de humor, dolor de cabeza, fatiga, depresión, ansiedad, antojos, dolor en los senos, distensión, pesadez, estreñimiento y retención de líquidos (2).

Por otro lado, según la Federación Argentina de Sociedades de Ginecología y Obstetricia (FASGO), la prevalencia de SPM es de 38,4% y lo define como un conjunto de síntomas y signos físicos, psicológicos, cognitivos y comportamentales que afectan a las mujeres las semanas previas a la menstruación (3).

En relación a la alimentación, las mujeres con SPM consumen mayor cantidad de alimentos ultraprocesados, carbohidratos simples (azúcares), grasas y sodio. Estos cambios están relacionados con las variaciones hormonales que la mujer experimenta a lo largo del ciclo que influyen en el apetito y en el estado de ánimo, provocando un incremento en la ingesta de alimentos poco saludables y un aumento del hambre emocional durante la fase lútea (etapa previa a la menstruación) en relación a la fase folicular. Cuando los niveles de estrógenos están elevados la sensación de hambre es menor (fase folicular); en cambio, cuando los niveles de estrógenos están disminuidos la sensación de hambre es mayor y las mujeres suelen sentir menor saciedad ante el consumo habitual de alimentos, tal como ocurre en la fase lútea (4) (5) (6).

Por lo mencionado precedentemente, el objetivo de este trabajo será analizar la conducta alimentaria en la etapa pre menstrual a causa de cambios hormonales, estrés y emociones negativas que afectarían directamente la elección de alimentos, predominando aquellos que son ultraprocesados ricos en grasas saturadas, sodio y azúcares.

Marco teórico:

Fisiología del ciclo sexual femenino:

Desde la aparición de la menarca (primera menstruación) hasta la menopausia “cese permanente de la menstruación, determinado de manera retrospectiva después de 12 meses consecutivos de amenorrea, sin causas patológicas”, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las mujeres no embarazadas atraviesan alteraciones hormonales cíclicas en los ovarios y en el útero, estos cambios son llevados a cabo por el sistema endocrino (conjunto de órganos y tejidos del organismo que segregan sustancias llamadas hormonas) (1).

Cada ciclo menstrual tiene 28 días, se divide en dos fases (fase folicular y fase lútea) e implica la preparación de un ovocito (célula ovárica) y la adecuación del endometrio para ser fecundado; en el caso de que el óvulo no sea fecundado, se producirá la menstruación (1).

El proceso comienza cuando la hormona liberadora de gonadotropina (secretada en el hipotálamo) induce la elaboración y secreción en la adenohipófisis de la hormona luteinizante (LH) y de la hormona foliculoestimulante (FSH), éstas tendrán su acción en los ovarios mediante los estrógenos y la progesterona (1).

Al comienzo de cada ciclo sexual femenino, en la fase folicular, la FSH y la LH experimentan un aumento; el aumento de la primera es mayor y precede en unos días el aumento de la segunda, siendo ambas hormonas las responsables del crecimiento de los folículos primarios cada mes. Durante este crecimiento, se secretan principalmente estrógenos, que tendrán su pico máximo unos días previos a la ovulación. Luego de ello, se produce un pico de la hormona LH y FSH, respectivamente, desencadenando la ovulación y maduración de uno de los folículos en el día catorce del ciclo. Tras la ovulación, las células secretoras del folículo que ovuló se convierten en cuerpo lúteo, responsable de secretar grandes cantidades de progesterona y estrógeno. Si se produce la fecundación, se mantiene el cuerpo lúteo hasta ser expulsado junto con la placenta y si no se produce la fecundación, el cuerpo lúteo se desprende del endometrio, se degenera y se produce la menstruación por la disminución de los niveles de progesterona y estrógenos, es aquí donde finaliza un ciclo y comienza el próximo (1).

Síndrome premenstrual:

El SPM (periodo anterior al sangrado menstrual), fue definido por primera vez como síndrome en el año 1931 por el neurólogo Robert Frank; dicho autor utilizó el término TPM (tensión pre menstrual) para definir la presencia de emociones repetitivas que se asociaban con la segunda mitad del ciclo menstrual. Sin embargo, en 1953, Green y Dalton, concluyeron en que la tensión emocional era uno de los componentes de esta afección, por lo que propusieron la definición SPM: se trata de un ciclo repetitivo de síntomas físicos y psíquicos que comienzan al final de la fase lútea y desaparecen días previos de la menstruación (7) (8).

En el año 1990, el término SPM comenzó a figurar en libros específicos de enfermedades mentales con bases fisiológicas. La Asociación Americana de Psiquiatría incluyó en el DSM- III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) el concepto de trastorno disfórico del final de la fase lútea, luego en el DSM-IV se lo consideró un ejemplo de trastorno depresivo no especificado. En la última actualización, en el DSM- V, el SPM y el trastorno disfórico premenstrual (TDP) se encuentran conceptualizados dentro de los trastornos depresivos no especificados con algunas diferenciaciones en sus definiciones y en los criterios utilizados para el diagnóstico de cada uno de ellos (2).

Para el diagnóstico, el DSM V, establece que, en la mayoría de los ciclos menstruales (mínimo dos ciclos menstruales consecutivos) tienen que estar presentes al menos cinco de los siguientes síntomas en la semana previa a la menstruación y deben desaparecer post menstruación: labilidad afectiva intensa (cambios en el humor, sensibilidad al rechazo), irritabilidad, depresión, ansiedad, disminución en el interés en las actividades habituales, dificultad para concentrarse, falta de energía, cambio en el apetito (sobrealimentación, atracción por alimentos específicos), hipersomnia (o insomnio), agobio, dolores (mamarios, articulares o musculares) (2).

Esta herramienta de diagnóstico, se trata de un cuestionario estandarizado y autoadministrado sobre los síntomas cuyas preguntas se refieren a dos ciclos menstruales. Los síntomas físicos hacen referencia a la fatiga, inflamación abdominal, cólicos, cefalea, sensibilidad mamaria, náuseas y dolor en el cuerpo; mientras que los psicológicos son los siguientes: tensión, depresión, irritabilidad, cambios repentinos en el estado de ánimo, ansiedad, retraimiento social, enojo (2).

Según el DSM V, “el síndrome premenstrual difiere del trastorno disfórico premenstrual en que no se requiere un mínimo de cinco síntomas y en que no existe un convenio de síntomas afectivos en las mujeres con síntomas premenstruales”. Se considera que, si bien los síntomas de ambos ocurren previo a la menstruación, en el caso del SPM son menos graves que en el TDP. Por lo tanto, si una

mujer presenta síntomas físicos o conductuales en la etapa premenstrual pero no padece síntomas psicológicos, probablemente se trate de SPM; mientras que, si la mujer sufre cinco o más síntomas en al menos dos ciclos menstruales consecutivos, más algún factor psicológico asociado (depresión, ansiedad, cambios repentinos en el estado de ánimo) probablemente se trate de TDP (2).

FASGO define al SPM como un conjunto de síntomas y signos físicos, psicológicos, cognitivos y comportamentales que afectan a las mujeres. El TDP es una forma grave del SPM, ya que, los síntomas físicos y conductuales pueden influir en la vida diaria, en el trabajo, en las relaciones interpersonales, en donde se exacerbaban sentimientos de tristeza extrema, desesperanza, irritabilidad y/o enojo. Para el año 2020, la prevalencia de SPM (con la presencia de más de cuatro síntomas y la limitación de las actividades de la vida diaria) fue de 38,4%, siendo las formas de presentación más frecuentes: irritabilidad y cambios de humor, hinchazón y distensión abdominal, fatiga, dolor de cabeza y modificaciones en la conducta alimentaria. El 31,3 % no tenían información ni habían escuchado nunca sobre el SPM, a su vez un 73,3 % nunca consultaron con profesionales sobre este síndrome, así como también el 79,8 % de sus médicos nunca indagaron sobre la posible presencia de esta afección (2) (3).

Brown en el año 2014 infiere que el SPM se caracteriza por cambios físicos y psicológicos que inician en la fase lútea del ciclo menstrual y culmina con el inicio del sangrado; los síntomas desaparecen luego de dos días de haber iniciado la menstruación, y regresan en la siguiente fase lútea. Ocurre en el 15-25% de mujeres que menstrúan mientras que el TDP ocurre en alrededor del 5% de las mujeres que menstrúan (9).

La explicación fisiológica está relacionada con las variaciones en las concentraciones de las hormonas encargadas de la ovulación y con la disponibilidad de serotonina (neurotransmisor relacionado con las emociones, con apetito y con la digestión de alimentos), ya que, se cree que los niveles bajos de serotonina exasperan los síntomas premenstruales (10).

Estrógenos, serotonina y síndrome premenstrual:

En la fase premenstrual, se produce una disminución de estrógenos que conlleva una disminución de endorfinas y como consecuencia puede haber aumento de la irritabilidad; a su vez aumenta levemente la progesterona que es la hormona de la “calma”, por la que la percepción física no es igual que en otros momentos del ciclo. Esta fase, culturalmente, fue y es asociada a sentimientos negativos, baja

autoestima, a la “histeria” de la mujer y a recompensar el malestar físico del cuerpo con alimentos azucarados y grasos (por ejemplo, chocolates y golosinas) (6).

Los estrógenos, en cierta forma, modulan el apetito y la saciedad. Cuando los niveles están elevados la sensación de hambre es menor; en cambio, cuando los niveles de estrógenos están disminuidos la sensación de hambre es mayor y sentimos menor saciedad, tal como ocurre en la etapa previa a la menstruación (6).

Los estrógenos son hormonas que se relacionan con el ciclo sexual femenino; también, están implicados en funciones del sistema nervioso central relacionados con estados de ánimo y emociones. Se clasifican en tres grupos: naturales (-compuestos esteroideos- estrona, estradiol y estriol) siendo los ovarios la principal fuente de estradiol en mujeres premenopáusicas; estrógenos conjugados que se producen por alteraciones químicas de los estrógenos naturales y fitoestrógenos (compuestos polifenólicos no esteroideos) presentes en las plantas y en algunos alimentos (soja, trigo y maní) (10).

Como se mencionó anteriormente, el concepto de SPM se encuentra definido en el DSM-V como un trastorno depresivo no especificado causado por cambios hormonales, que se asocian a una mayor vulnerabilidad y predisposición fisiológica para la aparición de alteraciones psiquiátricas como la depresión (2). Estas alteraciones están relacionadas con las variaciones en los niveles de esteroideos sexuales. Los estrógenos (principalmente estradiol) modulan la neurotransmisión a nivel del sistema nervioso central (disminuyendo la producción de serotonina), trayendo consecuencias en el estado de ánimo y en la conducta interpersonal, intrapersonal y alimentaria (10) (11).

La serotonina (también llamada 5-hidroxitriptamina) es un neurotransmisor que el cerebro sintetiza a partir del aminoácido triptófano; está presente en la sangre, en el tracto gastrointestinal y en el sistema nervioso central. Es la responsable de regular procesos físicos y mentales como el apetito, la ansiedad, el sueño, el comportamiento sexual y conductas adictivas. Es conocido como el neurotransmisor de la “felicidad” ya que brinda la sensación de bienestar en el organismo, regula el estado de ánimo, memoria, sueño y nuestro comportamiento (6) (11).

En líneas generales y en la mayoría de los individuos, los niveles de serotonina sufren fluctuaciones en las diferentes etapas de la vida, y ante distintas situaciones diarias puede aumentar o disminuir. Como se mencionó anteriormente, al final de la fase lútea se produce un descenso de estrógenos, produciendo una disminución de los niveles de serotonina, a su vez y paralelamente irán aumentando los niveles de progesterona. Según Sanz, “no es casualidad que la aparición del síndrome

premenstrual o los cambios relacionados con el estado de ánimo coincidan con la bajada de este neurotransmisor y estrógenos” (6).

En el organismo, en la fase premenstrual (lútea), la disminución de estrógenos y el aumento de progesterona provocan resistencia a la insulina fisiológica. La insulina es una hormona anabólica que regula indirectamente la sensación de hambre y saciedad. En condiciones normales, la insulina liberada por el páncreas, permite que la glucosa ingrese a las células y que la glucemia se mantenga estable; en la fase lútea, si bien la insulina continúa con su actividad, pierde la eficacia para que la glucosa ingrese a las células, por lo que habrá mayor sensación de hambre y la glucosa en sangre se encontrará más inestable (6).

En el año 1987, Rapkin, realizó una comparación de los niveles de serotonina en sangre de catorce mujeres con SPM con otras trece mujeres control de la misma edad. Se observó que los niveles de serotonina de quienes tenían SPM fueron más bajos en los últimos diez días del ciclo, lo cual comprobó que fisiológicamente el síndrome premenstrual se relaciona con una alteración en el metabolismo de este neurotransmisor (12).

En cuanto a los niveles de serotonina, en algunas mujeres permanece a niveles constantes, pero en mujeres con síndrome premenstrual, la serotonina disminuye en conjunto con el estrógeno, alcanzando su mínimo dos semanas antes de la menstruación; es por esto que, las mujeres con bajos niveles de serotonina son propensas a tener síntomas de síndrome premenstrual (11). Esta disminución hormonal conlleva una mayor predisposición de “antojos alimentarios”, ya que, aumenta el deseo de consumir alimentos ricos en azúcares y grasas; en definitiva, se seleccionarán aquellos alimentos que nos produzcan placer a corto plazo para compensar el desequilibrio hormonal (6).

Para favorecer el aumento de serotonina en el organismo durante esta etapa, es importante fomentar la realización de actividad física, evitar el consumo de cafeína, alcohol, alimentos ultraprocesados (ricos en sodio, grasas o azúcares) y aumentar el consumo de frutas, verduras, alimentos ricos en triptófano, ácidos grasos esenciales, ácido fólico, tocoferol, piridoxina, cianocobalamina, calcio, magnesio y zinc (10).

Por otra parte, el estrés influiría sobre la gravedad de los síntomas premenstruales al activar el sistema nervioso simpático. Se cree que las mujeres con un nivel elevado de estrés presentan síntomas premenstruales más graves en relación a aquellas mujeres que no se sienten estresadas; por lo que cabe la posibilidad de cuestionar si las intervenciones destinadas a disminuir el estrés psicológico podrían constituir positivamente una opción para lograr el alivio de esos síntomas (13).

Alimentación y síndrome premenstrual:

El término “conducta alimentaria” hace referencia a aquellos comportamientos o rutinas asociadas al acto de comer y a los intervalos de tiempo (horarios y duración) de la alimentación. Es decir, que puede definirse como aquellas acciones que establecen la relación de las personas con los alimentos.

Según Torresani, la adquisición de los buenos hábitos alimentarios proviene de la mujer y son mejores en la vida adulta que en la niñez, a causa de que el crecimiento supone una toma de conciencia acerca de los alimentos que se eligen: aumentando el consumo de frutas y disminuyendo el consumo de azúcar y de grasas saturadas. Durante el ciclo menstrual de algunas mujeres, sobre todo en el climaterio, habría un rechazo a la alimentación saludable, a la realización de actividad física y habría aumento del estrés, ya que, las variaciones hormonales, la ansiedad y la frustración juegan un papel importante. Estos cambios hormonales afectarían la selección y en la ingesta de alimentos a lo largo del ciclo menstrual, ya que habría mayor preferencia por azúcares, grasas saturadas y alimentos ultraprocesados (14).

De acuerdo a lo explicado precedentemente en cuanto a la fisiología del ciclo menstrual, en la fase lútea, aumentan los niveles de progesterona produciendo un “cambio” del ambiente hormonal. Debido a esto, el organismo demandará más energía porque es el momento en el que el cuerpo “se prepara” para un posible embarazo. En esta fase, las mujeres suelen consumir mayor cantidad de calorías (6).

Las mujeres con SPM, consumen mayor cantidad de ultraprocesados, azúcares, grasas y sodio (12). Estos productos están nutricionalmente desequilibrados; la Organización Panamericana de la Salud (OPS) define a los alimentos ultraprocesados como “aquellas formulaciones industriales fabricadas con varios ingredientes”; los mismos incluyen ingredientes culinarios (grasas, aceites, sal y azúcar), ingredientes que no tienen uso culinario (caseína, suero de leche, hidrolizado de proteínas aisladas de soja, entre otros), sustancias sintetizadas químicamente (aceites hidrogenados, almidones modificados, entre otras) y aditivos para modificar color, textura, sabor o gusto (estabilizantes, emulsionantes, antioxidantes, conservantes, entre otros). Los alimentos sin procesar tienen una lista de ingredientes muy pequeña, en cambio, la lista de los productos ultraprocesados puede variar desde cinco ingredientes y/o hasta más de veinte ingredientes por producto (15).

Los criterios de inclusión de los nutrientes críticos abordados en el modelo de perfil de nutrientes de la OPS están basados en las metas de ingesta de nutrientes de la OMS y de la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO). El objetivo de este modelo es indicar

los niveles máximo de consumo aceptable e identificar aquellos alimentos que contienen cantidad excesiva de nutrientes críticos (azúcares libres, sodio, grasas saturadas, grasas totales y grasas trans). Los azúcares libres son aquellos monosacáridos y disacáridos añadidos intencionalmente a los alimentos y bebidas; según la OPS, resultan excesivos aquellos productos con más del 10% del total de energía proveniente de azúcares libres. En cuanto al sodio, es un elemento blanco que se encuentra en el cloruro de sodio, en proporción 1 gramo de sodio equivale a 2,5 gramos de cloruro de sodio; según la OPS los productos que contengan más de 1 miligramo de sodio por kilocaloría lo tendrán en exceso. Por último, las grasas se pueden clasificar en saturadas, totales y trans; las primeras hacen referencia al contenido total de las grasas de un producto alimenticio, las segundas hacen referencia a ingredientes que contienen moléculas de grasa sin dobles enlaces y las terceras resultan de la hidrogenación de ácidos grasos insaturados; según la OPS, aquellos productos que contengan más de 30% de grasas totales, más del 10% de grasas saturadas y más del 1% de grasas trans serán clasificados como alimentos con cantidad excesiva de este nutriente (15).

Roselló y colaboradores, establecen que, durante el ciclo menstrual hay un aumento en el consumo de energía en la fase lútea de entre 80 a 500 kcal/día en relación a la fase folicular; este incremento en el consumo se trata principalmente de alimentos ultraprocesados de escasa calidad nutricional. Por otro lado, Cohen, observó que en la fase lútea hay un aumento en el consumo de alimentos en relación a la fase folicular; además, pudo observar que en el periodo premenstrual hay mayor tendencia al consumo de alimentos dulces (4)

Los cambios en el comportamiento alimentario a lo largo del ciclo menstrual, están relacionados con la acción hormonal y la influencia de esto sobre el apetito, ingesta y estado de ánimo. Los niveles altos de progesterona incitan un mayor consumo de alimentos, funcionando como una hormona oxigénica e inhibiendo el efecto anorexígeno que se le atribuye a los estrógenos. El impacto de la acción de las hormonas ováricas en relación al comportamiento alimentario es controversial y se necesita mayor investigación al respecto (5).

Gómez y Lobera en el año 2021, definieron el concepto de *food craving o craving menstrual* haciendo referencia al deseo irresistible de consumir comida pudiendo desencadenar en episodios de atracones. Durante el ciclo menstrual, esta apetencia alimentaria tiende a ser específica de un producto alimentario en concreto, mayormente productos dulces o salados (5).

En cuanto al consumo de alimentos entre la fase folicular y lútea, Roselló y colaboradores, afirmaron que una disminución en el consumo de hidratos de carbono y un aumento en el consumo de proteínas mejoran el estado de ánimo de mujeres con SPM gracias a un mayor consumo del aminoácido

triptófano precursor de serotonina; mientras que el exceso de alcohol y cafeína aumentan los niveles de estrés, debido a que el aumento de cortisol puede estimular la sensación de irritabilidad y enojo (16).

Por otro lado, Aguilar, establece que durante la fase lútea los niveles en sangre de calcio y vitamina D están disminuidos, lo que repercute y colabora en la aparición de los síntomas del SPM. Sostiene que, incorporar estos nutrientes con los alimentos y/o suplementos puede ayudar a mitigar la sintomatología. También, sugiere que, si bien no hay suficiente evidencia científica, dietas ricas en hidratos de carbono simples, productos ultraprocesados y con alto contenido en sodio la exasperan. Asimismo, recomienda que en la alimentación debería predominar el consumo de omega 3, fitoestrógenos, alimentos ricos en magnesio (ayuda a la absorción del calcio), calcio y vitamina D; promueve el consumo de cereales integrales, frutas y verduras, lácteos descremados y proteínas con bajo contenido de grasa (carnes magras) (17).

Brown, asegura que, algunas mujeres usan suplementos de vitaminas y minerales con el fin de aliviar los síntomas premenstruales. En un estudio que evaluó la eficacia de los suplementos alimentarios para el alivio de los síntomas del síndrome premenstrual, se identificaron sesenta y dos productos que afirmaban ser eficaces, pero sólo diez de ellos fueron sometidos a una prueba de estudio clínicos controlados con placebo que evaluaron la efectividad. Entre los productos que superaron la prueba, se identificaron el calcio y piridoxina. En cuanto al calcio, los suplementos con 1200 mg al día durante tres ciclos menstruales reducen los síntomas de irritabilidad, depresión, ansiedad, cefaleas y cólicos en comparación con el placebo. Los mecanismos responsables de los efectos benéficos del calcio sobre los síntomas del SPM tienen que ver con la normalización de la calcemia. En cuanto a la piridoxina se conoce que participa en la síntesis de serotonina, por lo que, una dosis dentro del rango 50-100 mg al día, reduce la intensidad de los síntomas depresivos asociados con el SPM. El límite máximo es de 100 mg al día y no deben exceder este nivel ya que resulta tóxico para el organismo (9).

Gómez, sostiene que los cambios en la conducta alimentaria durante la etapa premenstrual son consecuencia de los cambios hormonales, que influyen en el apetito y en el estado de ánimo, provocando un aumento en la ingesta de alimentos poco saludables y un aumento del hambre emocional durante la fase lútea en relación a la fase folicular (5).

Por otro lado, el hambre emocional puede definirse como la presencia de una sensación que lleva al individuo a comer de forma compulsiva en un lapso corto de tiempo, por lo general, se eligen

alimentos calóricos de bajo valor nutricional que sirven para calmar un conflicto emocional. Las emociones negativas se asocian a una sobrealimentación a causa del exceso de calorías provistas por alimentos procesados, energéticos y de bajo valor nutricional. El consumo de chocolate y alimentos dulces es considerado una de las formas de aliviar síntomas premenstruales (5).

Según Sanz, en la etapa premenstrual “el apetito aumenta y esto también genera frustración y sentimientos de pérdida de control”. La sensibilidad a la insulina en la fase lútea es menor, es decir, la insulina “tarda más” en lograr que la glucosa ingrese a la célula; esta teoría explicaría porque se tiende a elegir alimentos dulces (6).

Un ejemplo común y muy arraigado culturalmente es el consumo de chocolate previo a la menstruación; este alimento no tiene ninguna propiedad farmacológica que disminuya los síntomas. El humano es un individuo biopsicosocial y se ha aceptado e instaurado que el chocolate la semana previa a la menstruación “hace bien”. El chocolate (siempre que no sea amargo) es un alimento dulce (azucarado) que produce satisfacción. Es el momento placentero fugaz que producirá un aumento en hormonas relacionadas con el estado de ánimo y la felicidad (aumentan las endorfinas y serotonina) (6).

Para controlar la ingesta calórica en esta etapa fisiológica, es importante llevar a cabo una alimentación saludable, consumiendo de forma equilibrada todos los grupos de alimentos: verduras y frutas, lácteos, carnes y huevos, cereales y legumbres; incluir habitualmente aquellos alimentos que aporten variedad de nutrientes para así reducir el consumo de grasas saturadas, azúcares, alimentos industrializados, productos de pastelería y/o panadería. También, se debe utilizar como estrategia, el programar y estructurar las comidas para evitar el desorden, el picoteo, la alimentación excesiva o la ingesta nocturna de alimentos (5).

Torresani, destaca herramientas para prevenir la ansiedad por los dulces, entre ellas se encuentran: incluir variedad de nutrientes, optar por alimentos dulces pero que no contengan exceso de calorías (yogures, frutas, áspic de frutas, postres lácteos light, etc.), consumir alimentos ricos en fibra (ya que, generan mayor saciedad), limitar la ingesta de cafeína, incluir alimentos ricos en magnesio (frutos secos, cereales, legumbres y pescados), incluir alimentos ricos en vitamina B6 (ya que, contribuyen a mantener óptimo el sistema nervioso y puede intervenir en el balance de la serotonina), considerar tener lejos los alimentos “peligrosos” para evitarlos en los momentos de ansiedad (14).

Estilo de vida, actividad física y síndrome premenstrual:

La OMS define la actividad física (AF) como “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía” (18)

Dentro de los tratamientos propuestos para disminuir los síntomas del SPM se encuentra la realización de AF; este factor actuaría a nivel neuronal aumentando los niveles de endorfinas en el sistema nervioso central, reduciendo los niveles de cortisol, liberando sustancias cerebrales que aumentan el umbral de dolor y mejoran la irrigación a nivel pélvico disminuyendo la sintomatología. También, mediante investigaciones realizadas a diferentes grupos de mujeres, se concluyó que el ejercicio físico habitual disminuye la necesidad de medicación, disminuye la intensidad, dolor y volumen del sangrado (18).

Sanz, apela a que “los síntomas del SPM se alivian mediante cambios en la alimentación, la práctica de ejercicio físico, el manejo del estrés, la mejora del sueño y, sobre todo, mediante el enfrentamiento al proceso de menstruar como lo que es, un evento fisiológico más”. Recomienda la incorporación de actividad física a diario, ya que, colabora a la disminución de la hinchazón y de los dolores mamarios. Realizar AF estimula la liberación de endorfinas compensando (de alguna forma) la disminución de la serotonina, propio de la fase lútea. También, colabora a la síntesis de estrógenos (que están bajos en esta etapa) y ayuda a mantener los niveles de glucosa estables en sangre (debido a la resistencia a la insulina fisiológica) (6).

Factores de riesgo y síndrome premenstrual:

Dentro de los factores de riesgo, pueden mencionarse el estilo de vida, el tabaquismo, alcohol, depresión, índice de masa corporal (IMC) y factores ginecológicos como la edad, cantidad de hijos, duración de los ciclos menstruales y cantidad del sangrado (6) (18).

El tabaco es una sustancia tóxica que daña las funciones en los órganos y en la sangre; produce “entorpecimiento” de la circulación sanguínea y aumenta la predisposición a dolores menstruales en la fase lútea. En relación al alcohol, el consumo en exceso produce inflamación, deshidratación y aumenta los dolores menstruales; además inhibe la absorción de vitaminas hidrosolubles del complejo B (factor protector del SPM) (6).

Según la Oficina para la Salud de la Mujer de Estados Unidos, el síndrome premenstrual prevalece en mujeres que tienen menos de un hijo; a su vez puede aparecer a partir de la menarca, estando más presente entre los 30-40 años y descendiendo su prevalencia entre los 40-50 años.

En cuanto a la duración de los ciclos menstruales y cantidad de sangrado, hay varias cuestiones que se deben considerar; en primer lugar, cuando se habla de ciclo menstrual se hace referencia al proceso hormonal que atraviesa el cuerpo de la mujer mes a mes que lo prepara para un posible embarazo; como menciona Sanz “el ciclo menstrual es como un reloj. Empieza y acaba el mismo día, el del inicio del sangrado” (6).

En promedio, el ciclo menstrual dura 28 días, pero varía en cada mujer (1). Lo importante sería reconocer si el ciclo menstrual es saludable o no; cuando duran menos de 21 días (ciclos cortos) pueden indicar ovulación insuficiente, en cambio, ciclos de más de 28 días (ciclos largos) puede significar que la mujer no ovuló (6).

La cantidad de sangre al momento de la menstruación, se puede definir como, el sangrado vaginal que ocurre entre los ciclos menstruales. Cuando el sangrado es o muy escaso o muy abundante puede significar una alteración de estrógenos; éstos son responsables de la preparación del endometrio, a mayor sangrado mayor cantidad de estrógenos y a menor sangrado menor estrógenos produce el cuerpo. Por lo general y en promedio el sangrado dura de 3 a 5 días y la duración se relaciona con el volumen que se elimina. El volumen de flujo que se expulsa por ciclo menstrual ronda en 80 milímetros (6).

Pregunta de investigación: ¿Afecta el síndrome premenstrual en la conducta alimentaria de las mujeres adultas en la Ciudad de Buenos Aires en el año 2022?

Problema de investigación: Investigar cómo afecta el síndrome pre menstrual en la conducta alimentaria de mujeres adultas de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2022. Se conoce que, muchas mujeres previo a la menstruación, padecen algunos síntomas físicos, conductuales y psicológicos a causa de las variaciones hormonales propias del ciclo menstrual. Es por ello que, investigar cómo afecta el síndrome premenstrual en la conducta alimentaria, podría ser de relevancia a futuro para recolectar información y brindar herramientas que mejoren los síntomas pre menstruales y ayuden a las mujeres a sobrepasar el ciclo menstrual como una etapa fisiológica, sin que esto conlleve un impedimento en su vida diaria.

Materiales y métodos:

Para este trabajo de investigación, se realizará un estudio no experimental, descriptivo, observacional y de corte transversal. Con el fin de obtener información relevante, se utilizará una muestra no probabilística por conveniencia de mujeres adultas de entre 18 a 49 años que utilicen o no métodos anticonceptivos y que residan en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires; esta selección surge a partir de que según la Organización Mundial de la Salud la etapa reproductiva de las mujeres se extiende desde los 15 a los 49 años; de todas maneras, en este trabajo se analizarán las variables sólo de mujeres adultas, por lo que se excluirá a las adolescentes de entre 15 a 17 años, dado que los niveles hormonales son diferentes a la adultez.

Se utilizará un cuestionario estructurado de veinte (20) preguntas para evaluar variables tales como índice de masa corporal referido (a partir de peso y talla referida), variables sociodemográficas (lugar de residencia, edad y nivel educativo), variables ginecológicas (edad de la menarquía, duración del ciclo menstrual, cantidad de sangrado, uso de anticonceptivos y paridad), nivel de actividad física, síntomas del SPM (psicológicos, físicos y conductuales), comportamiento alimentario e incremento en la frecuencia de consumo de alimentos ultraprocesados fuente de grasas saturadas, azúcares y sodio (Anexo I).

Se realizarán preguntas de respuesta cerrada mediante un formulario de *Google Forms* con el fin de obtener información de relevancia para la investigación en curso. La herramienta de recolección de datos utilizada para esta investigación es una adaptación propia no validada que surge a partir de diferentes publicaciones y organismos reconocidos en materia de SPM (FASGO y DSM-V).

Al momento de analizar el índice de masa corporal, se estará haciendo referencia a la relación entre el peso y la talla elevada al cuadrado ($IMC = PA/T^2$). La clasificación surge a partir de la Organización mundial de la salud (OMS) (Anexo II).

Al momento de analizar el incremento en la frecuencia de consumo de alimentos ultraprocesados, se utilizará el modelo de perfil de nutrientes de la OPS; considerando alimentos ultraprocesados a aquellos que tienen más de cinco ingredientes en su composición química. En cuanto a los nutrientes, se considerarán productos alimenticios que contengan más de: 10% de carbohidratos simples (productos de pastelería, tortas, budines, helados, galletitas dulces, bebidas azucaradas, jugos, gaseosas, golosinas, caramelos, etc.), 1 miligramo de sodio por kilocaloría (snacks salados, papas fritas, palitos, maní salado, nachos, fiambres, embutidos, quesos de pasta dura, etc.), 30% de grasas totales, 10% de grasas saturadas, 1% de grasas trans (chocolates, productos de panadería, bizcochos, galletas, frituras, etc.), combinación de nutrientes críticos englobados como “comida rápida” (hamburguesas, panchos, papas fritas de locales de comida rápida, pizza, sándwiches, etc.)

Por último, al obtener los resultados del cuestionario, se realizará mediante Excel un análisis estadístico con frecuencias absolutas y relativas, con el fin de recaudar y graficar información de relevancia para la presente investigación.

Objetivos:

Objetivo general: Conocer la conducta alimentaria en el síndrome premenstrual en mujeres adultas de 18 a 49 años en la Ciudad de Buenos Aires en el año 2022.

Objetivos específicos:

- 1- Conocer el cambio en el consumo de alimentos ultraprocesados en el periodo premenstrual de mujeres adultas de CABA en el año 2022.
- 2- Identificar el comportamiento alimentario durante el periodo premenstrual en mujeres adultas de CABA en el año 2022.
- 3- Conocer los síntomas premenstruales que afectan conductual y anímicamente a las mujeres adultas en el periodo premenstrual en CABA en el año 2022.

Cuadro operacionalización de las variables:

Dimensión	Variable	Definición conceptual	Indicador	Categorías	Clasificación	Técnica/Instrumento
Estado nutricional	IMC referido	Razón matemática que asocia el peso y la talla de un individuo. El IMC	Peso y talla	Peso referido en Kilogramos	variable interviniente cuantitativa	cuestionario estructurado/
				Talla referida en metros		
Características sociodemográficas	Lugar de residencia	Localización geográfica a la cual pertenece un individuo	Lugar de vivienda	CABA Otro	variable interviniente cualitativa nominal dicotomica	cuestionario estructurado/ encuesta
	Edad	Tiempo de vida a partir de su nacimiento expresada en años	Edad	18-29 años 30-39 años 40-49 años Mayor de 50 años	variable interviniente cuantitativa discreta de razón/proporción	cuestionario estructurado/ encuesta
	Nivel educativo	Nivel de educación que el individuo ha alcanzado	Máximo nivel de estudio alcanzado	Primario incompleto Primario finalizado Secundario incompleto Secundario finalizado Universitario incompleto Universitario finalizado	variable interviniente cualitativa ordinal	cuestionario estructurado/ encuesta
Cracterísticas ginecológicas	Edad de la menarquia	La menarquia se define como la primera menstruación de la mujer	Edad de la primera menstruación	Precoz (antes de los 12 años) Normal (12-15 años) Tardía (posterior a los 15 años)	variable interviniente cuantitativa discreta de razón/proporción	cuestionario estructurado/ encuesta

Dimensión	Variable	Definición conceptual	Indicador	Categorías	Clasificación	Técnica/Instrumento
Características ginecológicas	Duración del ciclo menstrual	Cambios físicos y hormonales que experimenta el cuerpo de la mujer todos los meses en preparación para la posibilidad de un embarazo. Cada ciclo menstrual tiene en promedio 28 días y dura desde el primer día de tu menstruación (periodo o regla), hasta el primer día de la siguiente.	Duración de la menstruación	Corto Normal Largo	variable interviniente cualitativa nominal policotómica	cuestionario estructurado/ encuesta
	Cantidad de sangrado	Es la cantidad de sangrado vaginal que ocurre entre ciclos menstruales. Es el flujo menstrual que en condiciones normales dura 5 días en promedio. Ocasiona una pérdida de sangre total de 30 a 80 mL (aproximadamente de 2 a 8 cucharadas) y normalmente se presenta cada 21 a 35 días.	Cantidad de flujo de sangre	Escaso Moderado Abundante	variable interviniente cuantitativa discreta de razón/proporción	cuestionario estructurado/ encuesta
	Anticonceptivos	Es cualquier método o dispositivo para prevenir el embarazo no deseado. Tipos de anticonceptivos con influencia hormonal: orales, inyectable, parche, implante, anillo, dispositivo intrauterino.	Uso de anticonceptivos	Si No	variable interviniente cualitativa nominal dicotómica	cuestionario estructurado/ encuesta

Dimensión	Variable	Definición conceptual	Indicador	Categorías	Clasificación	Técnica/Instrumento
Características ginecológicas	Paridad	Es el número de partos que ha tenido una mujer a lo largo de su vida	Cantidad de partos/hijos	Ninguno uno más de uno	variable interviniente cuantitativa discreta de razón/proporción	cuestionario estructurado/ encuesta
Actividad Física	Actividad física	Según la Organización Mundial de la Salud la actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía.	Frecuencia de actividad física	No realizo actividad física Baja (dos o menos de dos veces por semana) Moderada (tres o más veces por semana) Alta (más de tres veces por semana)	variable dependiente cualitativa ordinal	cuestionario estructurado/ encuesta
Síndrome premenstrual	Síntomas premenstruales según DSM V	Síntoma: referencia subjetiva que da un paciente/consultante de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad. Signo: referencia objetiva y observable por un especialista Los síntomas deberían estar presentes en la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior. Según el DSM V, “el síndrome premenstrual difiere del trastorno disfórico premenstrual en que no se requiere un mínimo de cinco síntomas y en que no existe un convenio de síntomas afectivos en las mujeres con síntomas premenstruales” (CRITERIOS B DSM V)	Presencia de síntomas premenstruales	Labilidad afectiva intensa (cambios de humor, aumento de la sensibilidad al rechazo) Irritabilidad intensa, enfado, aumento de conflictos interpersonales Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio Ansiedad, tensión y/o sensación de estar con los “nervios de punta”	variable dependiente cualitativa nominal policotómica	cuestionario estructurado/ encuesta

Dimensión	Variable	Definición conceptual	Indicador	Categorías	Clasificación	Técnica/Instrumento
Síndrome premenstrual	Síntomas premenstruales según DSM V	Síntoma: referencia subjetiva que da un paciente/consultante de la percepción que reconoce como anómala o causada por un estado patológico o una enfermedad. Signo: referencia objetiva y observable por un especialista Los síntomas deberían estar presentes en la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior. Según el DSM V, "el síndrome premenstrual difiere del trastorno disfórico premenstrual en que no se requiere un mínimo de cinco síntomas y en que no existe un convenio de síntomas afectivos en las mujeres con síntomas premenstruales" (CRITERIOS C DSM V)	Presencia de síntomas premenstruales	Disminución del interés por las actividades habituales (trabajo, escuela, amigos, aficiones) Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía Cambio importante en el apetito, sobrealimentación, anhelo de alimentos específicos Hipersomnia (mucho sueño) o insomnio (falta de conciliación del sueño) Sensación de estar agobiada o sin control Síntomas físicos como dolor mamario, dolor articular o muscular, sensación de hinchazón o aumento de peso.	variable dependiente cualitativa nominal policotómica	cuestionario estructurado/ encuesta
Comportamiento alimentario	Comportamiento alimentario	Es el conjunto de acciones que realiza un individuo para ingerir alimentos, en respuesta a una motivación biológica, psicológica y sociocultural. Respuestas comportamentales o rutinas asociadas al acto de alimentarse.	Antojos alimentarios	Nunca (ningún día) A veces (dos o menos veces a la semana) Habitualmente (tres o más veces a la semana) Siempre (todos los días)	variable dependiente cualitativa ordinal	cuestionario estructurado/ encuesta
			Deseo incontrolable de comer	Nunca (ningún día) A veces (dos o menos veces a la semana) Habitualmente (tres o más veces a la semana) Siempre (todos los días)		cuestionario estructurado/ encuesta
			Aumento del número de ingestas alimentarias/atracones/picoteo	Nunca (ningún día) A veces (dos o menos veces a la semana) Habitualmente (tres o más veces a la semana) Siempre (todos los días)	variable dependiente cualitativa ordinal	cuestionario estructurado/ encuesta

Dimensión	Variable	Definición conceptual	Indicador	Categorías	Clasificación	Técnica/Instrumento
Cambios en el consumo de alimentos ultraprocesados	Alimentos fuente de grasas saturadas	Se considera alimentos fuente de un principio nutritivo a aquel o aquellos alimentos que lo posean en mayor cantidad (M Torresani). Frecuencia de consumo de grasa saturada/trans en determinado período de tiempo (semana premenstrual)	Variaciones en el consumo grasas saturadas	Incremento mi consumo levemente Incremento mi consumo moderadamente Incremento mi consumo exageradamente No modifíco mi consumo	variable dependiente cualitativa ordinal	cuestionario estructurado/ encuesta
	Alimentos fuente de carbohidratos simples	Se considera alimentos fuente de un principio nutritivo a aquel o aquellos alimentos que lo posean en mayor cantidad (M Torresani). Frecuencia de consumo de ingesta de carbohidratos simples en determinado período de tiempo (semana premenstrual)	Variaciones en el consumo carbohidratos simples	Incremento mi consumo levemente Incremento mi consumo moderadamente Incremento mi consumo exageradamente No modifíco mi consumo	variable dependiente cualitativa ordinal	cuestionario estructurado/ encuesta
	Alimentos fuente de sodio	Se considera alimentos fuente de un principio nutritivo a aquel o aquellos alimentos que lo posean en mayor cantidad (M Torresani). Frecuencia de consumo de sodio en determinado período de tiempo (semana premenstrual)	Variaciones en el consumo sodio	Incremento mi consumo levemente Incremento mi consumo moderadamente Incremento mi consumo exageradamente No modifíco mi consumo	variable dependiente cualitativa ordinal	cuestionario estructurado/ encuesta
	Comidas rápidas	Se considera alimentos fuente de un principio nutritivo a aquel o aquellos alimentos que lo posean en mayor cantidad (M Torresani). Frecuencia de consumo de comidas rápidas en determinado período de tiempo (semana premenstrual)	Variaciones en el consumo de comidas rápidas	Incremento mi consumo levemente Incremento mi consumo moderadamente Incremento mi consumo exageradamente No modifíco mi consumo	variable dependiente cualitativa ordinal	cuestionario estructurado/ encuesta

Cronograma de actividades:

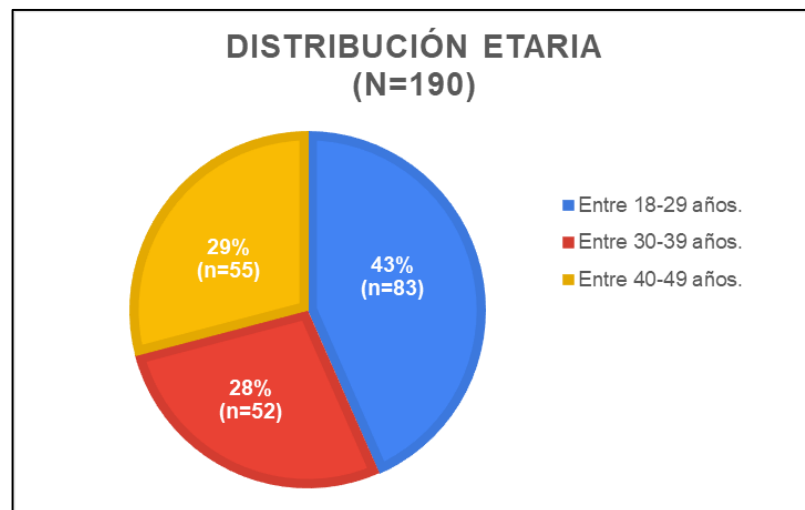
	ELABORACIÓN DEL TRABAJO INTEGRADOR FINAL - CRONOGRAMA																															
	Abril				Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre				Octubre				Noviembre			
(Semanas)	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Búsqueda bibliográfica	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█
Definición del tema	█	█	█	█	█	█																										
Introducción									█	█	█	█																				
Marco Teórico	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█	█																				
Planteo y delimitación del problema ; Planteo de objetivos (general y específico)					█	█	█	█	█	█	█	█							█	█												
Materiales y métodos											█	█							█	█												
Herramienta de recolección de datos											█	█							█	█	█	█	█	█								
Resultados y Análisis de los resultados																									█	█	█	█	█	█	█	█
Discusión																													█	█	█	█
Conclusión																													█	█	█	█
Recomendaciones																													█	█	█	█

Resultados:

Según el relevamiento de datos, se obtuvieron un total de 207 respuestas, de las cuales, se han excluido a aquellas mujeres que viven fuera de Capital Federal y aquellas mujeres mayores de 50 años. Por lo tanto, el tamaño muestral quedó conformado por un total de 190 mujeres de entre 18 y 49 años de la Ciudad de Buenos Aires, según criterios de inclusión de este trabajo.

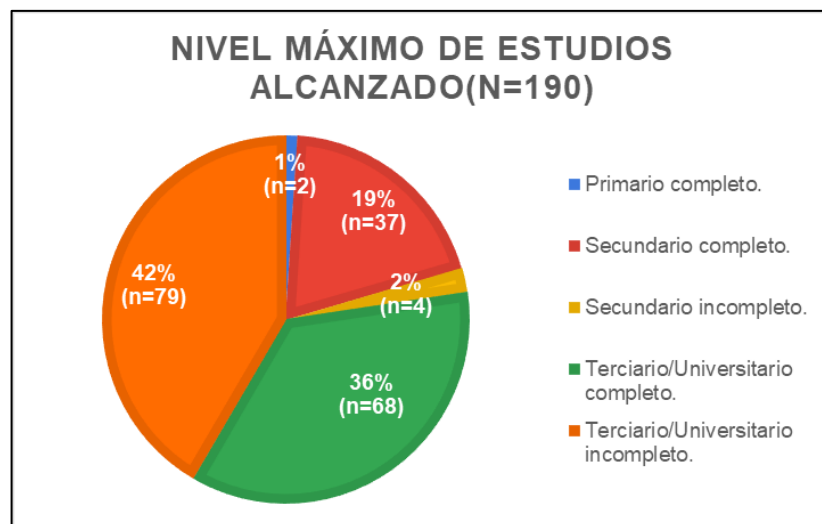
Dentro de las características sociodemográficas se analizaron los rangos etarios (gráfico 1) y el nivel máximo de estudio alcanzado (gráfico 2) de las mujeres encuestadas. El rango de edad predominante de la muestra fue de 18 a 29 años (43%). En cuanto al nivel máximo de estudio alcanzado, el 36% de la muestra tuvo el nivel terciario y/o universitario incompleto.

Gráfico Nro. 1:



Fuente: elaboración propia

Gráfico Nro. 2:



Fuente: elaboración propia

En cuanto a características ginecológicas (tabla 1) se analizaron las siguientes variables: edad de la menarquía, duración del ciclo menstrual, cantidad de sangrado, uso de anticonceptivos y cantidad de hijos paridos. En relación a la edad de la primera menstruación, de un tamaño muestral de 190 mujeres, se observó que el 74% (N=140) tuvo su menarquía entre los 12 y 15 años (normal); en cuanto a la duración del ciclo menstrual de un tamaño muestral de 186 mujeres se observó que el 78,49% (N=146) tuvo un periodo de entre 3 y 5 días (normal); por otro lado, en relación a la cantidad de sangrado, de un tamaño muestral de 187 mujeres se observó que el 54,01% (N=101) tuvo un flujo menstrual moderado; por último, en cuanto a la cantidad de hijos paridos, se observó que el 70% (N=133) de 190 respuestas obtenidas no tuvo ningún hijo.

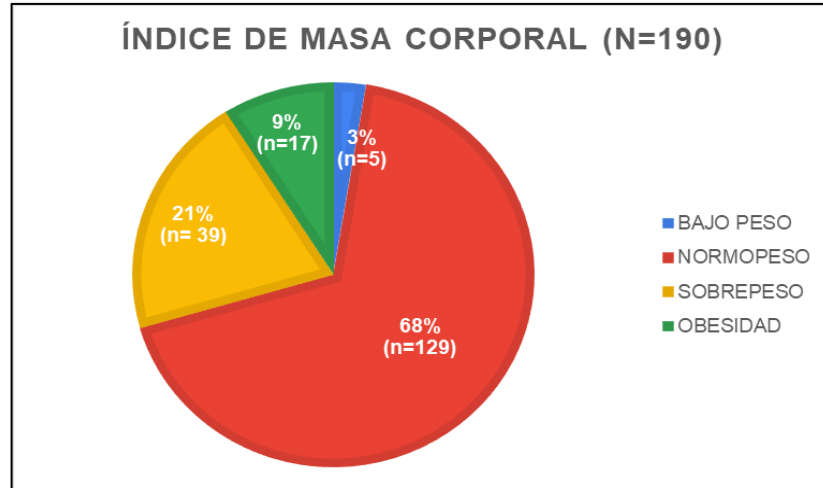
Tabla Nro. 1:

Características ginecológicas		
Edad de la menarquía (N=190)		
Respuestas	N	Porcentaje
Normal (12-15 años).	140	74%
Precoz (antes de los 12 años).	44	23%
Tardía (posterior a los 15 años).	6	3%
Duración del ciclo menstrual (N=186)		
Respuestas	N	Porcentaje
Corto (1-2 días).	10	5,38%
Largo (más de 6 días).	30	16,13%
Normal (3-5 días).	146	78,49%
Cantidad de sangrado (N= 187)		
Respuestas	N	Porcentaje
Abundante.	59	31,55%
Escaso.	27	14,44%
Moderado.	101	54,01%
Uso de anticonceptivos (N=189)		
Respuestas	N	Porcentaje
No.	134	70,90%
Si.	55	29,10%
Cantidad de hijos paridos (N=190)		
Respuestas	N	Porcentaje
Ninguno.	133	70,00%
Uno.	24	12,63%
Más de uno.	33	17,37%

Fuente: elaboración propia

Por otro lado, a partir de la obtención del peso y talla referidos de las mujeres encuestadas, se realizó el cálculo de índice de masa corporal referido (IMC) a los fines de obtener un pronóstico acerca del estado nutricional de las mujeres encuestadas. El 68% (N=129) del total de las mujeres encuestadas (N=190), tenían normopeso (IMC= 18,4-24,9 kg/m²) (gráfico 3).

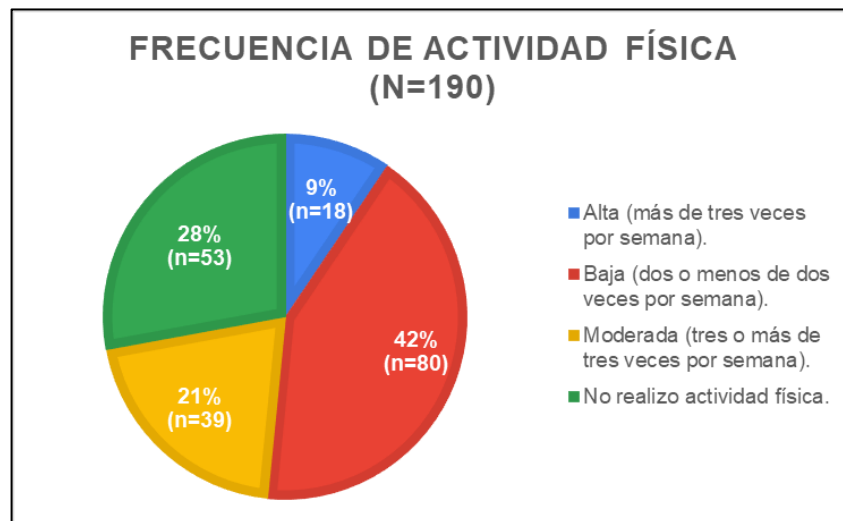
Gráfico Nro. 3:



Fuente: elaboración propia

En relación con la frecuencia en la que las mujeres realizan actividad física (gráfico 4) se observó que el 42% (N=80) de 190 mujeres la realiza dos o menos veces a la semana.

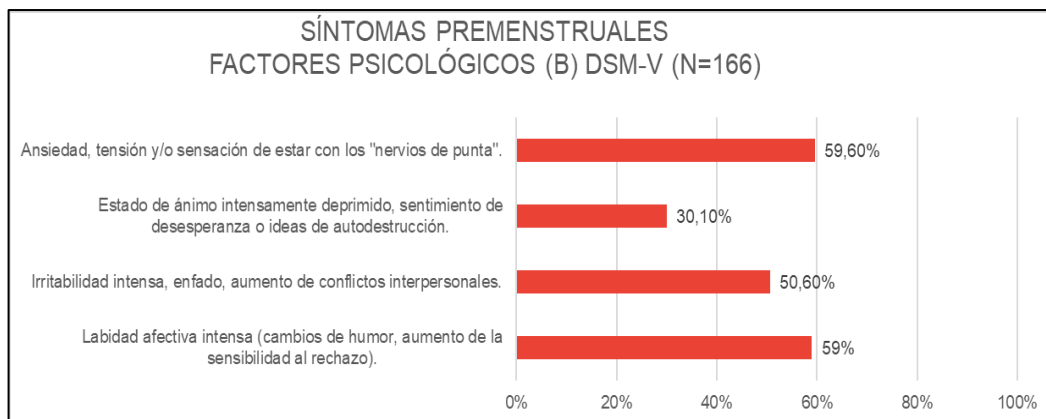
Gráfico Nro. 4:



Fuente: elaboración propia

En cuanto a síntomas del SPM, se investigó el porcentaje de mujeres que experimentó cada uno de los síntomas según los criterios descritos en el DSM-V (gráfico 5 y 6).

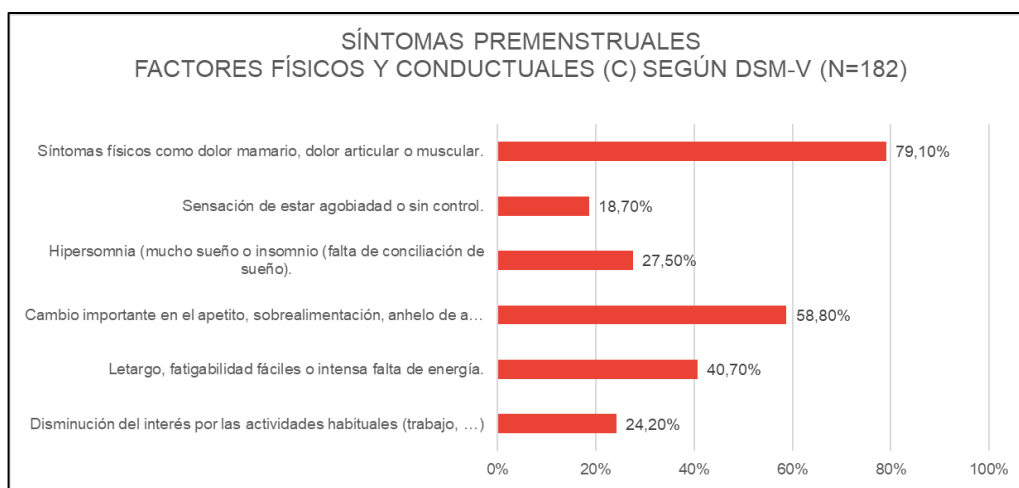
Gráfico Nro. 5:



Fuente: elaboración propia

Se observó que el porcentaje de síntomas que las mujeres padecieron se encuentran en cantidades similares. El síntoma que más prevaleció con 59,6% (N=99) del total de mujeres que respondieron a esta pregunta (N=166) es el relacionado con la sensación de ansiedad y tensión la semana previa a la menstruación. Por otro lado, el síntoma relacionado con la labilidad afectiva y los cambios de humor la semana previa a la menstruación representó un 59% (N=98) (gráfico 5).

Gráfico Nro. 6:



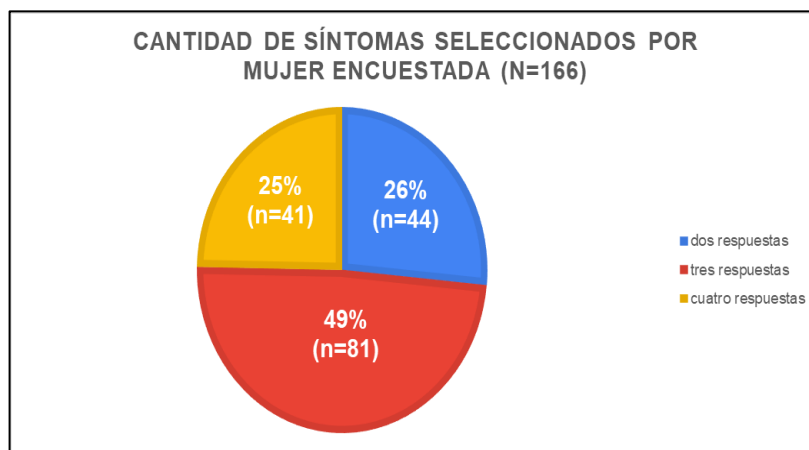
Fuente: elaboración propia

Se observó que el síntoma más padecido por las mujeres se encuentra relacionado con el dolor mamario, articular y/o muscular la semana previa a la menstruación en un porcentaje del 79,10% (N=144) de 182 mujeres encuestadas (gráfico 6). En cuanto al síntoma relacionado con la alimentación, "Cambio importante en el apetito, sobrealimentación, anhelo de alimentos específicos", se observó que lo padecieron un 58,8% (N=107) de un total de 182 mujeres.

Por otro lado, para visualizar los datos más relevantes de la investigación según síntomas del DSM-V (criterios B y C) para la clasificación de trastorno disfórico premenstrual/síndrome premenstrual, se dividió la muestra según el número de respuestas por mujer (gráfico 7 y 8).

Del total de mujeres encuestadas de entre 18 a 49 años (N=190) se observó que el 4,2% (N=8), no sufrió ningún síntoma premenstrual. Mientras que el 95,8% (N=182) presentó al menos un síntoma físico, emocional o conductual la semana previa a la menstruación.

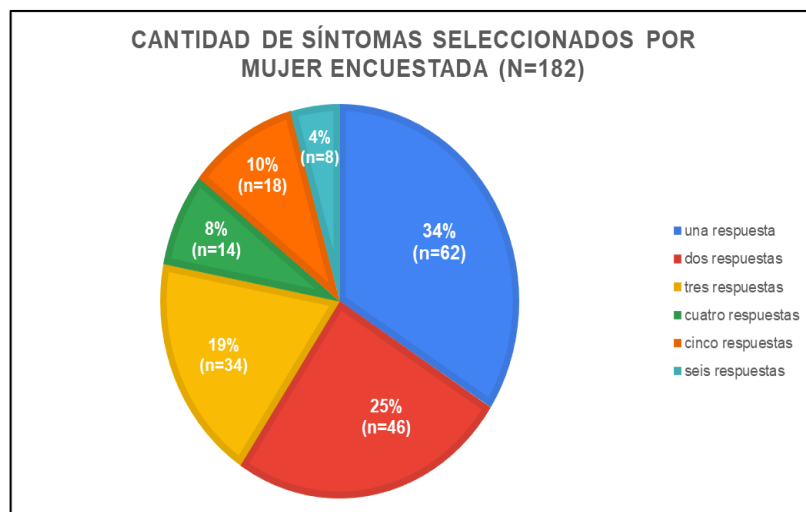
Gráfico Nro. 7:



Fuente: elaboración propia

Todas las encuestadas (N=166) presentaron como mínimo dos síntomas premenstruales según criterio B del DSM-V. El 49% (N=81) presentaron tres síntomas premenstruales de índole psicológico (labilidad, irritabilidad, ansiedad, estado depresivo) (gráfico 7).

Gráfico Nro. 8:

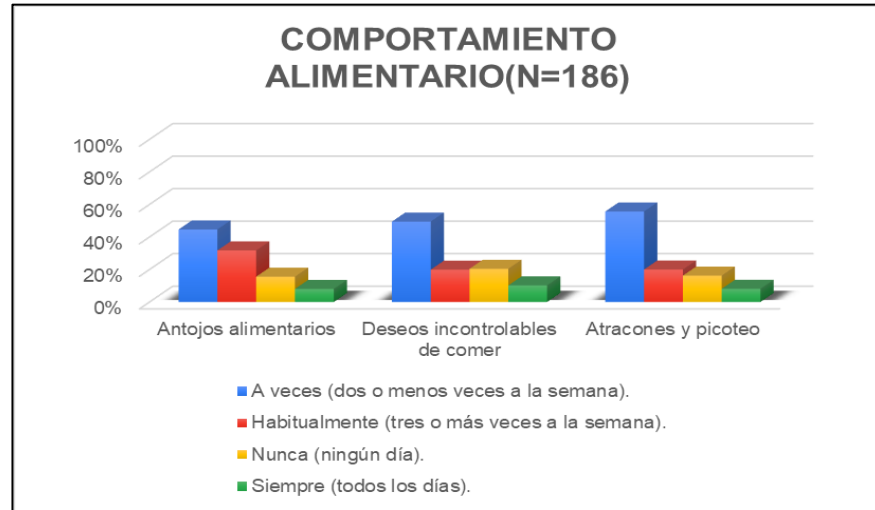


Fuente: elaboración propia

En relación a los síntomas asociados a factores físicos y conductuales, de un total de 182 respuestas, el 34 % (N=62) presentó un solo síntoma premenstrual, mientras que un 25% (N=46) presentó dos síntomas asociados al criterio C del DSM-V.

Con el objetivo de conocer el comportamiento alimentario se investigó sobre la presencia de antojos alimentarios, deseos incontrolables de comer, aumento del número de ingestas, atracones y/o picoteo la semana previa a la menstruación (gráfico 9); y, por otro lado, se indagó sobre el incremento en la frecuencia de consumo de azúcares, sodio, grasas saturadas y comidas rápidas la semana previa a la menstruación (gráfico 10).

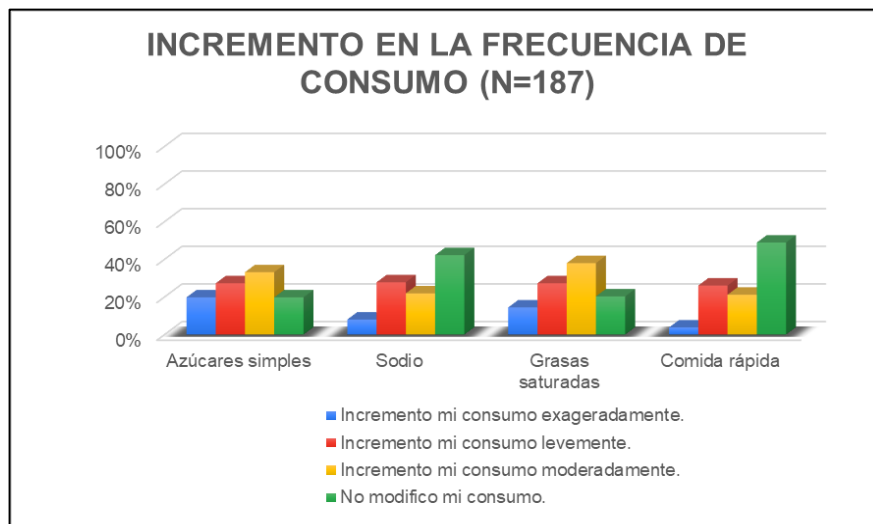
Gráfico Nro. 9:



Fuente: elaboración propia

En relación al gráfico 9, se pudo observar que, de un total de 186 mujeres, el 44,62% (N=83) tuvo antojos alimentarios dos o menos veces la semana previa a la menstruación y el 31,72% (N=59) tuvo antojos alimentarios tres o más veces la semana. A su vez, el 49,46% (N=92) tuvo deseos incontrolables de comer dos o menos veces a la semana. Por último, el 55,68% (N=103) tuvo eventos de atracones o picoteo dos o menos veces a la semana.

Gráfico Nro. 10:

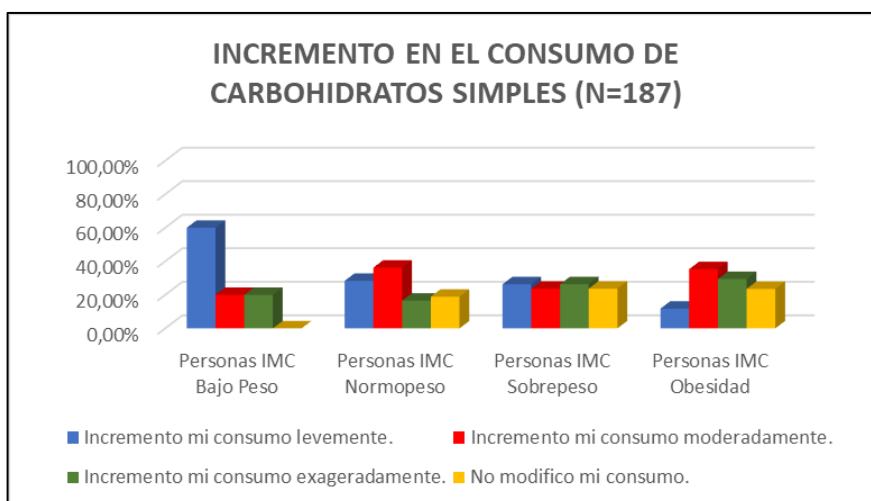


Fuente: elaboración propia

Según el gráfico 10, se pudo observar que de un total de 187 mujeres: el 33,16% (N=62) incrementó el consumo moderadamente de azúcares y el 37,97% (N=71) incrementó el consumo moderadamente de grasas saturadas. Por otro lado, en relación al sodio y a las comidas rápidas, se observó que el 42,25% (N=79) no modificó el consumo de sodio y el 48,91% (N=90) no modificó el consumo de comidas rápidas.

Por otro lado, al comparar el IMC del total de las mujeres encuestadas (N=190), según gráfico 3, con el incremento en la frecuencia de consumo de alimentos ultraprocesados fuente de azúcares, sodio, grasas saturadas y comidas rápidas (N=187), la semana previa a la menstruación, se obtuvieron los siguientes resultados (gráfico 11,12,13 y 14):

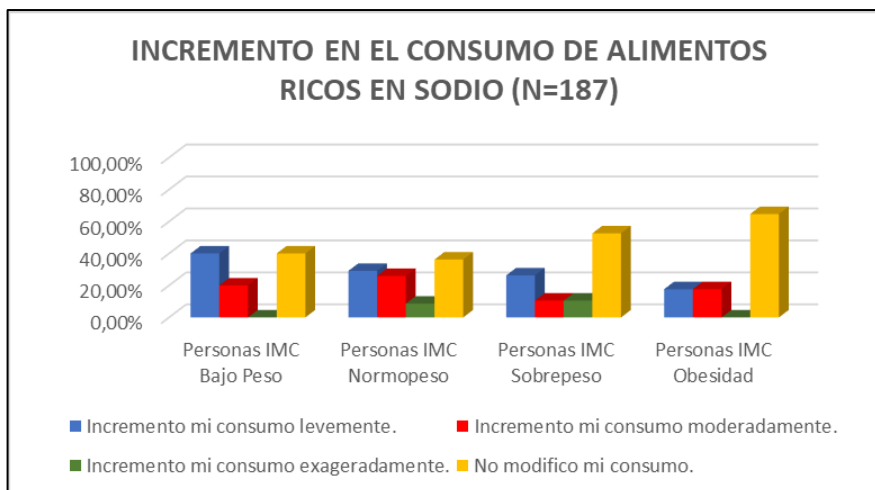
Gráfico nro. 11:



Fuente: elaboración propia

Se observó que, de las mujeres que tenían normopeso (68%), el 36,22% (N=46) incrementaron moderadamente el consumo de azúcares y el 28,35% (N=36) incrementaron moderadamente la ingesta de este nutriente. De las mujeres que presentaron sobrepeso (21%), el 26,32% (N=10) incrementó el consumo levemente de azúcares y un mismo porcentaje incrementó el consumo exageradamente, por otro lado, el 23,68% (N=9) incrementó moderadamente el consumo de azúcares, mientras que un porcentaje similar (23,68%) no modificó la ingesta de azúcares. Por último, en cuanto a las mujeres que presentaron obesidad (9%), el 47,06% (N=8) incrementó el consumo moderadamente de azúcares (gráfico 11).

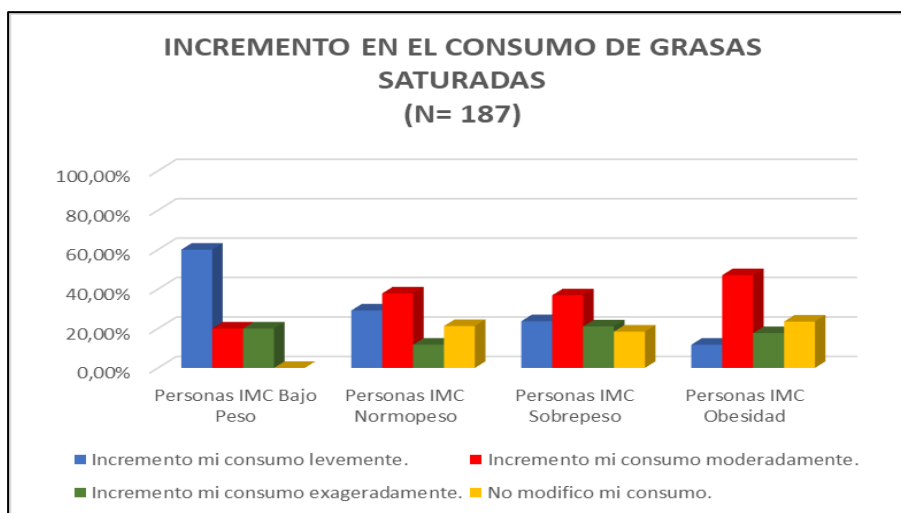
Gráfico nro. 12:



Fuente: elaboración propia

En relación al incremento en el consumo alimentos ricos en sodio en la fase premenstrual, de un total de 187 mujeres, el 36,22% (N=46) de las mujeres con normopeso (68%) y el 52,63% (N=20) de las mujeres con sobrepeso (21%) manifestaron que no modificaron el consumo de alimentos ricos en sodio (gráfico 12).

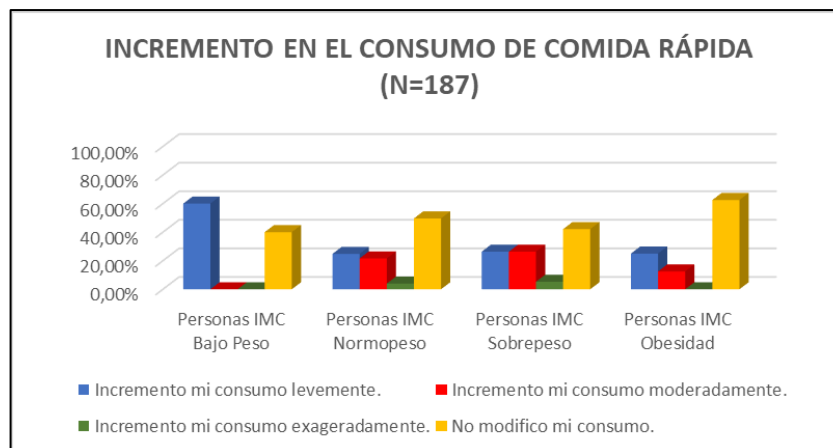
Gráfico nro. 13:



Fuente: elaboración propia

A propósito del incremento en el consumo de grasas saturadas, del total del tamaño muestral (N=187), el 37,80% (N=48) de mujeres con normopeso (68%) incrementaron moderadamente su consumo, mientras que, de las mujeres que presentaron sobrepeso (21%), el 36,84% incrementaron moderadamente su consumo (gráfico 13).

Gráfico nro. 14:



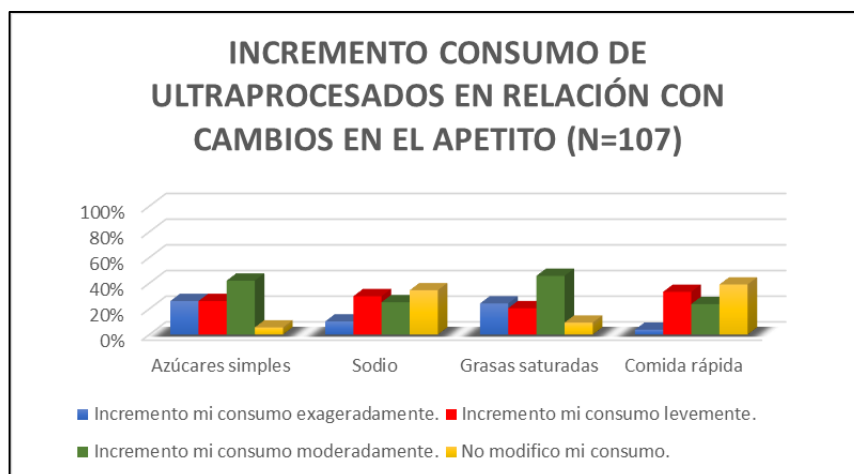
Fuente: elaboración propia

De un total de 187 mujeres, el 49,60% (N=62) con normopeso (68%) y el 42,11% (N=16) con sobrepeso (21%) no modificaron el consumo de comidas rápidas (gráfico 14).

De las mujeres que presentaron normopeso, el 36,2% (N=46) y el 37,8% (N=48) incrementó el consumo moderadamente de alimentos fuente de azúcares (gráfico 11) y de grasas saturadas (gráfico 13) respectivamente; mientras que, del total de mujeres que presentaron peso normal al momento de la encuesta, el 36,2% (N=46) y el 49,6% (N= 62) no modificó el consumo de alimentos ricos en sodio (gráfico 12) y de comida rápida (gráfico 14) la semana previa a la menstruación.

De un total de 182 mujeres encuestadas, el 58,7% (N=107) manifestó “Cambio importante en el apetito, sobrealimentación, anhelo de alimentos específicos” la semana previa a la menstruación (gráfico 6). Al comparar el síntoma mencionado precedentemente con el incremento en el consumo de alimentos ultraprocesados (azúcares, sodio, grasas saturadas y comidas rápidas) se obtuvieron los siguientes resultados:

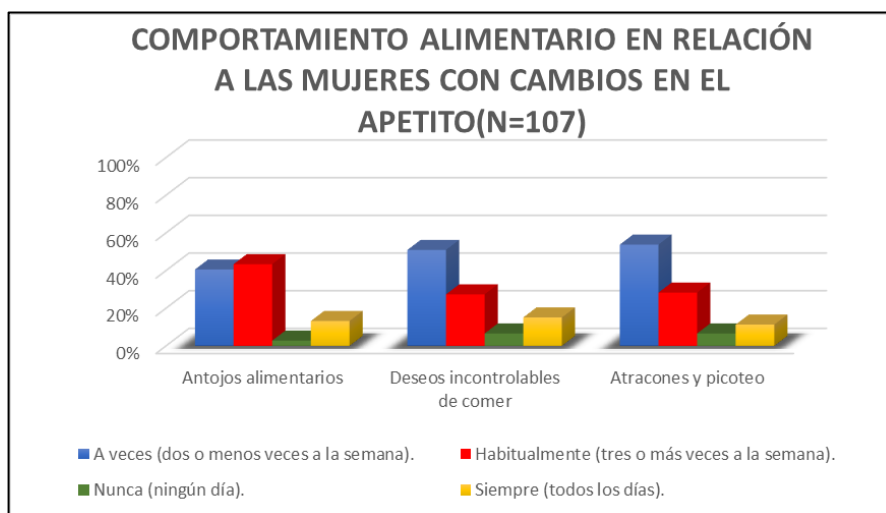
Gráfico nro. 15:



Fuente: elaboración propia

Del total de mujeres (N=107) que respondieron que padecen “Cambio importante en el apetito, sobrealimentación, anhelo de alimentos específicos”, se observó: por un lado, en relación al incremento en la frecuencia de consumo de ultraprocesados (gráfico 15), el 42,06% (N=45) incrementó el consumo moderadamente de alimentos ricos en azúcares, el 34,58% (N=37) no modificó el consumo de alimentos ricos en sodio, el 45,79% (N=49) incrementó el consumo moderadamente de alimentos ricos en grasas saturadas y el 39,05% (N=41) no modificó el consumo de comida rápida (gráfico 15).

Gráfico nro. 16:



Fuente: elaboración propia

Del total de mujeres (N=107) que respondieron que padecen “Cambio importante en el apetito, sobrealimentación, anhelo de alimentos específicos”, se observó: en relación al comportamiento alimentario (gráfico 16) que el 43,4% (N=46) tuvo antojos alimentarios tres o más veces la semana previa a la menstruación, el 50,94% (N=54) tuvo deseos incontrolables de comer dos o menos veces la semana previa a la menstruación y por último, el 53,7% (N=57) tuvo atracones o “picoteos” dos o menos veces la semana previa a la menstruación.

Discusión:

De las mujeres encuestadas de entre 18 a 49 años (N=190) se pudo observar que sólo el 4,2%, no padecieron ninguno de los síntomas descritos en el DSM-V (Criterio B y/o C) la semana previa a la menstruación. Mientras que el 95,8% presentó al menos un síntoma físico, emocional o conductual la semana premenstrual (según criterio B y/o C del DSM-V).

El DSM-V utiliza como herramienta para el diagnóstico de SPM y TDP un cuestionario estructurado y estandarizado, según síntomas del criterio B (factores psicológicos) y síntomas del criterio C (factores físicos y conductuales); establece que, la mayoría de los ciclos menstruales, deben estar presentes al menos cinco síntomas la semana previa a la menstruación y deben desaparecer la semana posterior a la menstruación. Cabe mencionar que, hace una clara distinción entre SPM y TDP: mientras que el primero no requiere un mínimo de cinco síntomas, el segundo requiere la presencia mínima de cinco o más síntomas en al menos dos ciclos menstruales consecutivos, más algún factor psicológico asociado como depresión, ansiedad y/o cambios repentinos en el estado de ánimo.

En cuanto a los resultados arrojados en el presente trabajo de investigación, un 49% (N=81) de un total de 166 mujeres presentaron cuatro síntomas en la etapa premenstrual según criterio B del DSM-V y un 8% (N=14) de un total de 182 mujeres manifestaron al menos cuatro síntomas, mientras que un 14% (N=26) del total de 182 mujeres sufrieron cinco o seis síntomas la semana previa a la menstruación según criterio C del DSM-V. Considerando la herramienta para el diagnóstico según DSM-V, las mujeres que sufrieron cinco o más síntomas premenstruales con algún factor psicológico asociado podrían tener como diagnóstico presuntivo TDP, el cual deberá confirmarse mediante una correcta evaluación en al menos dos ciclos menstruales consecutivos.

Según estudio realizado por FASGO a 198 mujeres de entre 16 y 50 años del Sanatorio Allende de Córdoba en el año 2020, la prevalencia de SPM con la presencia de más de cuatro síntomas fue del 38,4%, predominando los siguientes: irritabilidad y cambios de humor, hinchazón y distensión abdominal, fatiga, dolor de cabeza y modificaciones alimentarias.

En este trabajo de investigación, de un total de 166 mujeres, el 50,6% manifestó irritabilidad intensa y el 59% sintió cambios en el humor la semana previa a la menstruación según criterio B del DSM-V. El síntoma prevalente la semana pre menstruación fue la percepción de ansiedad, tensión y/o sensación de estar con los “nervios de punta” siendo percibido por el 59,6% de un total de 166 mujeres. En cuanto al criterio C del DSM-V, de un total de 182 mujeres que padecieron síntomas, un 79,10% manifestaron síntomas físicos como dolor mamario, articular o muscular la semana pre menstruación y un 58,8% presentaron cambios en el apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos

específicos, siendo estos síntomas compatibles con los síntomas predominantes según el estudio realizado por FASGO en el año 2020.

En cuanto al comportamiento alimentario, de un total de 186 respuestas, el 31,72% tuvo antojos alimentarios tres o más veces la semana previa a la menstruación, el 49,46% manifestó deseos incontrolables de comer dos o menos de dos veces la semana previa a la menstruación y el 55,68% tuvo atracones o “picoteo” dos o menos veces la semana previa a la menstruación. Según Sanz, la disminución hormonal conlleva una mayor predisposición a tener “antojos alimentarios” y un mayor anhelo de alimentos ricos en azúcares y grasas.

En relación al incremento en la frecuencia de consumo de alimentos fuente de azúcares, sodio, grasas saturadas y comida rápidas, del total de mujeres el 48,9% y el 43,25% no modificó el consumo de comidas rápidas ni de alimentos ricos en sodio respectivamente, la semana previa a la menstruación. En cambio, el 37,96% y el 33,16% del total de mujeres (N=187) incrementó moderadamente el consumo de grasas trans y azúcares, respectivamente. Dichos resultados, conciben con las conclusiones a la que llega Sanz, estableciendo que las mujeres en la fase premenstrual tienden al aumento del consumo de alimentos ultraprocesados, ricos en azúcares y ricos en grasas saturadas; este incremento en el consumo de productos específicos, puede estar relacionado al uso de los alimentos como sistema de recompensa ante la presencia de desajustes físicos, emociones negativas, cansancio y/o estrés a causa de niveles bajos de estrógenos que actúan como moduladores del apetito. Gómez y Loberá, en cuanto al food craving (refiriéndose al impulso de consumir un determinado alimento), obtuvieron los siguientes resultados según los diversos autores que formaron parte de la investigación: Gorczyca (año 2018, estudio de cohorte en una muestra de 259 mujeres de 28 años en promedio) concluyó que previo a la menstruación, durante la fase lútea el apetito de las mujeres estaba aumentado y que experimentaban deseos de consumir alimentos dulces (principalmente chocolates) y alimentos salados; en la investigación de Souza (año 2018, estudio transversal en una muestra de 27 mujeres de 22 años en promedio) se observó el mismo patrón, predominando el consumo de chocolates, galletas y papas fritas; en el trabajo realizado por Dos Santos (año 2011, estudio longitudinal en una muestra de 45 mujeres de 23 años en edad promedio) se observó mayor tendencia al impulso de consumir alimentos ricos en azúcares, grasas y sal pero no siempre asociada al periodo premenstrual. Por otro lado, Hizli (año 2022, estudio transversal realizado con una muestra de 80 mujeres de alrededor de los 22 años) observó un aumento del apetito en el 62% (N=48) de las participantes, pero sólo el 42% (N=32) sintió el impulso de consumir algún alimento específico en la fase premenstrual.

Por otro lado, resulta que el SPM es poco conocido conceptualmente por la población femenina; esta carencia puede deberse a la falta de información transmitida por los profesionales o puede deberse a la falta de un consenso para el diagnóstico; ya que, si bien el DSM-V establece criterios, hace referencia mayormente a lo que se conoce como TDP. Asimismo, se debe considerar que los síntomas que se pueden manifestar resultan ser muy variados y que los cambios hormonales no actúan por igual en todas las mujeres por lo que dificultan la interpretación y estandarización para el diagnóstico.

Con respecto a las limitaciones de este trabajo de investigación, en cuanto a las variables analizadas, una de las fallas fue no explorar acerca de la información que las mujeres de entre 18-49 años de la Ciudad de Buenos Aires tienen acerca del SPM, ya que, diversos estudios destacan el poco conocimiento que hay acerca del mismo.

En relación a los resultados obtenidos, según la Oficina para la Salud de la Mujer de Estados Unidos, el SPM se encuentra mayormente entre los 30-40 años y desciende su prevalencia entre los 40-50 años. Por un lado, este trabajo utilizó como criterio de exclusión las mujeres mayores de 50 años por lo que no se pudo investigar acerca de la prevalencia en ese rango etario; por otro lado, el 43% de la muestra obtenida en la presente investigación tuvo entre 18-29 años por lo que no fue posible evaluar si durante los 30-40 años hay mayor presencia del síndrome premenstrual.

Por último, si bien hay información disponible sobre la temática investigada, teniendo en cuenta los datos analizados y las contradicciones planteadas por los diferentes autores, se puede inferir que es un área que aún requiere de investigaciones que provean información precisa y validada que permitan obtener resultados concluyentes en lo que respecta a la conducta alimentaria en función del síndrome premenstrual.

Conclusión:

A partir de este trabajo de investigación, se puede concluir que la ingesta alimentaria de la mujer manifiesta fluctuaciones a lo largo del ciclo menstrual; estos cambios en el comportamiento alimentario se dan principalmente la semana previa a la menstruación y se encuentran asociados a síntomas psicológicos, físicos y conductuales conocidos como SPM.

En cuanto al deseo de consumir alimentos específicos en la fase lútea, se ha observado un incremento moderado en el consumo de azúcares y grasas saturadas. Por otro lado, en relación al consumo de sodio y comida rápida, se observó que la mayoría de las mujeres no modificaron su consumo la semana previa a la menstruación.

En relación al comportamiento alimentario la mayoría de las mujeres manifestaron que tuvieron antojos y/o atracones la semana previa a la menstruación.

Por otra parte, en relación a la presencia de síntomas premenstruales, se obtuvieron resultados muy variados. La mayoría de las mujeres manifestaron al menos un síntoma premenstrual, siendo el síntoma físico (dolor mamario, articular y/o muscular) el predominante en este trabajo de investigación.

Este estudio es una primera aproximación acerca de cómo afecta el síndrome premenstrual en la conducta alimentaria y el objetivo es que sirva de base para futuras investigaciones que se hagan al respecto.

Recomendaciones:

Teniendo en cuenta la variabilidad de síntomas, la disparidad entre mujeres, la falta de herramientas para el diagnóstico certero y la falta de conocimiento sobre el SPM se recomendarán las siguientes estrategias como posibles soluciones a las falencias detectadas en el presente trabajo de investigación. Es importante que ante la presencia de síntomas premenstruales que afecten la realización de las actividades diarias, las mujeres consulten con profesionales capacitados e idóneos en materia de SPM. Resulta ser que el SPM es poco conocido por la población femenina y por los profesionales pertinentes (ginecólogos, psicólogos y nutricionistas); por lo que, se recomienda el desarrollo de capacitaciones con el fin de darle visibilidad y relevancia a dichas manifestaciones psicológicas, físicas o conductuales, y que dichos cursos sirvan a los profesionales para ayudar a mejorar la calidad de vida de aquellas mujeres que padezcan SPM.

Por otro lado, podría ser interesante que dentro de la consulta ginecológica se incluya de forma obligatoria una anamnesis para detectar posible SPM/TDP mediante una herramienta para el diagnóstico que se encuentre validada y aprobada por profesionales; esto sería de gran ayuda para detectar la prevalencia, estandarizar los resultados y poder llevar a cabo medidas para la prevención y/o tratamiento.

A su vez, se propone una ley que ampare y proteja a las mujeres que sufren un mínimo de cinco síntomas premenstruales con afectación en la realización de las actividades diarias y con un diagnóstico confirmado de SPM o TDP, mediante medidas que colaboren a disminuir con el estrés, ansiedad o síntomas de índole psicológico, por ejemplo, se propone la inclusión de un día laboral libre al mes que ayude a disminuir el estrés y sobrellevar dicha sintomatología o se recomienda poner a disposición profesionales idóneos en materia de SPM de forma gratuita a aquellas mujeres que no puedan acceder a un tratamiento, ya sea, por falta de cobertura médica o por falta de personal capacitado en la misma.

Bibliografía

1. Silverton. Fisiología Humana Buenos Aires: Médica Panamericana; 2019.
2. Psiquiatría AAD. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V Buenos Aires: Medica Panamericana; 2014.
3. Montú J. Síndrome premenstrual. Prevalencia y formas de preparación. FASGO. 2020; 9.
4. Cohen S. Food Cravings, mood, and the premenstrual cycle. Departament of Psychology McGill University. 2012.
5. Gómez,Jauregui-Loberá. Variables emocionales y food craving: Influencia del ciclo menstrual. 2021 Julio; 1.
6. Sanz X. La Revolución de la menstruación Barcelona: Planeta; 2021.
7. Porta MG. Síndrome Premenstrual: aproximación crítica. Revista de Antropología Iberoamericana. 2006 enero; 1.
8. Raymond G., Dalton K.. The Premenstrual Syndrome. British Medical Jorunal. 1953 Mayo.
9. Brown J. Nutrición en diferentes etapas de la vida. 5th ed. Buenos Aires: MCGRAW -Hill; 2014.
10. Rivera TMCC. Interacción estrógenos-noradrenalina en la depresión. Salud Mental. 2013 julio;(36).
11. Garcia ML. Sertonina, ciclo menstrual y síndrome premenstrual. Medicina naturista. 2015 Junio; 9.
12. Rapkin AJ. Whole-blood serotonin in premenstrual syndrome. Obstetrics and Gynecology. 1987 octubre.
13. Gollenberg A. Asociación entre el estrés y la presencia de síntomas perimenstruales. Journal of women Health. 2010 mayo; 19(5).
14. Torresani ME. Aprendamos a comer frente al cambio hormonal. 2nd ed. Buenos Aires: Akadia; 2015.
15. OPS. Modelo de perfil de nutrientes de la organización panamericana para la salud. Washington DC. 2016.
16. Roselló ME. y colaboradores. Ciclo menstrual y alimentación. Perinatol Reprod Humana. 2003 abril; 17(2).
17. Aguilar E. Desórdenes Menstruales: lo que sabemos de la terapia dietética- nutricional. Nutrición Hospitalaria. 2020 diciembre; 37(2).
18. Bustos R. y colaboradores. Influencia de la actividad física en la sintomatología del síndrome premenstrual en universitarias. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2018 febrero; 83(1).

Anexos

Anexo I - Diseño de herramienta de recolección de datos:

1. Consentimiento informado.

¡Hola a todas!

Soy estudiante de la Licenciatura en Nutrición en la Universidad I Salud (Sede Centro); me encuentro realizando mi tesina de grado y en esta oportunidad necesito de su ayuda para recolectar información de relevancia para la investigación.

El siguiente cuestionario va dirigido a las mujeres adultas de la Ciudad de Buenos Aires y el objetivo es indagar acerca de cómo el síndrome premenstrual influye en la conducta alimentaria.

El mismo, es de carácter voluntario, anónimo y privado y está en su derecho de abandonar la encuesta en cualquiera de sus instancias, si así lo desea.

Desde ya, ¡muchas gracias por su participación!

2. Zona de residencia:

- CABA
- Otro

3. Peso referido (en kilogramos):

4. Talla referida (en metros):

5. Edad:

- 18-29 años.
- 30-39 años.
- 40-49 años.
- Mayor de 50 años.

6. Máximo nivel de estudio alcanzado:

- Primario incompleto.
- Primario completo.
- Secundario incompleto.
- Secundario completo.
- Terciario/ Universitario incompleto.
- Terciario/ Universitario completo.

7. Edad de la menarquía (primera menstruación)

- Precoz (antes de los 12 años).
- Normal (12-15 años).

- Tardía (posterior a los 15 años).

8. Habitualmente, ¿cuánto dura su ciclo menstrual?

- Corto (1-2 días).
- Normal (3-5 días).
- Largo (más de 6 días).

9. Durante su ciclo menstrual, tras cada cambio de apósito, su cantidad de sangrado suele ser:

- Escaso.
 - Moderado.
 - Abundante.
- **¿Utiliza algún método anticonceptivo con influencia hormonal? (orales -pastillas-, inyectable, parche, implante, anillo, DIU -dispositivo intrauterino-)**
- Si.
 - No.

10. ¿Cuántos hijos tuvo?

- Ninguno.
- Uno.
- Más de uno.

11. Su frecuencia de actividad física es:

- No realizo actividad física.
- Baja (dos o menos de dos veces por semana).
- Moderada (tres o más veces por semana).
- Alta (más de tres veces por semana).

12. La semana previa a la menstruación ¿Sufre Ud. de los siguientes síntomas? (marque todas las opciones que considere)

- Labilidad afectiva intensa (cambios de humor, aumento de la sensibilidad al rechazo).
- Irritabilidad intensa, enfado, aumento de conflictos interpersonales.
- Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
- Ansiedad, tensión y/o sensación de estar con los “nervios de punta”.

13. La semana previa a la menstruación ¿Sufre Ud. de los siguientes síntomas? (marque todas las opciones que considere)

- Disminución del interés por las actividades habituales (trabajo, escuela, amigos, aficiones).

- Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
- Cambio importante en el apetito, sobrealimentación, anhelo de alimentos específicos.
- Hipersomnia (mucho sueño) o insomnio (falta de conciliación del sueño).
- Sensación de estar agobiada o sin control.
- Síntomas físicos como dolor mamario, dolor articular o muscular, sensación de hinchazón o aumento de peso.

14. La semana previa a la menstruación, en cuanto a su alimentación: ¿tiene antojos alimentarios? ¿con qué frecuencia?

- Nunca (ningún día).
- A veces (dos o menos veces a la semana).
- Habitualmente (tres o más veces a la semana).
- Siempre (todos los días).

15. La semana previa a la menstruación: ¿tiene deseos incontrolables de comer?

- Nunca (ningún día).
- A veces (dos o menos veces a la semana).
- Habitualmente (tres o más veces a la semana).
- Siempre (todos los días).

16. La semana previa a la menstruación: ¿aumenta el número y cantidad de comida a lo largo del día? ¿tiene atracones alimentarios? ¿siente que “picotea” más de lo normal entre comidas?

- Nunca (ningún día).
- A veces (dos o menos veces a la semana).
- Habitualmente (tres o más veces a la semana).
- Siempre (todos los días).

17. La semana previa a la menstruación, en cuanto a su alimentación, ¿incrementa el consumo de alimentos ricos en grasas saturadas? (chocolates, productos de panadería, bizcochos, galletas, fiambres, frituras, etc.)

- Incremento mi consumo levemente.
- Incremento mi consumo moderadamente.
- Incremento mi consumo exageradamente.
- No modifico mi consumo.

18. La semana previa a la menstruación, en cuanto a su alimentación, ¿incrementa el consumo de alimentos ricos en azúcares simples? (productos de pastelería, tortas,

budines, helados, galletitas dulces, bebidas azucaradas/gaseosas, golosinas, caramelos etc.)

- Incremento mi consumo levemente.
- Incremento mi consumo moderadamente.
- Incremento mi consumo exageradamente.
- No modifíco mi consumo.

19. La semana previa a la menstruación, en cuanto a su alimentación, ¿incrementa el consumo de alimentos salados ricos en sodio? (snacks salados, fiambres/embutidos, quesos de pasta dura, etc.)

- Incremento mi consumo levemente.
- Incremento mi consumo moderadamente.
- Incremento mi consumo exageradamente.
- No modifíco mi consumo.

20. La semana previa a la menstruación, en cuanto a su alimentación, ¿incrementa el consumo de comida rápida? (hamburguesas, panchos, papas fritas de locales de comida rápida, pizza, sándwiches, etc.)

- Incremento mi consumo levemente.
- Incremento mi consumo moderadamente.
- Incremento mi consumo exageradamente.
- No modifíco mi consumo.

Anexo II – Referencia Índice de masa corporal según Organización Mundial de la Salud (OMS):

Referencia IMC	
Clasificación	Rango (Kg/m²)
BAJO PESO	menor a 18,4
NORMOPESO	18,5 - 24,9
SOBREPESO	25- 29,9
OBESIDAD	mayor a 30

Fuente: Clasificación IMC según OMS.