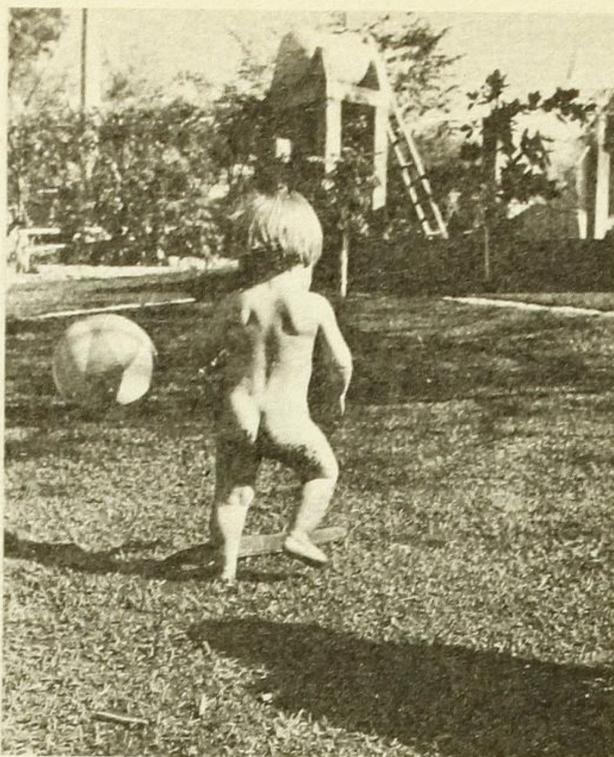


momento otro tipo de esfuerzo más urgente por parte de quienes trabajamos a su favor.

Debemos reconocer que prácticamente ningún niño mexicano dispone actualmente de las condiciones más favorables para desarrollar su ludismo sin reservas.

Me explico: Una mayoría infantil, en el campo y en las zonas conurbadas, carece de energías para jugar debido a deficiencias alimentarias. . . Otros varios millones de niños en todo el país, si bien han sobrevivido a la desnutrición, se han convertido en "niños de la calle" que deben generar dinero desde la más temprana edad; ellos trabajan jugando porque son niños, pero se trata su juego de un juego cruel: la supervivencia. . . En un tercer nivel, está la minoría de niños mexicanos a los que no les faltan calorías para jugar, ni deben gastar su niñez trabajando en la calle. A estos últimos es la escuela quien les impide desarrollar y sacar provecho de su ludismo. Porque



la escuela de este siglo XX, como de los siglos anteriores, todavía no quiere aceptar —o no le conviene darse por enterada— de que el juego infantil no es irrelevancia, sino el método natural de aprendizaje en la infancia.

Finalmente, cuando estos privilegiados niños escolares son libera-

dos de la escuela a la mitad del día, otra interferencia aparece contra su ludismo: la televisión.

En síntesis, desnutrición, trabajo precoz, escuela y televisión atentan pertinaz y cotidianamente contra la inteligencia infantil, contra todas aquellas facultades de la conciencia humana, cuya actividad precursora y amplificadora es el juego.

Ojalá que dentro de no mucho tiempo, los psicólogos, los pedagogos, los antropólogos y, especialmente, los maestros mexicanos podamos sin preocupación entregarnos al goce de estudiar ampliamente el juego de los niños mexicanos; a diseñar una escuela más alegre y más creativa y más respetuosa del niño. . .

Todo eso va a ser muy bueno y va a valer la pena cuando ningún niño mexicano carezca de los satisfactores y de los servicios básicos para crecer dignamente. . . Todo eso va a ser magnífico cuando los niños mexicanos puedan jugar libremente. *Jm*

## CIENCIA Y SALUD

# Los misteriosos trastornos de la menstruación

Marcia Hiriart

*Se conoce muy poco del origen de los problemas menstruales.*

Mes con mes muchas mujeres experimentamos problemas antes o durante la menstruación, que pueden ir de una simple molestia premenstrual hasta un dolor agudo durante la misma.

A estas alturas del siglo, la menstruación sigue rodeada de prejuicios culturales y religiosos. Algunas mujeres siguen creyendo que es natural sufrir durante estas épocas y prefieren no hablar de ello. El punto de vista médico tradicional no ha sido de mucha ayuda. Hasta hace algunos años, los médicos han achacado los cólicos y los problemas premenstruales a múltiples causas físicas y psicológicas. Sin tener

más base que su sentido común, han recetado para su tratamiento desde hormonas y tranquilizantes, hasta una visita al psiquiatra o una histerectomía.

Los problemas menstruales empezaron a considerarse seriamente en el mundo médico en 1969, cuando una médica británica, Katharina Dalton escribió un libro que llegó a ser muy popular teorizando sobre sus posibles causas. Ella fue la primera en identificar el síndrome de tensión premenstrual. Fue la primera llamada de atención y por lo tanto un paso adelante. Desgraciadamente ella describe un estereotipo de mujer no muy competente, fuera de control y dominada por sus fluctuaciones hormonales. Algunos de sus puntos de vista han sido aceptados por ciertos grupos médicos, antes de leer su libro de manera crítica. Como resultado se le ha dado más crédito a

esta información que el que debería tener. Actualmente existen varios grupos en el mundo que investigan sobre este tipo de problemas, pero aún queda mucho por aprender.

*El síndrome de tensión premenstrual (SPM) es un conjunto de síntomas que se presentan algunos días antes de la menstruación.*

Por lo general el SPM empieza a presentarse entre los 20 y los 30 años. Sus síntomas más frecuentes son: hinchazón mamaria, del abdomen o los tobillos, dolor mamario, cambios en los hábitos alimenticios, ganancia de peso, constipación, acné, dolor de cabeza, cambios de humor, irritabilidad, fatiga, insomnio, depresión y ansiedad.

Existen varias hipótesis para explicar el SPM, ninguna de las cuales está enteramente comprobada, ni es capaz de explicar todos los síntomas. En la respuesta entran en juego diversos factores de la historia de cada mujer.

La hipótesis más conocida para explicar el SPM es que los síntomas se deben a una deficiencia de progesterona en la fase lútea del ciclo. Se han hecho algunos estudios tratando de probar esta hipótesis, que no han llevado a ningún resultado concluyente, no obstante, los tratamientos hormonales son los más utilizados. La Dalton propuso el uso de inyecciones o supositorios de progesterona; para muchas mujeres el exceso de progesterona resultante del tratamiento es peor aún que el SPM mismo. Algunos médicos tratan el SPM con pastillas anticonceptivas, suprimiendo la ovulación y manteniendo un medio hormonal constante. Para algunas mujeres esta terapia funciona mientras están sujetas a la pastilla diaria, lo cual no garantiza que el alivio persista al suspenderla. Cabe recordar que para algunas mujeres los síntomas colaterales de las pastillas mismas son molestos y que para otras, su uso es un peligro potencial para la salud.

Varios grupos de investigadores proponen que los cambios hormonales provocan que en la época premenstrual se retengan más líquidos que durante el resto del ciclo. Existen datos que parecen indicar que esto es cierto, aunque los detalles fisiopatológicos no están aún bien entendidos. La retención de líquidos podría explicar las hinchazones a diferentes niveles y los dolores mamarios y de cabeza. El tratamiento con diuréticos no ha sido lo exitoso que se esperaba; no obstante, algunas mujeres se sienten mejor cuando disminuyen su consumo de sal durante esta época.

Algunas mujeres con síntomas mamarios mejoran notablemente cuando suprimen la cafeína, por lo menos una semana antes del período menstrual.

Otro estudio señala que el SPM es más frecuente en mujeres con historia personal o familiar de alergias, con pruebas cutáneas con alérgenos positivas y niveles altos del inmunoglobulinas E. En estos casos el trata-

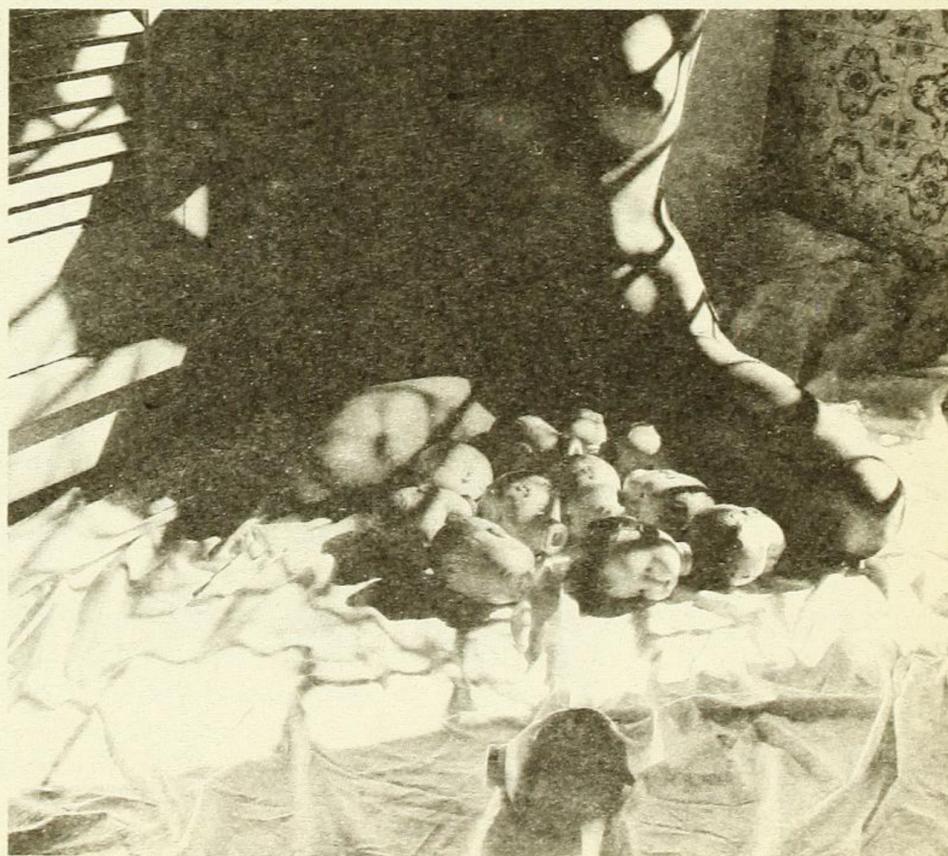
miento con antihistamínicos puede resultar provechoso; aunque falta investigación sobre esta posibilidad.

Los síntomas psicológicos del síndrome premenstrual parecen ser los más difíciles de explicar y pueden ir desde depresión o ansiedad leve hasta problemas graves, incapacitantes. En varios estudios se destaca que cerca del 70 por ciento de las pacientes recluidas en hospitales psiquiátricos por enfermedades agudas fueron admitidas durante la semana premenstrual. En otro estudio se señala que el riesgo de suicidio en mujeres, entre la adolescencia y la menopausia, es mayor durante este período. Muchas mujeres sentimos que los problemas cotidianos nos afectan más profundamente durante esta época.

Se ha propuesto que la vitamina B6 o piridoxina puede ayudar a mejorar la depresión, la fatiga y otros síntomas relacionados. Vale la pena revisar nuestras dietas y tratar de balancear y variar lo mejor posible los alimentos. Es posible estar gorda y mal nutrida. Los alimentos ricos en piridoxina son: los granos enteros, las levaduras, los cacahuates, el pescado fresco, la carne y especialmente el hígado. Tal vez sea necesario tomar un tratamiento de complejo B. Hay que estar alertas de la posibilidad de estar anémicas, lo cual se podría manifestar como fatiga. Podemos ayudarnos de diferentes maneras a no sentirnos tan mal; algunas mujeres mejoramos durmiendo más durante esta época; aprender alguna técnica de relajación y practicarla 20 minutos dos veces por día suele ayudar también. *Estudios recientes sugieren que el exceso de prostaglandinas puede provocar dismenorrea.*

La dismenorrea es el nombre técnico de los cólicos menstruales, que pueden acompañarse de náuseas, vómitos y diarrea. El dolor puede ser tan insoportable

(Eugenia Vargas Daniels)



que nos incapacite. Enfermedades como la endometriosis y la enfermedad inflamatoria pélvica pueden ser el origen del trastorno, pero no son la única causa. Algunas mujeres son tachadas injustamente de exageradas por los médicos cuando no pueden encontrar alguna enfermedad que explique los cólicos.

Recientemente se ha encontrado que la dismenorrea puede ser provocada por el exceso de cierto tipo de prostaglandinas. Las prostaglandinas son sustancias que se producen en muchos sitios del cuerpo, como respuesta a diversos estímulos, que pueden ser hormonales, infecciones, heridas, etc. Estas sustancias parecen estar involucradas en muchas funciones corporales, que en la actualidad se investigan, pero son mejor conocidas por los efectos que causa su sobreproducción; tales como fiebre, inflamación y aumento de la sensación dolorosa.

Algunas prostaglandinas provocan contracción de la musculatura del útero, intestinos y vasos sanguíneos, otro tipo estimula su relajación. Una misma prostaglandina puede tener efectos contrarios cuando actúa a diferentes niveles. Cierta tipo de prostaglandinas se utiliza para inducir abortos.

Durante la menstruación las paredes del útero se contraen, muchas veces sin provocar dolor. Si hay sobreproducción de prostaglandinas estas contracciones se pueden volver más intensas y como las arterias que llevan oxígeno al músculo también se contraen bajo su efecto, el músculo uterino no recibe la suficiente oxigenación lo cual provoca dolor. Después de uno o dos días de sangrado, el dolor disminuye porque el fluido menstrual lava el exceso de prosta-

glandinas. Algunas mujeres sienten menos dolor después de tener un hijo, algunos investigadores sugieren que esto se debe a que durante el embarazo se desarrolla mayor cantidad de arterias en el útero.

No se sabe por qué algunas mujeres producen más prostaglandinas que otras. Los medicamentos que inhiben su producción alivian la dismenorrea.

El fármaco más conocido que inhibe la producción de prostaglandinas es la aspirina. Para muchas mujeres funciona bien, es accesible y segura. Sus efectos colaterales son bien conocidos a nivel gastrointestinal; puede provocar desde una molestia leve hasta una úlcera. Como anticoagulante puede resultar peligroso en algunas situaciones. La aspirina es tóxica si se toma en exceso y algunas mujeres pueden tenerle alergia.

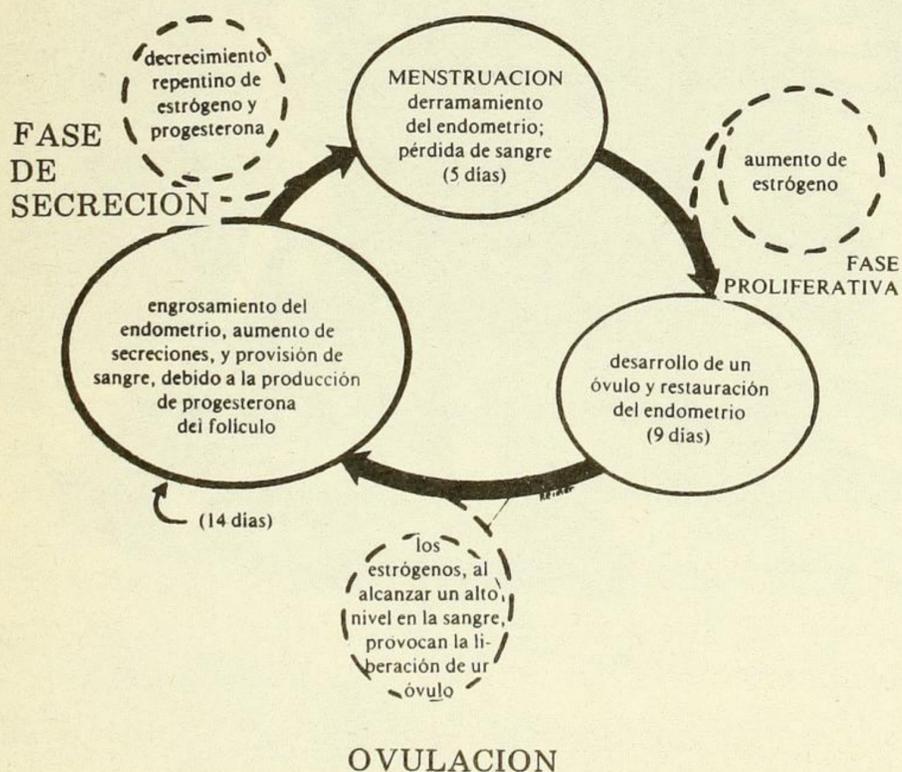
Existen otros medicamentos anti-prostaglandinas tales como el ibuprofen (Motrin), el ácido mefenámico (Ponstel), el naproxel y la indometacina (Indocid). Para que el tratamiento resulte efectivo es necesario empezar a tomar el fármaco antes de que se instale el cuadro de dolor y en ocasiones solamente logra disminuirlo. Entre los efectos colaterales que pueden producir están: mareo, náuseas, somnolencia y dolor de cabeza. Todas estas drogas pueden además tener efectos secundarios que aún no han sido bien estudiados por su novedad, ¡hay que estar alertas!

La relajación, los masajes, la yoga, el calor local y ciertos téis pueden ayudar a disminuir el dolor, en algunas mujeres.

Es posible que uno de los mecanismos de acción del dispositivo intrauterino (DIU) sea inducir la producción de prostaglandinas. Tal vez esto explique la exacerbación de los dolores menstruales que muchas mujeres experimentan cuando lo utilizan. También es posible que el tomar medicamentos inhibidores de las prostaglandinas para mitigar el dolor disminuya la efectividad anticonceptiva del DIU.

Es claro que nos falta conocer mejor nuestros cuerpos para poder resolver los misteriosos problemas menstruales y que se necesita mayor investigación al respecto. Mientras tanto, cada una ha de observarse, reconocer los problemas, tratar de atacarlos y sugerir posibilidades a nuestros médicos si es que éstos deciden ignorarlos. *Lem*

## EL CICLO MENSTRUAL



## Bibliografía

1. Rome, E. "Anatomy and Physiology of Sexuality and Reproduction" en *The New Our Bodies, Ourselves*, publicado por el Colectivo de Salud de las Mujeres de Boston, Simon & Schuster Inc. Nueva York. 1984, pp. 203-218.
2. Coyne, C., Woods, N., Mitchell, F y E. 1985. "Premenstrual Tension Syndrome" IOGNN, Nov/Dec, pp. 446-453.
3. Dennerstein, L.; Spencer-Gardner, C.; Gotts, G.; Brown, I.; Smith, M.; Burrows G. 1983 "The Menstrual Clede, correlating biological and psychological changes" en *The Young Woman*, Excerpta Medica, pp. 132-137.
4. Gillespie, R.M. 1986 "A New and Better Painkiller" MS, pp. 70-71.