

Universidad Católica de Santa María
Facultad de Obstetricia y Puericultura
Escuela Profesional de Obstetricia y Puericultura



**“Factores asociados a la presencia del Trastorno
Disfórico Premenstrual en alumnas del Centro
Preuniversitario de la Universidad Católica de
Santa María, mayo – junio 2016”**

Tesis presentada por las bachilleres:

CABEZUDO RODRÍGUEZ, KARLA TATIANA.

NÚÑEZ DEL PRADO VALENCIA, XIMENA ROMINA.

**Para optar el Título Profesional de
Licenciadas en Obstetricia**

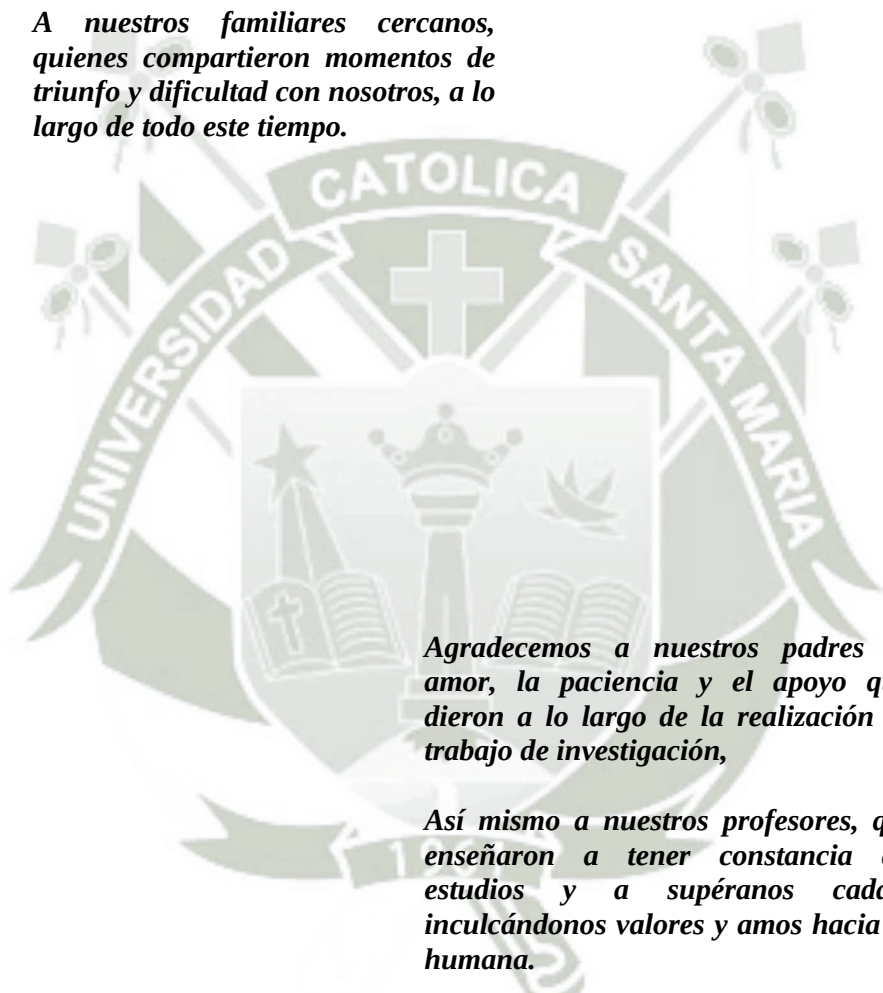
Arequipa - Perú

2016

A Dios, por guiarnos a lo largo de nuestra vida y darnos la fuerza para luchar por nuestras metas.

A nuestros padres, que nos dieron la oportunidad de realizarnos profesionalmente creyendo en nosotros y motivándonos siempre a ser mejores estudiantes, hijos y profesionales.

A nuestros familiares cercanos, quienes compartieron momentos de triunfo y dificultad con nosotros, a lo largo de todo este tiempo.



Agradecemos a nuestros padres por el amor, la paciencia y el apoyo que nos dieron a lo largo de la realización de este trabajo de investigación,

Así mismo a nuestros profesores, que nos enseñaron a tener constancia en los estudios y a superarnos cada día, inculcándonos valores y amor hacia la vida humana.

También queremos agradecer al Centro de Estudios Preuniversitarios de la Universidad Católica de Santa María, por darnos la oportunidad de realizar este trabajo en sus aulas y por prestarnos la ayuda necesaria durante este proceso.



"Hay una mujer al principio de todas las grandes cosas".

Alphonse de Lamartine

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	7
INTRODUCCIÓN	8
CAPÍTULO I:	10
1.PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1.Enunciado del Problema	11
1.2.Descripción del Problema	11
1.3.Justificación del problema.....	14
2.Objetivos.	15
3.MARCO TEÓRICO.....	16
CAPÍTULO II:	38
II.PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	39
1.Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	39
1.1.Técnica.	39
1.2.Instrumentos.....	39
2.Campo de verificación	40
2.1.Ubicación espacial:	40
2.2.Ubicación temporal:	40
2.3.Unidades de estudio:	40
3.Estrategia de Recolección de datos.....	40
3.1.Organización	40
3.2.Recursos:	41
3.3.Validación del Instrumento:	41
4.Estrategia para manejar los resultados	42
4.1.Plan de procesamiento	42
4.2.Plan de análisis.....	42
CAPÍTULO III:.....	43
RESULTADOS.....	44

DISCUSIÓN	75
CONCLUSIONES	79
SUGERENCIAS	80
BIBLIOGRAFÍA	81
ANEXOS	85
Anexo 1. Consentimiento informado	86
Anexo 2: Ficha de recolección de datos.....	87
Anexo 3: Encuesta empleando los Criterios Diagnósticos DSM IV para TDPM.....	88
Anexo 4: Matriz de sistematización de datos.....	89



RESUMEN

El presente estudio buscó determinar los factores asociados a la presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) en alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, mayo – junio 2016.

Se aplicó una ficha de datos y un cuestionario de criterios diagnósticos del DSM-IV para TDPM a 470 estudiantes que cumplieron los criterios de selección. Se mostraron resultados mediante estadística descriptiva y con la prueba chi cuadrado de Pearson como medida de asociación, considerando significativa una diferencia de $p < 0,05$.

Se encontró que el 54.9% de las alumnas del Centro Preuniversitario se hallaban entre los 17-19 años, el 68.3% de ellas vivían con ambos padres, el 81.9% dependían económicamente de ambos padres, y el 66.6% de los padres de las alumnas eran casados; 63.2% de alumnas tenían secundaria completa, y el 79.6% de ellas procedían de colegio particular. El 85.7% de alumnas nunca habían sufrido maltrato físico, el 72.8% nunca habían sufrido maltrato psicológico, el 27.7% de las alumnas consumían cigarrillo ocasionalmente, el 48.7% consumían alcohol ocasionalmente y 96.8% nunca habían consumido drogas. El 33.0% de ellas tuvieron su menarquía a los 12 años, el 63.3% de las alumnas tenían ciclo menstrual irregular, y el 84.0% de las alumnas aún no habían iniciado su vida sexual. El 33.6% de las alumnas presentaron trastorno disfórico premenstrual. Se encontró que el TDPM se presenta con mayor frecuencia entre los 17 y 19 años y se asocia significativa con este grupo de edad ($p < 0.05$). No se encontró relación con la estructura familiar ni con la dependencia económica, ni con el estado civil de los padres ($p > 0,05$). No hubo mayor influencia con los factores psicológicos como maltrato físico o psicológico, pero hubo relación con el consumo de cigarrillos y de alcohol ($p < 0,05$), aunque no con el consumo de drogas. No hubo relación con la edad de menarquia, el tener enamorado, el inicio de relaciones sexuales pero si con la presencia de ciclos menstruales irregulares.

Se concluyó que la presencia de SDPM es alta y se observa en grupos de mayor edad y con el consumo de alcohol o cigarro y los ciclos menstruales irregulares.

PALABRAS CLAVE: Trastorno disfórico premenstrual – factores asociados-adolescentes.

ABSTRACT

This study sought to determine the factors associated with the presence of Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) in students of Pre-University Centre of the Catholic University of Santa Maria, May-June 2016.

A fact sheet and a questionnaire of diagnostic criteria for PMDD DSM-IV 470 students who met the selection criteria were applied. Results are shown using descriptive statistics and the Pearson chi-square test as a measure of association, considering a significant difference of $p < 0.05$.

It was found that 54.9% of the students of Pre-University Center are between 17-19 years, 68.3% of them live with both parents, 81.9% are economically dependent on both parents and 66.6% of the parents of the girls are married; 63.2% of students have completed secondary, and 79.6% of which comes from private school. 85.7% of students have never suffered physical abuse, 72.8% have never suffered psychological abuse, 27.7% of students consumed cigarette occasionally, 48.7% consume alcohol occasionally and 96.8% have never used drugs. 33.0% of them had their menarche at age 12, 63.3% of the students have irregular menstrual cycle, and 84.0% of the students have not yet begun their sexual life. 33.6% of the students have premenstrual dysphoric disorder. It was found that PMDD occurs most often between 17 and 19 years and significantly associated with this age group ($p < 0.05$). No relation to family structure or with the economic dependence, or the marital status of parents ($p > 0.05$) was found. There is also no relation to the level of education of students, or the school of origin. No influence psychological factors such as physical abuse or psicológic, but was associated with the consumption of cigarettes and alcohol ($p < 0.05$) but not with drug use. There was no relationship with age of menarche, having fallen in love, initiation of sex or the presence of irregular menstrual cycles.

It is concluded that the presence of PMDD is high and is observed in older age groups and alcohol or cigarette.

KEYWORDS: premenstrual dysphoric syndrome - associated factors - teenagers.

INTRODUCCIÓN

La Adolescencia viene a ser una etapa de maduración entre la infancia y la edad adulta; en la cual se producen múltiples cambios, en muchas esferas entre las cuales se encuentran: el aspecto físico, biológico y psicosocial. Se trata de una época de transición en la que se profundiza las relaciones con su entorno social, crece la autonomía en la toma de decisiones y se buscan logros intelectuales y pertenencia social, un proceso gradual en el que se trabaja en dirección a un concepto integrado del yo. En esta etapa se adquieren los caracteres sexuales secundarios, el rol social que cada adolescente cumplirá en su vida posterior, siendo esta una etapa clave en el desarrollo psicosexual de los adolescentes en general.

En los últimos años se ha avanzado de manera importante respecto al estudio de los trastornos mentales en adolescentes y no fue exento de estos el avance del componente sexualidad, específicamente en adolescentes mujeres. Los cambios hormonales, la menarquia, la adquisición de ciclos menstruales regulares, y el impacto conductual de los mismos son eventos a los cuales la adolescente tiene que enfrentarse, también a lo que se considera como trastornos de su vida reproductiva.

Las adolescentes al igual que las mujeres que se encuentran en su etapa de vida fértil, no están excluidas de sufrir patología psiquiátrica, se describen algunos trastornos con una mayor frecuencia en la población adolescente; el género femenino en si mismo un factor de riesgo, asociado a esta etapa de cambio que viene a ser la adolescencia configurarían un periodo crítico para el desarrollo de patología psiquiátrica, uno de ellos es el Trastorno Disfórico Premenstrual, si bien se conocen cifras generales de la frecuencia del mismo que esta entre el 2% al 8%, no se encuentra cifras en adolescentes, ni tampoco las características asociadas de las mismas que presentan dicha patología.

La presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual, implica el desarrollo de multiples dificultades en el desarrollo de actividades diarias, el rol social que cumple la mujer, su bienestar psicológico, el presente trabajo pretende dar a

conocer los factores asociados a la presencia de este trastorno en una población vulnerable desde el punto de vista fisiológico, biológico, psicológico y social que son las adolescentes.



CAPÍTULO I:



I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del Problema

Factores asociados a la presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, mayo – junio 2016.

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Obstetricia
- Especialidad: Salud sexual y reproductiva en adolescentes
- Línea: Trastornos mentales en la vida reproductiva de la mujer

b) Operacionalización de Variables

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
INDEPENDIENTE		
Factores Sociales	Edad	14años -16años 17años -19años >20 años
	Estructura familiar	Ambos padres Solo padre Solo madre Tíos Abuelos Otros
	Dependencia económica	Ambos padres Solo padre Solo madre Tíos Abuelos Otros
	Estado civil de los padres	Solteros Unión libre Casados Divorciados Viudos Desconoce
Factores Culturales	Nivel de Instrucción	Quinto de secundaria Secundaria completa Técnico Universitario
	Colegio de procedencia	Particular Nacional Parroquial

VARIABLE	INDICADORES	SUB INDICADORES
Factores Psicológicos	Maltrato Físico	Nunca 1-2 ocasiones + 2 ocasiones
	Maltrato Psicológico	Nunca 1-2 ocasiones + 2 ocasiones
	Consumo de cigarrillo	Nunca Ocasional Regular
	Consumo de alcohol	Nunca Ocasional Regular
	Consumo de drogas	Nunca Ocasional Regular
Factores Reproductivos	Tiene enamorado	Si No
	Edad de menarquia	Menos de 9 años 10 años 11 años 12 años 13 años Más de 14 años
	Tipo de ciclo Menstrual	Regular Irregular
	Inicio de vida sexual	Si No
DEPENDIENTE Trastorno disfórico premenstrual	Síntomas físicos Síntomas emocionales Síntomas conductuales	Presentes Ausentes

c) Interrogantes básicas

- ¿Está presente el Trastorno Disfórico Premenstrual en las alumnas del Centro Preuniversitario de
- la Universidad Católica de Santa María, mayo – junio 2016?
- ¿Cuáles son los factores sociales, culturales, psicológicos y reproductivos en alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, mayo – junio 2016?
- ¿Qué factores se asocian a la presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, mayo – junio 2016?

d) Tipo de Investigación

El presente estudio es una investigación de campo.

e) Nivel de investigación.

El trabajo es descriptivo - relacional.

1.3. Justificación del problema

Originalidad: Consideramos que nuestra investigación es original debido a que aunque se conocen cifras respecto a la frecuencia de Trastorno Disfórico Premenstrual, tanto internacional como nacionalmente; no están descritas en población adolescente ni tampoco en la población de nuestra región.

Relevancia Social: La Salud Mental, en nuestra sociedad y especialmente en adolescentes no recibe la debida importancia; teniendo en cuenta las implicancias de esta misma en el desarrollo del adolescente y su papel en la

sociedad, resulta importante investigarla.

Contribución académica: Con la realización del presente proyecto se busca caracterizar e identificar la frecuencia y los factores asociados del Trastorno Disfórico Premenstrual en una población susceptible desde el punto de vista social, psicológico y biológico que son las adolescentes, y de esta manera dar un aporte para la realización de posteriores estudios, dirigidos hacia los factores asociados a la presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual, evaluar morbilidades psiquiátricas así como el impacto de las mismas en el desarrollo biopsicosocial de las adolescentes.

Interés y motivación personal: En el transcurso de nuestra carrera universitaria llegamos a notar, que la práctica de la Obstetricia se enfoca de mayor manera a la parte fisiológica y biológica, dejando muchas veces de lado la importancia de la salud mental. La bibliografía indica que el género femenino es más propenso al desarrollo de morbilidad psiquiátrica, esto nos insentiva a investigar sobre esta patología en particular.

2. Objetivos.

- 1) Establecer la presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en alumnas del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, mayo – junio 2016.
- 2) Determinar los factores sociales, culturales, psicológicos y reproductivos en alumnas del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, mayo – junio 2016.
- 3) Establecer los factores sociales, culturales, psicológicos y reproductivos que se asocian a la presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en las alumnas del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, mayo – junio 2016.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 MARCO CONCEPTUAL

3.1.1. ADOLESCENCIA

La Adolescencia se define como un periodo de maduración entre la infancia y la edad adulta de un individuo, los adolescentes se describen como “una obra en curso o en desarrollo” y se caracterizan por un mayor dominio de los retos complejos de las tareas académicas, interpersonales y emocionales, a la vez que se buscan nuevos intereses, talentos e identidades sociales. El aumento de las publicaciones científicas sobre los mecanismos específicos que rigen el desarrollo cerebral en los adolescentes ha ampliado el conocimiento sobre las capacidades sociales de los adolescentes, que se suman a los tres cambios esperados en el desarrollo durante la adolescencia: un aumento de los riesgos que se asumen, un aumento del comportamiento sexual y un avance hacia la búsqueda de afiliación con los compañeros, mas que la búsqueda del apego familiar primario. (1)

Toda la materia gris cortical alcanza su máximo nivel a los 11 años en las niñas, y a los 13 años en los niños, lo que potencia la capacidad de comprender situaciones sociales sutiles, de controlar los impulsos, de hacer planes a largo plazo y de mirar hacia adelante. El volumen de sustancia blanca, aumenta a lo largo de la infancia y la adolescencia, lo que permite aumentar la “conectividad” y, con ello potenciar las capacidades de los adolescentes para adquirir nuevas competencias, asumir su rol de género en la sociedad y ser funcionales. (1)

3.1.1.1 ETAPAS DE LA ADOLESCENCIA

3.1.1.1.1 Inicio de la Adolescencia

El comienzo de la adolescencia entre los 12 y 14 años de edad, es el periodo en el que se observan los cambios iniciales más llamativos: físicos, actitudinales y conductuales. Los picos de crecimiento a menudo empiezan durante estos años en los varones, mientras que las mujeres pueden haber ya pasado la etapa de crecimiento rápido uno o dos años antes. En esta etapa los jóvenes de ambos sexos empiezan a criticar los hábitos familiares habituales, insisten en pasar el tiempo con sus compañeros con menos supervisión, tienen una mayor conciencia de su estilo y apariencia, y pueden cuestionar los valores familiares que antes aceptaban.

Puede mostrarse una nueva conciencia de su sexualidad, con un aumento del pudor y de la vergüenza por su desarrollo físico actual, o puede exhibirse un mayor interés por el sexo opuesto. (1)

Los adolescentes más jóvenes participan en juegos sutiles o manifiestos de su deseo creciente de autonomía, a veces con conductas provocadoras hacia figuras autoritarias como los profesores o directores de su escuela, y muestran desdén por las reglas en si mismas. A esta edad algunos adolescentes empiezan a experimentar con el tabaco, el alcohol y la marihuana. (1)

Durante el inicio de la adolescencia existe una variación normal en el momento en que se adquieren las nuevas conductas definitivas. En conjunto aunque muchos adolescentes jóvenes hacen nuevos amigos y modifican su imagen pública, la mayoría mantiene conexiones positivas con los miembros de la familia, los antiguos amigos y los valores familiares. Sin embargo el inicio de la adolescencia se contempla como un momento de confusión abrumadora, durante el cual se produce un rechazo muy intenso de la familia, los amigos y el estilo de vida, lo que provoca una poderosa alienación en el adolescente.(1)

3.1.1.1.2 Plena Adolescencia

Durante la fase media de la Adolescencia, aproximadamente entre los 14 y 16 años, los estilos de vida de los adolescentes pueden reflejar sus esfuerzos por buscar sus propios objetivos de independencia. En esta etapa de desarrollo se ponen a prueba las habilidades para combinar el desarrollo abstracto con la toma de decisiones realistas y la aplicación del criterio social. Además se intensifica la conducta sexual, lo que hace que se complique las relaciones románticas y la autoestima se convierte en el eje esencial en la adopción de conductas de riesgo positivas y negativas. (2)

En esta fase del desarrollo, los adolescentes tienden a identificarse con un grupo de compañeros que influirá mucho en sus decisiones sobre actividades, estilos, música y estilos de rol. La infravaloración por parte de los adolescentes de los riesgos asociados a algunas conductas de su tiempo libre y su sentido de “omnipotencia”, junto con su deseo de ser autónomos, crean frecuentes conflictos con las peticiones y las expectativas de los padres. En la mayoría de los

adolescentes se puede culminar el proceso de definirse como únicos y diferentes del resto de su familia, mientras a la vez se mantiene las alianzas con los miembros de esta. (3)

3.1.1.1.3 Final de la Adolescencia

El final de la adolescencia, entre los 17 y los 19 años es una época en la que continua la exploración de los logros académicos, musicales y artísticos, la participación en actividades deportivas y las relaciones sociales, lo que lleva a la adolescente a una mejor definición del yo y a un sentido de pertenencia a algunos grupos o subculturas dentro de la sociedad principal. Los adolescentes adaptados correctamente se sienten cómodos con las actividades, los trabajos, las aficiones, y las amistades que han elegido en ese momento, aunque son conscientes de que sus identidades continuaran refinándose durante el inicio de la edad adulta. (3)

3.1.1.2 COMPONENTES DE LA ADOLESCENCIA

3.1.1.2.1 Desarrollo Físico

La pubertad es el proceso por el cual los adolescentes desarrollan la madurez física y sexual, junto a la capacidad reproductora. Los primeros signos del proceso puberal son el aumento de la velocidad de crecimiento, tanto de la estatura como del peso. Este proceso empieza en las niñas aproximadamente a los diez años, y hacia los 11 o 12 años muchas son más altas que sus compañeros de clase varones, que no presentan este pico de crecimiento como media hasta los 13 años de edad. En este momento muchas adolescentes ya han tenido la menarquia y la mayoría han desarrollado las mamas y el vello púbico. (3)

Existen muchas variaciones en el intervalo normal del inicio y el momento del desarrollo puberal y de sus componentes; no obstante, la secuencia de acontecimientos mantiene el orden del desarrollo puberal. Así las características sexuales secundarias de los adolescentes varones, como el aumento de longitud y anchura del pene, aparecerán después de la liberación de andrógenos, desde los testículos que han aumentado de tamaño. (3)

La puntuación de Madurez sexual, que también se conoce como etapas de Tanner, varía de 1 (prepuberal) a 5 (adulto); estas puntuaciones incluyen las etapas de

madurez genital en los chicos y el desarrollo de mamas en las chicas, así como el del vello púbico. (3)

3.1.1.2.2 Conducta sexual del Adolescente

La experimentación sexual de los adolescentes comienza a menudo con fantasías y masturbación en el inicio de la adolescencia, seguidas por tocamientos genitales si coito con parejas del sexo opuesto o, en algunos casos, del mismo sexo, sexo oral con sus parejas e inicio de las relaciones sexuales en un moento posterior del desarrollo. Al llegar al instituto, la mayoría de los adolescentes varones y más de la mitad de las chicas refieren haber experimentado la masturbación. El equilibrio entre la experimentación sexual sana en el adolescente y las prácticas sexuales emocional y físicamente seguras es uno de los mayores retos a los que se enfrenta nuestra sociedad. Los factores que afectan a la conducta sexual de los adolescentes son los rasgos de la personalidad, el sexo, los antecedentes culturales y religiosos, los factores raciales, las actitudes familiares y los programas de educación. Es justamente este periodo de cambio puberal, que condiciona cambios físicos notables en adolescentes mujeres con el incremento de hormonas, el inicio de la menarquia, y la primera menstruación que condiciona vulnerabilidad para el desarrollo de trastornos mentales asociados a los mismos. (3)

3.1.1.2.3 Ciclo sexual Femenino en Adolescentes

La característica principal del sexo femenino es la ovulación, es decir la liberación de óvulos desde los folículos ováricos, aproximadamente una vez cada 28 días. Cuando la adolescente alcanza una puntuación de 3 o 4 en la escala de Tanner, los folículos ováricos están produciendo suficiente estrógeno, para que tenga lugar la menarquia, el inicio de la menstruación. Cuando las adolescentes alcanzan una puntuación de 4 o 5, madura un folículo ovárico cada mes y se produce la ovulación. Los estrógenos y la progesterona favorecen la maduración sexual, incluido el desarrollo completo de las trompas de Falopio y de las mamas. (4).

3.1.1.2.4 Ciclo Menstrual en Adolescentes

El ciclo menstrual es una consecuencia directa del ciclo ovárico, que empieza con el desarrollo de un grupo de folículos, uno de los cuales se convertirá en

dominante. Los folículos están formados por un ovocito rodeado de células de la granulosa que, a su vez están rodeadas por las células de la teca. (4)

El desarrollo folicular se inicia con la liberación de hormona liberadora de Gonadotropina (GnRH), por parte del hipotálamo con una frecuencia de un pulso cada 90 minutos. La GnRH estimula la liberación de gonadotropinas hipofisiarias: la hormona Luteinizante o lutropina (LH) y la Foliculoestimulante (FSH). A su vez, la LH estimula las células ováricas de la teca para que sintetizen y segreguen andrógenos; la FSH induce el desarrollo de las células de la granulosa, y estimula la enzima aromatasas que convierte los andrógenos producidos en la teca en estrógenos. Con una frecuencia de pulsos de GnRH constante uno cada 90 minutos la secreción de LH y FSH en la fase folicular se regulara principalmente mediante la retroalimentación ejercida por el estradiol en la hipófisis. El aumento de las concentraciones de estradiol suprime la FSH, con lo que se limita el número de folículos que se convierten en ovocitos maduros preparados para la ovulación. (4)

Las concentraciones de estradiol crecen exponencialmente hasta superar un umbral crítico, y se mantienen elevadas durante un mínimo de 36 horas, lo que produce un folículo totalmente maduro; se desencadena un incremento súbito de LH y unas 36 horas después tiene lugar la ovulación. A continuación las células de la granulosa se transforman en células luteínicas secretoras de progesterona, y el folículo ovárico recibe el nombre de cuerpo lúteo, que segrega progesterona. (5)

Los tejidos diana de los esteroides ováricos son el endometrio, y el generador hipotalámico de pulsos de GnRH, cuya frecuencia disminuye espectacularmente, por el efecto combinado de los estrógenos y la progesterona que se segregan tras la fase de ovulación o luteínica del ciclo menstrual. Esta inhibición de la GnRH, se sigue del descenso de la secreción de LH y FSH, con lo que se impide el desarrollo de un nuevo folículo hasta que tenga lugar la regresión del cuerpo lúteo. A medida que cae la concentración de progesterona, aumenta la pulsatilidad de GnRH, y se incrementa la secreción de gonadotropinas, en especial de la FSH; las fases del ciclo menstrual pueden denominarse folicular y luteínica (procesos ováricos), o proliferativa y secretora (procesos endometriales). (4)

3.1.1.2.5 Menarquia

La edad en la que surge la menarquia normal varía en función de las características de la población. Un estudio extenso efectuado en consultas de EE.UU., demostró que el 35% de las chicas de raza blanca y el 62% de las afroamericanas tenían ya menstruaciones a los 12 a 13 años. La edad de la menarquia en la serie realizada en Inglaterra por Tanner oscilo entre 9 a 16 años, con una media de 13,46 años. Un estudio internacional acerca de la edad de la menarquia en 67 países calculo una edad media de 13,53 años; la variabilidad refleja diferencias en el equilibrio energético más que en el estado nutricional. (6)

En 2002 en Estados Unidos, la edad de la menarquia fue de 12,52 años para las chicas blancas no hispanas, 12,06 años para las negras no hispanas y 12,09 para las estadounidenses de origen mexicano. La edad global de la menarquia disminuyo en 2,3 meses entre 1988 y 1994 y 1999 y 2002. La edad de la menarquia guarda una estrecha relación con otros parámetros de maduración sexual y se correlaciona íntimamente con la edad ósea. La aparición y mantenimiento de un ciclo menstrual normal depende de la integridad funcional y anatómica del hipotálamo y otros centros superiores; la adenohipófisis, el ovario y el útero. El porcentaje de grasa corporal es otro factor que condiciona la edad de la menarquia, y se precisa un contenido mínimo de grasa del 17% del peso corporal para que se inicie el ciclo menstrual y de un 22% para poder mantener ciclos ovulatorios regulares. La menarquia suele suceder unos 2,3 años después de empezar la pubertad, con un intervalo entre 1 y 3 años y se hace regular a los 2 a 2,5 años. La duración del ciclo menstrual desde el primer día de la menstruación hasta el primer día del siguiente ciclo oscila entre 21 y 45 días, aunque la media es 28 días. Los ciclos anovulatorios en general son más largos. La pérdida de sangre media es de unos 40 ml, aunque oscila entre 25 y 70 ml. Cuanto mayor es la edad en la que se produce la menarquia, mas tardan en establecerse los ciclos ovulatorios. (6)

Precisamente la regulación de estos cambios hormonales, junto a los cambios en la esfera psicológica y social, predispondrían a las adolescentes a desarrollar el Trastorno Disforico Premenstrual, que a continuación describiremos en detalle.

3.1.1.3 TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL

3.1.1.3.1 Definición

La patología premenstrual constituye uno de los temas de gran interés e importancia dentro de la salud de la mujer y dentro de ésta, los trastornos psíquicos relacionados con el periodo menstrual interfieren de una manera negativa en el desempeño habitual de las actividades a lo largo de su vida reproductiva.

El Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) constituye la exacerbación patológica somática y física que se manifiesta durante la fase lútea del ciclo menstrual, dando lugar a incapacidad física, psíquica y problemas a nivel de sus múltiples ámbitos de desenvolvimiento. (2)

El Trastorno disfórico premenstrual (TDPM), es una enfermedad psicósomática provocada por los cambios en el tenor de esteroides sexuales que acompañan al ciclo menstrual en las mujeres. (1)

Frank (1931) es acreditado como el que aportó el primer relato clínicamente moderno de los síntomas premenstruales. Dicho autor usó el término Tensión premenstrual (TPM) para enfatizar las molestias emocionales cíclicas que se asociaban con la segunda mitad del ciclo menstrual. No obstante en 1953 Green y Dalton discutieron que la tensión emocional era tan sólo uno de los muchos componentes de esta condición y propusieron que en su lugar se referirían al Síndrome premenstrual (SPM). En los 90 el fenómeno entró en la edición revisada del manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM-III-R) como trastorno disfórico del final de la fase lútea, aunque en el DSM-IV reapareció como ejemplo de trastorno depresivo no especificado y renovado como trastorno disfórico premenstrual (TDPM). En el año 2014 el TDPM es trasladado desde un apéndice del DSM-IV hacia el texto principal del DSM-5 dado su impacto funcional importante. (1)

Es necesario mencionar que el trastorno disfórico premenstrual está ligado al aspecto psiquiátrico y se caracteriza por la presencia de síntomas físicos, emocionales y conductuales días antes del inicio del ciclo menstrual y que se atenúan conforme avanza la menstruación. Los síntomas anímicos, como

irritabilidad, tristeza y labilidad emocional, son primordiales para hacer el diagnóstico y sobre todo para diferenciarlo del síndrome premenstrual que es una patología ginecológica donde los síntomas en su mayoría son físicos.

3.1.1.3.2 Epidemiología

Hasta un 85% de las mujeres en edad fértil presentan síntomas premenstruales, de ellas solo un pequeño porcentaje cumplen criterios para Trastorno Disfórico Premenstrual y numerosos estudios han demostrado que dicho trastorno comienzan durante la adolescencia. (7)

Presentan este trastorno aproximadamente el 5% de las mujeres, algunos estudios también refieren que afecta entre un 3% a un 8% de las mujeres jóvenes, con una alteración significativa e invalidante para llevar a cabo su vida diaria. Ciertos estudios recientes revisados muestran que la prevalencia de TDPM oscila entre 1.1% al 10%. (1)

Según el DSM-IV TR, la prevalencia del trastorno disfórico premenstrual está entre el 1,8% y el 5,8% de las mujeres que menstrúan. La estimación más rigurosa del trastorno disfórico premenstrual es del 1,8% para las mujeres cuyos síntomas cumplen los criterios completos sin deterioro funcional y el 1,3% para las mujeres cuyos síntomas reúnen los criterios actuales con deterioro funcional y sin ocurrencia de síntomas de otro trastorno mental. A nivel mundial la prevalencia de Trastorno Disfórico Premenstrual oscila entre 3% y 10% de las mujeres que menstrúan. (7)

La edad de inicio de TDPM se encuentra entre los 17 a 30 años y más. Steiner y Born (2000) han sugerido que el TDPM existe en mujeres incluso menores de 17 años, lo que significa que las adolescentes tardías es decir entre 16 y 18 años tienen sintomatología más severa que las adolescentes tempranas es decir entre 13 y 15 años. Por lo tanto el trastorno disfórico premenstrual es una entidad que adquiere valor a partir de la menarquia y son las adolescentes las que en un principio presentan la sintomatología, afectando significativamente su esfera psíquica, constituyéndose en un problema de salud mental importante, es por ello que esta investigación plantea concretamente analizar la problemática en adolescentes que padecen este trastorno. (8)

3.1.1.3.3 Etiología

La etiología del TDPM es multifactorial y su fisiopatología aún no ha sido establecida con exactitud. Numerosas investigaciones para dilucidar la causa de esta entidad han enseñado mucho acerca de la estrecha relación entre las hormonas gonadales y el funcionamiento del SNC. Aunque no se han descrito alteraciones en los niveles hormonales en mujeres disfóricas, se puede pensar que las concentraciones normales de esteroides gonadales desencadenarían una respuesta anormal en mujeres susceptibles o también podría explicarse por una respuesta poca adecuada a las mismas. (1)

Se han encontrado otras alteraciones, entre ellas cambios cronobiológicos, en la secreción de prolactina y melatonina, y en la función tiroidea, al igual que evidencia de disfunción serotoninérgica. Las variaciones cíclicas de estrógeno y progesterona actuarían sobre el sistema 5-hidroxitriptamina o sistema serotoninérgico y/o del funcionamiento del receptor GABA en el cerebro, implicados en la regulación del ánimo, apetito, ansiedad, sueño y excitación. Por lo tanto, una desregulación a este nivel resultaría en depresión, bajo control de impulsos, ansiedad, pánico, obsesión, compulsión y ansiedad. (8)

Estudios documentados en animales indican que al refrenar la función ovárica la sintomatología desaparece y retorna cuando se restituye el ambiente hormonal con la administración de hormonas sexuales exógenas. De la misma manera existe una relación entre el sistema hormonal y el sistema neurotransmisor, donde la serotonina se ve en mayor parte implicado en la etiopatogenia del trastorno.

3.1.1.3.4 Factores de Riesgo

- **Edad:** Los Trastornos premenstruales empiezan a ser problemáticos en los primeros años de la adolescencia, en cualquier momento después de la menarquia y disminuir en la fase del climaterio de la vida de una mujer. Según un estudio realizado a 874 mujeres del estado de Virginia el 8.3% presentaron TDPM asociados a mujeres más jóvenes. (9) Varios autores han señalado que el TDPM tomado como la exacerbación del Síndrome Disfórico Premenstrual se presenta en mujeres en edad reproductiva siendo más frecuente su comienzo al final de la segunda década y mediados de la tercera, encontrándose la

máxima incidencia de aparición entre la tercera y la quinta. Por lo tanto, la probabilidad de padecer el trastorno aumentaría con la edad. (9) Duración atípica de los ciclos menstruales: Existe mayor incidencia en mujeres que presentan ciclos más largos o más cortos que los normales. (9)

- **Hábitos y estilos de vida:** Las mujeres quienes consumen de forma excesiva alcohol o cafeína, así como personas obesas o con sobrepeso y que no realizan ejercicio físico corren el riesgo de presentar TDPM. En un estudio realizado a 874 la prevalencia de síntomas premenstruales se asocian al consumo de alcohol en un 2.5%. En un estudio de Chile realizado a 305 estudiantes con edades comprendidas entre 17 y 32 años, se encontró una asociación entre tabaquismo y severidad de la patología menstrual, aquellas con TDPM tenían 2,7 veces más riesgo de fumar. El consumo de café, refrigerante, azúcar, comida condimentada, grasa, sal y el tabaquismo deben ser evitados y en su lugar se recomienda el consumo de frutas, verduras, proteínas, carbohidratos integrales, abundante agua y té.(10)
- **Genética y fisiológica:** La heredabilidad del trastorno disfórico premenstrual es desconocida. Sin embargo, para los síntomas premenstruales, las estimaciones de heredabilidad están entre el 30% y 80%, con el componente más estable de los síntomas premenstruales estimados en unos 50% heredables. Según un estudio realizado, los factores genéticos también son acertados en 70 % de las mujeres cuyas madres han sido afectados por TDPM, en comparación con el 37% de las mujeres cuyas madres no han sido afectadas. (10)
- **Modificadores del proceso:** Las mujeres que usan anticonceptivos orales pueden tener menos molestias premenstruales que las mujeres que no usan anticonceptivos orales. Sin embargo en otro estudio se encontró que no existe relación entre las mujeres que usan y no usan anticonceptivos orales. (10)

3.1.1.3.5 Sintomatología

La presencia de este trastorno se caracteriza por presencia de sintomatología relacionada en primera instancia del estado de ánimo: labilidad, irritabilidad; conductuales: cambios en los patrones alimentarios, insomnio; y físicos:

sensibilidad mamaria, edema y cefaleas. Este patrón de síntomas aparece en un momento concreto del ciclo menstrual, toda esta sintomatología de manera categorial se agrupan en los criterios diagnósticos de la DSM-5, que mencionamos a continuación. (1,2)

3.1.1.3.6 Diagnóstico

Tomando en cuenta la DSM-5, establece los siguientes criterios para el diagnóstico de TDPM:(11)

A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a mejorar unos días después del inicio de la menstruación y hacerse mínimos o desaparecer en la semana después de la menstruación.

B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:

1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor; de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
2. Irritabilidad intensa, o enfado o aumento de los conflictos interpersonales.
3. Estado del ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
4. Ansiedad, tensión, y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B.

1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).
2. Dificultad subjetiva de concentración.
3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
5. Hipersomnia o insomnio.

6. Sensación de estar agobiada o sin control.
7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso.

Los síntomas de los Criterios A-C se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.

D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales; disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).

E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de la personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).

F. El Criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos. (Nota: El diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación.)

G. Los síntomas no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

Si los síntomas no se han confirmado mediante evaluaciones diarias prospectivas de al menos dos ciclos sintomáticos, se debería indicar “provisional” después del nombre del diagnóstico (es decir, “trastorno disfórico premenstrual, provisional”).

3.1.1.3.7 Diagnóstico Diferencial

Dado que la mayoría de las mujeres que experimentan alteraciones emocionales o síntomas somáticos durante el periodo premenstrual no sufren un deterioro funcional significativo, es importante diferenciarlas de las que recibirán el diagnóstico de TDPM. El síndrome Premenstrual se distingue del TDPM por la gravedad y el número de síntomas, así como el grado de deterioro funcional; en el síndrome premenstrual la paciente manifiesta sufrir como mínimo, uno de los

síntomas somáticos o afectivos durante 5 días antes de la menstruación en cada uno de los tres ciclos anteriores. (1)

El diagnóstico del SPM y TDPM se realiza principalmente con la anamnesis, ya que no existen signos clínicos al examen físico o un examen de laboratorio que lo confirme (8). En general las mujeres con TDPM tienen niveles hormonales en rangos normales. Uno de los aspectos más importantes para establecer el diagnóstico de TDPM, es asegurar la ausencia de otra condición médica o psiquiátrica concomitante. Se ha encontrado que más del 50% de las pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, presentan exacerbación de los síntomas depresivos durante el período premenstrual. Las siguientes son condiciones que presentan incremento premenstrual de su sintomatología o cuyos síntomas pueden simular el TDPM. Trastornos psiquiátricos como: Trastorno Depresivo Mayor, Distimia, Trastorno Afectivo Bipolar II, Ciclotimia, Trastorno de Pánico o Trastorno de ansiedad generalizada, Bulimia, Trastorno por Estrés Postraumático y antecedentes de abuso físico o sexual. También pueden ser trastornos médicos como: Hipotiroidismo o Diabetes Mellitus, Trastornos vasculares autoinmunes, Anemia, Síndrome de Fatiga Crónica y Endometriosis. Características claves que ayudan a distinguir TDPM de los trastornos mencionados anteriormente son el “on-off” de la sintomatología en el período pre y post menstrual y que estos síntomas son de tal severidad que causan un impedimento en el funcionamiento normal (8).

3.1.1.3.8 Síndrome Premenstrual

El síndrome premenstrual o síndrome de la fase luteínica tardía, es un complejo de signos físicos y síntomas conductuales que aparece en la segunda mitad del ciclo menstrual y que se resuelve al comenzar la menstruación. Las manifestaciones clínicas incluyen dolor y plenitud mamaria, flatulencia, cansancio, cefalea, hiperfagia sobre todo de dulces y alimentos salados, irritabilidad y cambios del estado de ánimo y depresión, incapacidad para concentrarse, tendencia al llanto y comportamientos violentos. Un tercio de las mujeres en edad reproductiva padece de síndrome premenstrual, pero la ausencia de síntomas objetivos, dificulta su confirmación. No es frecuente en las adolescentes y su aparición no depende de la presencia de dismenorrea, que es mucho mas habitual en este grupo de edad. Para

el diagnóstico de síndrome premenstrual, la documentación de los síntomas con un calendario durante dos a tres meses debería demostrar el patrón de asociación con las menstruaciones, eventualmente el criterio de exclusión con el TDPM es que este último provoca un deterioro funcional muy importante en la adolescente que lo padece, restringiendo sus actividades, e incapacitándola para el desarrollo de sus tareas. (6)

Por otro lado, el ACOG publicó en el año 2000 los criterios diagnósticos para SPM. El Síndrome Premenstrual puede ser diagnosticado si se reporta al menos un síntoma afectivo y un síntoma somático. Estos síntomas deben comenzar 5 días previos al inicio de la menstruación y detenerse dentro de 4 días de iniciada esta fase, sin recurrir hasta el día 12 del ciclo. Los síntomas deben haberse presentado en los tres ciclos previos y deben ser registrados en forma prospectiva en al menos dos ciclos menstruales consecutivos. Para hacer el diagnóstico es necesario haber descartado el uso de sustancias (fármacos, alcohol o drogas) y deben producir algún tipo de disfunción social o laboral (5).

3.1.1.3.9 Tratamiento del Trastorno Disfórico Pre Menstrual.

No existe un tratamiento único universalmente aceptado para el manejo de SPM/ TDPM, ya que los resultados de los diferentes estudios son controversiales. Esto hace aún más difícil la validación de las diferentes estrategias terapéuticas en la población adolescente. Las opciones terapéuticas con mayor evidencia incluyen medidas no farmacológicas como educación, ejercicio, técnicas de manejo del estrés, cambios alimentarios y suplementos alimenticios, y terapia cognitivo conductual. Todas ellas implican un cambio en el estilo de vida. Por otro lado, existen opciones farmacológicas con terapia hormonal, con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y con otras drogas. Lo importante es que al momento de elegir el tratamiento, éste sea personalizado y de acuerdo al perfil de síntomas de cada paciente (12, 13, 14).

3.1.1.3.10 Medidas no farmacológicas

- **Educación:** En un estudio se implementó un programa educacional a estudiantes adolescentes que incluyó educación con respecto a anatomía femenina, fisiología del ciclo menstrual, naturaleza del SPM/ TDPM y su

impacto en la calidad de vida. En una segunda etapa se educó sobre estrategias de manejo del estrés con técnicas de relajación. Este estudio resultó en una significativa reducción en escalas de valoración de TDPM. (13)

- **Ejercicio:** Si bien la evidencia es pobre en adolescentes con respecto al ejercicio como medida terapéutica, al parecer existiría cierto beneficio del ejercicio aeróbico sobre la reducción de síntomas anímicos. (12)
- **Dieta:** Las recomendaciones dietarias incluyen la disminución del consumo de cafeína, sal y azúcares refinados, con el objetivo de disminuir síntomas de irritabilidad, insomnio, retención de líquidos, congestión mamaria y aumento de peso. (13)
- **Carbonato de Calcio:** Una revisión sistemática identificó las diferentes hierbas, vitaminas y minerales y determinó su eficacia en disminución de síntomas en el SPM. Se concluyó que el calcio solamente tenía evidencia para apoyar su uso en el SPM. Se ha reportado su uso en forma de carbonato de calcio en dosis de 1.200 mg/día. (14)
- **Vitamina B6:** En una revisión sistemática realizada para evaluar la eficacia del tratamiento con Vitamina B6 para el trastorno disforico premenstrual, se concluyó que la evidencia es limitada, pero que existiría algún probable beneficio en el uso de Vitamina B6 en dosis de hasta de 100 mg/día para el tratamiento de síntomas premenstruales. (14)
- **Terapia Cognitivo Conductual (TCC):** Se ha realizado estudios de TCC en población adulta, en los cuales se ha observado mejoría significativa en los síntomas del TDPM. Esta mejoría es similar en comparación al uso de fluoxetina pero con mayor duración de los efectos en el tiempo. (7)

3.1.1.3. 11 Medidas farmacológicas

- **Hormonal anticonceptivos orales combinados (ACO):** A pesar de que las causas del TDPM no han sido completamente determinadas, se acepta que el inicio de los síntomas se originaría por la fluctuación de las hormonas gonadales tras la ovulación. Por lo tanto, es posible pensar la que supresión de la ovulación podría resultar en la disminución de estos. Es por eso que

históricamente se han utilizado los anticonceptivos hormonales combinados, como tratamiento del TDPM. El régimen tradicional de ACO 21/7 (21 píldoras hormonalmente activas/7 píldoras inactivas), permite una fluctuación hormonal que puede asociarse a la presencia de sintomatología premenstrual. Entonces, al acortar el intervalo inactivo estos síntomas podrían reducirse. Existe en el mercado un ACO aprobado por la FDA (US Food and Drug Administration) que contiene 20 mcg de etinil estradiol (EE) asociado a 3 mg de drospirenona, en un régimen de 24/4. También ha tenido buenos resultados el uso de 30 mcg de EE/drospirenona en régimen extendido de 42-126 días (12). Drospirenona es un análogo de espironolactona, con propiedades antiandrogénicas y antimineralocorticoideas. Estas propiedades han sido efectivas en la disminución de las molestias premenstruales y por lo tanto en la mejoría de la calidad de vida (12). Un estudio para evaluar los tipos de síntomas que mejoraban con el uso de este ACO, concluyó que existe una mejoría significativa en síntomas relacionados con emociones negativas, deseo de comer carbohidratos y los asociados a retención de líquidos, con respecto al uso de placebo (21). En adolescentes el beneficio de los ACOs es considerable, además de la prevención de embarazo no deseado, se observan otros efectos concomitantes como disminución de la sintomatología de TDPM, disminución del flujo menstrual, anemia, acné, etc.) (14).

- **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS):** Los ISRS han sido considerados como tratamiento de elección en SPM severo y TDPM en población femenina adulta. Pocos estudios han incluido adolescentes. En un metanálisis realizado el año 2008, se revisó en forma sistemática la evidencia acerca de los beneficios de los ISRS como tratamiento de síntomas relacionados con SPM severo y TDPM. Sertralina, fluoxetina y paroxetina fueron los ISRS más estudiados para SPM/TDPM. Todos ellos se asociaron a la mejoría de los síntomas y no existió diferencia significativa entre ellos (14, 15,16). Fluoxetina se ha recomendado en dosis de 10-20 mg/día. Dosis de 60 mg/día se asoció al aumento en forma significativa de efectos adversos (16). La dosis recomendada de sertralina fluctúa entre 50-150 mg/día. Se han reportado mejorías sintomáticas significativas y cambios importantes en la calidad de

vida (13). El uso de paroxetina en la fase lútea del ciclo menstrual en dosis de 12,25 mg o 25 mg/día es efectiva y en general bien tolerada (25). A diferencia de lo que ocurre en los trastornos del ánimo, en que se espera una respuesta entre 3-6 semanas de iniciado el tratamiento con ISRS, en el SPM/TDPM, el efecto ocurre dentro de los primeros días de exposición a la droga. Esta rápida respuesta, es la base del esquema terapéutico intermitente de fase lútea de los ISRS. Un estudio concluye que el tratamiento con sertralina administrada en forma intermitente durante la fase lútea del ciclo menstrual es efectivo en la disminución de síntomas y bien tolerado. El esquema intermitente debe iniciarse en el momento en que se presume la ovulación (14 días antes del inicio de la siguiente menstruación) y debe continuar hasta 1-2 días de iniciada la menstruación. Si después de dos meses de tratamiento, no es efectivo, se debe iniciar el esquema continuo. En adolescentes, la indicación de ISRS debe ser muy bien monitorizada. (14)

- **Otras opciones terapéuticas:** Se han estudiado otras medidas terapéuticas que pueden ayudar disminuir las molestias premenstruales. Entre estas medidas están el uso de espironolactona (dosis de 100 mg desde el día 12 del ciclo hasta el inicio de la menstruación). En adultas se ha propuesto el uso de agonistas de GnRH para suprimir las hormonas sexuales ováricas y generar un alivio sintomático. Esta medida no se recomienda en adolescentes. (16)

3.1.1.3. 12 Evolución y pronóstico

La evolución y el pronóstico del TDPM, no se han estudiado lo bastante como para extraer conclusiones razonables. De manera anecdótica, cabe citar que los síntomas, tienden a ser crónicos, a menos que se instaure un tratamiento eficaz, que incluye prestar apoyo a la paciente y reconocer la existencia de los síntomas y su importancia. Cuando los síntomas se prolongan durante todo el ciclo menstrual, sin alivio sintomático entre ciclos, se debe considerar la posibilidad de que se trate de algún trastorno del estado de ánimo o de ansiedad sin relación con el ciclo menstrual. Se necesita una investigación concienzuda para descartar situaciones médicas o quirúrgicas que expliquen los síntomas. (1)

3.2 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.

3.2.1 A nivel nacional

Autor: Marcelino Riveros Q., Héctor Hernández V., Gerardo Rivas C., Ronald Castillo N.

Título: Relación entre trastorno disfórico premenstrual y ansiedad, depresión y estrés en estudiantes universitarias de la UNMSM

Fuente: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. .Revista II PSI Facultad de Psicología. ISSN impresa: 1560 - 909X ISSN electrónica: 1609 – 7475 Vol. 12, N° 1 – 2009, Lima – Peru.

Resumen: Para la Escala Trastorno Disfórico Premenstrual (ETDPM), elaborada por los investigadores, cuyos ítems fueron extraídos del DSM-IV, se obtuvo un Alfa de Cronbach igual a 0.877; considerándose un indicador altamente confiable. Ambas escalas fueron aplicadas a un número de 230 estudiantes universitarias de la UNMSM. Las variables consideradas en la investigación fueron: Edad cronológica, edad de menarquía, período regular, duración de período menstrual, dolores menstruales, quistes ováricos.

Métodos: El método utilizado en la investigación es el paquete estadístico SPSS 12.

Resultados: Las mujeres evaluadas presentan un predominio de dolores premenstruales a partir de 19–23 años de edad.

En más del 50% de la muestra la duración del periodo menstrual es de 3 a 4 días, el 33% no presenta un ciclo menstrual regular.

Los datos indican que los dolores menstruales se presentan en las mujeres cuyos periodos tienen duración de 3-5 días o más.

3.2.2 A nivel internacional

Autor: Enrique Jadresic, Estela Palacios, Fernanda Palacios, Francisco Pooley, Jessica Preisler, Maria Paz Ordóñez, Pilar Ovalle

Título: Síndrome premenstrual (SPM) y Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM): estudio retrospectivo de prevalencia y factores asociados en 305 estudiantes universitarias

Fuente: Revista Latinoamericana de Psiquiatría 2005; 5: 16 - 22.

Resumen: En Chile no hay estudios que evalúen con criterios operacionales la frecuencia de patología premenstrual, lo cual es preocupante ya que el 70,8% de las personas que se ausentan del trabajo por causa psiquiátrica son mujeres. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de Síndrome Premenstrual (SPM) y Trastorno Disfórico Premenstrual (TDP) en el país, describir la frecuencia de diversos síntomas y las asociaciones más relevantes.

Método: 305 estudiantes de la Universidad de Los Andes contestaron un cuestionario para recoger datos sociodemográficos y clínicos, y la Escala para Evaluación de Síntomas Premenstruales. Para el diagnóstico de TDP se exigió cumplir 3 de los 4 criterios diagnósticos del DSM-IV (criterios A, B y C). No se requirió satisfacer el criterio D (la confirmación prospectiva de los síntomas). Para el diagnóstico de SPM sólo se demandó la presencia del criterio A.

Resultados: Se encontró una prevalencia de SPM de 19% y de TDP de 11,2%. Aunque casi todas las estudiantes evaluadas (99,2%) tenían al menos un síntoma durante el premenstruo, el 69,8% de la muestra no presentó patología premenstrual. Todos los síntomas estudiados, tanto físicos como psíquicos, fueron más frecuentes en las mujeres con TDPM que en las con SPM. Todos los síntomas, excepto la distensión abdominal, fueron más comunes en las mujeres con SPM que en aquellas sin patología premenstrual. Los síntomas más frecuentes en las mujeres con TDPM fueron tristeza y/o decaimiento (100%), distensión o dolor mamario (97,1%), distensión abdominal (97,1%), cambios bruscos del ánimo (94,1%), aumento de peso (94,1%), avidez específica por ciertos alimentos (91,2%) e irritabilidad (91,2%). En comparación a las mujeres sin patología premenstrual, aquéllas con TDP tenían 2,7 veces más riesgo de fumar, 3,2 más

veces antecedentes depresivos, 2,6 veces más riesgo de referir estrés y 4,1 más posibilidades de tener familiares con antecedentes de patología premenstrual. (23)

Autor: Norma Pavía Ruz, Laura Civeira González, Arsenio Rosado Franco

Título: Síndrome Disfórico premenstrual de docentes preescolares en Mérida, Yucatán

Fuente: Revista Ginecología y Obstetricia de Mexico, 2009; vol 77 N° 4:pp185-90

Resumen: Antecedentes: el síndrome disfórico premenstrual afecta de 3 a 8% de las mujeres. Es un problema de salud incapacitante, con repercusiones familiares y socioeconómicas. Este síndrome aumenta el riesgo de trastorno depresivo mayor, depresión posparto y de otros cuadros del espectro serotoninérgico. En Yucatán no existen reportes específicos de la frecuencia del síndrome disfórico premenstrual.

Objetivo: conocer la prevalencia y los síntomas más frecuentes del síndrome disfórico premenstrual en un grupo de docentes de educación preescolar de Mérida, Yucatán.

Material y método: estudio descriptivo efectuado de octubre de 2006 a enero de 2007. Se obtuvo una muestra probabilística de 77 docentes. Se aplicó un cuestionario y se proporcionó una tabla con datos relacionados con el síndrome disfórico premenstrual que fue llenada diariamente durante dos ciclos menstruales. La información se analizó con estadística descriptiva con el programa EPI INFO V6.

Resultados: cuarenta y seis mujeres (59.7%) tuvieron ciclos menstruales regulares y 30 (39%) padecían una enfermedad previamente diagnosticada (síndrome premenstrual, endometriosis, anemia aguda, migraña, hipotiroidismo). De las 77 mujeres, 27.3% (21/77) tuvo resultado positivo para síndrome disfórico premenstrual. Los síntomas más frecuentes fueron físicos, que ameritaron la búsqueda de un profesional o la automedicación; esto no ocurrió cuando los síntomas fueron de tipo afectivo o conductual, aunque produjeran incapacidad, incluso para las actividades cotidianas.

Conclusiones: El porcentaje de pacientes con síndrome disfórico premenstrual fue mayor que el referido en la bibliografía. Realizar un seguimiento diario de los síntomas del ciclo menstrual permite a los médicos y a las mujeres identificar el síndrome disfórico premenstrual y evitar sus consecuencias.

Autor: Perarnau, María Paula; Fasulo, Sara Verónica; García, Adriana Alejandra; Doña, Roberto Daniel

Título: Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en estudiantes universitarias adolescentes.

Fuente: Revista Fundamentos en Humanidades, Argentina, vol. VIII, núm. 16, 2007, pp. 153-163

Resumen: Uno de los temas de interés en la salud de la mujer, comprende la patología premenstrual, que evoluciona en su estudio debido al padecimiento que implica y la interferencia que produce en el desempeño habitual.

Objetivo: Conocer la severidad de los síntomas premenstruales en adolescentes universitarias y la edad promedio de la menarquia. Para ello se realizó un estudio piloto, que luego permitirá analizar la interferencia de dicha sintomatología en el desempeño académico habitual de esta población.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal exploratorio en adolescentes universitarias de 18 a 21 años ($n=45$; media: 20 ± 1.3). Los datos se recolectaron mediante un cuestionario impreso.

Resultados: La edad de la menarquia fue de 12 ± 1 . Los síntomas premenstruales más frecuentes, fueron: dolores menstruales 64.4%, mayor sensibilidad 51.1% y sensación de desgano 42.2%. En relación al Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM), el 22.1% de las encuestadas cumplen con los criterios del TDPM, según el DSM IV TR, y el 66.7% sufren algunos de los síntomas, por lo que presentarían Síndrome Premenstrual (SPM). Solo un 11.1% reporta no experimentar ningún síntoma premenstrual. (25)

4. Hipotesis:

Dado que el Trastorno Disfórico Premenstrual es la exacerbación patológica de los cambios somáticos y psíquicos que ocurren durante la fase luteínica en el ciclo femenino normal y en la actualidad se postula entre sus múltiples mecanismos etiopatogénicos a factores genéticos, neurobiológicos y endocrinológicos.

Es probable que los factores culturales, sociales, psicológicos y reproductivos influyan sobre la presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual.



CAPÍTULO II:



I. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

1.1. Técnica: se utilizó la técnica de cuestionario.

1.2. Instrumentos: Los instrumentos que se utilizaron fueron: ficha de recolección de datos sociodemográficos y la encuesta de Vega-Deinstmeier (Anexo 1), y (Anexo 2).

Variable	Indicadores	Técnica	Instrumento
INDEPENDIENTE	Edad	Cuestionario	Ficha de recolección de datos
Factores Sociales	Estructura familiar		
	Dependencia económica		
	Estado civil de los padres		
Factores Culturales	Nivel de Instrucción		
	Colegio de procedencia		
Factores Psicológicos	Maltrato Físico		
	Maltrato Psicológico		
	Consumo de cigarrillo		
	Consumo de alcohol		
	Consumo de drogas		
Factores Reproductivos	Tiene enamorado		
	Edad de menarquia		
	Tipo de ciclo Menstrual		
	Inicio de vida sexual		
DEPENDIENTE		Cuestionario	Encuesta de Vega-Dienstmaier
Trastorno disfórico premenstrual	- Síntomas físicos - Síntomas emocionales - Síntomas conductuales		

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial:

La investigación se realizó en el Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María, ubicado en Urb. San José s/n Umacollo en el Distrito de Yanahuara, Provincia de Arequipa, Departamento de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal:

El estudio se desarrolló entre los meses de Mayo y Junio del 2016.

2.3. Unidades de estudio:

Adolescentes de sexo femenino del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

2.3.1 Población:

Todas las adolescentes inscritas en el Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María en el periodo de estudio.

2.3.2 Universo: Se estudió un universo de alumnas que asciende a: 470 alumnas

2.4 Criterios de selección

a. Criterios de inclusión

- Alumnas matriculadas en el Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.
- Participación voluntaria en el estudio.
- Llenado correcto de encuestas.

b. Criterios de exclusión

- Fichas de encuesta incompletos o mal llenados.
- Negación a la participación voluntaria en el estudio.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se solicitó autorización a la Dirección del Centro de estudios Preuniversitario de

la Universidad Católica de Santa María para realizar el estudio.

Se aplicó la ficha de recolección de datos y la encuesta de síntomas a las alumnas.

Se cruzó la información obtenida en las encuestas para sacar las conclusiones, las cuales se presentan en cuadro y/o gráficos para su mayor comprensión.

3.2. Recursos:

a. Humanos

- Investigadoras:

Bachilleres:

- Karla Tatiana Cabezudo Rodríguez.
- Ximena Romina Núñez del Prado Valencia.

- Asesor:

Magister:

- Dante Vega Ortiz.

b. Físicos

- Materiales de escritorio
- Ficha de recolección de datos
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos y base de datos
- Impresora

c. Económicos

- Autofinanciado.

d. Institucionales

Se utilizaron las instalaciones del Centro de Estudios Preuniversitarios de la Universidad Católica de Santa María – Arequipa.

3.3. Validación del Instrumento:

Se utilizó la encuesta que diseño y empleo Vega-Dienstmaier, para evaluar el TDPM, con base a los criterios diagnósticos de TDPM que indica la DSM-IV

(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), validado por una prueba piloto, juicio de expertos el cual fue de 95.2% y alfa de Crombach 0.74, para el estudio Prevalencia de trastornos premenstruales y síntomas premenstruales en el cual se estudió a 388 mujeres en edad reproductiva del Hospital Nacional Cayetano Heredia, esta encuesta investiga los 11 síntomas premenstruales considerados en el DSM-IV y otras condiciones necesarias para el diagnóstico tales como que los síntomas interfieran de manera importante en las actividades cotidianas y que se presenten en la mayoría de los ciclos menstruales durante al menos un año. Para el diagnóstico se requiere la presencia de al menos cinco síntomas premenstruales durante la última semana de la fase lútea y su remisión durante los primeros días de la fase folicular; y además que al menos uno de los síntomas sea ánimo deprimido, ansiedad, labilidad emocional o irritabilidad. (15)

4. Estrategia para manejar los resultados

4.1. Plan de procesamiento

a. Tipo de procesamiento

En el presente trabajo de investigación se optó por un procesamiento mixto (procesamiento electrónico y procesamiento manual).

b. Operaciones de la sistematización

Se realizó un plan de tabulación y un plan de graficación, en el plan de tabulación se utilizó tablas de entrada simple y doble entrada, estos además fueron numéricos y literales; y en el plan de graficación, se utilizaron gráficos de barras.

4.2. Plan de análisis

Se aplicó estadística descriptiva con distribución de frecuencias porcentuales, para las variables categóricas. Se realizó tablas univariadas y de contingencia para mostrar frecuencias absolutas y relativas porcentuales.

La asociación de las variables se realizó mediante prueba chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%.

El proceso de la información se efectuó mediante el sistema estadístico SPSS versión 24.

CAPÍTULO III:

RESULTADOS

TABLA N°. 1

PRESENCIA DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA.

Trastorno Disfórico Premenstrual	N°.	%
Ausencia de TDPM	312	66.4
Presencia de TDPM	158	33.6
TOTAL	470	100

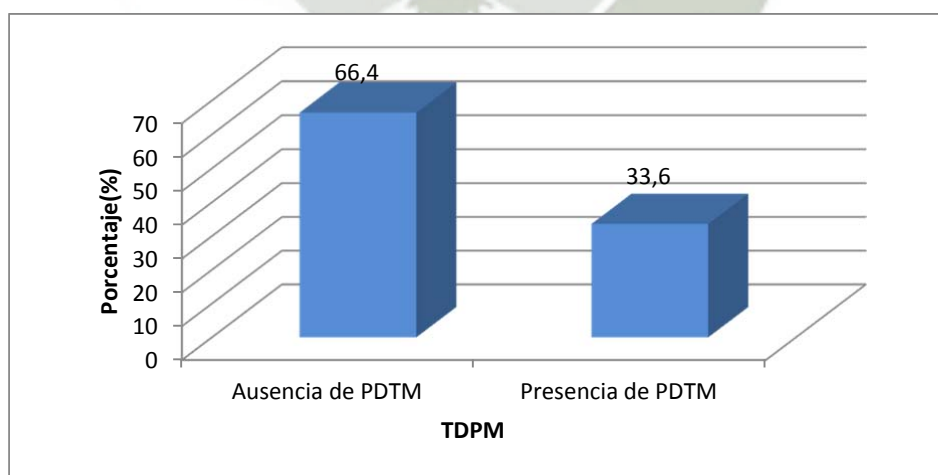
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación:

La Tabla N°. 1 muestra que el 33.6% de las alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María tienen presencia del trastorno disfórico premenstrual.

GRAFICO 1

PRESENCIA DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA.



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 2
RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA PRESENCIA DEL TRASTORNO
DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL CENTRO
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA
MARIA.

Edad (años)	TDPM				TOTAL	
	Ausencia		Presencia		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
14-16	148	31.5	55	11.7	203	43.2
17-19	158	33.6	100	21.3	258	54.9
>20	6	1.3	3	0.6	9	1.9
TOTAL	312	66.4	158	33.6	470	100

$$X^2=9.17$$

$$P<0.05$$

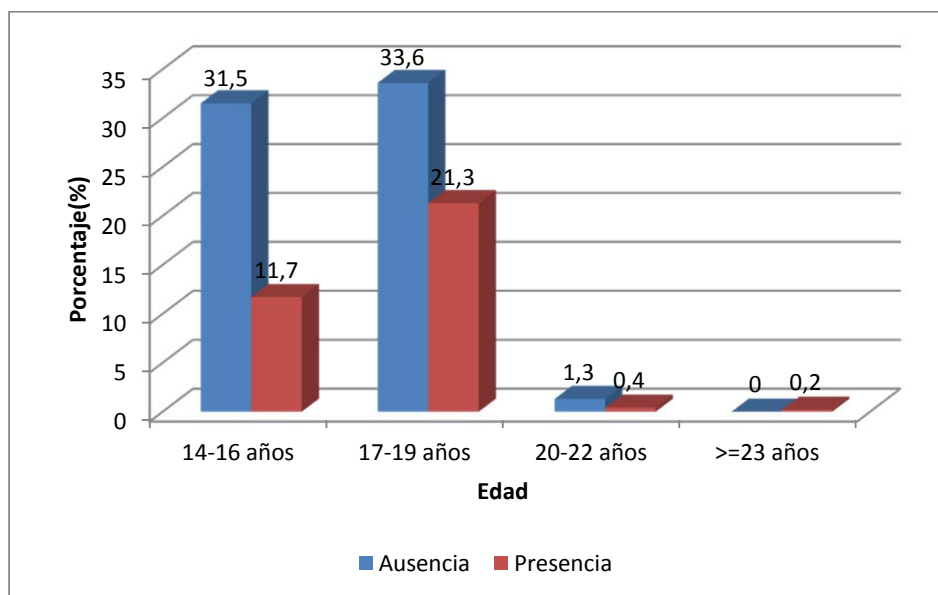
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación:

La tabla N°.2 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=9.17$) se muestra que la edad y el trastorno disfórico premenstrual presentó relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 33.6% de las alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María con ausencia del trastorno disfórico premenstrual tienen entre 17-19 años, mientras que el 21.3% de las alumnas con presencia de trastorno disfórico premenstrual tienen entre 17-19 años.

GRAFICO 2
RELACION ENTRE LA EDAD Y LA PRESENCIA DEL TRASTORNO
DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL CENTRO
PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA
MARIA.



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 3

RELACIÓN ENTRE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y LA PRESENCIA DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA.

Estructura familiar	TDPM				TOTAL	
	Ausencia		Presencia		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Ambos padres	211	44.9	110	23.4	321	68.3
Solo padre	5	1.1	1	0.2	6	1.3
Solo madre	64	13.6	28	6.0	92	19.6
Tíos	8	1.7	5	1.1	13	2.8
Abuelos	4	0.9	2	0.4	6	1.3
Otros	20	4.3	12	2.6	32	6.8
TOTAL	312	66.4	158	33.6	470	100

$$X^2=1.60$$

$$P>0.05$$

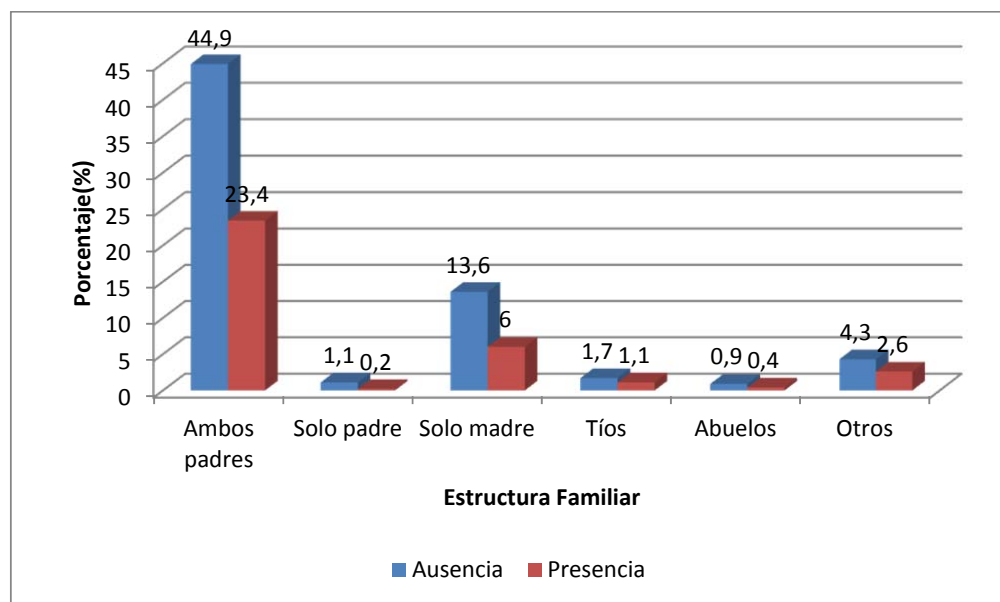
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación:

La tabla N°.7 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=1.60$) se muestra que la estructura familiar y el trastorno disfórico premenstrual no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 44.9% de las alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María con ausencia del trastorno disfórico premenstrual viven con ambos padres, mientras que el 23.4% de las alumnas con presencia de trastorno disfórico viven con ambos padres.

GRAFICO 3
RELACIÓN ENTRE LA ESTRUCTURA FAMILIAR Y LA PRESENCIA
DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL
CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARIA.



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 4

**RELACIÓN ENTRE LA DEPENDENCIA ECONÓMICA Y LA
PRESENCIA DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN
ALUMNAS DEL CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SANTA MARIA.**

Dependencia Económica	TDPM				TOTAL	
	Ausencia		Presencia		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Ambos padres	254	54.0	131	27.9	385	81.9
Solo padre	27	5.7	9	1.9	36	7.7
Solo madre	26	5.5	13	2.8	39	8.3
Tíos	1	0.2	0	0.0	1	0.2
Abuelos	2	0.4	2	0.4	4	0.9
Otros	2	0.4	3	0.6	5	1.1
TOTAL	312	66.4	158	33.6	470	100

$$X^2=3.78$$

$$P>0.05$$

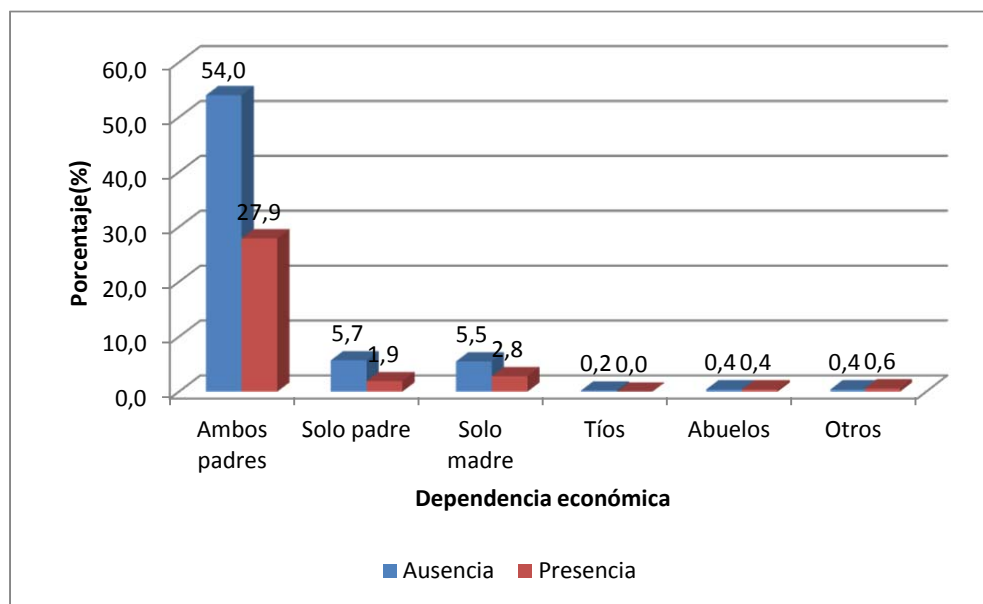
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación:

La tabla N°.4 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=3.77$) se muestra que la dependencia económica y el trastorno disfórico premenstrual no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 54.0% de las alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María con ausencia del trastorno disfórico premenstrual dependen económicamente de ambos padres, mientras que el 27.9% de las alumnas con presencia de trastorno disfórico dependen económicamente de ambos padres.

GRAFICO 4
RELACIÓN ENTRE LA DEPENDENCIA ECONÓMICA Y LA
PRESENCIA DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN
ALUMNAS DEL CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SANTA MARIA.



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 5
RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL DE LOS PADRES Y LA
PRESENCIA DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN
ALUMNAS DEL CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SANTA MARIA.

Estado Civil (padres)	TDPM				TOTAL	
	Ausencia		Presencia			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Solteros	33	7.0	24	5.1	57	12.1
Unión libre	30	6.4	7	1.5	37	7.9
Casados	208	44.3	105	22.3	313	66.6
Divorciados	31	6.6	16	3.4	47	10.0
Viudos	5	1.1	0	0.0	5	1.1
Desconoce	5	1.1	6	1.3	11	2.3
TOTAL	312	66.4	158	33.6	470	100

$$X^2=10.12$$

$$P>0.05$$

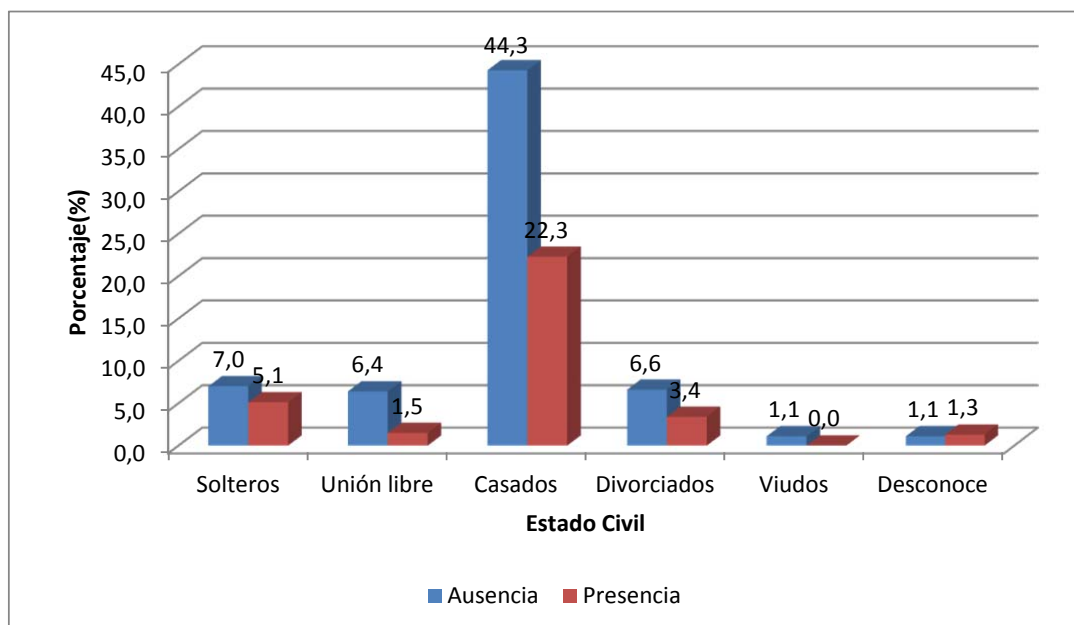
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación:

La tabla N°.5 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=10.12$) se muestra el estado civil de los padres y el trastorno disfórico premenstrual no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 44.3% de las alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María con ausencia del trastorno disfórico premenstrual tienen a sus padres casados, mientras que el 22.3% de las alumnas con presencia de trastorno disfórico tienen a sus padres casados.

GRAFICO 5
RELACIÓN ENTRE EL ESTADO CIVIL DE LOS PADRES Y LA
PRESENCIA DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN
ALUMNAS DEL CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SANTA MARIA.



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 6

RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y LA PRESENCIA DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA.

Nivel de Instrucción	TDPM				TOTAL	
	Ausencia		Presencia		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
4° secundaria	1	0.2	0	0.0	1	0.2
5° secundaria	117	24.9	49	10.4	166	35.3
Secundaria completa	191	40.6	106	22.6	297	63.2
Técnica	1	0.2	1	0.2	2	0.4
Superior	2	0.4	2	0.4	4	0.9
TOTAL	312	66.4	158	33.6	470	100

$$X^2=3.05$$

$$P>0.05$$

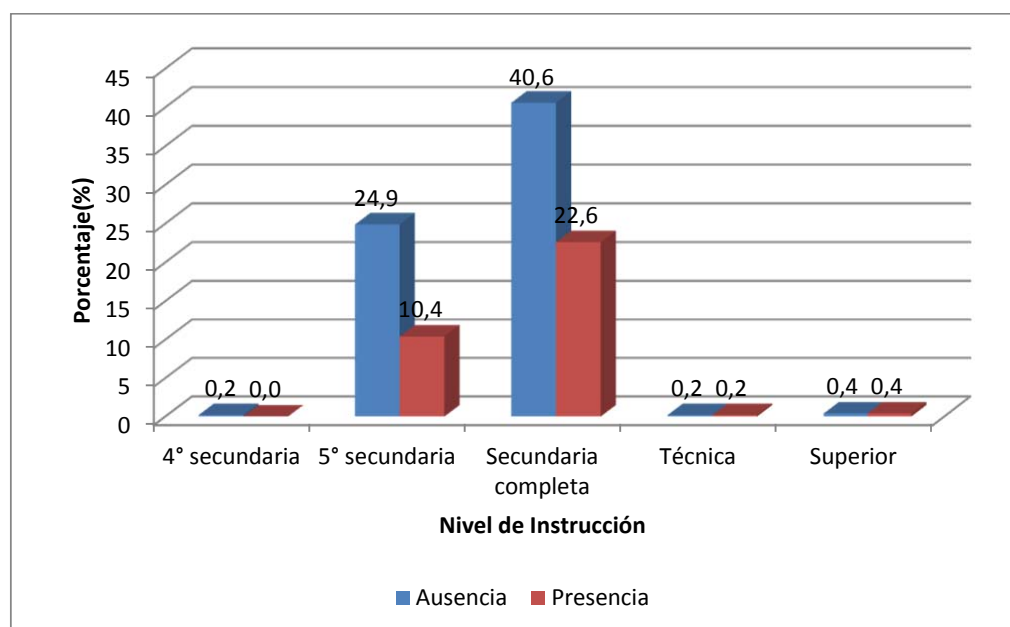
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación:

La tabla N°.6 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=3.05$) se muestra que el nivel de instrucción y el trastorno disfórico premenstrual no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 40.6% de las alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María con ausencia del trastorno disfórico premenstrual tienen instrucción secundaria completa, mientras que el 22.6% de las alumnas con presencia de trastorno disfórico tienen instrucción secundaria completa.

GRAFICO 6
RELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE INSTRUCCIÓN Y LA PRESENCIA
DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL
CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARIA.



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 7

RELACIÓN ENTRE EL COLEGIO DE PROCEDENCIA Y LA

PRESENCIA DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN

ALUMNAS DEL CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD

CATÓLICA DE SANTA MARIA.

Colegio de Procedencia	TDPM				TOTAL	
	Ausencia		Presencia		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Particular	247	52.6	127	27.0	374	79.6
Nacional	26	5.5	11	2.3	37	7.9
Parroquial	39	8.3	20	4.3	59	12.6
TOTAL	312	66.4	158	33.6	470	100

$$X^2=0.27$$

$$P>0.05$$

Fuente: Elaboración Personal

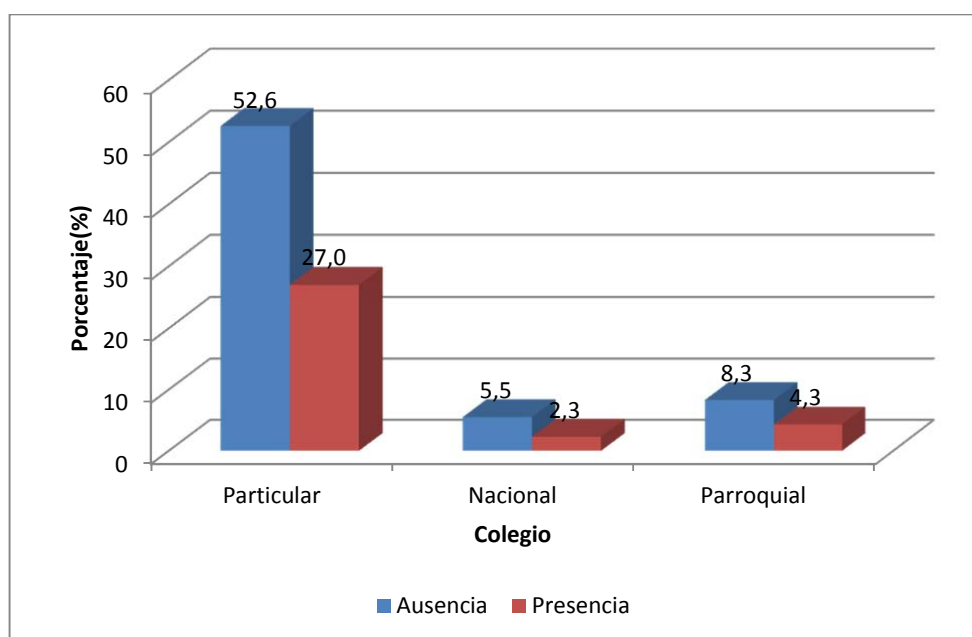
Interpretación:

La tabla N°.7 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.27$) se muestra que colegio de procedencia y el trastorno disfórico premenstrual no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 52.6% de las alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María con ausencia del trastorno disfórico premenstrual proceden de un colegio particular, mientras que el 27.0% de las alumnas con presencia de trastorno disfórico proceden de un colegio particular.

GRAFICO 7

**RELACIÓN ENTRE EL COLEGIO DE PROCEDENCIA Y LA
PRESENCIA DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN
ALUMNAS DEL CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SANTA MARIA.**



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 8
RELACIÓN ENTRE EL MALTRATO FÍSICO Y LA PRESENCIA DEL
TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL
CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARIA.

Maltrato Físico	TDPM				TOTAL	
	Ausencia		Presencia			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Nunca	268	57.0	135	28.7	403	85.7
1-2 ocasiones	34	7.2	15	3.2	49	10.4
+2 ocasiones	8	1.7	8	1.7	16	3.4
Frecuentemente	2	0.4	0	0.0	2	0.4
TOTAL	312	66.4	158	33.6	470	100

$$X^2=3.14$$

$$P>0.05$$

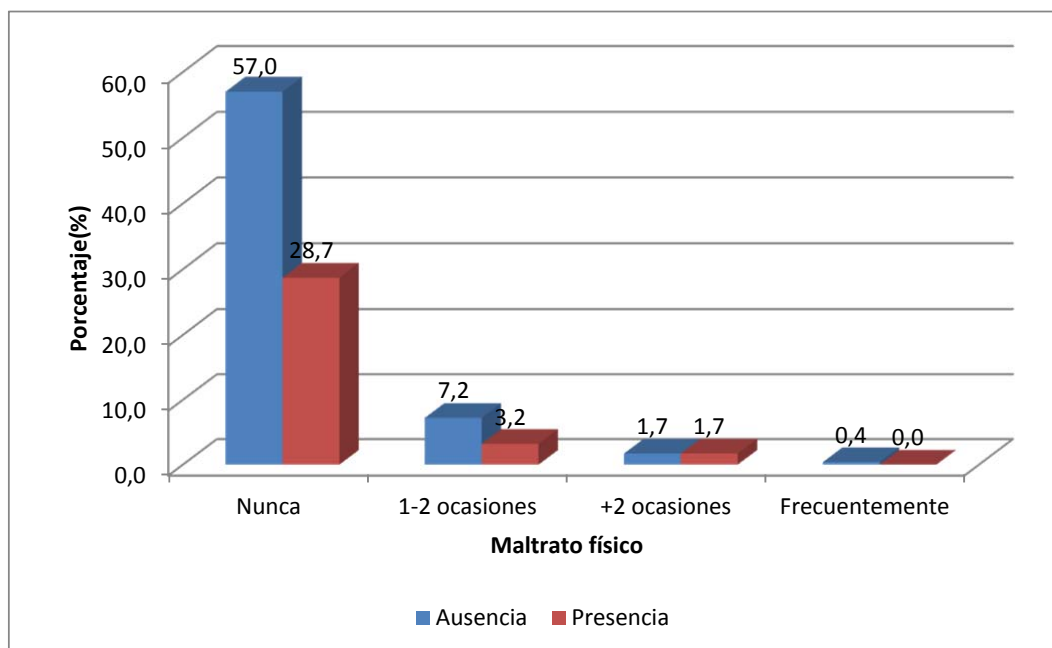
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación:

La tabla N°.8 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=3.14$) se muestra que el maltrato físico y el trastorno disfórico premenstrual no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 57.0% de las alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María con ausencia del trastorno disfórico premenstrual no han sufrido nunca de maltrato físico, mientras que el 28.7% de las alumnas con presencia de trastorno disfórico no han sufrido nunca de maltrato físico.

GRAFICO 8
RELACIÓN ENTRE EL MALTRATO FÍSICO Y LA PRESENCIA DEL
TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL
CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARIA.



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 9
RELACIÓN ENTRE EL MALTRATO PSICOLÓGICO Y LA PRESENCIA
DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL
CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARIA.

Maltrato Psicológico	TDPM				TOTAL	
	Ausencia		Presencia			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Nunca	233	49.6	109	23.2	342	72.8
1-2 ocasiones	53	11.3	34	7.2	87	18.5
+2 ocasiones	20	4.3	8	1.7	28	6.0
Frecuentemente	6	1.3	7	1.5	13	2.8
TOTAL	312	66.4	158	33.6	470	100

$$X^2=4.33$$

$$P>0.05$$

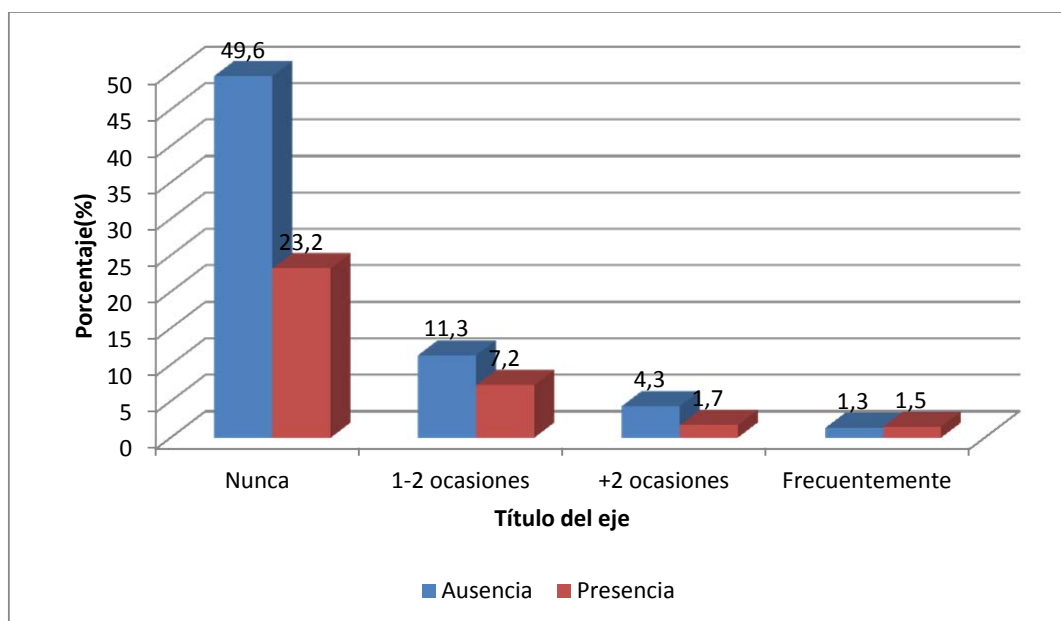
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación:

La tabla N°.9 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=4.33$) se muestra que el maltrato psicológico y el trastorno disfórico premenstrual no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 49.6% de las alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María con ausencia del trastorno disfórico premenstrual no han sufrido nunca de maltrato psicológico, mientras que el 23.2% de las alumnas con presencia de trastorno disfórico no han sufrido nunca de maltrato psicológico.

GRAFICO 9
RELACIÓN ENTRE EL MALTRATO PSICOLÓGICO Y LA PRESENCIA
DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL
CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARIA.



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 10
RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE CIGARRILLO Y LA
PRESENCIA DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN
ALUMNAS DEL CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SANTA MARIA.

Consumo de cigarrillo	TDPM				TOTAL	
	Ausencia		Presencia		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Nunca	231	49.1	95	20.2	326	69.4
Ocasionalmente	73	15.5	57	12.1	130	27.7
Frecuentemente	8	1.7	6	1.3	14	3.0
TOTAL	312	66.4	158	33.6	470	100

$$X^2=9.56 \quad P<0.05$$

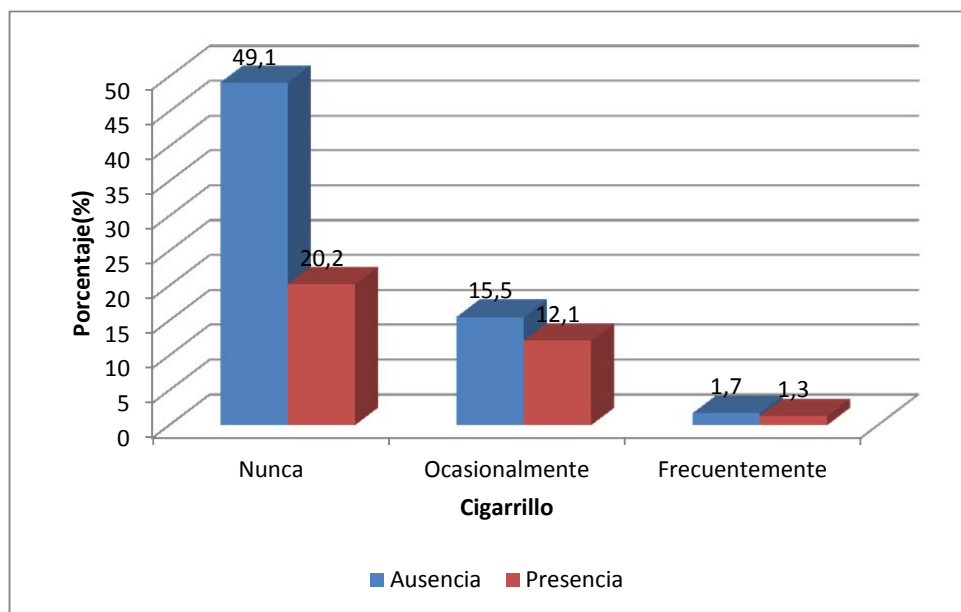
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación:

La tabla N°.10 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=9.55$) se muestra que el consumo de cigarrillo y el trastorno disfórico premenstrual presentó relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 49.1% de las alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María con ausencia del trastorno disfórico premenstrual nunca han consumido cigarrillo, mientras que el 20.2% de las alumnas con presencia de trastorno disfórico nunca han consumido cigarrillo.

GRAFICO 10
RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE CIGARRILLO Y LA
PRESENCIA DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN
ALUMNAS DEL CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SANTA MARIA.



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 11
RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LA PRESENCIA
DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL
CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARIA.

Consumo de alcohol	TDPM				TOTAL	
	Ausencia		Presencia			
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
Nunca	166	35.3	65	13.8	231	49.1
Ocasionalmente	139	29.6	90	19.1	229	48.7
Frecuentemente	7	1.5	3	0.6	10	2.1
TOTAL	312	66.4	158	33.6	470	100

 $X^2=6.48$
 $P<0.05$

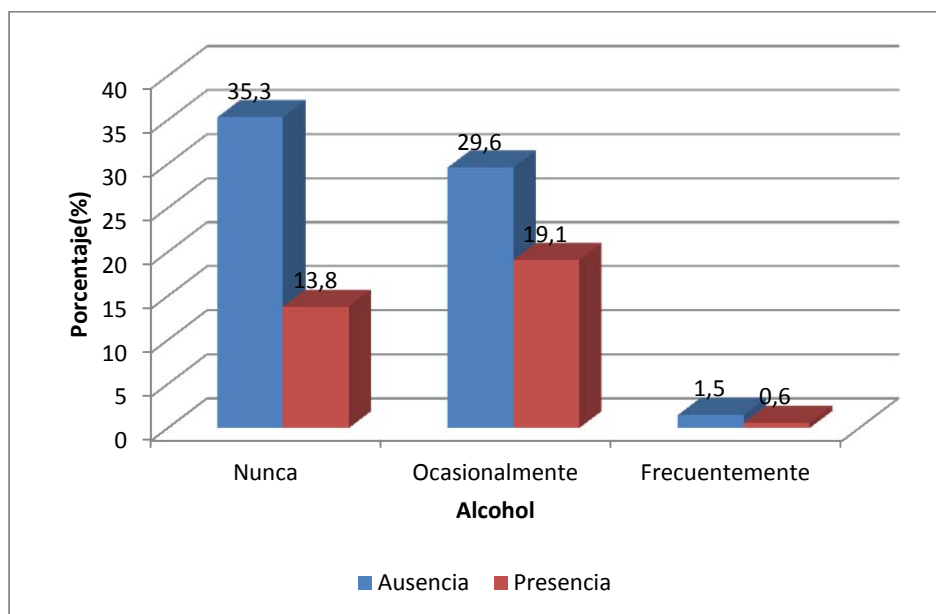
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación:

La tabla N°.11 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=6.48$) se muestra que el consumo de alcohol y el trastorno disfórico premenstrual presentó relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 35.3% de las alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María con ausencia del trastorno disfórico premenstrual nunca han consumido drogas, mientras que el 13.8% de las alumnas con presencia de trastorno disfórico nunca han consumido drogas.

GRAFICO 11
RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE ALCOHOL Y LA PRESENCIA
DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL
CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARIA.



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 12

**RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE DROGAS Y LA PRESENCIA
DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL
CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARIA.**

Consumo de drogas	TDPM				TOTAL	
	Ausencia		Presencia		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Nunca	302	64.3	153	32.6	455	96.8
Ocasionalmente	9	1.9	4	0.9	13	2.8
Frecuentemente	1	0.2	11	0.2	2	0.4
TOTAL	312	66.4	158	33.6	470	100

$$X^2=0.29$$

$$P>0.05$$

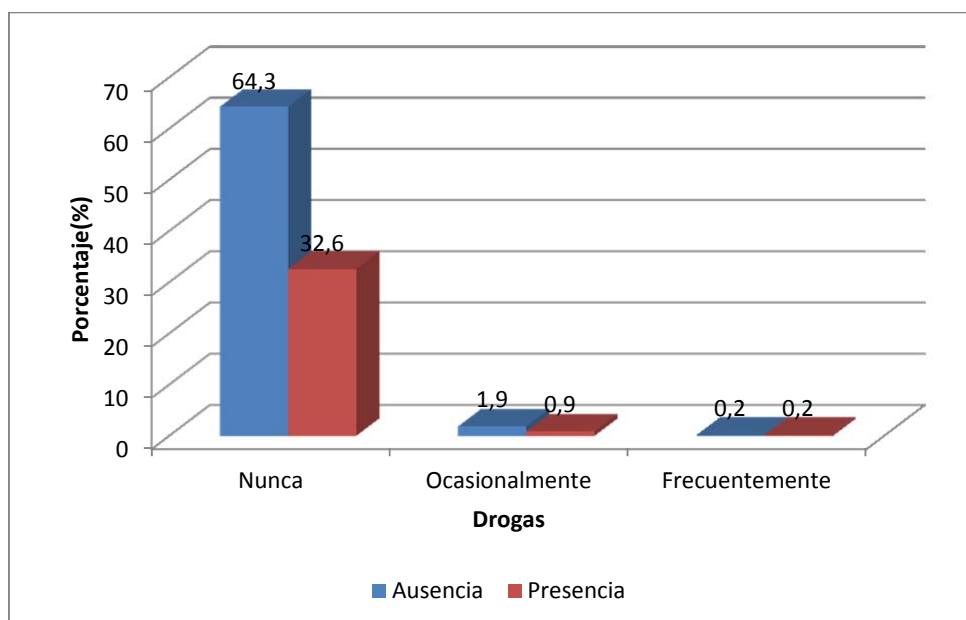
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación:

La tabla N°.12 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.28$) se muestra que el consumo de drogas y el trastorno disfórico premenstrual no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 29.6% de las alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María con ausencia del trastorno disfórico premenstrual consumen alcohol ocasionalmente, mientras que el 19.1% de las alumnas con presencia de trastorno disfórico consumen alcohol ocasionalmente.

GRAFICO 12
RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE DROGAS Y LA PRESENCIA
DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL
CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARIA.



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 13
RELACIÓN ENTRE LA SITUACIÓN SENTIMENTAL Y LA PRESENCIA
DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL
CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARIA.

Tiene enamorado	TDPM				TOTAL	
	Ausencia		Presencia			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
Si	80	17.0	51	10.9	131	27.9
No	232	49.4	107	22.8	339	72.1
TOTAL	312	66.4	158	33.6	470	100

$$X^2=2.30 \quad P>0.05$$

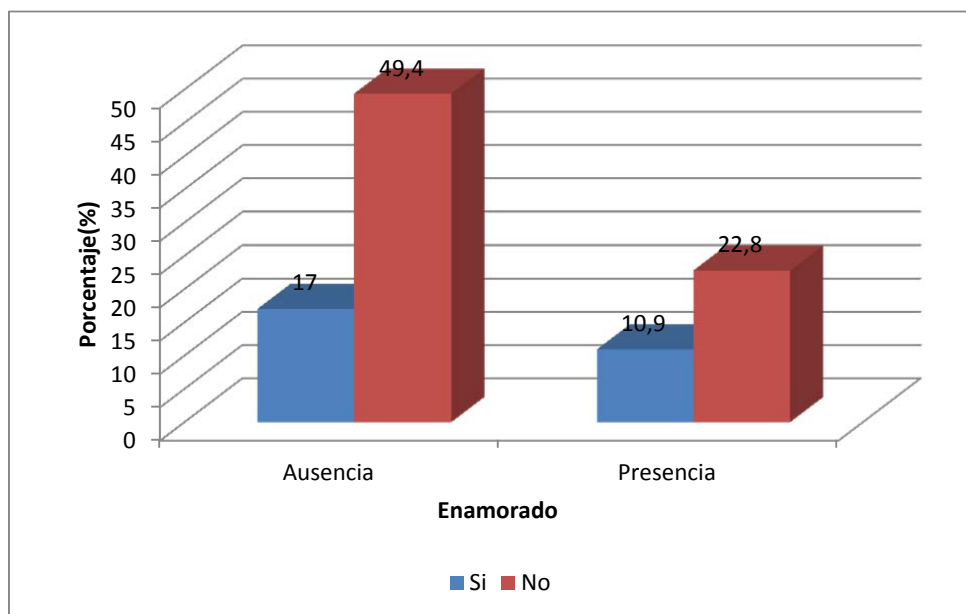
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación:

La tabla N°.13 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.29$) se muestra que la situación sentimental y el trastorno disfórico premenstrual no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 49.4% de las alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María con ausencia del trastorno disfórico premenstrual no tienen enamorado, mientras que el 22.8% de las alumnas con presencia de trastorno disfórico no tienen enamorado.

GRAFICO 13
RELACIÓN ENTRE LA SITUACIÓN SENTIMENTAL Y LA PRESENCIA
DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL
CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARIA.



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 14
RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE LA MENAQUÍA Y LA PRESENCIA
DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL
CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARIA.

Edad de Menarquía	TDPM				TOTAL	
	Ausencia		Presencia			
	N°.	%	N°.	%	N°.	%
-9 años	7	1.5	4	0.9	11	2.3
10 años	29	6.2	22	4.7	51	10.9
11 años	75	16.0	44	9.4	119	25.3
12 años	107	22.8	48	10.2	155	33.0
13 años	61	13.0	24	5.1	85	18.1
14 años	27	5.7	12	2.6	39	8.3
+ de 14 años	6	1.3	4	0.9	10	2.1
TOTAL	312	66.4	158	33.6	470	100

$$X^2=4.62$$

$$P>0.05$$

Fuente: Elaboración Personal

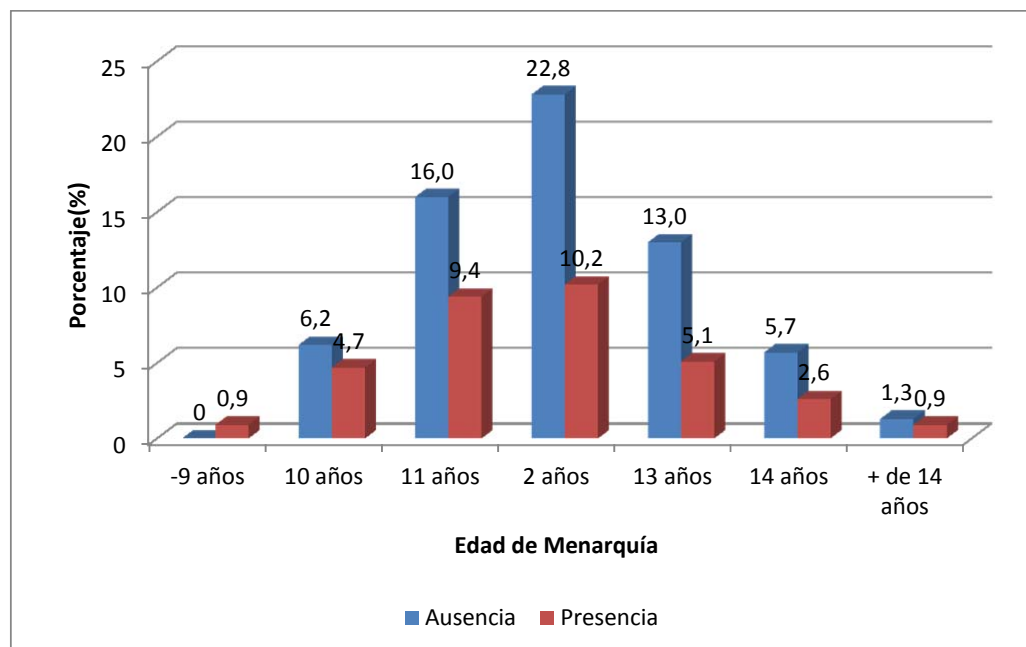
Interpretación:

La tabla N°.14 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=4.62$) se muestra que la edad de la menarquia y el trastorno disfórico premenstrual no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 22.8% de las alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María con ausencia del trastorno disfórico premenstrual tuvieron la menarquía a los 12 años, mientras que el 10.2% de las alumnas con presencia de trastorno disfórico tuvieron la menarquía a los 12 años.

GRAFICO 14

**RELACIÓN ENTRE LA EDAD DE LA MENAQUÍA Y LA PRESENCIA
DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL
CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARIA**



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 15
RELACIÓN ENTRE EL CICLO MENSTRUAL Y LA PRESENCIA DEL
TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL
CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARIA.

Ciclo Menstrual	TDPM				TOTAL	
	Ausencia		Presencia		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Regular	126	26.8	48	10.2	174	37.0
Irregular	186	39.6	110	23.4	296	63.0
TOTAL	312	66.4	158	33.6	470	100

$$X^2=4.50 \quad P<0.05$$

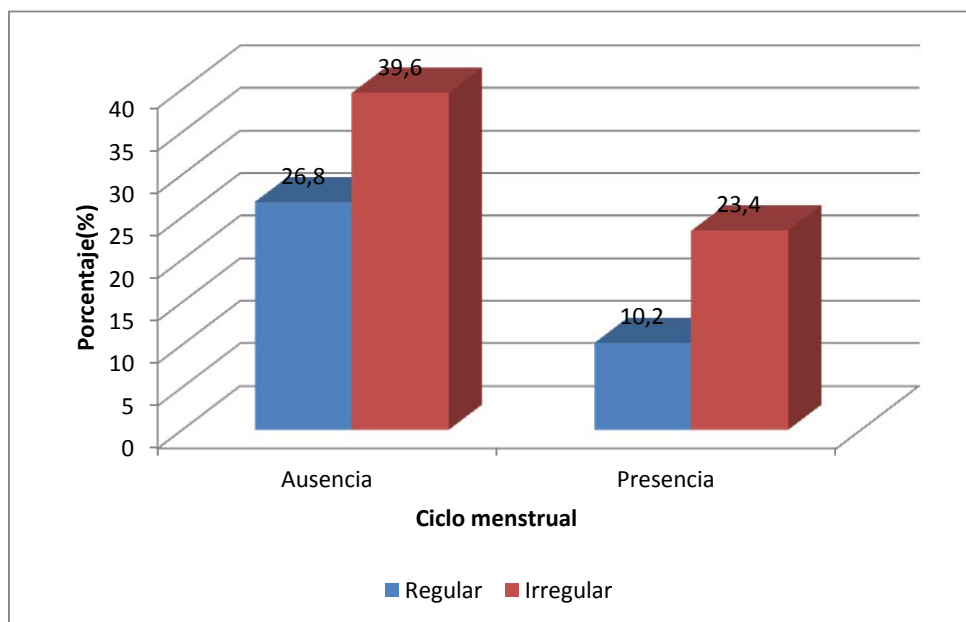
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación:

La tabla N°.15 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=4.50$) se muestra que el ciclo menstrual y el trastorno disfórico premenstrual presentó relación estadística significativa ($P<0.05$).

Asimismo se observa que el 39.6% de las alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María con ausencia del trastorno disfórico premenstrual tienen un ciclo menstrual irregular, mientras que el 23.4% de las alumnas con presencia de trastorno disfórico tienen un ciclo menstrual irregular.

GRAFICO 15
RELACIÓN ENTRE EL CICLO MENSTRUAL Y LA PRESENCIA DEL
TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ALUMNAS DEL
CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE
SANTA MARIA.



Fuente: Elaboración Personal

TABLA N°. 16
RELACIÓN ENTRE EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL Y LA
PRESENCIA DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN
ALUMNAS DEL CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SANTA MARIA.

Inicio de relaciones sexuales	TDPM				TOTAL	
	Ausencia		Presencia		N°.	%
	N°.	%	N°.	%		
Si	47	10.0	28	6.0	75	16.0
No	265	56.4	130	27.7	395	84.0
TOTAL	312	66.4	158	33.6	470	100

$$X^2=0.55 \quad P>0.05$$

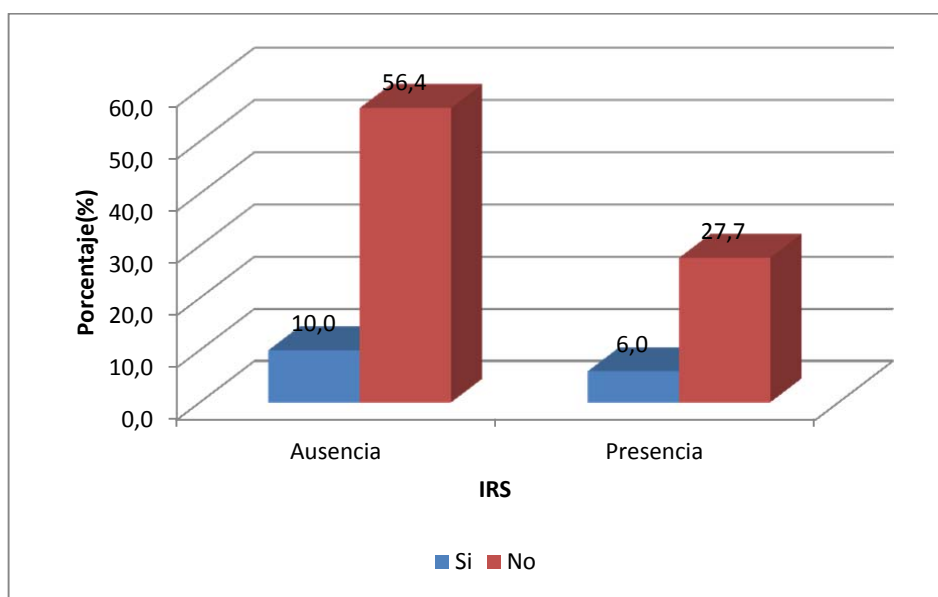
Fuente: Elaboración Personal

Interpretación:

La tabla N°.16 según la prueba de chi cuadrado ($X^2=0.55$) se muestra que el inicio de la vida sexual y el trastorno disfórico premenstrual no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Asimismo se observa que el 56.4% de las alumnas del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María con ausencia del trastorno disfórico premenstrual no han iniciado aun su vida sexual, mientras que el 27.7% de las alumnas con presencia de trastorno disfórico no han iniciado su vida sexual.

GRAFICO 16
RELACIÓN ENTRE EL INICIO DE LA VIDA SEXUAL Y LA
PRESENCIA DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN
ALUMNAS DEL CENTRO PREUNIVERSITARIO DE LA UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE SANTA MARIA.



Fuente: Elaboración Personal

DISCUSIÓN

Estudios documentados indican que a nivel mundial la prevalencia del Trastorno Disfórico Premenstrual esta entre 3% y 10% de mujeres que ya menstrúan, nuestro estudio muestra que el 33.6% de las alumnas del Centro Preuniversitario de la UCSM presentan trastorno disfórico premenstrual. Tales resultados son similares a los reportados por Pavia y Col (24), donde se encuestó a 77 mujeres docentes de educación inicial, de las cuales 27.3% tuvo síntomas del trastorno. Igualmente, Perarnau y Col (25); en el estudio realizado en estudiantes universitarias adolescentes de Argentina, el 22.1% de las encuestadas cumplen con los criterios del TDPM según el DSM IV TR, y el 66.7% sufren algunos de los síntomas, por lo que presentarían Síndrome Premenstrual (SPM). Solo un 11.1% reporta no experimentar ningún síntoma. Entre las principales manifestaciones clínicas del TDPM. Jadresic y Cols (23) en un estudio de 305 estudiantes universitarias encontró que los síntomas más frecuentes en las mujeres con TDPM fueron tristeza y/o decaimiento (100%), distensión o dolor mamario (97,1%), distensión abdominal (97,1%), cambios bruscos del ánimo (94,1%), aumento de peso (94,1%), avidez específica por ciertos alimentos (91,2%) e irritabilidad (91,2%); sin embargo, la prevalencia de TDPM fue de 11.2%. Según Sadock y Col (1) el Trastorno Disfórico Premenstrual; tiene lugar alrededor de una semana antes de la menstruación, y se caracteriza por irritabilidad, labilidad emocional, cefaleas, ansiedad y depresión. Los signos somáticos incluyen edema, aumento de peso, dolor mamario, síncope y parestesias

El presente estudio muestra que dentro de los factores sociales de las estudiantes del centro preuniversitario de la UCSM; el 54.9% tienen entre 17-19 años, el 68.3% de ellas viven con ambos padres, el 81.9% de las alumnas dependen económicamente de ambos padres, y el 66.6% de los padres de las alumnas son casados, mientras que entre sus características culturales, muestra que el 63.2% de las alumnas tienen secundaria completa, y el 79.6% de ellas procede de colegio particular. Dentro de las características psicológicas de las estudiantes muestra que el 85.7% nunca han sufrido maltrato físico, y el 72.8% de ellas nunca han sufrido maltrato psicológico, el 27.7%.

En cuanto a las características reproductivas de las estudiantes; el 27.9% de las alumnas del Centro Preuniversitario de la UCSM tienen enamorado, el 33.0% de ellas tuvieron su menarquía a los 12 años, el 63.3% de las alumnas tienen ciclo menstrual irregular, lo cual no concuerda con el estudio realizado por Pavía y Col (24), ya que según sus hallazgos el (59.7%) tuvieron ciclos menstruales regulares y según nuestra muestra el 84.0% de las alumnas aún no han iniciado su vida sexual.

Algunas investigaciones indican que el TDPM se instaura a partir de los 25- 35 años de edad, sin embargo Perarnau y col (25) en su estudio muestra que las edades promedio donde se presentó la sintomatología del TDPM fue entre los 18 – 21 años, lo cual puede concordar con los hallazgos del presente estudio donde se prueba la relación entre la presencia de TDPM y las características sociales de las estudiantes en cuanto a la edad (Tabla 2); podemos evidenciar que el TDPM se presenta con mayor frecuencia entre los 17 y 19 años y se asocia significativa con este grupo de edad, Rivero y col (22) encontraron que las mujeres evaluadas en su estudio presentan un predominio de dolores premenstruales a partir de 19–23 años, esto realizado en una muestra similar a nuestro estudio. En cuanto a la relación con la estructura familiar, nuestro estudio no encontró relación significativa, a pesar de ser la mitad de todo el grupo en las estudiantes que solo viven con sus padres (Tabla 3). Tampoco se observó relación con la dependencia económica (Tabla 4) ni con el estado civil de los padres (Tabla 5). Estas características dentro de la familia, dan a reflejar la poca relevancia que tiene para los hijos la situación y relación con los padres, esto podría ser debido a la independencia que se les brinda.

Para los factores culturales de las estudiantes y su relación con la presencia de SDPM, el presente estudio reveló que no hay relación con el nivel de instrucción de las estudiantes, ni con el centro educativo de procedencia de las estudiantes (Tabla 7).

No se muestra relación estadística del TDPM con el maltrato físico (tabla 8). Así mismo tampoco se encontró relación con el maltrato psicológico (Tabla 9). Pese a que investigaciones evidencian que la presencia del trastorno disforico

premenstrual está ligada también a factores psicológicos, las estudiantes del Centro Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María no presentan dicha relación.

Presiler y col, muestran en su estudio con respecto al consumo de cigarrillos que existe un riesgo leve a desarrollar el TDPM. Sin embargo nuestra muestra presenta una relación considerable entre el consumo de cigarrillos y el TDPM, puesto que se presentó en 43.8% de las que consumen cigarrillos ocasionalmente, al igual que en el 42,9% de las que lo hacen frecuentemente (Tabla 10). En lo que respecta al consumo de alcohol (Tabla 11), se presentó relación estadística ya que el 39,3% de alumnas que consumen alcohol ocasionalmente y en 30% de las que lo hacen frecuentemente sufren del trastorno histórico premenstrual, según algunos estudios las mujeres que consumen alcohol y cafeína en exceso tienen más riesgo a sufrir de trastorno disfórico, al igual que también existe investigación documenta la cual indica que el abuso de sustancias psicoactivas como el uso de alcohol, drogas y nicotina antes de la fase premenstrual indica que no existe cambios sustanciales en el patrón de consumo y el consumo en exceso de alcohol en la etapa premenstrual parece tener asociación a una historia familiar de alcoholismo o a un trastorno de ansiedad generalizada que coexiste con el trastorno disfórico premenstrual, pero cabe mencionar que en nuestro estudio no se observó esta relación estadística significativa entre el consumo de drogas y el trastorno.

En cuanto a los factores reproductivos (Tabla 13) se observa que no existe relación estadística con el hecho de tener enamorado, tampoco se relacionó con la edad de la menarquía (Tabla 14). Sin embargo; Perna y col (25), indicaron que cuando se evaluó la frecuencia de síntomas y la edad de la menarca se obtuvo una correlación altamente significativa positiva lo cual mostraría que a mayor edad de la menarca, se presentan mayor cantidad de síntomas premenstruales.

En nuestra muestra se asoció el trastorno con un ciclo menstrual irregular (Tabla 15) lo cual es considerado como un factor de riesgo en muchos estudios, sin embargo no coincide con los hallazgos que describe Pavia y Col (24) donde indican que un ciclo menstrual regular se considera uno de los factores de riesgo

para SDPM, en un 59. 7% de su muestra estudiada según nuestra investigación el inicio de relaciones sexuales no tiene relación estadística con el SDPM (Tabla 16).



CONCLUSIONES

- Primero.** El 33.6% de las alumnas del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María tiene presencia de Trastorno Disfórico Premenstrual.
- Segundo.** Las alumnas del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María son en su mayoría adolescentes de 17-19 años, viven con ambos padres, y dependen económicamente de ambos, siendo los padres de las alumnas casados. La mayoría tienen educación secundaria completa, y proceden de colegio particular. La mayoría nunca han sufrido maltrato físico, ni maltrato psicológico, pocas consumen cigarrillo ocasionalmente, casi la mitad consumen alcohol ocasionalmente y la mayoría nunca han consumido drogas. La mayoría no tienen enamorado, tienen ciclo menstrual irregular, y aún no han iniciado su vida sexual.
- Tercero.** El Trastorno Disfórico Premenstrual se asoció al rango de edad comprendido entre 17-19 años, el consumo de alcohol y el consumo de cigarrillos y el ciclo menstrual irregular en las alumnas del Centro de Estudios Preuniversitario de la Universidad Católica de Santa María.

SUGERENCIAS

- 1) Se sugiere a la Facultad de Obstetricia que promueva las prácticas en colegios a fin de que se realicen más actividades de promoción de la salud en la población adolescente y así proporcionar información de primera mano y de calidad basada en estudios científicos y de este modo enseñar a las adolescentes a cuidar su salud reproductiva.
- 2) Se recomienda a las profesionales obstetras abarcar más el campo de la salud adolescente y de esta forma poder diagnosticar a las pacientes que presenten Trastorno Disfórico Premenstrual, para que puedan recibir el tratamiento que les corresponda.
- 3) Se recomienda realizar estudios a nivel escolar, dados los resultados en los que vemos una alta presencia de Trastorno Disfórico Premenstrual en adolescentes a fin de intervenir oportunamente esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría 10 ed. Walters Kluwer (NY): Lippincot Williams&Wilkins Publishers; 2009. Cap.81 p.857-63
2. Toro RJ, Yepes LE, Palacio CA, Tellez JE. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría 5 ed. Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010. Cap.30 p.384-394
3. Freyre E., La salud del adolescente: aspectos médicos y psicosociales 2ed. Editorial UNSA – Arequipa; 1997. Cap.1 p.1-14, Cap. 4 p.119-122, Cap.19 p.589-593.
4. Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiología Medica 11ed. McGraw-Hill editores; 2006 Cap. 81 p.1117-1133.
5. Berek JS, Ginecologia de Novak 14 ed. Wolters Kluwer (NY): Lippincot Williams&Wilkins Publishers, 2011. Cap. 26 p.1034-1042.
6. Kleigman R., Behrman R., Jenson HB., Stanton B., Nelson tratado de pediatría 18 ed. Elseiver-España; 2009. Cap.115 p.836-839
7. Alarcón, R. Psiquiatría. 2ed. Washington, D.C: OPS/Manual Moderno, 2005. Cap.21 p.611-616
8. López-Mato A, Illa G, Boullosa O, Márquez C, Vieitez A. Trastorno disfórico premenstrual. Instituto de Psiquiatría Biológica Integral (IPBI); Buenos Aires, Argentina 2000; 52(2): 24-32
9. Correa E. Trastorno Disfórico Premenstrual. En: Correa E, Jadresic E, eds. Psicopatología de la Mujer. Santiago de Chile: Ediciones Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía, 2000
10. Steiner M, Born L. Psychiatric Aspects of Menstrual Cycle. In: Women's Mental Health. A Comprehensive textbook. 1° Ed. New York. The Guilford Press, 2002, p. 48-69.

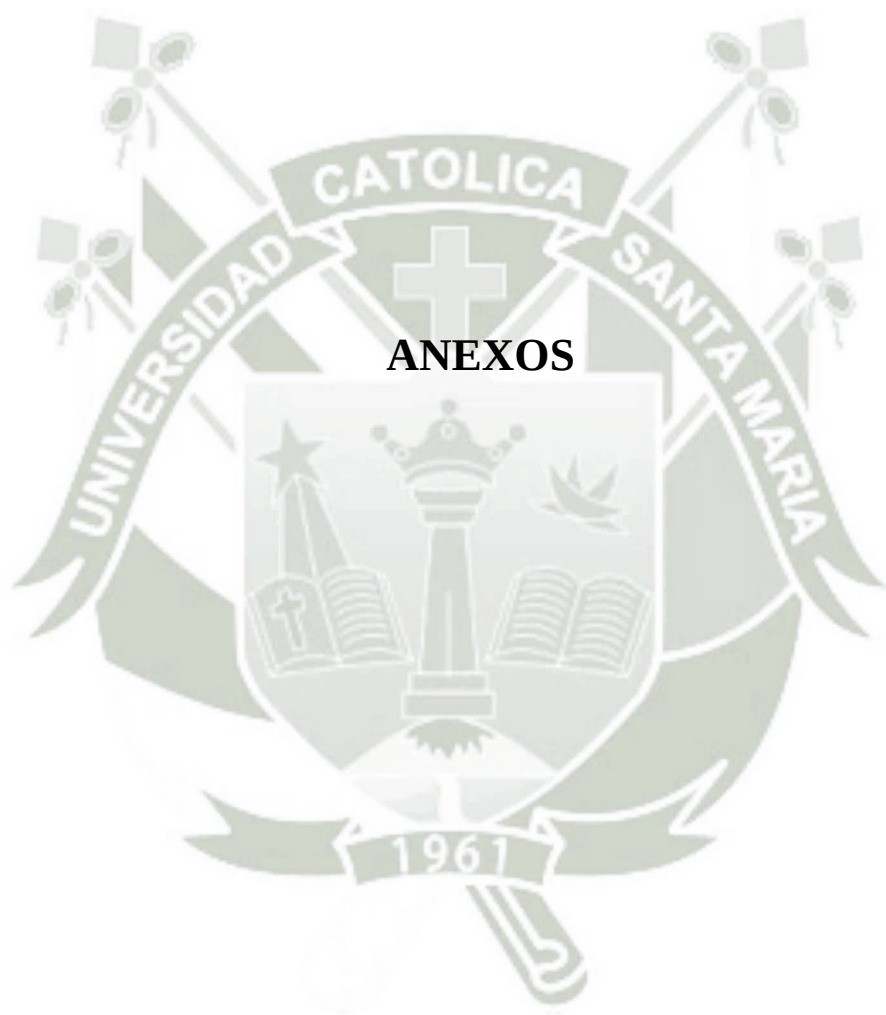
11. Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
12. Borenstein J, Yu HT, Wade S. Effect of an oral contraceptive containing ethinyl estradiol and drospirenone on premenstrual symptomatology and health-related quality of life. *Journal of Reproductive Medicine* 2003; 48(2):79-85.
13. Eriksson E. Why are serotonin reuptake inhibitors effective for the treatment of premenstrual dysphoric disorder. London, United Kingdom, 12th ECNP Congress, 1999.
14. Griffin LD, Mellon SH. SSRIs modulate neurosteroid enzyme activity. *Proc Nat Acad Sci* 1999; 96:135, 12-7.
15. Canelo MJ. Síndrome Premenstrual: Un problema para la mujer actual. Editores medicos, S.A. y Gineladius. 2003.
16. Johnson SR. Clinician's approach to the diagnosis and management of premenstrual syndrome. *Clin Obstet Gynecol* 1992; 35(3):637-657.
17. Lanchares JL. Síndrome Premenstrual. Documentos de Consenso: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia- España 2000: 83-85.
18. De la Gandara M. Premenstrual dysphoric disorder: long term treatment with fluoxetine and discontinuation. *Acta Luso Esp Neurol Psiquatr Ciencias Afines* 1997; 25(4):235-42.
19. Vieitez A, López Mato A. Psicopatología de la mujer En: López Mato A. *Psiconeuroinmunoendocrinología II*. Editorial Polemos Buenos Aires; 2004: 321-44.
20. Subhash C, Bhatia, M.D., Shashi K. Bhatia, M.D., Diagnosis and Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder. *American Family Physician*, 2002: 1253-9.

21. Sulak P. Premenstrual Syndrome/Premenstrual Dysphoric Disorder: Treatment With Oral Contraceptives. Medscape Ob/Gyn & Women's Health. 2007.
22. Riveros M., Hernández H., Rivas G., Castillo R. Relación entre trastorno disfórico premenstrual y ansiedad, depresión y estrés en estudiantes universitarias de la UNMSM. Revista II PSI Facultad de Psicología. ISSN impresa: 1560 - 909X ISSN electrónica: 1609 – 7475 Vol. 12, N.º 1 – 2009 pp . 131 – 151.
23. Jadresic E., Ordoñez y Ovalle. Síndrome premenstrual (SPM) y Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM): estudio retrospectivo de prevalencia y factores asociados en 305 estudiantes universitarias. Revista Latinoamericana de Psiquiatría 2005; 5: 16 - 22.
24. Pavía N., Civeira-González L., Rosado A. Síndrome disfórico premenstrual de docentes preescolares en Mérida, Yucatán. Ginecol Obstet Mex 2009; 77(4):185-90.
25. Perarnau, M.; Fasulo, S.; García, A.; Doña, R. Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en estudiantes universitarias adolescentes. Fundamentos en Humanidades, vol. VIII, núm. 16, 2007, pp. 153-163.
26. Vega-Dienstmaier, J., Mazzoti, G., Salinas-Piélago J., Stucchi, S., Prevalencia del Trastorno Disfórico Premenstrual y Síntomas Premenstruales. Neuro-Psiquiatría 61: 82-87, 1998.

Informatografía:

27. Sarah L, Berga, M.D. Premenstrual Syndrome: Treatment. Women's Health [en línea] [fecha de acceso 19 de septiembre 2016] URL disponible en: www.ACPMedicinaOnline
28. Gaviria Silvia. Trastorno Disfórico Luteal en Avances. [en línea] Revista de Psiquiatría Biológica [fecha de acceso 21 de Agosto 2016] URL disponible en: www.psiquiatriabiologica.org.co/avances/voll/articulos/articulo05





Anexo 1. Consentimiento informado

Yo.....
.....

He recibido suficiente información acerca de los fines de la presente encuesta.

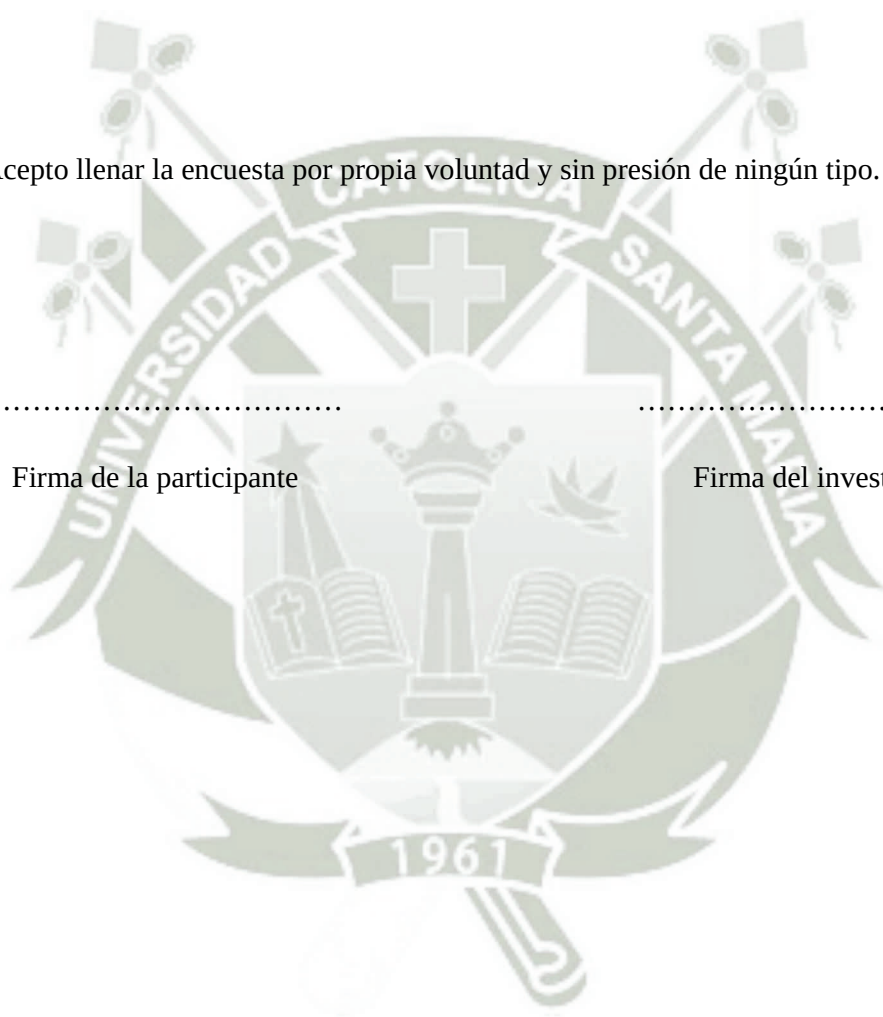
He tenido suficiente tiempo para poder considerar mi participación.

Acepto llenar la encuesta por propia voluntad y sin presión de ningún tipo.

.....

Firma de la participante

Firma del investigador



Anexo 2: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

EDAD:	14-16 años () 17-19 años () >20 ()
USTED VIVE CON:	Ambos padres () Solo padre () Solo madre () Tíos () Abuelos () Otros ()
ECONOMICAMENTE USTED DEPENDE DE:	Ambos padres () Solo padre () Solo madre () Tíos () Abuelos () Otros ()
ESTADO CIVIL DE SUS PADRES:	Solteros () Unión libre () Casados () Divorciados () Viudos () Desconoce ()
NIVEL DE INSTRUCCIÓN:	4to de secundaria () 5to de Secundaria () Secundaria completa () Técnica () Superior ()
EL COLEGIO DEL QUE PROVIENE ES:	Particular () Nacional () Parroquial ()
HA SUFRIDO O SUFRE USTED DE MALTRATO FISICO:	Nunca () 1-2 ocasiones () +2 ocasiones () Frecuentemente ()
HA SUFRIDO O SUFRE MALTRATO PSICOLOGICO:	Nunca () 1-2 ocasiones () +2 ocasiones () Frecuentemente ()
CONSUME USTED CIGARRILLO:	Nunca () Ocasionalmente () Frecuentemente ()
CONSUME USTED ALCOHOL:	Nunca () Ocasionalmente () Frecuentemente ()
CONSUME ALGUN TIPO DE DROGAS:	Nunca () Ocasionalmente () Frecuentemente ()
TIENE ENAMORADO:	SI () NO ()
A QUE EDAD FUE SU PRIMERA MENSTRUACION:	-de 9 años () 10 años () 11 años () 12 años () 13 años () 14 años () + de 14 años ()
SU CICLO MENSTRUAL ES:	Regular () Irregular ()
HA INICIADO SU VIDA SEXUAL:	SI () NO ()

Anexo 3: Encuesta empleando los Criterios Diagnósticos DSM IV para TDPM

ANEXO

EVALUACION DE SINTOMAS PREMENSTRUALES

Por favor, recuerde lo que le suele pasar la semana previa a la menstruación:

Para marcar "S", el síntoma debe estar presente durante los 7 días previos a la menstruación y ausente al menos por 7 días luego de la menstruación.

1. ¿Se siente triste, con el ánimo decaído o disgustada con usted misma ? 0. No. 1. Sí. ____d.
2. ¿Se siente nerviosa, intranquila o tensa.....? 0. No. 1. Sí. ____d.
3. ¿Su ánimo cambia bruscamente pudiendo repentinamente sentirse triste o llorar, o afectarle en forma exagerada la manera cómo los demás la tratan.....? 0. No. 1. Sí. ____d.
4. ¿Se siente irritable, se molesta o se pelea fácilmente con los demás....? 0. No. 1. Sí. ____d.
5. ¿Pierde el interés por sus actividades de todos los días.....? 0. No. 1. Sí. ____d.
6. ¿Tiene problemas para concentrarse.....? 0. No. 1. Sí. ____d.
7. ¿Se cansa con facilidad, siente que le faltan energías.....? 0. No. 1. Sí. ____d.
8. A. ¿Su apetito disminuye.....? 0. No. 1. Sí. ____d.
B. ¿Come en exceso.....? 0. No. 1. Sí. ____d.
C. ¿Tiene desesperación por comer cierto tipo de alimentos.....? 0. No. 1. Sí. ____d.
D. ¿Desesperación por comer carbohidratos (dulces, galletas, chocolates).....? 0. No. 1. Sí. ____d.
9. A. ¿Tiene dificultad para quedarse dormida.....? 0. No. 1. Sí. ____d.
B. ¿Tiene dificultad para permanecer dormida, se despierta varias veces.....? 0. No. 1. Sí. ____d.
C. ¿Duerme demasiado (>10 horas/día).....? 0. No. 1. Sí. ____d.
10. ¿Se siente abrumada por las cosas o fuera de control.....? 0. No. 1. Sí. ____d.
11. Otros síntomas físicos:
A. ¿Hinchazón o dolor en las mamas.....? 0. No. 1. Sí. ____d.
B. ¿Dolor de cabeza.....? 0. No. 1. Sí. ____d.
C. ¿Dolor en los músculos o las articulaciones.....? 0. No. 1. Sí. ____d.
D. ¿Se le infla el abdomen.....? 0. No. 1. Sí. ____d.
E. ¿Ganancia de peso (la ropa, zapatos o anillos le quedan más ajustados).....? 0. No. 1. Sí. ____d.
12. ¿Interfieren estos síntomas con sus actividades diarias de manera importante.....? 0. No. 1. Sí.
13. ¿Los síntomas han aparecido en la mayoría de ciclos menstruales.....? 0. No. 1. Sí.
14. ¿Desde cuando presenta estas molestias? ____ / ____ / ____
15. ¿Hasta cuando las ha presentado.....? ____ / ____ / ____

Anexo 4: Matriz de sistematización de datos.

MATRIZ DE INFORMACION																
INDIVIDUO	EDAD	ESTRUCTURA FAMILIAR	DEPENDENCIA ECONOMICA	ESTADO CIVIL DE PADRES	NIVEL DE INSTRUCCION	COLEGIO	MALTRATO FISICO	MALTRATO PSICOLOGICO	CONSUMO CIGARILLO	CONSUMO DE ALCOHOL	CONSUMO DROGAS	ENAMORADO	MENARQUIA	CICLO MENSTRUAL	IRS	TDPM
1	1	3	1	1	2	3	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1
2	1	1	1	3	2	3	1	1	2	2	1	2	2	1	2	0
3	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	5	2	2	0
4	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	4	2	2	1
5	1	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	2	3	2	2	1
6	1	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	2	3	2	2	0
7	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	5	2	2	0
8	1	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	2	5	1	2	1
9	1	3	3	6	2	1	1	1	2	2	1	2	4	1	2	1
10	1	1	2	3	2	1	1	1	1	1	1	2	4	1	2	0
11	1	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	1	4	1	2	0
12	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2	1	1	3	1	2	1
13	1	1	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	4	1	2	1
14	1	1	1	3	2	3	1	2	1	2	1	2	5	2	2	1
15	1	3	2	4	2	1	1	2	2	2	1	2	4	1	2	1
16	2	3	1	6	3	2	3	2	1	1	1	2	5	1	2	0
17	1	3	1	3	2	1	1	1	1	2	1	2	3	2	2	1
18	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2	2	2	5	2	2	0
19	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	4	1	2	1
20	1	3	1	4	2	1	1	1	1	1	1	2	5	1	2	0
21	1	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1	2	3	1	2	0
22	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2	2	2	5	2	2	0
23	1	1	1	3	2	3	1	1	1	1	1	2	2	2	2	0
24	1	3	2	3	2	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	0
25	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	2	1
26	1	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1	2	3	2	2	0
27	1	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	1	4	1	2	0
28	1	6	1	1	2	1	1	2	1	1	1	2	3	1	2	0
29	1	1	1	3	2	3	1	1	1	1	1	1	4	2	2	1
30	1	1	1	3	2	3	1	1	1	1	1	2	4	2	2	1
31	1	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	0
32	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	4	1	2	0
33	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2	1	2	4	2	2	0
34	1	1	2	3	2	1	1	3	1	2	1	2	4	1	2	0
35	1	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	3	2	2	1
36	1	1	1	3	3	1	2	2	1	1	1	2	4	1	2	1
37	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2	1	2	3	1	2	0
38	1	3	3	5	2	2	1	1	1	1	1	1	4	1	2	0
39	1	5	5	4	3	1	1	1	1	1	1	2	3	1	2	0
40	1	1	1	2	2	1	1	2	1	1	1	2	4	1	2	0
41	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	1	4	2	2	1
42	2	6	3	4	2	1	1	2	1	2	1	2	4	2	2	0
43	1	3	2	3	2	1	1	1	1	2	1	2	4	2	2	0
44	2	1	1	3	2	1	1	1	2	3	1	2	5	1	2	0
45	1	3	2	1	2	3	1	1	1	1	1	1	2	1	2	1
46	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	4	2	2	0
47	1	1	2	3	2	1	1	1	3	2	1	1	4	2	2	1
48	1	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1	2	3	2	2	0
49	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	0
50	1	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	2	5	1	2	1
51	1	1	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	4	2	2	0
52	2	6	2	2	3	2	1	1	1	1	1	2	4	2	2	0
53	1	3	3	4	2	1	1	1	1	2	1	2	4	1	2	0
54	1	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1	1	3	1	2	1
55	1	1	1	3	2	1	2	2	1	2	1	2	3	2	2	0
56	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	1
57	1	1	1	3	2	3	1	1	2	2	1	2	2	1	2	0
58	1	3	1	3	2	1	1	2	2	2	1	1	4	2	2	0
59	1	6	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	5	2	2	1
60	1	1	1	3	2	1	1	3	1	2	1	1	4	2	2	0
61	1	3	1	3	2	1	1	1	2	2	1	2	4	1	2	0
62	1	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1	2	3	1	2	1
63	1	4	2	4	2	1	3	3	2	2	1	2	2	1	2	0
64	1	1	2	3	3	1	4	4	1	1	1	2	4	1	2	0
65	1	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	2	4	1	2	0
66	2	3	1	4	3	1	2	1	2	2	1	1	3	1	2	0
67	1	6	1	3	2	1	2	4	2	1	1	2	2	2	2	1
68	1	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	2	5	2	2	1
69	1	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	2	3	1	2	1
70	1	1	1	3	2	1	1	1	2	3	1	2	5	1	1	0
71	1	1	1	3	2	1	1	3	3	2	2	2	3	2	2	0
72	1	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1	2	3	2	2	0
73	2	3	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	0
74	1	3	6	5	2	1	1	2	1	1	1	2	4	2	2	0
75	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2	1	2	4	1	2	0
76	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	1
77	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2	1	1	5	1	2	0
78	1	3	1	4	2	1	1	4	2	2	1	2	2	2	2	0
79	1	6	3	4	2	1	3	3	1	1	1	1	4	2	2	1
80	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2	1	2	2	2	2	0
81	2	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	1	4	2	2	0
82	1	3	1	4	3	1	1	2	2	2	2	2	7	2	2	0
83	1	1	1	3	2	1	2	3	1	1	1	2	6	2	2	0
84	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2	0
85	1	1	1	2	2	3	2	1	2	2	1	2	3	1	2	0
86	1	5	1	3	2	1	1	2	1	1	1	2	4	2	2	0
87	1	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	2	4	1	2	0
88	1	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	1	4	1	2	0
89	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2	1	2	5	1	2	1
90	2	1	3	3	3	1	1	2	1	2	1	2	3	1	1	0
91	1	4	3	1	3	1	1	1	1	2	1	2	6	1	2	0

92	2	4	1	3	3	1	1	1	2	2	1	2	3	1	2	0
93	2	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	5	2	2	0
94	2	3	1	5	3	1	1	1	2	2	1	2	3	2	1	0
95	2	3	1	1	3	3	1	1	1	1	1	2	4	2	2	0
96	2	1	1	3	3	1	1	1	3	3	1	1	5	2	2	0
97	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	2	6	2	2	0
98	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	1
99	1	1	1	3	2	3	1	1	1	2	1	1	4	2	2	0
100	1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1	2	4	2	2	1
101	2	3	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	6	1	2	0
102	1	4	1	3	3	2	1	1	1	1	1	2	4	2	2	0
103	1	1	2	3	2	1	1	2	2	2	1	2	5	1	2	1
104	1	3	1	4	2	1	1	1	1	2	1	2	4	2	2	0
105	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	1	4	2	2	1
106	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	1
107	2	3	3	1	3	1	1	2	2	2	1	1	5	1	1	0
108	1	2	1	1	3	1	1	1	1	2	1	2	4	2	1	0
109	2	1	1	3	3	1	1	1	2	1	1	2	4	2	1	0
110	1	4	4	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	0
111	1	1	1	3	3	1	2	1	1	1	1	2	3	2	2	1
112	1	1	2	3	2	1	1	1	1	2	1	2	3	2	2	0
113	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	2	4	1	2	0
114	1	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	2	4	2	2	0
115	2	3	1	1	2	1	1	1	1	2	1	2	5	1	2	0
116	2	1	1	3	3	1	1	2	1	1	1	2	7	1	2	1
117	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1
118	2	3	2	3	3	1	1	2	3	2	1	2	5	2	1	0
119	2	6	1	1	3	3	1	2	1	2	1	2	3	2	2	1
120	1	1	2	3	2	1	2	1	2	2	1	2	3	2	2	0
121	2	1	1	3	3	1	1	2	2	2	1	2	4	2	2	0
122	2	1	2	3	3	1	1	1	1	2	1	2	4	1	1	0
123	2	1	1	2	3	1	2	1	1	1	1	2	5	2	2	0
124	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	2	1	2	2	0
125	2	3	1	6	3	1	1	1	1	1	1	1	5	1	2	0
126	2	3	2	1	3	1	3	1	1	1	1	1	4	2	1	0
127	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0
128	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	3	1	2	0
129	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	5	2	2	0
130	1	1	1	3	2	1	1	2	1	2	1	2	5	1	2	0
131	1	1	1	3	3	1	1	1	3	2	1	2	5	2	2	0
132	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	6	2	2	0
133	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	4	2	2	0
134	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	2	6	2	2	0
135	1	5	5	6	2	1	1	1	2	2	1	2	4	1	1	1
136	1	3	1	4	2	1	1	4	2	1	1	2	3	2	2	1
137	2	1	1	6	2	1	3	3	2	2	1	1	2	1	2	1
138	1	3	1	4	2	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	0
139	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2	0
140	1	1	1	3	2	3	1	1	1	1	1	1	6	1	2	1
141	1	1	1	3	2	3	1	1	1	1	1	1	5	1	2	0
142	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	6	2	2	0
143	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	2	2	6	2	2	0
144	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	1
145	1	1	1	3	2	3	1	1	1	1	1	2	3	1	2	0
146	1	1	1	3	2	3	1	1	1	1	1	2	3	1	2	0
147	1	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	2	6	2	2	0
148	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	2	5	2	2	0
149	1	1	1	3	2	1	2	1	1	1	1	1	5	1	1	0
150	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	5	1	2	0
151	1	1	1	3	2	3	1	1	1	1	1	2	3	1	2	0
152	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	3	2	2	0
153	1	1	1	3	2	1	1	2	1	1	1	2	5	1	2	0
154	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	5	2	2	0
155	2	6	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	4	2	2	0
156	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	5	2	2	0
157	2	3	1	4	3	1	1	2	1	2	1	2	4	2	2	0
158	2	6	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	4	2	2	0
159	2	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	4	2	2	0
160	1	3	1	3	3	1	2	2	1	2	1	2	2	1	2	0
161	2	5	1	2	3	1	1	1	1	1	1	2	5	2	2	0
162	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	5	2	2	0
163	3	6	6	1	3	3	1	1	2	2	1	1	6	2	1	0
164	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	2	6	2	2	0
165	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	0
166	2	3	3	1	3	1	1	1	1	1	1	2	4	2	2	0
167	1	3	1	4	3	3	1	1	1	1	1	2	4	1	2	0
168	1	3	1	4	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	0
169	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	2	2	1	2	0
170	2	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	2	4	2	1	0
171	2	1	1	3	3	1	2	2	2	2	2	2	6	1	1	0
172	2	1	1	3	2	1	2	2	1	2	3	2	5	2	1	1
173	2	3	3	3	3	1	1	3	1	2	1	1	5	2	2	1
174	2	1	1	3	3	3	1	1	2	2	2	1	2	3	2	1
175	2	1	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	4	2	1	1
176	2	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1	2	4	1	2	1
177	2	6	1	2	3	3	2	2	1	1	1	2	4	2	2	0
178	2	6	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	5	2	2	0
179	2	3	3	1	3	1	1	1	1	1	1	2	7	2	2	1
180	1	4	1	4	3	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	1
181	2	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	4	2	2	1
182	2	1	1	2	3	2	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1
183	2	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	4	2	2	0
184	1	1	1	2	3	2	1	1	1	1	1	1	1	2	2	0
185	1	4	2	4	2	1	2	2	2	2	2	1	6	2	1	1
186	2	1	1	2	3	1	1	2	3	2	2	1	3	2	2	0
187	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2	1	1	4	2	2	1
188	1	2	1	4	2	1	1	1	2	2	1	2	3	1	2	0
189	1	1	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	3	2	2	1
190	1	1	1	3	5	1	1	2	2	2	1	1	4	2	2	1
191	1	1	1	3	2	1	1	1	2	3	1	2	3	1	2	1
192	1	3	3	3	2	1	2	1	2	2	1	2	4	1	2	0
193	1	1	1	3	5	1	1	1	2	2	1	2	4	1	2	0

194	2	1	1	3	6	1	1	1	1	1	1	2	5	2	2	0
195	1	3	1	4	2	1	1	1	1	2	1	2	4	2	2	0
196	1	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1	2	2	1	2	0
197	1	1	1	3	2	1	1	3	2	2	1	2	3	2	1	0
198	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	4	2	2	0
199	1	3	1	4	2	1	3	2	1	2	1	2	5	2	2	0
200	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	2	4	2	2	0
201	1	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	6	2	2	0
202	1	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	2	6	2	2	0
203	1	1	1	3	2	1	1	2	2	3	1	2	2	2	2	0
204	1	3	1	4	2	3	1	1	1	1	1	1	3	2	2	0
205	1	1	1	3	2	3	1	1	1	1	1	2	3	2	2	0
206	2	1	1	3	2	1	3	3	1	1	1	1	3	1	2	0
207	1	1	1	3	2	1	1	4	1	2	1	2	3	1	2	0
208	1	2	1	4	2	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1
209	1	6	6	1	2	1	1	1	2	2	1	2	4	2	2	1
210	2	3	1	4	2	1	1	1	2	1	1	2	4	2	2	1
211	1	1	1	3	2	1	1	1	2	1	1	1	5	2	2	1
212	1	1	1	3	2	1	1	1	3	1	1	2	7	2	2	0
213	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2	1	2	3	1	2	0
214	1	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	0
215	1	1	1	3	2	1	1	1	2	1	1	2	3	2	2	0
216	2	1	1	3	2	1	1	1	2	2	1	2	5	1	2	0
217	1	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	6	2	2	0
218	1	1	1	2	2	3	2	2	1	2	1	1	4	2	2	0
219	1	1	2	3	2	1	1	1	1	1	1	2	4	1	2	0
220	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	2	4	1	2	0
221	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2	1	1	4	1	2	0
222	1	1	1	3	2	1	2	2	2	2	1	1	4	1	2	0
223	1	1	2	3	2	1	1	4	1	1	1	2	4	2	2	0
224	2	3	3	4	2	1	1	1	1	1	1	1	5	2	2	0
225	1	1	1	3	2	3	2	3	1	1	1	2	4	2	2	0
226	1	3	3	2	1	1	2	1	1	1	1	2	3	1	2	0
227	1	1	1	2	2	3	1	1	3	3	1	2	4	2	2	0
228	1	1	1	3	2	1	1	1	1	2	1	1	4	2	2	0
229	1	1	1	3	2	1	1	1	2	2	1	2	3	2	2	0
230	2	1	1	2	3	1	2	1	2	2	1	2	4	2	2	0
231	2	1	1	3	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	0
232	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	6	1	1	0
233	2	6	1	3	3	1	1	2	1	1	1	1	4	2	1	0
234	2	1	1	3	3	1	1	1	2	2	3	1	6	1	1	0
235	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	1
236	2	1	1	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	0
237	2	1	1	3	3	3	1	1	2	1	1	2	4	2	2	1
238	2	3	1	4	3	1	1	1	1	1	1	1	6	2	2	1
239	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	1
240	2	1	1	3	3	1	1	2	1	1	1	1	2	1	1	0
241	2	2	1	2	3	1	1	3	1	2	1	2	5	1	1	0
242	2	1	1	3	3	1	1	2	1	2	1	2	3	2	1	0
243	2	1	1	2	2	1	1	4	2	2	2	1	2	1	2	1
244	2	3	1	2	3	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	0
245	2	1	2	3	3	1	1	1	2	2	1	2	4	1	1	1
246	2	6	1	3	3	2	1	1	1	2	1	2	4	2	2	0
247	2	3	3	1	3	2	1	1	1	1	1	2	3	2	2	1
248	2	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	2	4	2	2	1
249	2	1	1	3	3	3	1	2	1	1	1	2	5	1	2	1
250	2	3	1	1	3	1	1	2	2	2	1	2	6	2	2	1
251	1	1	1	2	3	2	1	1	1	1	1	2	4	2	2	0
252	2	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1	2	5	2	2	0
253	2	1	1	3	3	3	1	1	1	2	1	2	4	1	2	0
254	2	1	3	6	3	1	1	2	1	1	1	1	3	2	2	1
255	2	1	1	3	2	2	1	1	1	1	1	2	4	2	2	0
256	1	6	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	5	2	2	0
257	1	3	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	5	1	2	0
258	2	2	1	4	3	1	1	1	1	2	1	2	3	2	2	0
259	2	1	1	3	3	1	1	2	1	2	1	2	5	2	1	1
260	2	1	1	3	3	1	1	2	2	2	1	2	4	1	1	0
261	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	1	1	2	0
262	2	1	1	3	3	1	1	2	2	1	1	2	4	1	2	0
263	2	3	3	3	3	1	1	1	1	2	1	2	6	2	2	1
264	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	1	4	1	2	0
265	2	1	1	3	3	1	1	2	1	1	1	1	4	1	1	0
266	2	1	1	2	3	1	2	3	1	1	1	1	5	2	2	0
267	1	1	1	3	3	1	1	1	3	3	1	2	6	2	2	0
268	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	2	4	2	2	1
269	2	3	3	4	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1
270	2	1	1	3	3	2	1	1	2	2	1	2	6	1	1	0
271	2	3	2	4	3	2	1	1	1	1	1	2	7	2	2	0
272	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	3	1	2	0
273	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	2	4	2	2	1
274	1	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	2	4	1	1	0
275	2	1	1	1	5	1	1	2	1	1	1	1	3	1	2	1
276	2	4	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	4	2	2	1
277	2	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1	2	4	2	2	0
278	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	0
279	2	1	1	3	2	1	2	2	1	1	1	2	4	2	2	0
280	2	3	1	1	3	3	1	1	1	2	1	2	6	1	2	0
281	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1
282	1	1	1	3	3	1	2	1	1	1	1	2	5	2	2	0
283	2	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2	0
284	2	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	2	6	2	2	0
285	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	0
286	2	3	3	1	3	1	1	1	1	1	1	2	4	2	2	0
287	2	1	1	3	2	3	1	1	1	1	1	2	5	2	2	0
288	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	3	1	2	0
289	3	3	3	4	3	1	2	1	1	1	1	2	4	2	2	0
290	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	5	2	2	0
291	2	1	1	3	3	2	1	1	3	3	1	1	2	2	1	1
292	2	3	3	1	3	1	1	2	3	3	1	2	3	2	2	1
293	2	3	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	5	2	2	0
294	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	3	1	2	0
295	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2	0

296	2	1	1	2	3	1	1	1	1	2	1	2	3	1	2	0
297	2	1	1	3	3	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	0
298	2	3	3	5	3	1	1	1	1	2	1	2	3	2	2	0
299	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	5	2	2	0
300	2	6	1	4	3	3	1	1	1	1	1	2	3	2	2	1
301	2	3	3	1	3	3	1	2	1	2	1	2	3	1	2	0
302	2	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1	1	3	1	1	1
303	2	6	1	1	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1
304	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1
305	2	3	1	3	3	1	1	1	2	2	1	2	5	2	1	1
306	3	1	1	1	3	2	1	1	1	1	1	2	3	2	2	1
307	1	2	1	6	3	3	2	2	1	1	1	2	2	2	2	0
308	2	1	1	3	3	1	1	3	1	2	1	2	4	2	2	0
309	2	1	1	3	3	1	1	3	2	2	1	1	3	2	1	0
310	2	1	1	2	3	1	1	1	1	2	1	1	2	2	1	0
311	2	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	2	5	1	2	0
312	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	5	1	2	1
313	2	6	3	1	3	1	1	1	2	2	1	2	3	2	2	1
314	2	1	1	4	3	1	1	1	2	2	1	2	4	2	2	1
315	2	6	1	1	3	1	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1
316	2	1	1	3	3	1	1	2	1	2	1	2	4	2	2	0
317	1	3	5	3	3	3	1	1	1	1	1	2	2	2	2	0
318	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	2	3	2	2	0
319	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	0
320	2	1	1	3	3	3	1	1	1	2	1	2	3	2	2	0
321	2	3	1	4	3	1	1	1	1	2	1	2	5	2	2	1
322	2	1	1	3	3	1	3	3	2	2	1	1	4	2	1	1
323	2	3	1	1	3	1	1	1	1	2	1	2	3	2	2	1
324	2	3	1	3	3	2	1	1	1	1	1	1	3	1	2	0
325	2	1	1	3	3	1	1	2	2	1	1	2	7	2	2	0
326	2	3	1	2	3	1	1	1	2	1	1	1	3	1	2	0
327	1	3	1	3	3	3	1	1	2	2	1	2	7	2	1	0
328	2	1	1	1	3	1	1	2	3	2	1	1	2	1	2	1
329	2	1	1	3	3	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1
330	3	6	6	1	2	3	1	2	1	2	1	1	2	2	1	1
331	2	3	1	6	3	1	3	3	2	2	1	1	4	2	1	1
332	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	4	1	2	0
333	2	3	3	1	3	1	3	3	1	2	1	1	5	2	2	0
334	2	1	3	1	3	1	1	1	2	2	1	2	3	2	1	0
335	1	1	1	1	3	1	1	1	2	1	1	2	7	1	2	0
336	2	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1	2	3	2	1	0
337	2	3	3	4	3	1	1	1	1	1	1	2	4	2	2	1
338	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	1
339	2	1	1	3	2	2	2	2	1	1	1	2	5	1	2	1
340	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1
341	1	1	1	3	3	1	1	1	3	2	1	2	4	2	2	1
342	2	1	1	3	3	1	2	3	2	2	1	1	3	2	1	1
343	1	6	1	3	3	1	2	1	1	1	1	2	5	2	2	1
344	2	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1	1	3	2	2	1
345	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	4	2	2	1
346	1	4	1	3	3	1	1	2	2	2	1	1	4	2	1	1
347	2	1	3	6	3	3	2	1	1	1	1	1	2	2	2	0
348	2	1	2	2	3	1	2	2	1	2	1	2	6	1	2	1
349	2	1	1	3	3	1	3	4	2	2	1	2	4	2	2	1
350	1	3	1	4	3	1	2	3	1	1	1	1	5	2	2	0
351	4	1	6	3	4	2	1	2	1	2	1	1	4	2	1	1
352	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	4	2	2	0
353	2	1	1	2	3	1	3	3	1	1	1	1	4	2	1	0
354	2	4	1	3	3	2	2	1	1	1	1	2	5	1	2	0
355	2	3	1	3	3	1	1	1	2	1	1	2	5	2	2	1
356	1	1	1	3	3	3	1	1	2	2	1	1	3	2	2	1
357	2	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1	2	7	1	2	1
358	1	1	2	3	3	2	2	1	1	2	1	1	5	1	2	0
359	2	3	2	3	3	1	1	2	2	2	1	2	5	2	1	0
360	2	1	1	3	3	3	1	1	1	1	2	1	3	1	2	0
361	1	4	1	3	3	1	1	2	1	1	1	2	4	2	2	0
362	1	6	1	3	3	1	2	1	2	2	1	1	5	1	1	0
363	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	2	4	1	2	0
364	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	1	3	1	1	1
365	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1
366	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	4	2	2	0
367	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	1	4	2	2	1
368	2	1	1	3	3	3	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1
369	2	3	3	4	3	1	1	2	2	2	1	2	7	2	2	1
370	2	1	1	2	3	1	1	1	1	2	1	1	6	2	2	1
371	2	1	1	3	3	2	1	1	1	1	1	1	3	1	2	0
372	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	1	3	1	2	1
373	1	3	3	3	3	1	1	2	1	1	1	2	6	1	2	0
374	2	1	1	3	3	2	1	1	1	1	1	2	3	2	2	0
375	2	6	1	4	3	1	2	3	2	2	1	1	3	2	2	0
376	2	1	1	3	3	1	1	2	1	2	1	1	1	2	1	1
377	2	6	2	6	3	1	3	4	2	2	1	1	2	2	1	1
378	2	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	2	2	2	2	0
379	2	1	1	3	3	2	1	1	1	2	1	1	4	2	2	0
380	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	0
381	1	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	2	3	1	2	1
382	2	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1	2	4	2	2	1
383	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	4	2	2	0
384	2	1	1	3	3	3	1	3	1	1	1	1	4	2	2	0
385	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	3	1	2	0
386	2	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	2	1	2	2	0
387	2	1	1	3	3	3	1	1	2	2	1	2	2	1	2	0
388	2	6	1	3	3	1	1	1	2	2	1	2	4	2	1	0
389	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	4	2	2	0
390	2	1	1	4	3	1	2	2	2	2	1	2	3	2	2	1
391	2	4	1	1	3	3	1	1	1	2	1	1	6	2	2	1
392	2	1	1	3	3	2	3	4	2	2	1	1	3	2	1	1
393	2	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1	2	2	2	1	1
394	2	3	3	4	3	1	1	1	2	2	1	1	5	2	1	0
395	2	3	3	5	3	2	1	1	2	2	1	2	3	2	2	0
396	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	3	1	2	0
397	2	5	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	5	1	2	0

398	3	3	3	4	3	1	1	1	2	2	1	1	4	2	1	0	
399	2	3	3	1	2	1	2	2	2	1	2	2	3	1	1	0	
400	2	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1	1	6	1	2	1	
401	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	2	6	1	2	1	
402	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	2	4	1	2	1	
403	2	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1	2	5	2	2	1	
404	2	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	3	2	2	1	
405	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	5	1	2	0	
406	2	6	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2	0	
407	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	4	1	2	0	
408	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	2	6	1	2	0	
409	2	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1	1	3	2	1	0	
410	2	3	2	3	3	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	0	
411	1	3	1	4	3	1	1	2	2	1	1	1	3	2	1	0	
412	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	6	2	2	0	
413	2	6	1	2	2	1	1	3	2	2	1	2	3	2	2	0	
414	2	3	1	2	3	1	1	1	1	2	1	2	3	2	1	1	
415	2	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1	1	1	2	2	1	
416	2	1	1	3	3	1	1	1	2	2	1	2	5	2	2	1	
417	2	1	1	3	3	2	1	1	1	1	1	2	5	1	2	0	
418	2	3	1	4	3	1	1	1	2	2	1	2	6	2	2	0	
419	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	0	
420	1	3	1	1	5	1	1	2	1	2	1	2	5	1	2	0	
421	2	1	1	3	3	1	4	1	1	1	1	2	3	1	2	0	
422	1	1	2	1	3	2	2	2	2	2	1	2	4	1	2	0	
423	1	1	1	3	3	3	1	1	1	2	1	1	5	1	2	0	
424	1	1	1	3	3	3	1	2	1	1	1	2	3	2	2	1	
425	2	1	1	3	3	2	1	2	1	1	1	2	6	2	2	1	
426	2	1	1	3	3	2	1	2	1	1	1	2	5	2	2	1	
427	2	1	1	2	3	1	2	2	2	2	1	2	4	2	2	1	
428	2	1	1	3	3	1	2	4	1	2	1	2	4	2	2	1	
429	2	3	1	4	3	1	1	1	1	2	1	2	5	2	2	0	
430	2	1	1	3	3	1	3	4	2	2	1	2	4	2	2	0	
431	2	3	2	1	3	1	1	1	1	1	1	2	6	2	2	0	
432	2	1	2	2	3	1	1	1	1	1	1	2	5	1	2	0	
433	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	5	2	2	0	
434	2	6	1	4	3	1	1	1	1	1	1	1	4	2	2	0	
435	1	1	1	3	3	2	1	2	3	1	1	1	2	5	1	2	1
436	2	1	1	3	3	1	3	3	2	2	1	2	6	1	2	1	
437	2	4	1	3	3	3	1	1	1	1	1	2	3	2	2	0	
438	2	3	1	3	3	1	2	2	1	2	1	2	3	2	1	1	
439	3	6	3	4	4	2	1	1	1	2	1	1	5	2	1	0	
440	2	1	1	2	3	2	1	2	1	1	1	2	3	2	2	0	
441	2	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	2	4	2	2	0	
442	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	0	
443	1	6	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	3	1	2	0	
444	1	3	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	4	2	2	1	
445	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	2	6	1	2	0	
446	2	3	1	3	3	1	1	1	2	2	1	2	4	2	2	1	
447	2	3	1	4	3	1	1	1	1	3	1	3	5	1	2	0	
448	2	1	1	3	3	3	1	1	1	1	1	1	4	1	2	1	
449	2	1	1	3	3	1	1	3	1	2	1	2	2	1	1	0	
450	3	3	3	4	2	2	1	1	1	2	1	1	3	2	1	0	
451	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	
452	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	4	1	2	0	
453	2	1	1	2	2	1	1	1	1	2	1	2	4	2	2	0	
454	2	3	3	6	3	1	1	2	1	1	1	2	3	2	2	0	
455	2	5	5	1	3	1	2	2	3	2	1	2	5	2	1	1	
456	2	1	2	3	2	3	1	2	1	1	1	2	4	2	2	0	
457	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	0	
458	1	1	1	2	3	1	1	1	1	1	1	2	4	2	2	0	
459	2	1	2	3	3	1	1	1	1	2	1	2	4	2	2	1	
460	2	1	1	3	3	2	1	1	1	2	1	2	3	1	2	0	
461	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	4	1	2	1	
462	2	3	1	1	3	3	1	1	1	2	1	2	4	2	1	1	
463	2	1	1	3	3	2	1	1	2	2	1	2	4	2	1	0	
464	3	6	1	3	3	1	2	4	2	2	1	2	4	2	2	0	
465	2	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	2	5	2	2	0	
466	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	2	3	2	2	1	
467	1	1	1	3	3	1	1	1	1	2	1	2	3	2	2	0	
468	2	1	1	3	3	1	1	1	1	1	1	1	4	2	2	0	
469	2	1	2	3	3	1	1	1	1	1	1	2	4	2	2	0	
470	2	1	1	3	3	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	1	