

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**“Características Clínicas y Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en
pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital
Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016”**

Tesis presentada por la Bachiller:

ELIZABETH MAYRA HUAMANÍ LOPEZ

Para optar el Título Profesional de

MÉDICO CIRUJANO

Asesor: Dr. Ervis Alvarado Dueñas

Arequipa - Perú

2016

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN.....	3
ABSTRACT.....	4
INTRODUCCIÓN.....	5
CAPÍTULO I: MATERIALES Y MÉTODOS.....	6
CAPÍTULO II: RESULTADOS.....	11
CAPÍTULO III: DISCUSIÓN Y COMENTARIOS.....	33
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	45
BIBLIOGRAFÍA.....	50
ANEXOS.....	51
ANEXO 1: Proyecto de Tesis.....	52
ANEXO 2: Matriz de Datos.....	116

RESUMEN

Objetivos. Determinar las Características Clínicas y la Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) en una muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016.

Métodos. Estudio descriptivo, observacional, transversal y de asociación simple. Se encuestaron 200 pacientes hospitalizadas, de las cuales 192 llenaron de manera correcta los instrumentos suministrados, estas tenían una edad comprendida entre 18 años a 47 años a mas, que estuvieron hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. A cada paciente se le aplicó un cuestionario de datos clínicos, y la encuesta basada en los criterios DSM-IV para el diagnóstico de TDPM modificada por Vega-Dienstmaier. Se determinó la frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual y las características clínicas de la muestra y la relación entre las variables de estudio mediante la prueba de X^2 y $P < 0.05$.

Resultados. De las 192 pacientes hospitalizadas: la edad que predominó fue entre 18 a 27 años (70,3%), con Secundaria completa y Superior Incompleta (69,8%), católicas (74,5%), solteras (60,9%), procedentes de Arequipa (83,9%), sin antecedente familiar psiquiátrico (82,8%), con una hospitalización en el servicio (58,3%), con ciclo menstrual irregular (54,2%), que no utilizan método anticonceptivo alguno (64,1%) y de las que lo utilizan el método de barrera con preservativo (31,9%) es el más frecuente. La frecuencia del TDPM fue de 32,3%. Se estableció relación estadística significativa ($P < 0.05$) entre la presencia de TDPM y las siguientes características clínicas: Antecedente Familiar Psiquiátrico, Número de Hospitalizaciones, Tipo de Ciclo Menstrual, Uso de algún método anticonceptivo y dentro de estos el método del ritmo es el más frecuente

Conclusiones. La presencia de TDPM es alta en la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y existe relación estadística significativa entre la presencia de este trastorno y el Antecedente Familiar Psiquiátrico, Número de Hospitalizaciones, Tipo de Ciclo Menstrual, Uso de algún método anticonceptivo y dentro de estos el método del ritmo es el más frecuente.

ABSTRACT

Objectives. To determine the clinical characteristics and frequency of Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) in a sample of hospitalized patients of the Gynecology and Obstetrics Department of Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital, 2016.

Methods. Descriptive, observational, cross-sectional study of simple association. They filled 200 hospitalized patients, of which 192 filled correctly supplied instruments, these were aged between 18 to 48 years old, who were hospitalized in the Department of Gynecology and Obstetrics at Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital surveyed. Each patient was administered a questionnaire clinical data, and survey based on DSM-IV criteria for the diagnosis of PMDD modified by Vega-Dienstmaier. The frequency of Premenstrual Dysphoric Disorder and clinical characteristics of the sample and the relationship between the study variables was determined by X2 test and $P < 0.05$.

Results. Of the 192 hospitalized patients: the predominant age was between 18-27 years (70.3%) with complete secondary and incomplete higher (69.8%), Catholic (74.5%), single (60.9%), from Arequipa (83.9%), without psychiatric family history (82.8%), with a hospitalization service (58.3%), with irregular menstrual cycle (54.2%), which do not use any contraceptive method (64.1%) and those who use the barrier method with condom (31.9%) is the most common. The frequency of PMDD was 32.3%. It established statistically significant relationship ($P < 0.05$) between the presence of PMDD and the following clinical features: Psychiatric family history, hospitalizations, type Menstrual Cycle, Using contraception and within these the rhythm method is the most common

Conclusions. The presence of PMDD is high in the sample of hospitalized patients of Gynecology and Obstetrics Department at Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital and there is a significant statistical relationship between the presence of this disorder and the psychiatric family history, hospitalizations, type Menstrual Cycle using contraception and within these the rhythm method is the most common.

INTRODUCCIÓN

La vida reproductiva de la mujer se caracteriza por cambios hormonales sustanciales, estos mismos implican una serie de cambios a nivel fisiológico y hormonal. La salud mental de la mujer está implicada justamente en este ciclo vital, el género femenino implica una mayor predisposición a sufrir de trastornos mentales, se indica una prevalencia de 4% al 6% de enfermedad psiquiátrica en general, los trastornos en el ciclo vital, se define como la fase reproductiva de las mujeres, aquella que abarca todos los posibles eventos relacionados con la función reproductiva femenina: la primera menstruación(menarquia), el ciclo menstrual, la gestación, el parto, el postparto, la lactancia, la perimenopausia, el cese de la menstruación(climaterio) y el periodo que le sigue conocido como la posmenopausia. Dentro de estos trastornos asociados a estos eventos vitales en la vida reproductiva de la mujer se encuentra el Trastorno Disfórico Premenstrual. La frecuencia de este trastorno es de 2 al 8% en la población general, y justamente provoca disfunción y alteración de las actividades social, familiar y laboral. Por tal motivo decidimos realizar el presente proyecto de tesis, pensando en la carga y el impacto que este trastorno tendrá en las pacientes del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en las cuales pretendemos investigar.



CAPÍTULO I

MATERIALES Y MÉTODOS

1. TÉCNICAS, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN

1.1 TÉCNICAS:

En la presente investigación se aplicó la técnica de la encuesta.

1.2 INSTRUMENTOS:

Los instrumentos que se aplicaron fueron una ficha de recolección de datos clínicos (Anexo 1), los Criterios diagnósticos de la DSM-IV para el Trastorno Disfórico Premenstrual (Anexo 2), estos instrumentos permitieron consignar todos los datos referidos a las variables de estudio.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial:

La investigación fue realizada en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza ubicado en el Cercado de Arequipa, Provincia de Arequipa, Departamento de Arequipa.

2.2. Ubicación temporal:

La investigación se realizó entre los meses de Marzo, Abril y Mayo del 2016.

2.3. Unidades de estudio:

Se estudió a las pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

2.4. Población:

Todas las pacientes mujeres hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo de estudio.

Muestra: Se estudió una muestra por conveniencia, tomando a las pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza que accedieron de manera voluntaria al llenado de los instrumentos, en total se encuestó a 198 pacientes hospitalizadas de las cuales solo 192 llenaron de manera correcta los instrumentos.

Además, los integrantes de la muestra debían de cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**
 - Participación voluntaria en el estudio
 - Consentimiento informado firmado por la participante
 - Ser paciente de sexo femenino hospitalizada en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo de estudio.
- **Criterios de Exclusión**
 - Fichas de encuesta incompletos o mal llenados

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Se solicitó autorización a la Dirección del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, así como también a la Jefatura del Servicio de Ginecología y Obstetricia del mencionado hospital para la realización del estudio.
- Se informó a las participantes acerca de la forma adecuada de llenado de la ficha de recolección de datos clínicos, los Criterios diagnósticos de la DSM-IV para el Trastorno Disfórico Premenstrual y se procedió a aplicar los instrumentos.
- Una vez concluida la recolección de los datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su interpretación y posterior análisis.
- Finalmente se realizó el informe final de la investigación.

3.2 Criterios para manejo de resultados

a) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1, el Anexo 2 fueron codificados y tabulados de manera alfanumérica para su análisis y posterior interpretación.

b) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos en Microsoft-Excel 2010, donde se transcribieron los datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso.

c) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación alfanumérica de los datos para facilitar su manejo estadístico y el posterior procesamiento de los mismos utilizando el programa estadístico SPSS v22.0.

d) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

e) Plan de análisis

Se empleó la estadística descriptiva con distribución de frecuencias (absolutas y relativas); las variables categóricas se presentaron como proporciones. Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Microsoft-Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete SPSSv.22.0.

Se utilizaron las pruebas de Chi cuadrado X^2 y el coeficiente de correlación P para definir si existe o no relación estadística significativa entre las variables cualitativas evaluadas.



CAPÍTULO II

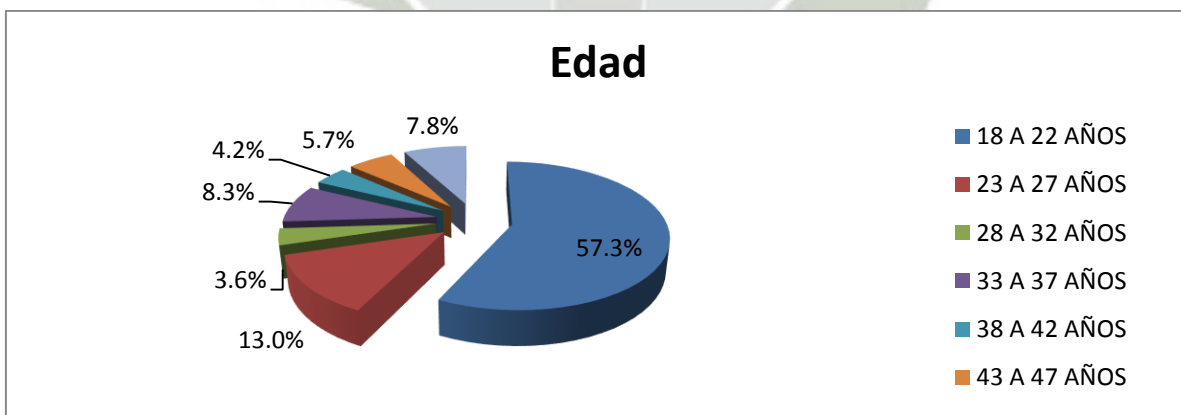
RESULTADOS

**“Características Clínicas y Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en
pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital
Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016”**

Tabla y Grafico N°1: Edad de la Muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

Edad	f	%
18 A 22 AÑOS	110	57,3
23 A 27 AÑOS	25	13,0
28 A 32 AÑOS	7	3,6
33 A 37 AÑOS	16	8,3
38 A 42 AÑOS	8	4,2
43 A 47 AÑOS	11	5,7
MAS DE 48 AÑOS	15	7,8
Total	192	100,0

La Tabla y Grafico N°1, muestra que el 70,3% de las pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza tiene un rango de edad que fluctúa entre los 18 a 27 años.



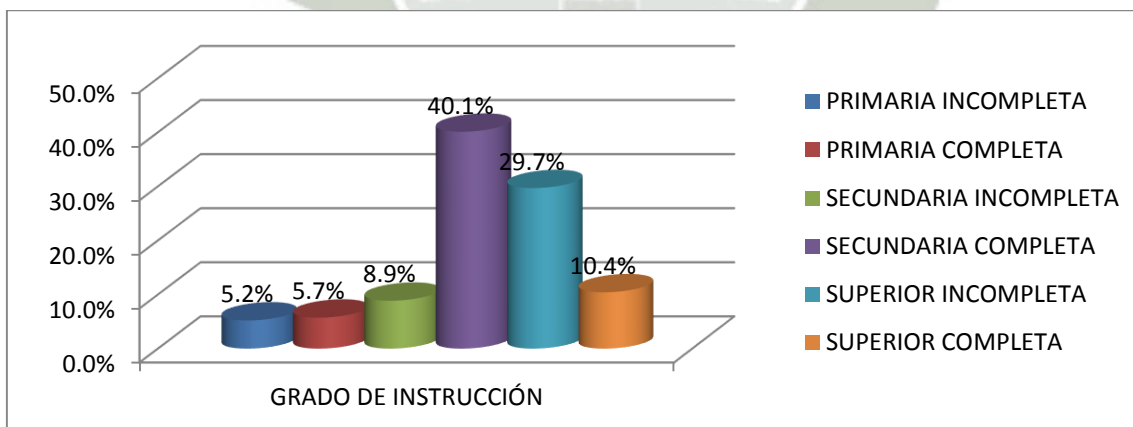
Fuente: Elaboración propia

**“Características Clínicas y Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en
pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital
Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016”**

**Tabla y Grafico N°2: Grado de Instrucción de pacientes hospitalizadas del Servicio de
Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de
Arequipa**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	f	%
PRIMARIA INCOMPLETA	10	5,2
PRIMARIA COMPLETA	11	5,7
SECUNDARIA INCOMPLETA	17	8,9
SECUNDARIA COMPLETA	77	40,1
SUPERIOR INCOMPLETA	57	29,7
SUPERIOR COMPLETA	20	10,4
Total	192	100,0

La Tabla y Grafico N°2, muestra que el 40,1% de las pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza declararon tener Secundaria Completa, el 29,7% Superior Incompleta, el 10,4% superior completa y solo el 5,2% Primaria Incompleta.



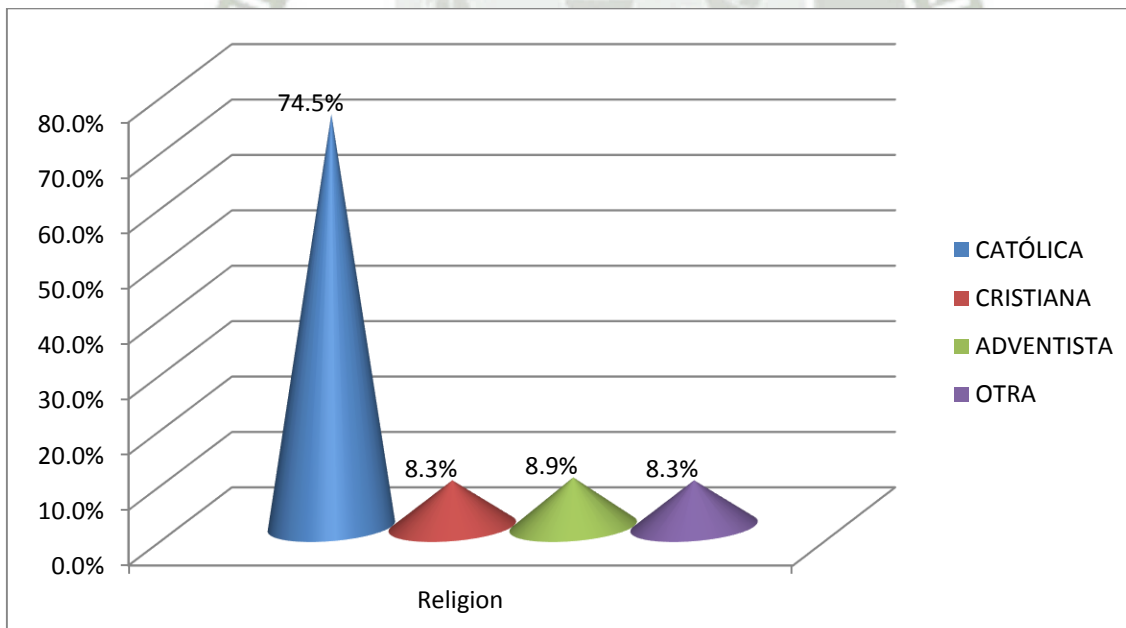
Fuente: Elaboración propia

**“Características Clínicas y Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en
pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital
Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016”**

**Tabla y Grafico N°3: Religión de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología
y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa**

RELIGIÓN	f	%
CATÓLICA	143	74,5
CRISTIANA	16	8,3
ADVENTISTA	17	8,9
OTRA	16	8,3
Total	192	100,0

La Tabla y Grafico N°3, muestra que el 74,5% de las pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza declararon ser católicas, el 8,9% adventista y solo el 8,3% ser cristianas o profesar otra religión.



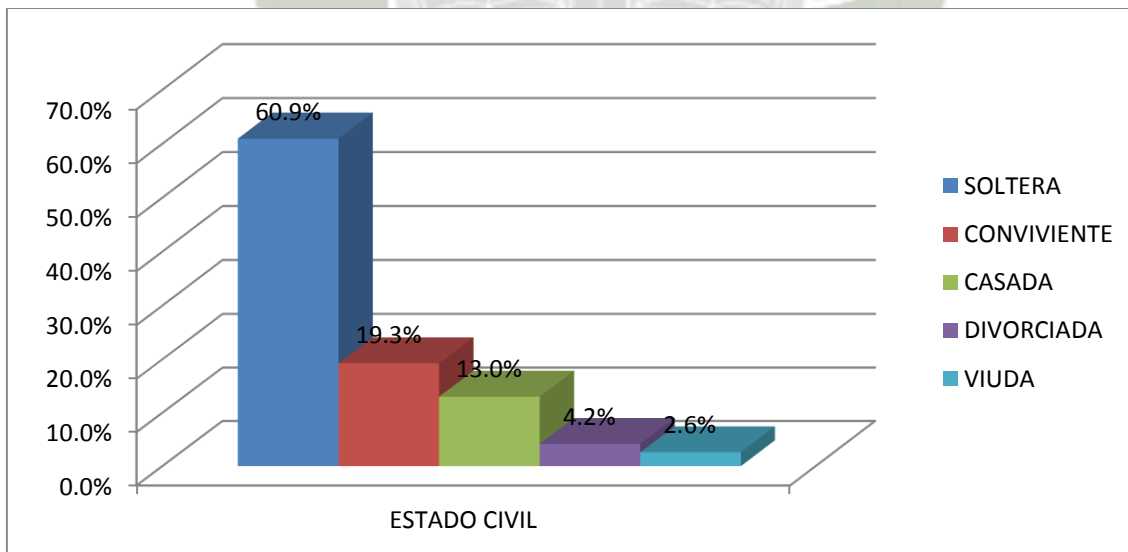
Fuente: Elaboración propia

**“Características Clínicas y Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en
pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital
Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016”**

**Tabla y Grafico N°4: Estado Civil de pacientes hospitalizadas del Servicio de
Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de
Arequipa**

ESTADO CIVIL	f	%
SOLTERA	117	60,9
CONVIVIENTE	37	19,3
CASADA	25	13,0
DIVORCIADA	8	4,2
VIUDA	5	2,6
Total	192	100,0

La Tabla y Grafico N°4, muestra que el 60,9% de las pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza declararon ser Solteras, el 19,3% ser convivientes, el 13,0% estar casadas, el 4,2% ser divorciadas y solo el 2,6% ser viudas.



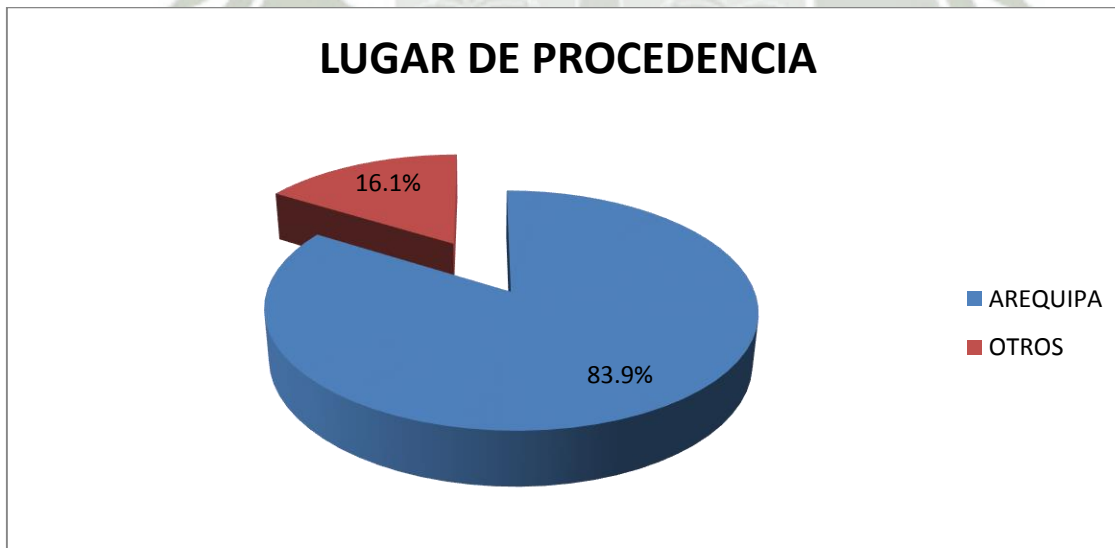
Fuente: Elaboración propia

**“Características Clínicas y Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en
pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital
Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016”**

Tabla y Grafico N°5: Lugar de Procedencia de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

LUGAR DE PROCEDENCIA	f	%
AREQUIPA	161	83,9
OTROS	31	16,1
Total	192	100,0

La Tabla y Grafico N°5, muestra que el 83,9% de las pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, declararon proceder de Arequipa frente al 16,1% que proceden de otros lugares.



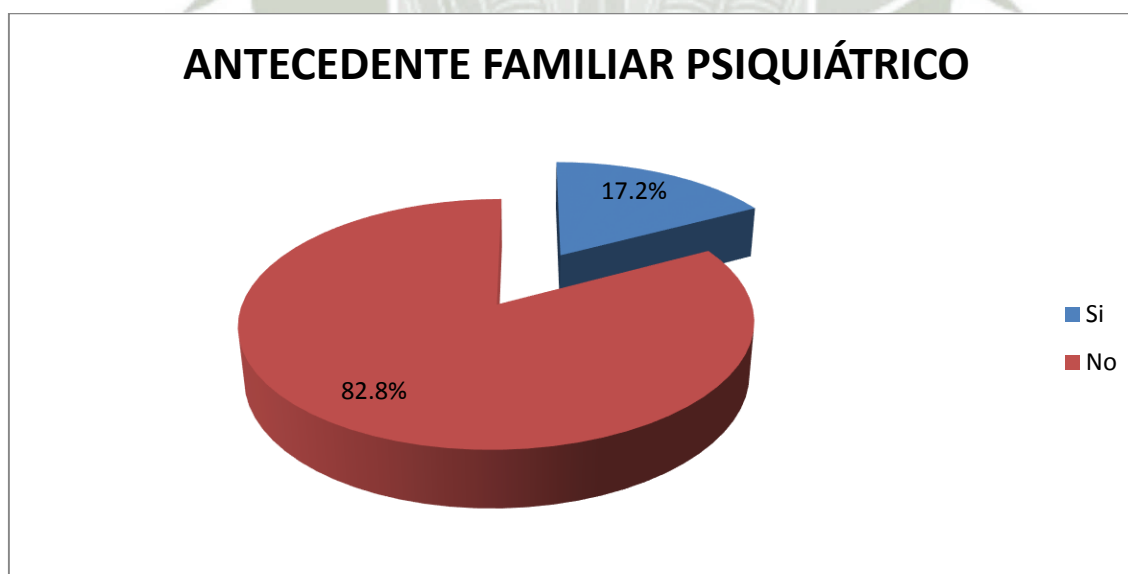
Fuente: Elaboración propia

**“Características Clínicas y Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en
pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital
Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016”**

**Tabla y Grafico N°6: Antecedente Familiar Psiquiátrico de pacientes hospitalizadas
del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado
Espinoza de Arequipa**

ANTECEDENTE FAMILIAR PSIQUIÁTRICO	f	%
Si	33	17,2
No	159	82,8
Total	192	100,0

La Tabla y Grafico N°6, muestra que el 82,8% de las pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, declararon no poseer algún antecedente familiar psiquiátrico; frente al 17,2% que declaró si poseerlo.



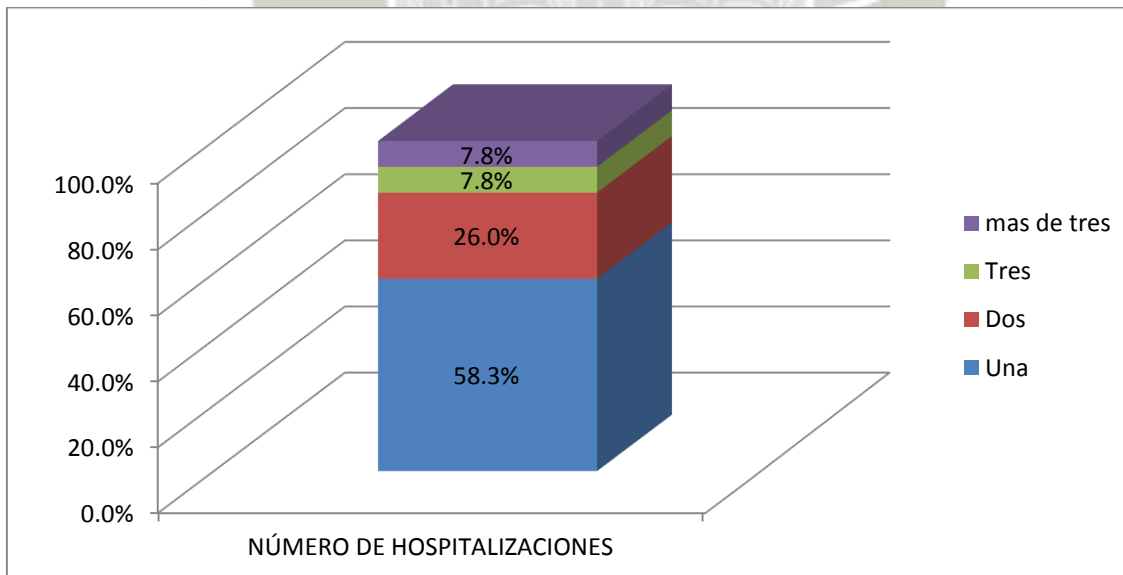
Fuente: Elaboración propia

**“Características Clínicas y Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en
pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital
Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016”**

**Tabla y Grafico N°7: Número de hospitalizaciones de pacientes hospitalizadas del
Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado
Espinoza de Arequipa**

NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES	f	%
Una	112	58,3
Dos	50	26,0
Tres	15	7,8
Más de Tres	15	7,8
Total	192	100,0

La Tabla y Grafico N°7, muestra que el 58,3% de las pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, indican que esta es su primera hospitalización, el 26,0% que es la segunda, el 7,8% que es la tercera y finalmente el 7,8% indica que fue hospitalizada más de tres veces.



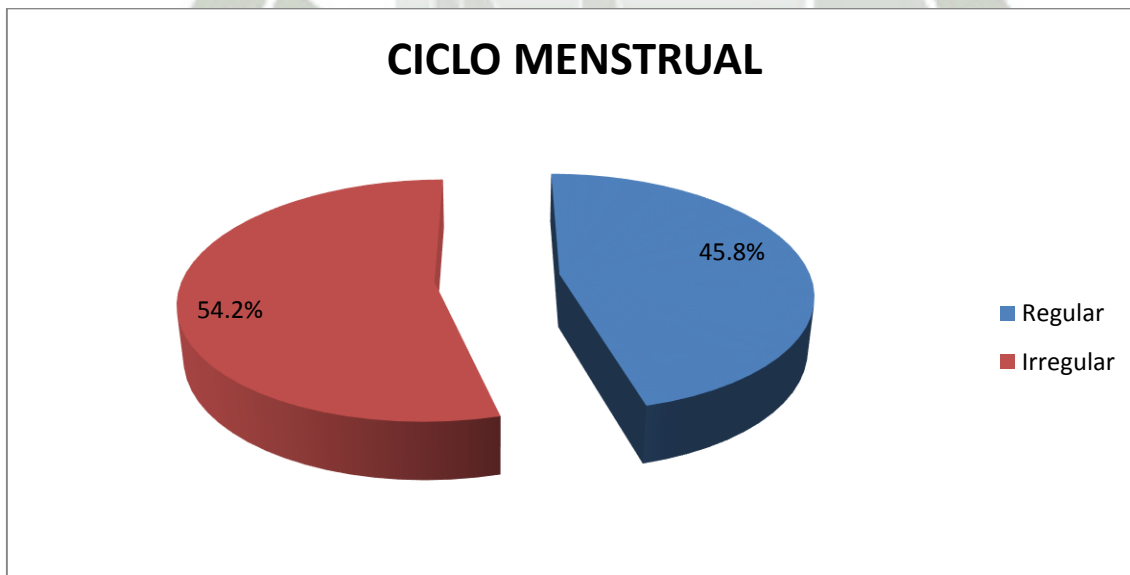
Fuente: Elaboración propia

**“Características Clínicas y Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en
pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital
Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016”**

Tabla y Grafico N°8: Tipo de Ciclo Menstrual de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

TIPO DE CICLO MENSTRUAL	f	%
Regular	88	45,8
Irregular	104	54,2
Total	192	100,0

La Tabla y Grafico N°8, muestra que el 54,2% de las pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, declararon poseer un tipo de Ciclo Menstrual Irregular; frente al 45,8% que lo calificaron como Regular.



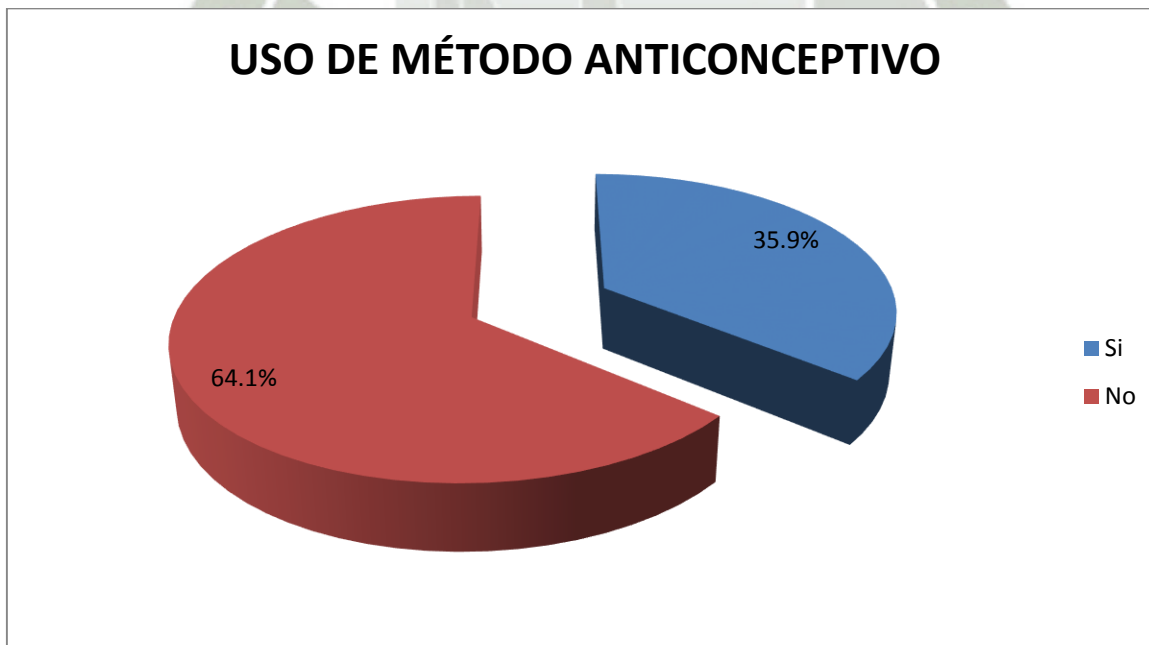
Fuente: Elaboración propia

**“Características Clínicas y Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en
pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital
Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016”**

**Tabla y Grafico N°9: Uso de Método Anticonceptivo en pacientes hospitalizadas del
Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado
Espinoza de Arequipa**

USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	f	%
Si	69	35,9
No	123	64,1
Total	192	100,0

La Tabla y Grafico N°9, muestra que el 64,1% de las pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, declaran no utilizar algún Método anticonceptivo frente al 35,9% que si declaran utilizarlo.



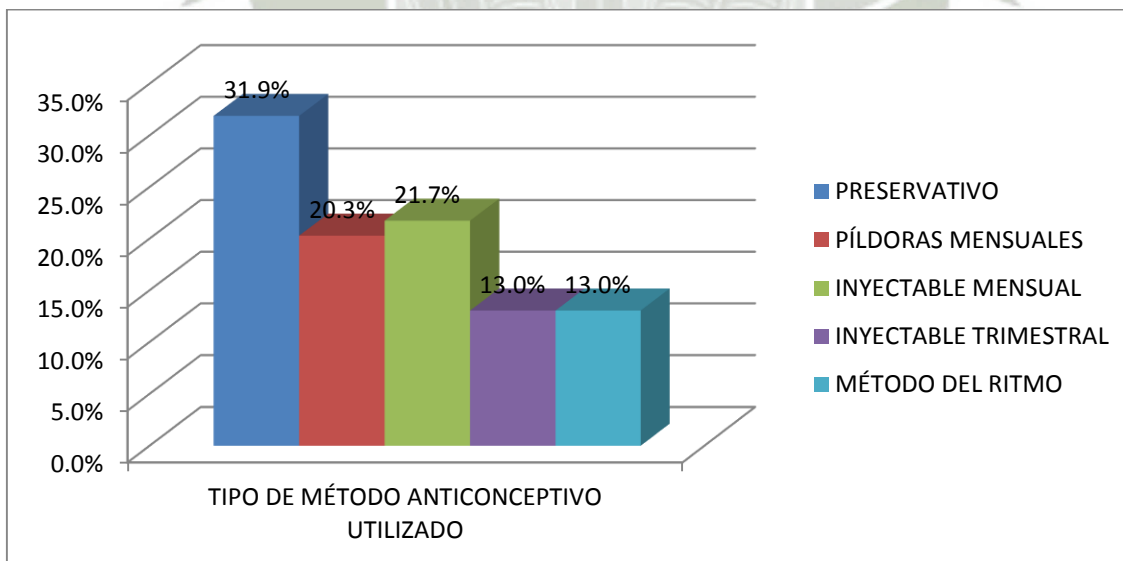
Fuente: Elaboración propia

**“Características Clínicas y Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en
pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital
Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016”**

Tabla y Grafico N°10: Tipo de Método Anticonceptivo utilizado en pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO	f	%
PRESERVATIVO	22	31,9
PÍLDORAS MENSUALES	14	20,3
INYECTABLE MENSUAL	15	21,7
INYECTABLE TRIMESTRAL	9	13,0
MÉTODO DEL RITMO	9	13,0
Total	69	100,0

La Tabla y Grafico N°10, muestra que el 31,9% de las pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, declaran utilizar el preservativo como método anticonceptivo, el 21,7% inyectable mensual, el 20,3% píldoras mensuales, el 13,0% inyectable trimestral y finalmente solo un 13% utiliza el método del ritmo.



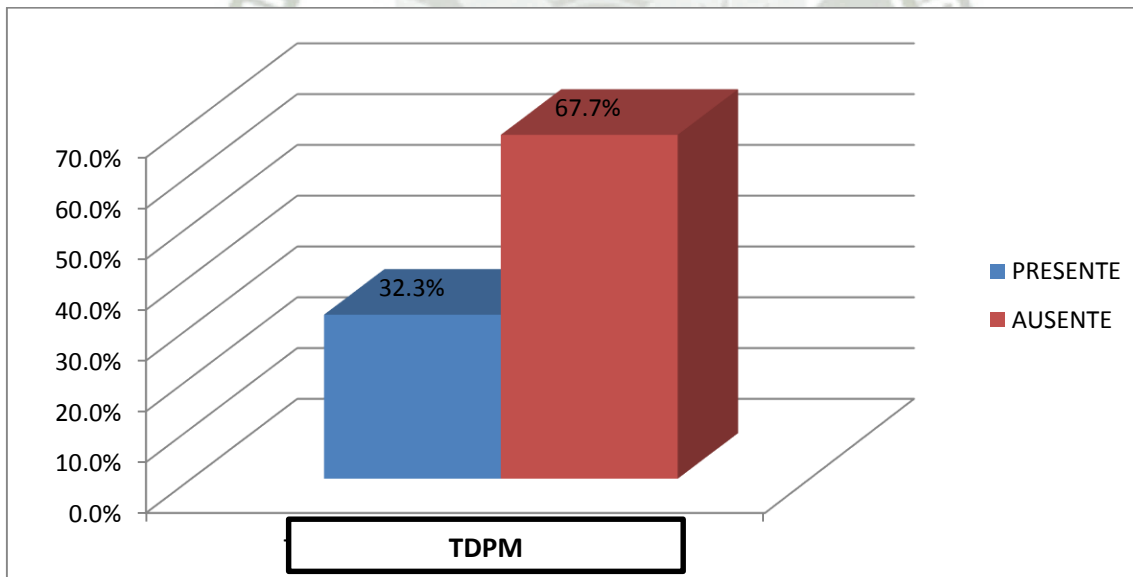
Fuente: Elaboración propia

“Características Clínicas y Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016”

Tabla y Grafico N°11: Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual(TDPM) en pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

TDPM	f	%
PRESENTE	62	32,3
AUSENTE	130	67,7
Total	192	100,0

La Tabla y Grafico N°11, muestra la frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual de las pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, el 67,7% de éstas no presente dicho Trastorno frente al 32,3% que si presenta el Trastorno.



Fuente: Elaboración propia

**“Características Clínicas y Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en
pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital
Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016”**

Tabla y Grafico N°12: Relacion entre Edad y la Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual(TDPM) en pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

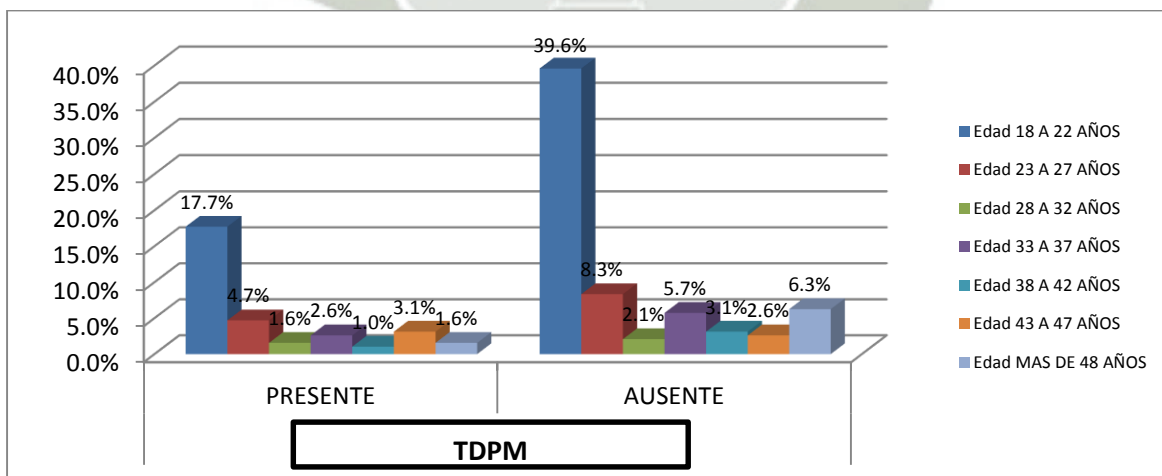
		TDPM				Total			
		PRESENTE		AUSENTE		f		%	
		f	%	f	%				
Edad	18 A 22 AÑOS	34	17,7	76	39,6	110	57,3		
	23 A 27 AÑOS	9	4,7	16	8,3	25	13,0		
	28 A 32 AÑOS	3	1,6	4	2,1	7	3,6		
	33 A 37 AÑOS	5	2,6	11	5,7	16	8,3		
	38 A 42 AÑOS	2	1,0	6	3,1	8	4,2		
	43 A 47 AÑOS	6	3,1	5	2,6	11	5,7		
	MAS DE 48 AÑOS	3	1,6	12	6,3	15	7,8		
Total		62	32,3	130	67,7	192	100,0		

CHI²= 4.341

GL=6

p=0.631

En la Tabla y Grafico N°12 se muestra que el 17,7% de las pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza con presencia de TDPM tienen de 18 a 22 años, el 4,7% de las mismas tienen de 23 a 27 años y el 3,1% tienen de 43 a 47 años, siendo este resultado no estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

“Características Clínicas y Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016”

Tabla y Grafico N°13: Relacion entre Grado de Instrucción y la Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual(TDPM) en pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

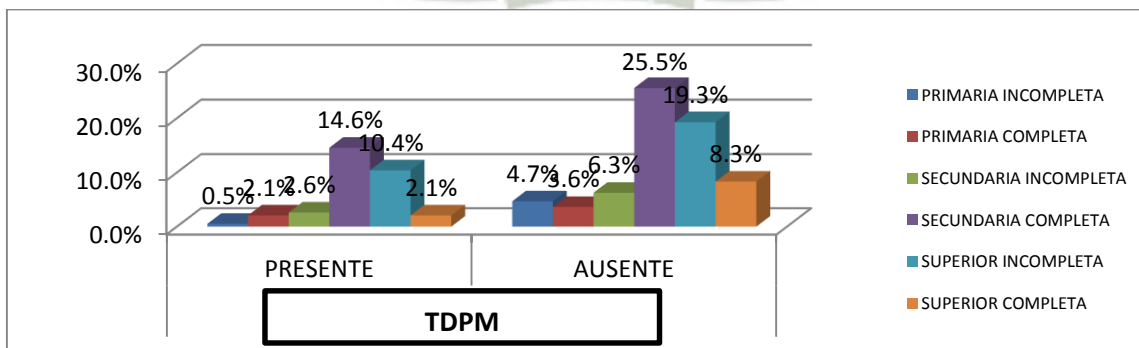
		TDPM				Total			
		PRESENTE		AUSENTE		f		%	
		f	%	f	%				
GRADO DE INSTRUCCIÓN	PRIMARIA INCOMPLETA	1	0,5	9	4,7	10	5,2		
	PRIMARIA COMPLETA	4	2,1	7	3,6	11	5,7		
	SECUNDARIA INCOMPLETA	5	2,6	12	6,3	17	8,9		
	SECUNDARIA COMPLETA	28	14,6	49	25,5	77	40,1		
	SUPERIOR INCOMPLETA	20	10,4	37	19,3	57	29,7		
	SUPERIOR COMPLETA	4	2,1	16	8,3	20	10,4		

CHI²=4.590

GL=5

p=0.468

En la Tabla y Grafico N°13 se muestra que el 14,6% de las pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza con presencia de TDPM tienen Secundaria completa, el 10,4% de éstas tienen Superior Incompleta; frente al 25,5% las que no presentan este Trastorno y tienen Secundaria Completa y al 19,3% que tiene Superior Incompleta, siendo este resultado no estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

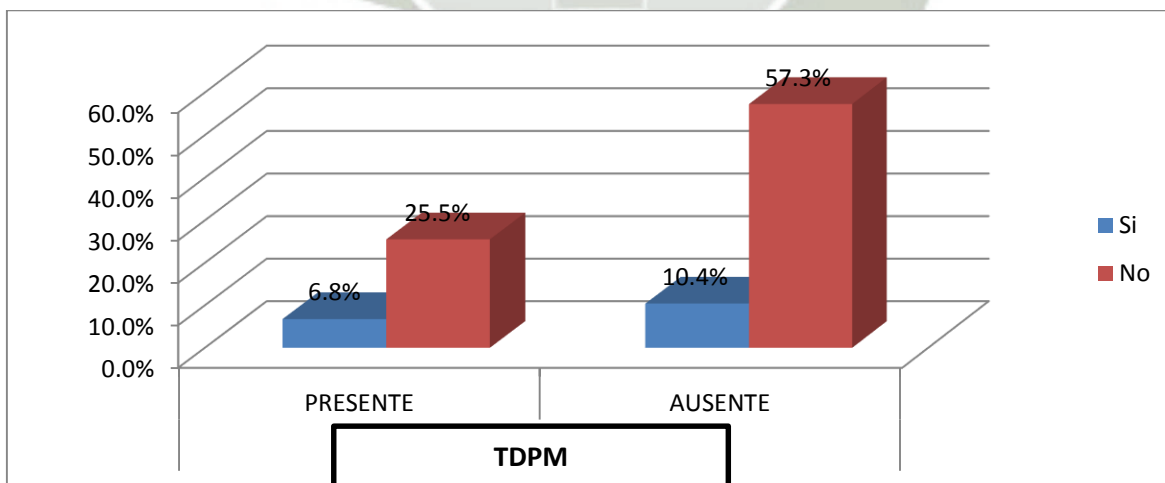
“Características Clínicas y Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016”

Tabla y Grafico N°17: Relación entre Antecedente Familiar Psiquiatrico y la Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual(TDPM) en pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

		TDPM				Total	
		PRESENTE		AUSENTE			
		f	%	f	%	f	%
ANTECEDENTE FAMILIAR PSIQUIÁTRICO	Si	13	6,8	20	10,4	33	17,2
	No	49	25,5	110	57,3	159	82,8
Total		62	32,3	130	67,7	192	100,0

CHI²=0.919 GL=1 p=0.0413

En la Tabla y Grafico N°17 se muestra que el 6,8% de las pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza con presencia de TDPM declararon poseer algún antecedente Familiar psiquiátrico; frente al 57,3% que no presentan este Trastorno y no tienen antecedente familiar psiquiátrico alguno, siendo este resultado estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

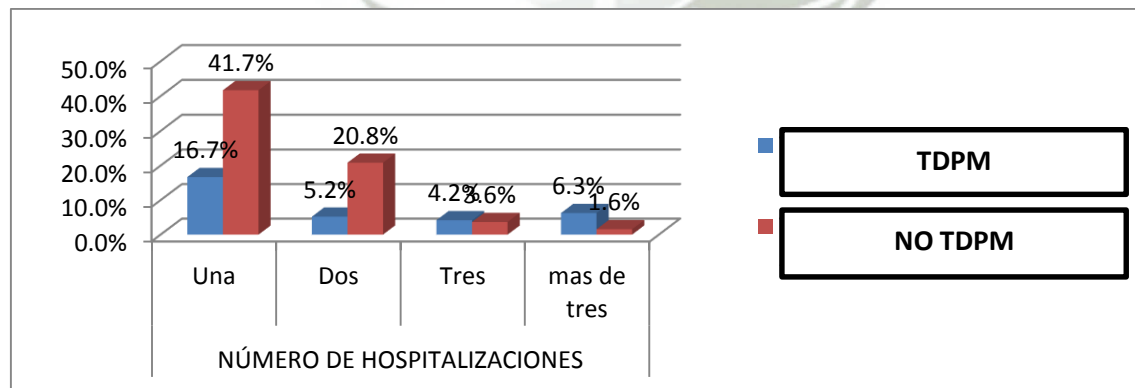
“Características Clínicas y Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016”

Tabla y Grafico N°18: Relación entre el Número de Hospitalizaciones y la Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual(TDPM) en pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

		TDPM				Total	
		PRESENTE		AUSENTE			
		f	%	f	%	f	%
NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES	Una	32	16,7	80	41,7	112	58,3
	Dos	10	5,2	40	20,8	50	26,0
	Tres	8	4,2	7	3,6	15	7,8
	Más de tres	12	6,3	3	1,6	15	7,8
Total		62	32,3	130	67,7	192	100,0

CHI²=22.817 GL=3 p=0.003

En la Tabla y Grafico N°18 se muestra que el 16,7% de las pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza con presencia de TDPM declararon que fueron hospitalizadas por primera vez, el 6,3% de las mismas declararon tener más de tres hospitalizaciones; frente al 41,7% que no presenta este trastorno y declaro ser su primera hospitalización y el 20,8% de las mismas declararon que tuvieron dos hospitalizaciones, siendo este resultado estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia

“Características Clínicas y Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016”

Tabla y Grafico N°21: Relación entre el Tipo de Método Anticonceptivo utilizado y la Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual(TDPM) en pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa

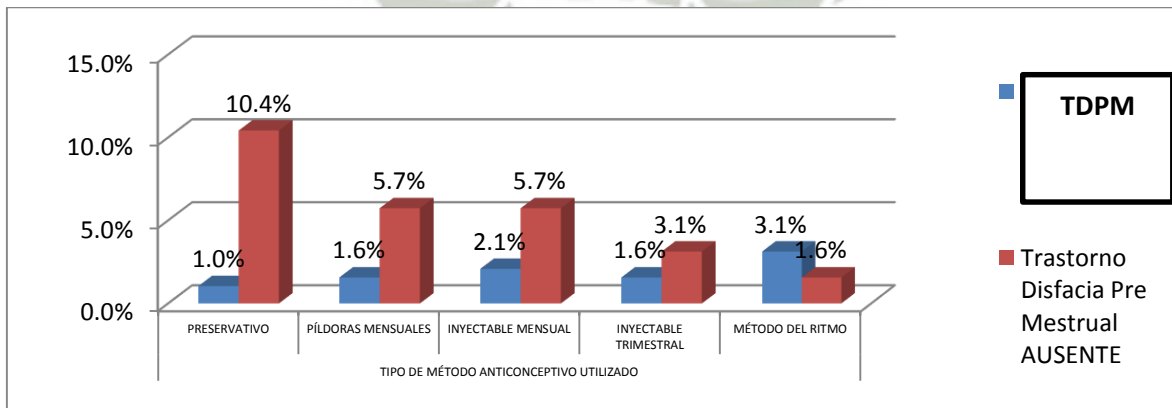
TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO	TDPM				Total	
	PRESENTE		AUSENTE		f	%
	f	%	f	%		
PRESERVATIVO	2	1,0	20	10,4	22	11,5
PÍLDORAS MENSUALES	3	1,6	11	5,7	14	7,3
INYECTABLE MENSUAL	4	2,1	11	5,7	15	7,8
INYECTABLE TRIMESTRAL	3	1,6	6	3,1	9	4,7
MÉTODO DEL RITMO	6	3,1	3	1,6	9	4,7
Total	18	9,4	51	26,6	69	35,9

$\chi^2=10.956$

GL=4

p=0.022

En la Tabla y Grafico N°21 se muestra que el 3,1% de las pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza con presencia de TDPM y que utilizan algún método anticonceptivo declararon utilizar el método del ritmo; frente al 10,4% que no presenta este trastorno y que utiliza algún método anticonceptivo declararon utilizar preservativo, siendo este resultado estadísticamente significativo.



Fuente: Elaboración propia



CAPÍTULO III
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

El presente estudio incluyó a las pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de Arequipa, en el periodo de estudio. La muestra estuvo constituida por 198 pacientes hospitalizadas en el mencionado servicio de las cuales 6 no llenaron en forma correcta la encuesta suministrada. Se evaluaron en total 192 encuestas que cumplieron con el llenado correcto.

En cuanto a la edad de la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (**Tabla y Grafico 1**) muestra que el 70,3% de pacientes del mencionado servicio tienen una edad comprendida entre los 18 a 27 años.

En cuanto al Grado de Instrucción de la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (**Tabla y Grafico 2**) muestra que el 40,1% declararon tener Secundaria Completa, el 29,7% Superior Incompleta, el 10,4% superior completa y solo el 5,2% Primaria Incompleta.

En cuanto a la Religión de la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (**Tabla y Grafico 3**) muestra que el 74,5% declararon ser católicas, el 8,9% adventista y solo el 8,3% ser cristianas ó profesar otra religión.

En cuanto al Estado Civil de la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (**Tabla y Grafico 4**) muestra que el 60,9% declararon ser Solteras, el 19,3% ser convivientes, el 13,0% estar casada, el 4,2% ser divorciadas y solo el 2,6% ser viudas.

En cuanto al Lugar de Procedencia de la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Hospital (**Tabla y Grafico 5**) muestra que el 83,9% declararon proceder de Arequipa frente al 16,1% que proceden de otros lugares.

En cuanto a la presencia de Antecedente Familiar Psiquiátrico de la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Hospital (**Tabla y Grafico 6**) muestra que el 82,8% declararon no poseer algún antecedente familiar psiquiátrico; frente al 17,2% que declaró si poseerlo.

En cuanto al Número de Hospitalizaciones de la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Hospital (**Tabla y Grafico 7**) muestra que el 58,3% indican que esta es su primera hospitalización, el 26,0% que es la segunda, el 7,8% que es la tercera y finalmente el 7,8% indica que fue hospitalizada más de tres veces.

En cuanto al tipo de Ciclo Menstrual de la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Hospital (**Tabla y Grafico 8**) muestra que el 54,2% declararon poseer un tipo de Ciclo Menstrual Irregular; frente al 45,8% que lo calificaron como Regular.

En cuanto al Uso de algún Método Anticonceptivo Consumo en la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza Hospital (**Tabla y Grafico 9**) muestra que el 64,1% declaran no utilizar algún Método anticonceptivo frente al 35,9% que si declaran utilizarlo.

En cuanto al Tipo de Método Anticonceptivo utilizado en la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (**Tabla y Grafico 10**) muestra que el 31,9% declaran utilizar el preservativo como método anticonceptivo, el 21,7% inyectable mensual, el 20,3% píldoras mensuales, el 13,0% inyectable trimestral y finalmente solo un 13% utiliza el método del ritmo.

En cuanto a la Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) en la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (**Tabla y Grafico 11**) muestra que el 67,7% de éstas no presente dicho Trastorno frente al 32,3% que si presenta el Trastorno.

En el estudio realizado en la ciudad de Lima en el año 2009, para determinar la relación entre trastorno disfórico premenstrual y ansiedad, depresión y estrés, utilizando los criterios DSM-IV con una muestra de 230 estudiantes universitarias, encontró una frecuencia de 18,4% para el Trastorno Disfórico Premenstrual. **RIVEROS MARCELINO ET AL. (11).**

En el estudio realizado en la ciudad de Lima en el año 1998, para determinar los síntomas premenstruales y la prevalencia del Trastorno Disfórico Premenstrual, utilizando los criterios DSM-IV con una muestra de 388 mujeres en edad reproductiva, encontró una prevalencia de dicho trastorno de 12,6% . **VEGA-DIENSTMAIER JOHANN ET AL. (15).**

En el estudio realizado en Chile en el año 2005, para determinar la prevalencia de Síndrome Premenstrual (SPM) y Trastorno Disfórico Premenstrual (TDP), y describir la frecuencia de diversos síntomas y las asociaciones más relevantes, utilizando los criterios DSM-IV para el TDP con una muestra de 305 estudiantes universitarias, encontró una prevalencia de dicho trastorno de 11,2%. **JADRESIC ENRIQUE ET AL. (12).**

En el estudio realizado en México en el año 2006, para conocer la prevalencia y los síntomas más frecuentes del síndrome disfórico premenstrual, utilizando los criterios DSM-IV modificada por Vega-Dienstmaier con una muestra de 77 maestras de educación preescolar, encontraron una prevalencia del mencionado trastorno de 27,3%. **PAVÍA NORMA, CIVEIRA LAURA, ROSADO ARSENIO (13).**

En el estudio realizado en Argentina en el año 2007, cuyo objetivo tuvo conocer la severidad de los síntomas premenstruales en adolescentes universitarias y la edad

promedio de la menarca, utilizando los criterios DSM-IV con una muestra de 45 adolescentes universitarias, encontró una frecuencia de 22,1% para el Trastorno Disfórico Premenstrual. **PERARNAU MARÍA P. ET AL. (14)**.

Respecto a los trabajos anteriormente realizados, en todos se utilizó los criterios DSM-IV para caracterizar al Trastorno Disfórico Premenstrual(TDPM) que nos permite unificar criterios respecto al instrumento utilizado, la frecuencia del TDPM encontrada en el presente trabajo fue de 32,3% cifra que no concuerda con las encontradas por **RIVEROS MARCELINO ET AL. (11)** con 18,4% para TDPM, **VEGA-DIENSTMAIER JOHANN ET AL. (15)** con 12,6% para TDPM, **JADRESIC ENRIQUE ET AL. (12)** con 11,2% para TDPM, estas diferencias podrían ser atribuidas a características específicas de cada población donde se aplicó los estudios anteriormente citados. Sin embargo debemos resaltar que las cifras encontradas en el presente trabajo si se aproximan a las encontradas por **PAVÍA NORMA, CIVEIRA LAURA, ROSADO ARSENIO (13)**, con una prevalencia de 27,3% con el valor agregado que se utilizó el mismo instrumento diseñado por Vega-Dienstmaier el que también fue utilizado en la presente investigación, así también se encontró cifras que se acercan al estudio realizado por **PERARNAU MARÍA P. ET AL. (14)**, con 22,1% para TDPM.

En cuanto a la relación entre Edad y la Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) en la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (**Tabla y Grafico 12**) según la Prueba de Chi cuadrado($X^2=4.341$) se aprecia que la Edad y la presencia de TDPM no presento relación estadística significativa ($P>0.05$).

Así mismo muestra que el 17,7% de las pacientes con presencia de TDPM tienen de 18 a 22 años, el 4,7% de las mismas tienen de 23 a 27 años y el 3,1% tienen de 43 a 47 años.

Si bien no en todos los estudios revisados se estudió muestras de mujeres en edad reproductiva, con los que se encontraron y se puede realizar comparación son los

realizados por **RIVEROS MARCELINO ET AL. (11)** con 18,4% para TDPM, encontrándose la mayor frecuencia entre mujeres de 20 a 25 años de edad con un 53,6% no encontrándose relación estadística significativa. **VEGA-DIENSTMAIER JOHANN ET AL. (15)** encontró un 12,6% para TDPM con una edad promedio de toda la muestra de 25,1 años. **JADRESIC ENRIQUE ET AL. (12)** encontró un 11,2% para TDPM, estudiando una población más joven con una edad promedio de 20,6 años y un rango de 17 a 32 años, tampoco este autor encontró relación estadística significativa entre estas variables. **PAVÍA NORMA, CIVEIRA LAURA, ROSADO ARSENIO (13)** encontró una prevalencia de 27,3% para TDPM, este utilizó una muestra de mujeres en edad reproductiva de 19 a 49 años, metodología que también fue utilizada en el presente trabajo; siendo más frecuente la presencia de TDPM entre los 20 a 22 años con un 26,2% coincidiendo con lo encontrado, tampoco se demostró relación estadística significativa entre mencionadas variables. No se puede realizar comparación con el trabajo realizado por **PERARNAU MARÍA P. ET AL. (14)** debido a que la muestra fue exclusivamente constituida por adolescentes.

En cuanto a la relación entre el Grado de Instrucción y la Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) en la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (**Tabla y Grafico 13**) según la Prueba de Chi cuadrado ($X^2=4.590$) se aprecia que el grado de Instrucción y la presencia de TDPM no presentaron relación estadística significativa ($P>0.05$).

Así mismo muestra que el 14,6% de las pacientes con presencia de TDPM tienen Secundaria completa, el 10,4% de éstas tienen Superior Incompleta; frente al 25,5% las que no presentan este Trastorno y tienen Secundaria Completa y al 19,3% que tiene Superior Incompleta, siendo este resultado no estadísticamente significativo.

Respecto a los datos encontrados anteriormente se puede establecer las siguientes comparaciones: **VEGA-DIENSTMAIER JOHANN ET AL. (15)** encontró un 12,6% para TDPM y de éstas el 20,8% tienen un nivel educativo de secundaria completa

siendo esta cifra próxima a la encontrada en el presente trabajo, con el resto de trabajos realizados se tuvo la dificultad que se trabajó con poblaciones de solo nivel universitario no siendo factible las comparaciones respecto a estas variables, así mismo **VEGA-DIENSTMAIER JOHANN ET AL. (15)** no encontró relación estadística significativa alguna entre el nivel educativo y la presencia de TDPM coincidiendo con lo encontrado en el presente trabajo.

En cuanto a la relación entre la Religión y la Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) en la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (**Tabla y Grafico 14**) según la Prueba de Chi cuadrado ($X^2=3.864$) se aprecia que la Religión y la presencia de TDPM no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Así mismo muestra que el 22,9% de las pacientes con presencia de TDPM son católicas y el 4,7% adventistas; frente al 51,6% que no presentan este trastorno y son católicas, siendo este resultado estadísticamente no significativo.

Respecto a los resultados anteriormente obtenidos, en la búsqueda de trabajos respecto al TDPM y la Religión en mujeres no se encontró trabajo alguno que mencione a estas variables, a pesar de que no se encontró relación estadística significativa, se describen cifras en el presente trabajo respecto a estas variables, siendo un aporte de la presente investigación.

En cuanto a la relación entre el Estado Civil y la Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) en la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (**Tabla y Grafico 15**) según la Prueba de Chi cuadrado ($X^2=7.479$) se aprecia que el Estado Civil y la presencia de TDPM no presentó relación estadística significativa ($P>0.05$).

Así mismo muestra que el 19,8% de las pacientes con presencia de TDPM son solteras y el 5,2% son casadas; frente al 41,1% que no presentan este trastorno y son solteras y el 14,6% que son convivientes, siendo este resultado estadísticamente no significativo.

Respecto a los resultados anteriormente obtenidos **VEGA-DIENSTMAIER JOHANN ET AL. (15)**, encontró dentro de las pacientes con TDPM que el 83,5% eran casadas, 14,4% solteras, 1,5% separadas y el 0,3% viudas, las cifras con las que coincidimos son respecto a las pacientes con TDPM y son solteras (19,8% vs.14,4%), en las demás cifras encontradas no hay similitud, además se coincide en no haber encontrado relación estadística significativa entre la mencionadas variables. **JADRESIC ENRIQUE ET AL. (12)**, encontró dentro de las pacientes con TDPM que el 97,1% eran solteras y el 2,6%, casadas, recalamos que la población estudiada en este trabajo fue un grupo etéreo joven infiriendo que el mayor porcentaje de estas sean solteras, sin embargo coincidimos con este autor en no encontrar relación estadística significativa.

En cuanto a la relación entre el Lugar de Procedencia y la Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) en la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (**Tabla y Grafico 16**) según la Prueba de Chi cuadrado($X^2=0.711$) se aprecia que el Lugar de Procedencia y la presencia de TDPM no presento relación estadística significativa ($P>0.05$).

Así mismo muestra que el 28,1% de las pacientes con presencia de TDPM proceden de Arequipa, el 4,2% de las mismas proceden de Otros lugares; frente al 55,7% que proceden de Arequipa y no presentan este trastorno y 12,0% que proceden de Otros lugares, siendo este resultado estadísticamente no significativo.

Respecto a los resultados anteriormente descritos, indicamos que al no encontrarse trabajos relacionados con el TDPM en nuestra región es imposible realizar comparaciones, siendo estos resultados descriptivos un aporte adicional del presente trabajo de investigación.

En cuanto a la relación entre la presencia de Antecedente Familiar Psiquiátrico y la Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) en la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (**Tabla y Grafico 17**) según la Prueba de Chi cuadrado($X^2=0.919$) se aprecia que la presencia de Antecedente familiar Psiquiátrico y la presencia de TDPM presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

Así mismo muestra que el 6,8% de las pacientes con presencia de TDPM declararon poseer algún antecedente Familiar psiquiátrico; frente al 57,3% que no presentan este Trastorno y no tienen antecedente familiar psiquiátrico alguno, siendo este resultado estadísticamente significativo.

Respecto a los resultados anteriormente obtenidos, **RIVEROS MARCELINO ET AL. (11)**, encontró en el grupo de mujeres con TDPM que el 7,8% declararon tener algún familiar con un trastorno Psiquiátrico, así mismo se observó asociación estadística significativa entre ambas variables, **JADRESIC ENRIQUE ET AL. (12)**, encontró en el grupo de mujeres con TDPM una prevalencia de antecedentes de estrés y patológica psiquiátrica en 41,8%, encontrando además relación directa entre estas variables coincidiendo estos resultados con los obtenidos en el presente trabajo de investigación.

En cuanto a la relación entre el Número de Hospitalizaciones y la Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) en la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (**Tabla y Grafico 18**) según la Prueba de Chi cuadrado($X^2=0.919$) se aprecia que el Número de Hospitalizaciones y la presencia de TDPM presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

Así mismo muestra que el 16,7% de las pacientes con presencia de TDPM declararon que fueron hospitalizadas por primera vez, el 6,3% de las mismas declararon tener más de tres hospitalizaciones; frente al 41,7% que no presenta este trastorno y declaro ser su

primera hospitalización y el 20,8% de las mismas declararon que tuvieron dos hospitalizaciones, siendo este resultado estadísticamente significativo.

Respecto a los resultados anteriormente descritos, no se encontró trabajo alguno aplicado a pacientes hospitalizadas, sin embargo **PAVÍA NORMA, CIVEIRA LAURA, ROSADO ARSENIO (13)**, encontraron en la muestra estudiada por estos que las mujeres con TDPM el 39% padecían una enfermedad previa diagnosticada por un ginecólogo o médico tratante, de las cuales 32.5% recibían tratamiento y 6.4% no lo recibían, si bien estos datos no pueden ser comparados de manera directa nos brindan cifras altas que coinciden con las encontradas en el presente trabajo de investigación, además se encontró relación estadística significativa entre estas variables siendo un aporte añadido a la presente investigación.

En cuanto a la relación entre el Tipo de Ciclo Menstrual y la Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) en la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (**Tabla y Grafico 19**) según la Prueba de Chi cuadrado($X^2=1.872$) se aprecia que el tipo de Ciclo Menstrual y la presencia de TDPM presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

Así mismo se muestra que el 19,8% de las pacientes con presencia de TDPM declararon presentar un ciclo menstrual irregular; frente al 33.3% de las que no presentan este trastorno y declararon tener un ciclo menstrual regular, siendo este resultado estadísticamente significativo.

Respecto a los resultados anteriormente descritos **RIVEROS MARCELINO ET AL. (11)**, describe en universitarias con presencia de TDPM que un 69,13% indicaron tener un ciclo menstrual de tipo regular y 30,87% de tipo irregular, no se realizó relación estadística entre estas variables, **JADRESIC ENRIQUE ET AL. (12)**, encontró en las mujeres con TDPM que el 70,2% refería presentar un ciclo menstrual de tipo irregular y que solo el 29,8% de estas declararon ser regulares, si bien las cifras encontradas en el presente trabajo no coinciden, se coincide con la relación estadística

significativa encontrada en ambos; **PAVÍA NORMA, CIVEIRA LAURA, ROSADO ARSENIO (13)**, encontraron que el ciclo menstrual, de acuerdo con su forma de presentación, fue regular en 59.7% e irregular en 40.3%, si bien no se coincide en cifras, se coincide en la presencia de relación estadística significativa.

En cuanto a la relación entre el Uso de Método Anticonceptivo y la Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) en la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (**Tabla y Grafico 20**) según la Prueba de Chi cuadrado ($X^2=11.387$) se aprecia que el uso de algún método anticonceptivo y la presencia de TDPM presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

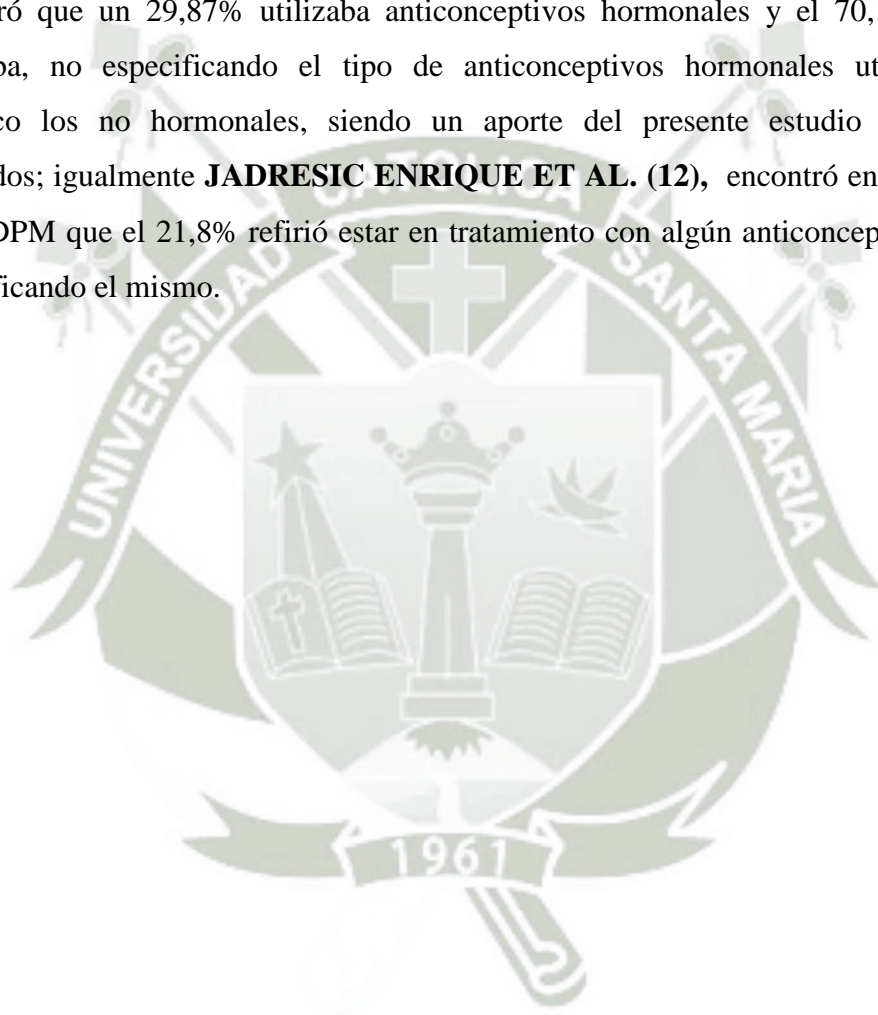
Así mismo se muestra que el 22,9% de las pacientes con presencia de TDPM declararon no utilizar algún método anticonceptivo alguno; frente al 41,1% sin presencia de este trastorno y que declararon no utilizar algún método anticonceptivo, siendo este resultado estadísticamente significativo.

Respecto a los resultados anteriormente descritos, **VEGA-DIENSTMAIER JOHANN ET AL. (15)**, solo informa que del total de su muestra estudiada, en mujeres con TDPM encontró que un 29,87% utilizaba anticonceptivos hormonales y el 70,13% no los utilizaba, estableciendo asociación estadística significativa entre ambas variables coincidiendo con lo encontrado en el presente trabajo, **JADRESIC ENRIQUE ET AL. (12)**, encontró en las mujeres con TDPM que el 21,8% refirió estar en tratamiento con algún anticonceptivo oral, no realizando la relación estadística entre ambas variables.

En cuanto a la relación entre el Tipo de Método Anticonceptivo utilizado y la Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) en la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza (**Tabla y Grafico 21**) según la Prueba de Chi cuadrado ($X^2=10.956$) se aprecia que el tipo de método anticonceptivo y la presencia de TDPM presento relación estadística significativa ($P<0.05$).

Así mismo se muestra que el 3,1% de las pacientes con presencia de TDPM y que utilizan algún método anticonceptivo declararon utilizar el método del ritmo; frente al 10,4% que no presenta este trastorno y que utiliza algún método anticonceptivo declararon utilizar preservativo, siendo este resultado estadísticamente significativo.

Respecto a los resultados anteriormente descritos, **VEGA-DIENSTMAIER JOHANN ET AL. (15)**, informa que del total de su muestra estudiada, en mujeres con TDPM encontró que un 29,87% utilizaba anticonceptivos hormonales y el 70,13% no los utilizaba, no especificando el tipo de anticonceptivos hormonales utilizados, ni tampoco los no hormonales, siendo un aporte del presente estudio estos datos obtenidos; igualmente **JADRESIC ENRIQUE ET AL. (12)**, encontró en las mujeres con TDPM que el 21,8% refirió estar en tratamiento con algún anticonceptivo oral no especificando el mismo.



CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



A. CONCLUSIONES

PRIMERA: Las Características Clínicas más frecuentes de la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo de estudio son: Una edad comprendida entre 18 a 27 años, con Secundaria completa y Superior Incompleta, católicas, solteras, procedentes de Arequipa, sin antecedente familiar psiquiátrico, con una hospitalización en el servicio, con ciclo menstrual irregular, que no utilizan método anticonceptivo alguno y de las que lo utilizan el método de barrera con preservativo es el más frecuente.

SEGUNDA: La Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) en la muestra de 192 pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo de estudio fue de 32,3%.

TERCERA: Las Características Clínicas que mostraron relación estadística significativa con la presencia de Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) en la muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado que fueron diagnosticadas con TDPM en el periodo de estudio fueron: Antecedente Familiar Psiquiátrico, Número de Hospitalizaciones, Tipo de Ciclo Menstrual, Uso de algún método anticonceptivo y dentro de estos el método del ritmo es el más frecuente.

B. RECOMENDACIONES

PRIMERA:

- Se recomienda realizar un estudio prospectivo tomando en cuenta los Trastornos del Ciclo reproductivo de la mujer específicamente en lo referente al Trastorno Disfórico Premenstrual, realizando el diagnóstico del mismo y tomando en cuenta factores que no fueron tomados en el presente estudio caracterizando así: edad de menarquia, régimen catamenial, tipo de antecedente psiquiátrico específico, patología ginecobstétrica asociada y de esta manera caracterizar de mejor manera el TDPM.

SEGUNDA:

- Se recomienda establecer estrategias para la evaluación sistemática de la presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en todas las mujeres en edad fértil, desde el primer nivel de atención y realizar la referencia respectiva de estas pacientes para una evaluación pormenorizada por Psiquiatría y Ginecología y Obstetricia indicando el tratamiento respectivo y realizando el seguimiento de los casos diagnosticados.

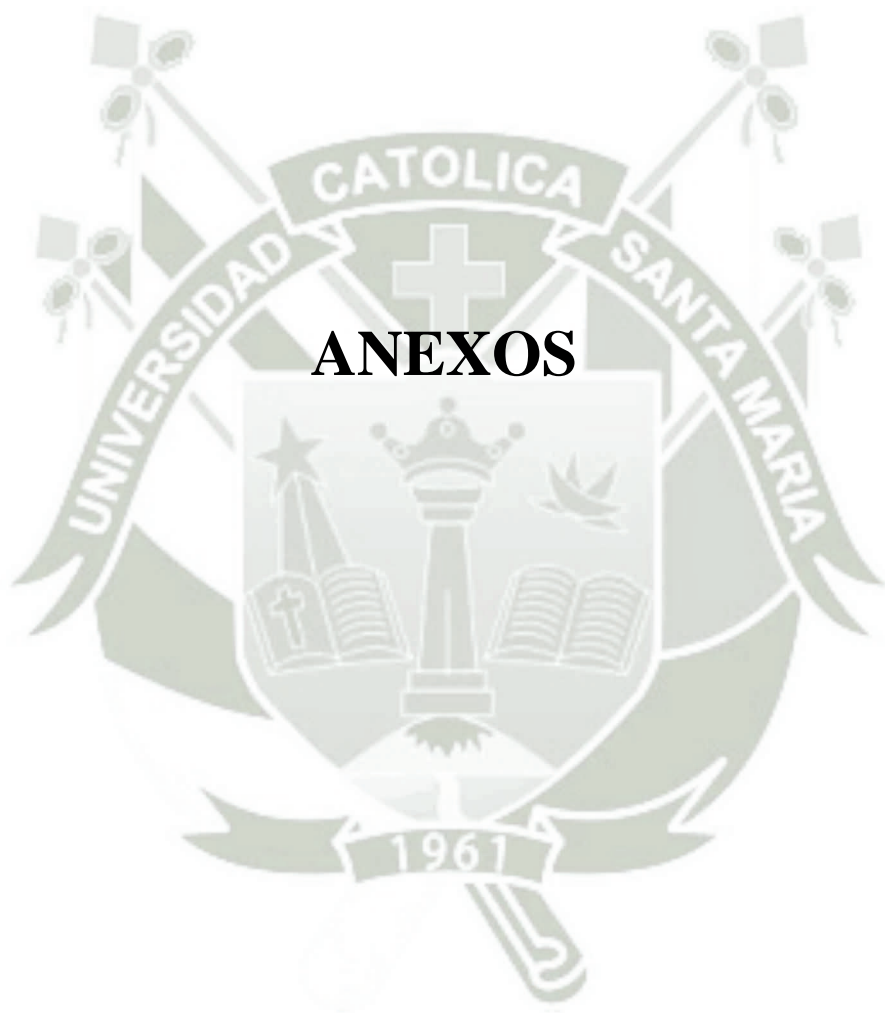
TERCERA:

- Se recomienda fortalecer la formación acerca del Síndrome Disfórico Premenstrual y sus diagnósticos diferenciales en el Pregrado de las Facultades de Medicina Humana, debido a que el Médico-General egresado tiene contacto cercano con la población que es atendida en el primer nivel de atención, específicamente con mujeres en edad reproductiva y de esta manera realizar tamizajes precoces y de manera oportuna realizar la referencia al especialista.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría 10 ed. Walters Kluwer (NY): Lippincot Williams&Wilkins Publishers; 2009; 81: 857-63
- 2.- Toro RJ, Yepes LE, Palacio CA, Tellez JE. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría 5 ed. Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010; 30: 384-394
- 3.- Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiología Médica 11 ed. McGraw-Hill editores; 2006; 81: 1117-1133.
- 4.- Berek JS, Ginecología de Novak 14 ed. Wolters Kluwer (NY): Lippincot Williams&Wilkins Publishers, 2011; 26:1034-1042
5. - Alarcon, R. Psiquiatría. 2ed. Washington, D.C: OPS/Manual Moderno, 2005; .21: 611-616
- 6.- 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;12: 48-69
- 7.- 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
- 8.- Sarah L, Berga, M.D. Premenstrual Syndrome: Treatment. Women's Health citado (25 de julio 2014) disponible desde en: www.ACPMedicinaOnline
- 9.- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

- 10.- 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
- 11.- 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;12(1) :131 – 151
- 12.- Jadresic E. et al. 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.
- 13.- Pavía N., Civeira-González L., Rosado A. Síndrome disfórico premenstrual de docentes preescolares en Mérida, Yucatán. Ginecol Obstet Mex 2009;77(4):185-90
- 14.- 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, 2007:153-163
- 15.- Vega-Dienstmaier, J., Mazzoti, G., Salinas-Pielago J., Stucchi, S., Prevalencia del Trastorno Disfórico Premenstrual y Síntomas Premenstruales. Neuro-Psiquiatría 1998; 61: 82-87.





ANEXO 1: PROYECTO DE TESIS

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana
Programa Profesional de Medicina Humana



**“Características Clínicas y Frecuencia del Trastorno Disfórico
Premenstrual en pacientes hospitalizadas del Servicio de
Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio
Delgado Espinoza, 2016”**

Autor: Elizabeth Mayra Huamani Lopez

Proyecto de Investigación para optar el título profesional de
Médico-Cirujano

Arequipa - Perú

2016

I. PREÁMBULO

La vida reproductiva de la mujer se caracteriza por cambios hormonales sustanciales, estos mismos implican una serie de cambios a nivel fisiológico y hormonal. La salud mental de la mujer está implicada justamente en este ciclo vital, el género femenino implica una mayor predisposición a sufrir de trastornos mentales, se indica una prevalencia de 4% al 6% de enfermedad psiquiátrica en general, los trastornos en el ciclo vital, se define como la fase reproductiva de las mujeres, aquella que abarca todos los posibles eventos relacionados con la función reproductiva femenina: la primera menstruación(menarquia), el ciclo menstrual, la gestación, el parto, el postparto, la lactancia, la perimenopausia, el cese de la menstruación(climaterio) y el periodo que le sigue conocido como la posmenopausia. Dentro de estos trastornos asociados a estos eventos vitales en la vida reproductiva de la mujer se encuentra el Trastorno Disfórico Premenstrual. La frecuencia de este trastorno es de 2 al 8% en la población general, y justamente provoca disfunción y alteración de las actividades social, familiar y laboral. Por tal motivo decidimos realizar el presente proyecto de tesis, pensando en la carga y el impacto que este trastorno tendrá en las pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en las cuales pretendemos investigar.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuáles son las Características Clínicas y la Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en una muestra de pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Ginecología
- Especialidad: Salud sexual y reproductiva
- Línea: Trastornos mentales asociados a la vida reproductiva de la mujer

b) Análisis de Variables: Características Clínicas

Variable	Dimensión	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Características clínicas	Edad	Fecha de nacimiento	18 a 22 años 23 a 27 años 28 a 32 años 33 a 37 años 38 a 42 años	De razón

			43 a 47 años Más de 48 años	
Características	Grado de instrucción	Último año de estudios aprobado	Primaria incompleta Primaria Completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior incompleta Superior completa	Ordinal
	Religión	Religión declarada por encuestada	Católica Cristiana Adventista Otra	Nominal
	Estado Civil	Estado civil declarada por encuestada	Soltera Conviviente Casada Divorciada Viuda	Nominal
	Lugar de Procedencia	Lugar de Procedencia declarada por encuestada	Arequipa Otros	Nominal

clínicas	Antecedente Familiar de Enfermedad Psiquiátrica	Declaración de presencia de antecedente familiar de enfermedad psiquiátrica	Si No	Nominal
	Numero de hospitalizaciones en el Servicio de Ginecología	Declaración de la encuestada del número de veces de hospitalización de la encuestada	Primera Segunda Tercera Más de tres veces	Ordinal
	Tipo de ciclo Menstrual	Declaración de la encuestada de tipo de ciclo menstrual que experimenta	Regular Irregular	Nominal
	Método Anticonceptivo	Tipo de método anticonceptivo utilizado por la encuestada	Preservativo Píldoras mensuales Inyectable mensual Inyectable trimestral Método del ritmo	Nominal

Frecuencia del trastorno disforico premenstrual	Distribución de pacientes	Declaración de la encuesta	Si No	Nominal
--	----------------------------------	-----------------------------------	------------------	----------------

c) Análisis de Variables : Trastorno Disfórico Premenstrual con criterios DSM-IV

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Trastorno Disfórico Premenstrual	Criterios DSM-IV	Presencia de TDPM Ausencia de TDPM	Nominal

d) Interrogantes básicas

1. ¿Cuáles son las características clínicas de una muestra de pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016?
2. ¿Cuál es la Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual de una muestra de Pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del

Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016?

3. ¿Cuáles son las Características Clínicas que están asociadas en frecuencia a la presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en una muestra de Pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016?

e) **Tipo de investigación:**

Se trata de un estudio descriptivo, observacional, de campo y transversal.

1.3. Justificación del problema

El presente trabajo de investigación se justifica por las siguientes razones:

Originalidad: El presente trabajo es original debido a que si bien es cierto se conocen cifras respecto a la frecuencia de Trastorno Disfórico Premenstrual no están descritas en muestras específicas de pacientes atendidas en un Servicio de Ginecología de un Hospital Público de nuestra región.

Relevancia Científica: La literatura describe una frecuencia de Trastorno Disfórico Premenstrual entre el 2% al 8% de las mujeres en edad fértil, en estudios realizados en nuestro país identificaron una cifra de 12,6% en la población general, no encontramos estudios realizados en nuestra localidad ni tampoco en pacientes hospitalizadas en un servicio de Ginecología y Obstetricia.

Relevancia Social: La Salud Mental, en nuestro país y especialmente en adolescentes no recibe la debida importancia, teniendo en cuenta las implicancias de esta misma en el funcionamiento de la mujer y su ciclo vital así como también su papel en la sociedad, resulta importante investigarla.

Relevancia Contemporánea: En la última década debida al empoderamiento de género de la mujer esta ha tomado protagonismo en la sociedad, su salud mental no es ajena a este ámbito, debido a las implicancias que tiene esta en su ciclo vital reproductivo.



2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Salud Mental de las Mujeres y sus Trastornos

Los procesos y actos de la sexualidad humana tienen profundas implicaciones psicológicas, algunas de las cuales pueden evolucionar hacia estados manifiestamente psicopatológicos.

(1)

El género se define como todas aquellas creencias, representaciones, prescripciones y prácticas sociales que surgen como resultado de la valoración que se hace de la diferencia anatómica entre hombres y mujeres. (2)

Esta diferenciación se refleja en la división de las actividades, identidad y en la forma como interactúan los miembros de cada uno de los sexos. Es un proceso de construcción social, a diferencia del sexo que es una variable biológica, determinada por el genotipo. Así cada cultura desarrolla una serie de pautas normativas y significados que delimitan la actuación de hombres y mujeres. Esta definición nos ayuda a entender como a las características biológicas de hombres y mujeres, es decir el sexo se suman otras socialmente construidas tales como la identidad, los roles y las actividades derivadas de la concepción que tiene la sociedad acerca de cómo se debe ser mujer, como debe comportarse o cuales actividades le están señaladas o prohibidas. Tanto el sexo como el género interactúan con otras características tales como la edad, la estructura familiar, el ingreso, el nivel educativo, la red social de soporte para determinar el estado de salud de cada quien.(2)

Con respecto a la vida mental la Organización Mundial de la salud (OMS) la define como “la experiencia interior ligada a la experiencia interpersonal de grupo”, donde se combinan experiencias cognitivas, afectivas y relacionales. En este contexto la salud mental se define

como “la capacidad de los individuos, grupos y el medio de interactuar mutuamente para promover el bienestar subjetivo, el desarrollo y el uso óptimo de las habilidades mentales (cognitivas, afectivas y relacionales), la obtención de metas individuales y colectivas compatibles con la justicia así como el establecimiento y la preservación de condiciones de igualdad fundamental”. (2)

Siguiendo lo recomendado por la Academia de Educación en Salud de las Mujeres de los Estados Unidos, podemos indicar que la salud mental de las mujeres es el área dedicada a la búsqueda, diagnóstico y manejo de aquellas entidades únicas, o más comunes, o más serias en las mujeres, que tienen manifestaciones, factores de riesgo e intervenciones que son diferentes, incluyendo todo su ciclo vital y considerando las diferencias entre ellas derivadas de su raza, etnia, clase, cultura, orientación sexual, nivel educativo o religión entre otras.(2)

Para cumplir con estos propósitos, se hace necesario trabajar en equipos multidisciplinarios, que busquen siempre el empoderamiento de las mujeres para que sean partícipes informadas de su propio proceso, asumiéndola como una tarea de toda la comunidad que requiere una información clara y que les permita participar activamente en el cuidado de su salud y en el tratamiento de su enfermedad. Para facilitar su conocimiento podemos hablar de dos grupos de trastornos, uno, el que se refiere a los trastornos mentales derivados directamente de su función reproductiva, y otro, el que incluye trastornos que se presentan en momentos de la vida de las mujeres que no tienen que ver con la función reproductiva y más bien se presentan en el contexto de su vida productiva. (2)

Se define como la fase reproductiva de las mujeres, aquella que abarca todos los posibles eventos relacionados con la función reproductiva femenina: la primera menstruación(menarquia), el ciclo menstrual, la gestación, el parto, el postparto, la lactancia, la perimenopausia, el cese de la menstruación(climaterio) y el periodo que le sigue conocido como la posmenopausia. Dentro de estos trastornos asociados a estos eventos vitales en la vida reproductiva de la mujer se encuentra el Trastorno Dsifórico Premenstrual, que se desarrollara.

2.2 Fisiología Reproductiva de la Mujer

Las funciones reproductoras femeninas pueden dividirse en dos fases principales: Primera preparación del cuerpo femenino para la concepción y la gestación y, segunda el propio periodo de la gestación. (3)

La reproducción comienza con el desarrollo de los óvulos en los ovarios. En la mitad de cada ciclo sexual mensual, se expulsa un único ovulo de un folículo ovárico hacia la cavidad abdominal, junto a los extremos fimbriados de las trompas de Falopio. Este ovulo atraviesa una de las trompas de Falopio y llega al útero; si ha sido fecundado por un espermatozoide se implanta en el útero donde se desarrolla convirtiéndose en un feto, una placenta y membranas fetales, hasta convertirse finalmente en un recién nacido. (3)

Durante la vida fetal la superficie externa del ovario esta revestida por un epitelio germinal que deriva embriológicamente de manera directa del epitelio de las crestas germinales. Al desarrollarse el feto femenino, del epitelio germinal se diferencian óvulos primordiales que emigran al interior de la sustancia de la corteza ovárica. Cada ovulo se rodea de una capa de células fusiformes del estroma ovárico (el tejido de sostén del ovario) y hace que adquieran

características epiteliodes; son las células de la granulosa. El ovulo rodeado de una única capa de las células de la granulosa recibe el nombre de folículo primordial. El propio ovulo en esta fase es todavía inmaduro, requiere dos divisiones más para alcanzar la madurez y se denomina ovocito primario. (3)

Durante todos los años de vida reproductora de la mujer, entre los 13 y 46 años, aproximadamente 400 a 500 de estos folículos primordiales se desarrollan lo suficiente como para expulsar sus óvulos, uno cada mes el resto degenera (se vuelven agresivos). Al final de la época reproductora en la menopausia, solo quedan en los ovarios unos pocos folículos primordiales, e incluso estos degeneran poco tiempo después. (3)

2.2.1 Sistema Hormonal Femenino

El sistema hormonal femenino consta de tres jerarquías de hormonas:

- 1.-Una hormona liberadora hipotalámica, la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH= gonadotropin releasing hormone).
- 2.-Las hormonas adenohipofisarias, hormona Foliculoestimulante(FSH) y hormona Luteinizante(LH), ambas secretadas en respuesta a la hormona liberadora GnRH del hipotálamo.
- 3.- Las hormonas ováricas, estrógenos y progesterona, que son secretadas por los ovarios en respuesta a las dos hormonas adenohipofisarias.

Estas diversas hormonas no son secretadas en cantidades constantes a lo largo del ciclo sexual femenino, sino que son secretadas en cantidades completamente diferentes en las distintas partes del ciclo. La GnRH del hipotálamo aumenta y disminuye mucho, menos

durante el ciclo sexual mensual. Es secretada en breves pulsos que aparecen por término medio una vez cada 90 minutos. (3)

2.2.2 Ciclo ovárico mensual y función de las Gonadotropinas

Los años reproductores normales de la mujer se caracterizan por variaciones rítmicas mensuales de la secreción de hormonas femeninas y las correspondientes alteraciones físicas en los ovarios y en otros órganos sexuales. Este patrón rítmico recibe el nombre de ciclo sexual femenino (de manera menos precisa ciclo menstrual). La duración del ciclo es en promedio de 28 días. Puede ser tan corto como 20 días o tan largo como 45 días, incluso en mujeres normales, aunque la longitud anormal del ciclo con frecuencia se asocia con menor fertilidad. (3)

Existen dos resultados significativos del ciclo sexual femenino. Primero, normalmente solo se libera un único ovulo de los ovarios cada mes, de forma que normalmente solo puede crecer un feto cada vez. Segundo el endometrio uterino se prepara para la implantación del ovulo fecundado en el momento preciso del mes. (3)

2.2.2.1 Hormonas gonadotropas y sus efectos sobre los ovarios

Las alteraciones de los ovarios durante el ciclo sexual dependen por completo de las hormonas gonadotropas FSH y LH, secretadas por la adenohipófisis. Los ovarios no estimulados por estas hormonas permanecen inactivos como ocurre durante la niñez, durante la cual casi no se secretan gonadotropinas. A la edad de 9 a 12 años la hipófisis comienza a secretar cada vez más FSH y LH, lo que culmina con la iniciación de los ciclos

sexuales normales entre los 11 y los 15 años. Este periodo de cambio se denomina pubertad y el primer ciclo menstrual Menarquia. (3)

Durante cada mes del ciclo sexual femenino, existe un aumento y una disminución cíclicos tanto de FSH como de LH; estas variaciones cíclicas causan a su vez los cambios cíclicos en los ovarios, tanto la FSH como la LH estimulan sus células diana en los ovarios combinándose con receptores específicos en las membranas celulares. Los receptores activados a su vez aumentan tanto las tasas de secreción como el crecimiento y proliferación de esas células. Casi todos estos efectos estimuladores se deben a la activación del sistema de segundo mensajero del monofosfato de adenosina cíclico en el citoplasma celular, que a su vez determina la formación de proteína cinasa y después múltiples fosforilaciones de enzimas esenciales que inducen la síntesis de hormonas sexuales. (3)

2.2.2.2 Crecimiento del folículo ovárico: Fase folicular del ciclo ovárico

Hacia la semana 10 de la gestación, en el hipotálamo esta presente la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH), y la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona Luteinizante (LH) están en la hipófisis. Los niveles de gonadotropinas están elevados tanto en los fetos masculinos y femeninos, antes del nacimiento; los niveles de FSH son mayores en las mujeres. Al nacimiento los niveles de gonadotropinas y esteroides sexuales son altos, pero los niveles disminuyen durante las primeras semanas de vida y permanecen bajos durante los años pre púberes. La unidad hipotálamo-hipofisiarias parece que esta suprimida por los niveles extremadamente bajos de esteroides gonadales que hay en la infancia. La supresión gonadal de la secreción de gonadotropinas se demuestra por los mayores niveles

de gonadotropinas en niños con disgenesias gonadales y en aquellos con una gonadectomía antes de la pubertad. (4)

Varios de los cambios hormonales asociados con el desarrollo puberal comienzan antes de ser obvio cualquier cambio físico. Al inicio de la pubertad hay una sensibilidad aumentada de la LH a la GnRH. Los aumentos de la LH y de la FSH durante el sueño pueden demostrarse precozmente en la pubertad; en las niñas los incrementos nocturnos de los niveles circulantes de gonadotropinas se siguen de un aumento de estradiol durante el día siguiente. Este retraso en la secreción de estradiol se cree que es debido a los pasos adicionales en la síntesis que se requiere para la aromatización de los estrógenos a partir de los andrógenos. (4)

En la niña en el momento del nacimiento cada ovulo está rodeado de una única capa de células de la granulosa, y el ovulo con su capa de células de la granulosa se denomina folículo primordial. Durante la niñez se cree que las células de la granulosa nutren al ovulo y secretan un factor inhibitor de la maduración del ovocito, que lo mantienen en su estado primordial, detenido durante todo ese tiempo en la profase de la división meiotica. Después, tras la pubertad. Cuando la FSH y la LH de la adenohipófisis comienzan a ser secretadas en gran cantidad, los ovarios completos, y en su interior algunos de los folículos, comienzan a crecer. (3)

La primera fase del crecimiento folicular es un moderado crecimiento del propio ovulo, que aumenta su diámetro dos a tres veces. Esto va seguido del crecimiento de más capas de células de la granulosa en algunos folículos; estos folículos se denominan folículos primarios. (4)

2.2.2.2.1 Desarrollo de los folículos antrales y vesiculares

Durante unos pocos días al comienzo de cada ciclo sexual femenino, las concentraciones de LH y FSH aumentan ligera o moderadamente; el aumento de FSH es algo mayor y precede algunos días a la de LH. Estas hormonas especialmente la FSH induce el crecimiento acelerado de 6 a 12 folículos primarios cada mes. El efecto inicial es la proliferación rápida de las células de la granulosa, que originan muchas más capas de las células de la granulosa. Además células fusiformes derivadas del intersticio ovárico se agrupan formando varias capas por fuera de las células de la granulosa, dando origen a una segunda masa de células denominada teca. Esta se divide en dos capas, la teca interna donde las células adoptan características epiteliales similares a las células de la granulosa y desarrollan la capacidad de secretar hormonas sexuales esteroideas adicionales (estrógenos y progesterona). La capa externa la teca externa es una capsula de tejido muy vascularizada que se convierte en una capsula del folículo en desarrollo. (3)

Tras la fase temprana proliferativa de crecimiento, que dura unos días, la masa de células de la granulosa secreta un líquido folicular que contiene una gran concentración de estrógeno; la acumulación de este líquido hace que aparezca un antro en el interior de la masa de células de la granulosa. El crecimiento temprano del folículo primario hasta la etapa antral es estimulado principalmente por la FSH sola. Después, se produce un crecimiento muy acelerado, que forma folículos mucho más grandes denominados folículos vesiculares. Este crecimiento acelerado es causado por:

- 1.- Se secreta estrógeno al interior del folículo, que hace que las células de la granulosa formen cantidades crecientes de receptores de FSH; esto causa un efecto de retroacción

positiva pues hace que las células de la granulosa sean incluso más sensibles a la FSH adenohipofisarias.

2.- La FSH hipofisaria y los estrógenos se combinan para estimular también receptores de LH en las células de la granulosa originales, permitiendo así la estimulación de estas células por la LH, además de por la FSH y originando un rápido aumento de la secreción folicular.

3.- La cantidad creciente de estrógenos del folículo, más el aumento de la LH hipofisaria, actúan juntos para inducir la proliferación de células tecaes del folículo y aumentar su secreción.

Por tanto una vez que comienzan a crecer los folículos antrales, su desarrollo posterior se produce rápidamente. El ovulo aumenta su diámetro total desde el principio de hasta 10 veces, o un incremento de la masa de 1000 veces. A medida que crece el folículo, el propio ovulo permanece sepultado en una masa de células de la granulosa situadas en un polo del folículo. (3)

2.2.2.2.2 Maduración completa de un solo folículo; Atresia de los restantes

Transcurrida una semana de crecimiento o más, pero antes que se produzca la ovulación, uno de los folículos comienza a crecer más que los demás; los 5 a 11 folículos restantes comienzan a involucionar, un proceso denominado atresia, y se considera que estos folículos se vuelven agresivos. La causa de la atresia es desconocida, pero se ha afirmado que es la siguiente; las grandes cantidades de estrógenos procedentes del folículo de crecimiento más rápido actúan sobre el hipotálamo disminuyendo todavía más la secreción

de FSH por la adenohipófisis, y se cree que de esta manera bloquean el crecimiento de los folículos menos desarrollados. Así el folículo más grande continúa su crecimiento por su retroacción positiva intrínseca, mientras que todos los folículos restantes detienen su crecimiento y de hecho involucionan. (3)

Este proceso de atresia es importante, pues normalmente permite que solo uno de los folículos crezca lo suficiente para ovular; con lo que se suele evitar que se forma más de un embrión en cada embarazo. El único folículo que alcanza un tamaño de 1 a 1,5cm en el momento de la ovulación se denomina folículo maduro. (3)

2.2.2.3 Ovulación

La ovulación en una mujer que tiene un ciclo sexual femenino normal de 28 días se produce 14 días después del comienzo de la menstruación. Poco tiempo antes de la ovulación, la pared externa del folículo, que hace relieve, se hincha rápidamente, y una pequeña zona en el centro de la capsula folicular, denominada estigma, forma una protuberancia similar a un pezón. En otros 30 minutos más o menos, comienza a rezumar líquido folicular a través del estigma. Unos dos minutos más tarde, cuando el folículo se hace más pequeño por la pérdida de líquido, el estigma se rompe ampliamente y un líquido más viscoso que ha ocupado la porción central del folículo se vierte hacia afuera. Este líquido viscoso lleva consigo al ovulo rodeado de varios miles de pequeñas células de la granulosa denominadas corona radiada. (3)

2.2.2.3.1 Necesidad de la LH para causar la ovulación; pico ovulatorio de la LH

La LH es necesaria para el crecimiento folicular final y la ovulación. Sin esta hormona, incluso así estén disponibles grandes cantidades de FSH, el folículo no progresa hasta la etapa de la ovulación. Unos dos días antes de la ovulación por razones que nos son completamente conocidas, la tasa de secreción de LH por la adenohipófisis se incrementa notablemente, aumentando de 6 a 10 veces y alcanzando un máximo unas 16 horas antes de la ovulación. La FSH aumenta unas dos o tres veces al mismo tiempo, y las dos hormonas actúan de forma sinérgica para hacer que el folículo se hinche rápidamente en los días previos a la ovulación. La LH tiene también un efecto específico de convertir a las células de la granulosa y de la teca en células secretoras principalmente de progesterona. Por tanto la tasa de secreción de estrógeno comienza a disminuir aproximadamente un día antes de la ovulación, a la vez que comienzan a secretarse cantidades crecientes de progesterona. Es en este entorno de crecimiento rápido del folículo; disminución de la secreción de estrógenos tras una larga fase de secreción excesiva de estrógenos y el comienzo de la secreción de progesterona en el que tiene lugar la ovulación, sin el pico inicial preovulatorio de la LH, la ovulación no tiene lugar. (3).

2.2.2.3.2 Iniciación de la ovulación

El papel de la gran cantidad de LH secretada por la hipófisis, induce la secreción rápida de hormonas esteroideas foliculares que por primera vez contienen progesterona. En pocas horas se producen dos hechos ambos necesarios para la ovulación:

1.- La teca externa comienza a liberar enzimas proteolíticas de los lisosomas, que causan la disolución y el consiguiente debilitamiento de la pared de la capsula folicular, lo que determina una mayor hinchazón de todo el folículo y la degeneración del estigma.

2.- Simultáneamente se produce el crecimiento de varios vasos sanguíneos en el interior de la pared del folículo y al mismo tiempo se secretan prostaglandinas (hormonas locales que provocan vasodilatación) en los tejidos foliculares.

Estos dos efectos producen trasudación de plasma al interior del folículo, que también contribuye a que este se hinche. Finalmente la combinación de hinchazón del folículo con la degeneración simultanea del estigma hace que el folículo se rompa con la expulsión del ovulo. (3)

2.2.2.3 El Cuerpo lúteo: Fase luteínica del ciclo ovárico

Durante las primeras horas de la expulsión del ovulo del folículo, las células de la granulosa y de la teca interna que quedan se convierten rápidamente en células luteínicas. Aumentan su diámetro dos o tres veces más, y se llenan de inclusiones lipídicas que le dan un aspecto amarillento. Este proceso se denomina luteinización, y el conjunto de la masa de células se denomina cuerpo lúteo, también crece en el interior de este una vascularización bien desarrollada. Las células de la granulosa del cuerpo lúteo desarrollan un extenso retículo endoplasmico liso que forma grandes cantidades de las hormonas sexuales femeninas progesterona y estrógeno, pero sobre todo progesterona. Las células de la teca forman principalmente los andrógenos androstendiona y testosterona, en vez de hormonas sexuales femeninas. Sin embargo la mayor parte de estas hormonas son convertidas en hormonas femeninas por las células de la granulosa. En la mujer normal el cuerpo lúteo crece hasta

alcanzar 1.5cm de diámetro, alcanzando este estadio de desarrollo unos 7 a 8 días después de la ovulación. Después comienza a involucionar y termina por perder su función secretora, así como su aspecto amarillento lípido, característico unos doce días después de la ovulación; convirtiéndose en el llamado cuerpo albicans; en las siguientes semanas es sustituido por tejido conjuntivo y al cabo de algunos meses es reabsorbido.(3)

2.2.2.3.1 Función Luteinizante de la LH

La transformación de las células de la granulosa y de la teca interna en células luteínicas depende principalmente de la LH secretada por la adenohipófisis. De hecho esta función es la que le dio a la LH el nombre de Luteinizante. La luteinización también depende de la extrusión del ovulo del folículo. Una hormona local todavía por caracterizar en el líquido folicular, denominada factor inhibidor de la luteinización parece mantener frenado el proceso de luteinización hasta después de producida la ovulación. (4)

2.2.2.3.2 Secreción por el cuerpo lúteo: Una función adicional de la LH

El cuerpo lúteo es un órgano intensamente secretor, que secreta grandes cantidades tanto de progesterona como de estrógeno. Una vez que la LH (principalmente la que ha sido secretada durante el pico ovulatorio) ha actuado sobre las células de la granulosa y la teca para causar la luteinización, las células luteínicas neo formadas parecen estar programadas para seguir una secuencia preestablecida de: proliferación, aumento de tamaño, y secreción seguida después de una degeneración. Todo ello ocurre aproximadamente en 12 días. (4)

2.2.2.3.3 Involución del cuerpo lúteo y comienzo del siguiente ciclo ovárico

El estrógeno en especial y en menor grado la progesterona, secretados por el cuerpo lúteo durante la fase luteínica del ciclo ovárico ejercen un poderoso efecto de retroacción sobre la adenohipófisis para mantener bajos los niveles de secreción de FSH y LH. Además las células luteínicas secretan pequeñas cantidades de la hormona inhibina; esta hormona inhibe la secreción por la adenohipófisis, especialmente de FSH como consecuencia descienden a valores muy bajos las concentraciones sanguíneas de FSH y de LH, y la pérdida de estas hormonas hace que el cuerpo lúteo degenera completamente, un proceso denominado involución del cuerpo lúteo. La involución final se produce casi exactamente al final del duodécimo día de vida del cuerpo lúteo, que es aproximadamente el 26 día del ciclo sexual femenino normal, dos días antes del comienzo de la menstruación. En ese momento la interrupción brusca de la secreción de estrógeno, de progesterona y de inhibina por el cuerpo lúteo, elimina la inhibición por retroacción de la adenohipófisis, permitiendo de comience de nuevo la secreción de cantidades crecientes de FSH y LH. La FSH y la LH inician el crecimiento de nuevos folículos, para comenzar un nuevo ciclo ovárico. Pero antes que estos folículos puedan progresar significativamente, la escasez de la secreción de progesterona y estrógeno causan la menstruación uterina. (3)

2.2.3 Funciones de la hormonas ováricas: Estradiol y Progesterona

Los dos tipos de hormonas sexuales ováricas son los estrógenos y los progestágenos. El estrógeno más importante con diferencia, es la hormona estradiol y el progestágeno más importante es también con diferencia la progesterona. Los estrógenos promueven principalmente la proliferación y el crecimiento de las células específicas del cuerpo que

son responsables del desarrollo de la mayoría de los caracteres sexuales secundarios de la mujer. Por otra parte los progestágenos están implicados de forma casi exclusiva en la preparación del útero para la gestación y de las mamas para la lactancia. (4)

2.2.3.1 Química de las hormonas sexuales

2.2.3.1.1 Los estrógenos

En la mujer normal no gestante solo los ovarios secretan cantidades importantes de estrógenos, aunque también las cortezas suprarrenales secretan pequeñas cantidades; en el embarazo grandes cantidades de estrógenos son secretados también por la placenta. En el plasma de la mujer solo hay cantidades significativas de tres estrógenos: beta-estradiol, estrona y estriol; el principal estrógeno secretado por los ovarios es el beta-estradiol, también se secretan pequeñas cantidades de estrona, pero la mayor parte de ella se forma en los tejidos periféricos a partir de andrógenos secretados por la corteza suprarrenal y por las células de la teca ovárica. El estriol es un estrógeno débil, es un producto oxidativo y derivado del estradiol como de la estrona y la conversión tiene lugar principalmente en el hígado. (4)

La potencia iatrogénica del beta-estradiol es doce veces de la estrona y 80 veces la del estriol. Considerando estas potencias relativas, puede verse que el efecto estrogenico del beta-estradiol es habitualmente muchas veces mayor que el de los otros estrógenos juntos. Por esta razón se considera que el estradiol es el estrógeno principal, aunque los efectos estrogenicos de la estrona están lejos de ser despreciables. (4)

2.2.3.1.2 Los Progestágenos

El principal progestágeno con diferencia es la progesterona, sin embargo junto con la progesterona se secretan pequeñas cantidades de otro progestágeno la 17-alfa-hidroxi progesterona, que tiene esencialmente los mismos efectos. Sin embargo a efectos prácticos es considerable que la progesterona es el único progestágeno importante. En la mujer normal no embarazada, solo se secreta progesterona en cantidades significativas en la segunda mitad de cada ciclo ovárico, cuando es producida por el cuerpo lúteo. (3)

2.2.3.1.3 Síntesis de Estrógenos y Progesterona

Se sintetizan en los ovarios principalmente a partir del colesterol sanguíneo, pero en pequeña medida también a partir de la acetil coenzima A, de la cual se combinan muchas moléculas para formar el núcleo esteroideo adecuado. Durante la síntesis se sintetizan primero progesterona y la hormona sexual masculina testosterona; después durante la fase folicular del ciclo ovárico, antes que estas dos hormonas iniciales puedan abandonar los ovarios, casi toda la testosterona y gran parte de la progesterona son convertidas en estrógenos por las células de la granulosa. Durante la fase luteínica del ciclo, se forma demasiada progesterona para ser convertida, lo que indica la gran secreción de progesterona en ese momento. Además los ovarios secretan al plasma la 15 quinta parte de la testosterona que secretan al plasma los testículos masculinos. (4)

2.2.3.1.4 Transporte, metabolización y excreción de los estrógenos y la progesterona

Tanto los estrógenos como la progesterona son transportados en la sangre ligados principalmente a la albumina y a globulinas específicas transportadoras de estrógeno y

progesterona. La unión entre estas hormonas y las proteínas plasmáticas es lo suficientemente laxa como para que sean rápidamente liberadas a los tejidos durante un periodo de 30 minutos más o menos. El hígado conjuga los estrógenos para formar glucorónidos y sulfatos y aproximadamente la quinta parte de estos productos conjugados es excretada en la bilis, mientras que el restante es excretado por la orina. Además el hígado convierte los potentes estrógenos estradiol y estrona en el estrógeno casi inactivo estriol. Por tanto la disminución de la función hepática realmente aumenta la actividad de los estrógenos en el organismo, causando en ocasiones hiperestrogenismo. (3)

En pocos minutos tras la secreción, casi toda la progesterona se degrada a otros esteroides que carecen de efecto progestágeno. También en este caso, como con los estrógenos, el hígado es especialmente importante para esta degradación metabólica. El principal producto final de la degradación de la progesterona es el pregnandiol. Aproximadamente el 10% de la progesterona original se excreta por la orina de esta forma. Por tanto se puede calcular la tasa de formación de progesterona en el organismo a partir de su tasa de excreción. (3)

2.2.3.2 Fisiología de los estrógenos

La principal función de los estrógenos es causar la proliferación celular y el crecimiento de los tejidos de los órganos sexuales y de otros tejidos relacionados con la reproducción.

2.2.3.2.1 Efecto de los estrógenos sobre el útero y los órganos sexuales externos femeninos

Durante la niñez solo se secretan ínfimas cantidades de estrógenos, pero en la pubertad la cantidad de estrógenos secretados bajo la influencia de las gonadotropinas hipofisarias aumenta 20 veces o más. En este momento los órganos sexuales infantiles se convierten en los de una mujer adulta, los ovarios, el útero, las trompas de Falopio y la vagina aumentan varias veces de tamaño, también crecen los genitales externos con depósito de grasas en el monte de Venus y los labios mayores y aumento de tamaño en los labios menores.(3)

Durante uno años tras la pubertad el tamaño del útero aumenta de dos a tres veces, más importante que el aumento de tamaño son los cambios que se producen en el endometrio bajo la influencia de los estrógenos, pues los estrógenos producen una llamativa proliferación del estroma endometrial y un gran aumento de desarrollo de las glándulas endometriales, que serán utilizadas para colaborar en la nutrición del ovulo implantado. (4)

2.2.3.2.2 Efecto de los estrógenos sobre las mamas

Las mamas primordiales de la mujer y del varón son exactamente iguales, y bajo las influencias de las hormonas adecuadas, la mama masculina, por lo menos durante los dos primeros decenios de vida puede desarrollarse lo suficiente como producir leche de la misma manera que la mama femenina. Los estrógenos provocan: el desarrollo de los tejidos del estroma mamario, el crecimiento de un extenso sistema de conductos y el depósito de grasa en las mamas. Los lobulillos y los alveolos mamarios solo se desarrollan en pequeño grado bajo la influencia de los estrógenos solos; pero son la progesterona y la prolactina las que producen el crecimiento y funcionamiento determinantes de estas estructuras. Los

estrógenos inician el crecimiento de las mamas y del aparato productor de leche; son también responsables del crecimiento y del aspecto externo característicos de la mama femenina madura, sin embargo no completan la tarea de convertir la mama en órgano productor de leche. (4)

2.2.3.3 Fisiología de la progesterona

La función más importante de la progesterona es con mucha diferencia promover alteraciones secretorias en el endometrio uterino durante la segunda mitad del ciclo femenino sexual, preparando así el útero para la implantación del ovulo fecundado. Además de este efecto sobre el endometrio la progesterona disminuye la frecuencia e intensidad de las contracciones uterinas, ayudando así a evitar la expulsión del ovulo implantando. (3)

La progesterona también promueve un aumento de secreción en el revestimiento mucoso de las trompas de Falopio. Estas secreciones son necesarias para la nutrición del ovulo fecundado que se está dividiendo, a medida que recorre la trompa de Falopio antes de la implantación. La progesterona también promueve el desarrollo de los lobulillos y los alveolos mamarios, haciendo que las células alveolares proliferen, aumenten de tamaño y adopten una naturaleza secretora. Sin embargo la progesterona no hace que los alveolos secreten realmente leche debido a que solo esta se secreta cuando la mama preparada recibe una estimulación adicional por la prolactina adenohipofisiarias. (3)

2.2.4 El ciclo endometrial mensual y la Menstruación

Asociado con la producción mensual cíclica de estrógenos y progesterona por los ovarios existe un ciclo endometrial que sigue las siguientes fases: primero, proliferación del

endometrio uterino; segundo, desarrollo de cambios secretores en el endometrio; y tercero, descamación del endometrio que se conoce con el nombre de menstruación. (4)

2.2.4.1 Fase proliferativa o estrogénica del ciclo endometrial

A comienzo de cada ciclo mensual, la mayor parte del endometrio se descama por la menstruación. Tras la menstruación solo permanece una fina capa de estroma endometrial, y las únicas células epiteliales que quedan son las localizadas en las porciones profundas de las glándulas y criptas del endometrio. Bajo la influencia de los estrógenos, secretados en cantidades crecientes por el ovario durante la primera fase del ciclo mensual ovárico, las células del estroma y las células epiteliales proliferan rápidamente. La superficie endometrial se revitaliza en 4 a 7 días tras el comienzo de la menstruación. Después durante la semana y media siguiente, es decir antes de que se produzca la ovulación, el endometrio aumento mucho de espesor, debido al creciente número de células del estroma y al crecimiento progresivo de las glándulas endometriales y de nuevos vasos sanguíneos al interior del endometrio. En el momento de la ovulación el endometrio tiene unos 3 a 5 milímetros de espesor. Las glándulas endometriales especialmente las de la región cervical, secretan un moco poco denso filante. Los filamentos de moco se alinean de hecho a lo largo del conducto cervical, formando canales que ayudan a guiar a los espermatozoides en la dirección adecuada, desde la vagina al interior del útero. (4)

2.2.4.2 Fase secretora o progestacional del ciclo endometrial

Durante la mayor parte de la última mitad del ciclo mensual, después de producida la ovulación, se secretan grandes cantidades de progesterona y estrógenos por el cuerpo lúteo. Los estrógenos producen una ligera proliferación adicional del endometrio durante esta fase

del ciclo endometrial, mientras que la progesterona provoca una notable tumefacción y el desarrollo secretor del endometrio. Las glándulas se vuelven más tortuosas; en las células del epitelio glandular se acumula un exceso de sustancias secretoras. También aumenta el citoplasma de las células del estroma; y el aporte sanguíneo al endometrio sigue incrementándose de forma proporcional a la actividad secretora, con gran tortuosidad de los vasos sanguíneos. En el momento culminante de la fase secretora, aproximadamente una semana después de la ovulación, el endometrio tiene un espesor de 5 a 6 milímetros. (4)

El propósito general de todas estas alteraciones endometriales es producir un endometrio muy secretor que contiene grandes cantidades de nutrientes almacenados que pueden ofrecer unas condiciones adecuadas para la implantación de un ovulo fecundado durante la última fase del ciclo mensual. Desde el momento que un ovulo fecundado penetra en la cavidad uterina desde la trompa de Falopio (lo que ocurre tres a cuatro días después de la ovulación) hasta el momento de su implantación (siete a nueve días después de la ovulación), las secreciones uterinas denominadas leche uterina nutren al ovulo precoz en división. Después una vez que el ovulo se implanta en el endometrio, las células trofoblásticas situadas en la superficie del ovulo que se implanta en estado de blastocisto comienzan a digerir el endometrio o a absorber las sustancias endometriales almacenadas, con lo que el embrión precoz dispone de mucha mayor cantidad de nutrientes. (4)

2.2.4.3 La Menstruación

Si el ovulo no es fecundado unos dos días antes de que termine el ciclo mensual el cuerpo lúteo involuciona repentinamente y la secreción de las hormonas ováricas, estrógenos y progesterona, disminuye drásticamente a valores muy bajos, luego de esto se produce la

menstruación. La menstruación se debe a la reducción repentina de los estrógenos y la progesterona, especialmente la progesterona, al final del ciclo ovárico mensual. El primer efecto es la disminución de la estimulación de las células endometriales por estas dos hormonas, seguido de la rápida involución del endometrio a un espesor aproximado del 65% del inicial. Después en las 24 horas que preceden al comienzo de la menstruación, los tortuosos vasos sanguíneos que riegan las capas mucosas del endometrio sufren vasoespasmo, presumiblemente a causa de algún efecto de la involución, como la liberación de un material vaso constrictor que abunda en ese momento. El vasoespasmo, la disminución de nutrientes del endometrio y la pérdida de la estimulación hormonal provocan una necrosis incipiente del endometrio, especialmente de los vasos sanguíneos. Como consecuencia, escapa sangre al estrato vascular del endometrio, y las áreas hemorrágicas crecen rápidamente a lo largo de un periodo de 24 a 36 horas. Gradualmente las capas externas necróticas del endometrio se separan del útero en estas zonas de hemorragia hasta que unas, 48 horas después del comienzo de la menstruación, todas las capas superficiales del endometrio se han descamado. La masa de tejido descamado y de sangre en la cavidad uterina, más los efectos contráctiles de las prostaglandinas u otras sustancias, inician las contracciones uterinas que expulsan el contenido uterino. Durante la menstruación normal se pierden unos 40 mililitros de sangre y 35 mililitros más de líquidos seroso. El líquido menstrual habitualmente incoagulable, porque junto con el material necrótico endometrial se libera una fibrinolisisina. Si el sangrado procedente de la superficie uterina es excesivo, la cantidad de fibrinolisisina puede ser insuficiente para evitar la coagulación. E el plazo de 4 a 7 días desde el comienzo de la menstruación, la pérdida de sangre cesa, debido a que para ese momento el endometrio se ha reepitelizado. (4)

2.3 Trastorno Disfórico Premenstrual

2.3.1 Definición

El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) es una enfermedad psomatopsíquica desencadenada por los cambios en las concentraciones de esteroides sexuales que acompañan al ciclo menstrual. 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. (1)

El Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) es la exacerbación patológica de los cambios somáticos y psíquicos que ocurren durante la fase luteínica en el ciclo femenino normal. En la actualidad se postula entre sus múltiples mecanismos etiopatogénicos a factores genéticos, neurobiológicos y endocrinológicos, íntimamente relacionados. (5)

Las primeras descripciones de esta patología las realiza Hipócrates. En el siglo XI, Trotula de Salerno considera que "hay muchas mujeres jóvenes suficientes que se curan con la menstruación". El nombre de tensión premenstrual aparece en el año 1930. La propia psiquiatría reconoce al síndrome premenstrual como probable patología psiquiátrica sólo a partir de 1980 y recientemente propone terapéuticas novedosas para la misma. (5)

Desde el saber médico entendemos a la menstruación como el proceso de descamación periódica del endometrio característica de los mamíferos, con repercusión hormonal cíclica que afecta a todo el organismo de la mujer y no sólo al endometrio. Por ende hay

variaciones normales en la conducta, humor, peso, apetito, libido, temperatura corporal tanto en la fase folicular como en la luteínica del ciclo. (5)

Cuando estos cambios se manifiestan de forma exacerbada, son considerados como una forma patológica de este proceso normal femenino, dando origen al Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) o Desorden de la Fase Luteínica (DFL). (5)

Durante el periodo premenstrual, más o menos una semana antes de la menstruación, se pueden presentar en las mujeres modificaciones en su estado habitual, desde el conocido y común síndrome premenstrual, que se presenta hasta en un 80% de las mujeres y que incluyen síntomas menores que no afectan su funcionamiento normal, hasta el trastorno disfórico premenstrual (TDPM), que incluye síntomas tan severos que interfieren con sus actividades y relaciones habituales. (2)

2.3.2 Epidemiología

Si bien la presencia en las mujeres con síndrome premenstrual es alta ya que casi más del 80% experimenta alguna alteración del estado de ánimo, del sueño o síntomas somáticos en el periodo premenstrual, y alrededor de 40% de esas mujeres sufren unos síntomas premenstruales leves o moderados que les hace consultar a un médico, solo del 3% a 7% de las mujeres presenta síntomas que cumplan todos los criterios diagnósticos del TDPM. (1)

Dentro del espectro de la sintomatología premenstrual, es necesario hacer una distinción conceptual entre el Síndrome Premenstrual (SPM), entidad sin definición uniforme pero caracterizada --según la mayoría de los autores-- por sintomatología predominantemente somática y no incapacitante; y el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM), cuadro con

sintomatología principalmente psíquica, pero también somática, que produce disfunción o incapacidad significativa. Recientemente, se ha estimado que cerca del 20% de las mujeres en edad fértil presenta síntomas moderados de discomfort premenstrual que no deben ser catalogados como TDPM, aunque correspondan a las descripciones clásicas de SPM. A su vez, diversos estudios indican que sólo el 5% de las mujeres en edad fértil sufre de síntomas de intensidad suficiente para satisfacer los estrictos criterios de TDP incluidos en la Cuarta Edición de la clasificación diagnóstica de la Asociación Psiquiátrica Americana, DSM-IV. (5,6)

2.3.3 Etiología

Se discuten en la actualidad varias posibles causas, entre ellas: la hipótesis del efecto modular negativo que las hormonas sexuales tienen sobre los receptores de ácido gamaaminobutírico (GABA) Sub(A) como esteroides neuroactivos durante la fase luteínica tardía que produciría reacciones emocionales adversas y el patrón fluctuante de la función serotoninérgica que se observa en las mujeres con TDPM a lo largo de su ciclo menstrual. (2)

No se sabe bien cuáles son las causas del TDPM. Puede ocurrir a cualquier edad, algunas mujeres pueden ser más sensibles que otras a los cambios de niveles hormonales que ocurren durante el ciclo menstrual. El estrés no parece causar TDPM, pero lo puede empeorar. Los investigadores están estudiando los efectos de las hormonas femeninas en la composición química del cerebro y el resto del cuerpo. Se están fijando en los niveles de la hormona testosterona en las mujeres, que pueden causar los síntomas más severos de TDPM. Algunos científicos creen que el TDPM es causado por el desequilibrio de un

producto químico en el cuerpo llamado serotonina que es una sustancia química cerebral que influye en el humor. Los estudios han demostrado que algunas mujeres con síndrome premenstrual tienen niveles de serotonina por debajo de los niveles normales. Otra teoría relaciona al SPM con la proporción de estrógeno a progesterona, ambas hormonas femeninas. (7)

Existe en la actualidad un gran número de trabajos que abordan, desde diferentes ópticas, los aspectos etiológicos de esta patología. Los diferentes hallazgos etiopatogénicos que evidencian la multiplicidad de factores involucrados incluyen: (8)

Factores Genéticos

- Concordancia en gemelos e historia familiar de TDPM.

Neurotransmisores:

- Disminución de la actividad de la MAO por acción de la progesterona.
- Aumento de la actividad NA.
- Disminución del tono 5-HT por acción de los esteroides sexuales.
- Disminución de la actividad GABA-inhibitoria de la progesterona.

Esteroides Gonadales y Gonadotrofinas

- Deficiencia de progesterona
- Alteración de la relación estrógenos/progesterona
- Alteración de la secreción de testosterona

Factores Hormonales, alteraciones en:

- La secreción de Prolactina.
- La secreción de GH.
- Eje Tiroideo.

- La secreción de Cortisol basal.
- La secreción de Melatonina.
- La secreción de PGE y PGF.

Notemos ya al inicio, que el eje límbico-hipotálamo-hipofiso-adrenal no está hiperactivo en la TDPM como sí lo está en la depresión endógena. De esta manera, interpretamos que ambas patologías comparten cortejos sintomáticos en común, pero mecanismos fisiopatológicos distintos. (8)

Nos referiremos en especial a las teorías que vinculan las variaciones de la serotonina, con las variables de la allopregnenolona y su alteración en ciclo menstrual. (9)

La allopregnenolona presenta fluctuaciones anormales en TDPM. En trabajos pioneros se compararon mujeres con TDPM versus controles, evaluando allopregnenolona y progesterona en los días 19 y 26 del ciclo, encontrándose allopregnenolona más disminuida en día 26 en TDPM y no en controles, siendo idéntica la cuantificación de progesterona en ambos grupos.(9)

En otro trabajo, en mediciones similares en mujeres controles versus mujeres TDPM luego de ser sometidas a situaciones de stress, se vio mayor aumento de cortisol y disminución de allopregnenolona en las segundas. (9)

Por otra parte, desde hace ya algunas décadas se demostró la participación e interrelación existente entre la serotonina y los cambios menstruales. La pionera fue Ritz, quien mostró que los niveles libres de triptófano (aminoácido precursor de la serotonina) muestran cambios durante el ciclo menstrual, correlacionales con las concentraciones plasmáticas de estrógenos. (9)

Varios años después, otros autores también correlacionan los niveles séricos de 5-HT en la fase lútea, y demuestran que son más bajos en mujeres con TDPM, sin modificarse en mujeres normales¹⁷. En la década pasada se demostró la disminución de la recaptación plaquetaria de serotonina en pacientes con TDPM. En trabajos más recientes se describe la Función anormal de serotonina (5HT) en etapa luteal, con respuesta aplanada de GH y cortisol tras el estímulo con triptófano, y respuesta plana y lenta de la PRL a la estimulación con bupiriona o fenfluramina. Éstos y otros trabajos han sido el sustento para postular, dentro de los tratamientos del TDPM, a drogas inhibidoras de la recaptación selectiva de serotonina (ISRS). (10)

Sin embargo, tenemos que consignar desde ahora, que la respuesta de las moléculas serotoninérgicas a los ISRS excede a su respuesta antidepressiva. Erikson, basándose en la rápida respuesta terapéutica (acción benéfica desde el primer ciclo, con menor tiempo de latencia que para la acción antidepressiva), propone algunas hipótesis sobre las características de los ISRS en el tratamiento antidisfórico. Postula una acción central (Hipotalámica y cortical) distinta a las conocidas, con una probable acción sobre el receptor 5-HT 1A, y deja planteada la posibilidad de una acción hormonal. (11)

Este importante hallazgo se completa con otro estudio realizado en ratas mediante la administración de ISRS, que mostró el aumento de la actividad enzimática de la 3 deshidrogenasa de los hidroxisteroides (3 HSD). Se demuestra un aumento de actividad de esta enzima con fluoxetina, paroxetina y sertralina, pero con acción selectiva sobre la conversión a allopregnenolona. Reporta que en el cerebro humano hay al menos dos tipos o isoformas de la 3 HSD (tipo II y III), y que la acción sería específica sobre la 3 HSD tipo III, que es la interviniente sobre este esteroide. Es interesante destacar que la otra isoforma,

presente en gónadas, HSD I, sobre la cual la acción de IRSS es nula, interviene en la producción de andrógenos y su estimulación induciría aumento de conductas de irritabilidad. Así, la estimulación de la isoenzima 3 HSD sería la responsable de la acción hormonal de los ISRS. Se puede apreciar, en este estudio, que existen diferencias en la afinidad para esta enzima entre las drogas evaluadas, y que la imipramina no mostró, en los estudios realizados, ninguna acción hormonal. (12)

2.3.4 Sintomatología

En este trastorno se presentan síntomas severos del estado de ánimo asociados a malestar físico, cambios de la conducta y de los hábitos del sueño, apetito, evacuación intestinal y temperatura. Padecen entre otros irritabilidad, tristeza, ansiedad, cambios de una animo a otro sin razón justificada, sensación de pérdida de control, incapacidad para manejar los conflictos de su vida cotidiana, impulsividad, explosividad y agresividad, dolor y sensación de hinchazón en los senos, dolor de cabeza, dolores musculares y articulares, dificultad para conciliar el sueño o mucho sueño durante el día, aumento del apetito y de la apetencia por ciertos alimentos, especialmente dulces y chocolates, diarrea e intolerancia al frío.(toro

Los síntomas asociados al TDPM, son múltiples, sin embargo, los más molestos son los que refieren a cambios del humor, y además son los que más negativamente influyen sobre la actividad laboral e interpersonal. (7)

Se clasificó a los principales síntomas propuestos para el TDPM y son:

Afectivos: tristeza, ansiedad, cólera, irritabilidad, labilidad emocional.

Dolores: cefalea, mastalgia, musculo esquelético.

Autónomos: nauseas, palpitaciones, sofocos.

Balance líquido: ganancia de peso, pesadez, edema, oliguria.

Cognitivos: disminución de la concentración, indecisión, paranoia, hipersensibilidad, ideación autolítica.

Neurovegetativos: insomnio, hipersomnias, anorexia, ansias de comida, fatiga, letargia.

Dermatológicos: acné, pelo seco, pelo grasoso.

Conducta: disminución de motivación, disminución del control de los impulsos, disminución de eficiencia, aislamiento social.

Se ha intentado agruparlo en tres categorías: físicos, emocionales y conductuales. Los síntomas físicos más frecuentes son fatiga, cefalalgia, hinchazón abdominal, hipersensibilidad y tensión mamaria, acné, artralgias, disminución de las micciones, estreñimiento, falta de coordinación e infecciones vaginales herpéticas o micóticas. (7)

Los síntomas emocionales más frecuentes son ansiedad, hostilidad o cólera y depresión. La hostilidad suele describirse como explosiva, irracional y muy perjudicial para las relaciones interpersonales. Con menor frecuencia se experimenta sensibilidad excesiva al rechazo, deseo de aislamiento, crisis de pánico, paranoia, temor, aumento o disminución de la libido y cambios cognoscitivos como confusión y menor capacidad de concentración. También pueden existir alteraciones de la conducta en forma de hiperfagia y antojo de dulces o salados. (7)

2.3.5 Diagnóstico

La DSM-5 los siguientes criterios para el diagnóstico del TDPM: (13)

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.

Nota: 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 (distinta) 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).

2.3.6 Diagnóstico diferencial

Tanto el Síndrome Premenstrual (SPM) como el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) deben diferenciarse clínicamente de la exacerbación sintomática premenstrual de otras enfermedades psiquiátricas. Entre estos últimos pueden presentarse, por ejemplo, agravamiento catamenial de cuadros depresivos, trastornos de ansiedad, psicosis, crisis epilépticas, bulimia, trastornos de personalidad, migraña, asma y alergias. (5)

2.3.6.1 Síndrome Premenstrual (SPM)

Es importante tener en cuenta que ambos, SPM y TDPM, son diagnósticos de exclusión debiendo además ser descartados otros trastornos médicos y psiquiátricos. De este modo, De la Gándara y cols. subrayan la necesidad de establecer un diagnóstico diferencial entre

SPM, SPM asociado a otro trastorno (que en principio no aumente su intensidad en fase lútea), exacerbación cíclica de otro trastorno, y la presencia de trastornos que pueden compartir sintomatología con el SPM, pero son de carácter no cíclico. Así, por ejemplo, debe ser considerado fuera de la entidad estudiada la exacerbación premenstrual de síntomas que proceden de algunas condiciones médicas o psiquiátricas, y que responden a los cambios cíclicos de los esteroides ováricos y en las que los síntomas recurren o empeoran en la fase lútea tardía o en la fase menstrual temprana. Esta exacerbación premenstrual de síntomas puede ocurrir en el caso del lupus eritematoso, trastornos tiroideos, colon irritable, migraña, asma, síndrome de fatiga crónica y alergias o algunos cuadros psiquiátricos como la depresión, cuadros de pánico o la ansiedad. Estas exacerbaciones premenstruales no deben ser etiquetadas como SPM o TDPM, debiéndose mantener su diagnóstico primario. (14)

Es característico de ellas que el acné suele acaecer durante el sangrado menstrual. El diagnóstico diferencial del SPM se plantea de este modo con situaciones como (15):

- Efectos secundarios de los contraceptivos orales
- Efectos secundarios de otras drogas
- Dismenorrea
- Trastornos de la alimentación
- Abuso de sustancias
- Depresión
- Diabetes
- Anemia
- Enfermedades tiroideas

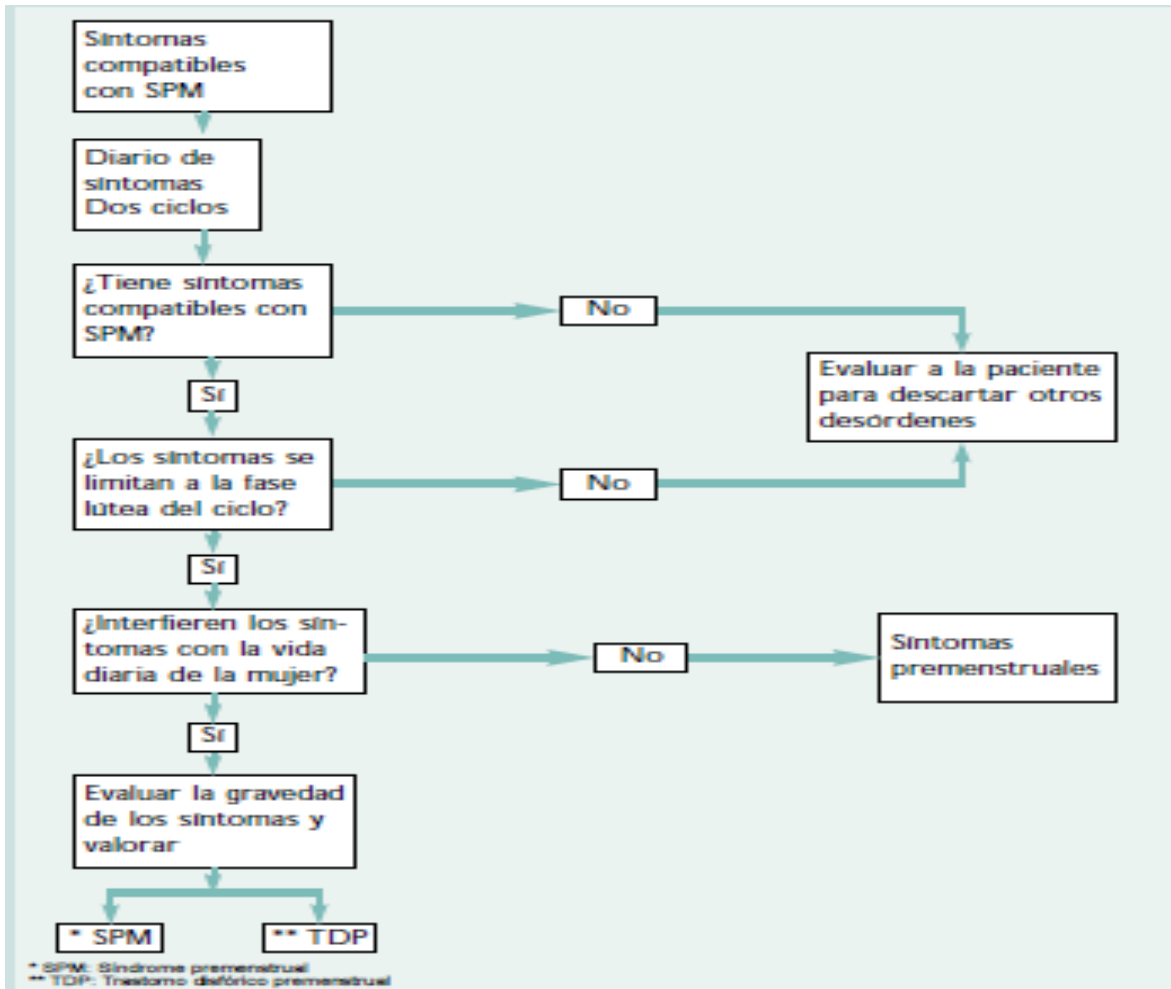
- Endometriosis
- Otras alteraciones psiquiátricas

El diagnóstico diferencial se llevará a cabo con la colaboración de una cuidadosa historia clínica (médica y psiquiátrica), exploración física y test orientados a descartar los cuadros señalados teniendo en consideración que un aspecto fundamental y necesario para el diagnóstico de SPM es la presencia de días libres de síntomas, circunstancia que no suele estar presente en los cuadros señalados. (15)



2.3.6.2 Algoritmo diagnóstico del Síndrome Premenstrual (SPM) y del Trastorno Disfórico Premenstrual

ALGORITMO DIAGNOSTICO (*)



(*)

2.3.7 Tratamiento

El tratamiento incluye medidas generales como la reducción de sodio de la dieta, de la cafeína, el alcohol y la nicotina; aumento del ejercicio aeróbico regular; consejería y psicoterapia para el manejo de las circunstancias conflictivas crónicas; hormonas, vitaminas, minerales, antiinflamatorios o diuréticos. Entre las medidas particulares es

fundamental el tratamiento de los cambios del estado de ánimo, se demostró la utilidad de medicamentos del grupo de los antidepresivos, particularmente aquellos conocidos como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), la forma de administración y la duración de tratamiento deberán ser definidas y evaluadas en forma individual según cada caso particular.(2)

El tratamiento del TDPM incluye prestar apoyo a la paciente y reconocer la existencia de los síntomas y su importancia. Los ISRS como la fluoxetina y el alprazolam se han demostrado eficaces, aunque ningún tratamiento ha demostrado su efectividad en ensayos controlados. Cuando los síntomas se prolongan durante todo el ciclo menstrual, sin alivio sintomático entre ciclos, los clínicos deben considerar que se trate de algún trastorno del estado de ánimo o de ansiedad sin relación con el ciclo menstrual. Se requiere una investigación médica concienzuda para descartar situaciones médicas o quirúrgicas que expliquen los síntomas. (1)

Ya consignamos que han surgido numerosos estudios que evalúan la eficacia clínica de los ISRS, especialmente la fluoxetina. Hay interesantes estudios sobre la dosis mínima de utilidad, la forma de administración intermitente vs. Permanente, y la comparación entre los ISRS entre sí. A continuación desarrollaremos las conclusiones de los estudios más representativos en cada tema:(8)

En un estudio pionero Steiner estudia, a doble ciego, durante seis ciclos a 313 mujeres, administrándoles 20 mg/día fluoxetina, 60 mg/día fluoxetina y placebo.

Todas fueron evaluadas con escalas de VAS (Visual Analog Scale) que cuantifica la tensión emocional, la irritabilidad y la disforia. Se observó mejoría con ambas dosis de fluoxetina, pero menor proporción de efectos colaterales en el grupo de 20 mg/día³⁵. Estos

resultados evidencian la efectividad sobre la sintomatología psicológica y física, así como también el rápido inicio de acción.

La especulación sobre el uso intermitente se plantea por la larga vida media de la fluoxetina y la ausencia del síndrome de discontinuación que por este motivo presenta esta molécula, siendo el mismo investigador quien dos años más tarde evalúa los tratamientos permanentes vs. intermitentes. El estudio se desarrolla durante 3 ciclos, con dos grupos de 24 pacientes con TDPM cada uno, con y sin antecedentes psiquiátricos. Se demostró que el grupo de pacientes con antecedentes psiquiátricos tratadas en forma continua, respondió sintomatológicamente en un 66.7 % de los casos versus el grupo sin antecedentes psiquiátricos tratado en forma intermitente, el cual respondió sintomatológicamente en un 70 % con menos presencia de efectos colaterales. Se interpreta que el tratamiento intermitente es solo posible en pacientes sin sintomatología psiquiátrica subyacente. (8)

Para estas es necesario un tratamiento continuo o, mejor aún, el uso de moléculas de acción dual. Recalquemos que la fluoxetina en dosis de 20 mg/día (e incluso con sólo 10 mg/día en algunos casos) se muestra como la droga de elección, no sólo por su efectividad y seguridad clínica sino también por sus características farmacocinéticas que nos permiten disminuir la posibilidad del síndrome de discontinuación de los ISRS, aun cuando se administre en forma intermitente. Recalquemos que, además, la fluoxetina es la más segura ante la posibilidad de embarazo. Existen iguales resultados en los tratamientos continuos o intermitentes (cuando el TDPM es puro), mostrando siempre que la acción antidisfórica excede la acción antidepresiva, y su prescripción a largo plazo nos ayuda a evitar recaídas en el TDPM.(8)

Además, la respuesta terapéutica sobre la ansiedad a largo plazo (18 meses) fue suficientemente demostrada en trabajos posteriores. En otros estudios terapéuticos se evaluaron otros ISRS en el tratamiento del TDPM con resultados similares a fluoxetina. Detallemos los principales trabajos que pusieron de manifiesto los siguientes resultados: Con sertralina hay una respuesta de aproximadamente del 60 % en un estudio efectuado a doble ciego con administración continua o intermitente y a dosis de 50 o 100 mg/día en distintas poblaciones. Con citalopram se encuentra muy buena respuesta terapéutica a la droga en un estudio a doble ciego con una dosis de 20 mg/ día en un plazo de 9 semanas. Con la administración continua de paroxetina, en dosis de 5 a 30 mg/día, se reporta un 50 % de efectos adversos ligados a disfunciones sexuales. Aun así, paroxetina demostró ser superior a la maprotilina y al placebo. (8)

También existen estudios con otras drogas antidepresivas, como la clorimipramina, observándose que la respuesta antidisfórica se obtiene con dosis menores que las utilizadas en trastornos depresivos. Recordemos que con esta droga se tienen efectos ansiolíticos a menor dosis y antiobsesivos a mayor dosis que la aprobada como antidepresiva. La venlafaxina es útil en TDPM y su efecto colateral de inducción de probable disfunción sexual parece disminuir con la utilización de dosis intermitentes. La desmetilvenlafaxina está sometida a aprobación por FDA para el tratamiento sintomático del TDPM y de la Sintomatología de bochornos en climaterio. No tenemos aún experiencia sobre su uso. (8)

A modo de resumen, recordemos que la acción de la fluoxetina sobre los síntomas metabólicos y neuroendócrinos del desorden, nos abrió el camino para suponer que todas estas drogas con acción serotoninérgica deben ejercer una acción distinta en hipotálamo y/o

Sistema límbico y, consecuentemente, sobre los sistemas hormonales en la producción de esteroides sedativos, tanto en cerebro como en ovario. Por otra parte, debido al componente ansioso del TDPM, también las benzodiacepinas han sido evaluadas para el tratamiento de este desorden. El alprazolam ha mostrado su eficacia en un rango de dosis que oscila entre 0.25 mg - 5 mg/día durante 6 a 14 días previos a la menstruación. La sedación y la somnolencia son efectos colaterales frecuentes que limitan su uso, pero producen una significativa mejoría en el humor y en los síntomas físicos. La buspirona también ha demostrado eficacia cuando ha sido administrada en una dosis promedio día de 25 mg durante los 12 días previos a la menstruación. Recordemos que esta droga puede presentar efecto paradójal ansiogénico en los primeros días de su administración. Dejemos como resumen, que el uso de drogas ansiolíticas debe reservarse como terapia de combinación cuando las dosis de IRSS no son adecuadamente toleradas, o ante la presencia de actividad autonómica exagerada. (17)

Para el edema y la retención de líquidos, se utiliza la espironolactona, antagonista de la aldosterona. Este es el único diurético que mostro beneficios en el tratamiento de los síntomas somáticos, sin desmejoramiento del estado de ánimo. Mejora la irritabilidad, la depresión, la sensación de inflamación, la sensibilidad mamaria y el deseo de comer. La dosis recomendada es de 100 mg dividida en dos a cuatro tomas desde el día 14 hasta la menstruacion¹⁰.

En el caso de la mastalgia, esta puede encontrarse asociada al hallazgo de una hiperprolactinemia funcional. En este caso puede iniciarse la terapia con 5 mg/día de bromocriptina, que alivia los síntomas de dolor mamario. La bromocriptina ocasionaría náuseas y vómitos.

Para el tratamiento de la dismenorrea, que es más frecuente en el SPM que en el TDPM, se utilizan los antiinflamatorios no esteroideos tales como el ibuprofeno, el naproxeno o los inhibidores de la ciclooxigenasa. Recordemos que la prostaglandina E1, proveniente del Ac. linoleico (aceite de primula) tiene capacidad diurética, antiagregante plaquetaria y antiinflamatoria. Mientras que la prostaglandina E2, proveniente del Ac. Araquidónico (obtenido de productos animales) disminuye las defensas, aumenta la inflamación, la retención de líquidos y la presión arterial.

Repitamos que es necesario tener en cuenta que la farmacocinética de cualquier droga utilizada puede verse afectada en la mujer durante su etapa fértil si utiliza anticonceptivos orales (ACO). Los ACO que contengan altas dosis de estrógenos tienden a reducir el aclaramiento de fármacos que se eliminan por vías oxidativas, y lo aumentan en el caso de aquellos que lo hacen predominantemente por conjugación²¹.

- En los casos severos se utilizan medidas de anticoncepción o anulación de la ovulación farmacológica o quirúrgicas⁵⁰.

Los anticonceptivos orales suprimen la ovulación mientras se conserva la menstruación debido a una supresión periódica de los esteroides. Los estudios realizados con contraceptivos orales clásicos (estrógenos más progestágenos) no son concluyentes y no existen investigaciones recientes, por lo cual se recomienda no usarlos para tratar TDPM.

Es de notar que, en la actualidad, se demostró la efectividad de un preparado que contiene drospirenona, su acción sobre algunos síntomas físicos. Se postula el régimen 24/2-4 de drospirenona y etinilestradiol, pero se requieren más estudios para evaluar la eficacia a largo plazo.

Se evidenció que la utilización, en casos extremos, de anulación de la función ovárica por métodos químicos (agonistas GnRH en administración continua) o quirúrgicos imposibilita la aparición del síndrome. Pero, también, se comprobó que si a estas pacientes se les efectúa terapias de reemplazo hormonal estrogénica, reaparece la sintomatología en forma inmediata. El danazol es un agente efectivo para el tratamiento del TDPM que ocasiona supresión ovárica. No obstante, su empleo ya no está autorizado debido a que tiene efectos masculinizantes como hirsutismo, acné y engrosamiento de la voz. Su administración durante la fase lútea sería de utilidad para tratar el dolor mamario premenstrual y no tendría efectos adversos significativos a corto plazo.

Los análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas provocan supresión ovárica y pueden emplearse a corto plazo hasta 6 meses. Su uso prolongado está limitado debido a sus efectos adversos estilo menopáusicos como bochornos, atrofia urogenital, cefaleas, osteoporosis y enfermedad cardiovascular. La combinación con diversos agentes como la tibolona permite su administración prolongada sin disminuir la eficacia. Asimismo, los análogos de la hormona liberadora de gonadotropinas pueden emplearse para identificar a las pacientes que se beneficiarán mediante la ooforectomía bilateral. Los tratamientos sugeridos para algunos agonistas son las siguientes: Buserelin 400-900 mg/día intranasalmente o LeuproU de depot IM, 3,75 mg/mes.

2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel nacional

3.1 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

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. Las escalas ETPDM y EVES presentan una correlación de 0.653 siendo significativa. Indicándonos que a mayor puntuación en ambas escalas, existe elevado grado de desajuste emocional.

Palabras clave: Trastorno disfórico premenstrual, ansioso-depresivo, estado anímico.

(11)

A nivel internacional

3.2 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

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 TDP 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, aquellas 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. (12)

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

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

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. Palabras clave: síndrome disfórico premenstrual, personal docente. (13)

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

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

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 menarca. 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

menarca 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. (14)



4 . Objetivos.

4.1 General

Determinar las Características Clínicas y la Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en una muestra de pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016.

4.2 Específicos

- 1) Determinar las Características Clínicas de una muestra de pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016.
- 2) Determinar Frecuencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en una muestra de pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016.
- 3) Determinar cuáles Características Clínicas están asociadas a la presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en una muestra de pacientes del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, 2016.

5 Hipótesis

Dado que el Trastorno Disfórico Premenstrual se presenta con determinadas características clínicas como describe la literatura consultada, es probable que existan estas características clínicas sean comunes y existan asociación en pacientes hospitalizadas del Servicio de Ginecología y Obstetricia del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza con diagnostico Trastorno Disfórico Premenstrual.

III.- PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

4. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicará la técnica de la encuesta.

Instrumentos: El instrumento que se utilizará consistirá en una ficha de recolección de datos sociodemográficos (Anexo 1), y (Anexo 2).

Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas de procesamiento de textos, bases de datos y estadísticos.

5. Campo de verificación

2.5. Ubicación espacial:

La investigación se realizara en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, ubicado en el Cercado de Arequipa, Provincia de Arequipa, Departamento de Arequipa.

2.6. Ubicación temporal:

La investigación se realizara entre los meses de Marzo, Abril y Mayo del 2016.

2.7. Unidades de estudio:

Se estudiara a una muestra de pacientes del área de hospitalización del Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza.

2.8. Población:

Una muestra constituida por pacientes hospitalizadas en el Servicio de Ginecología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza en el periodo de estudio.

Muestra: Se estudiará una muestra cuyo tamaño se determinó mediante la fórmula de muestreo para proporciones en poblaciones finitas no conocidas:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

Dónde:

n = tamaño de la muestra

$Z\alpha$ = coeficiente de confiabilidad para una precisión del 95% = 1.96

p = frecuencia de conocimiento adecuado de MAC = 0.15

q = 1 – p

E = error absoluto = 5% para estudios de ciencias de la salud = 0.05

Por tanto: $n = 195,92 \approx 200$ casos.

Además, los integrantes de la muestra deberán cumplir los criterios de selección.

Criterios de selección:

- **Criterios de Inclusión**
 - Participación voluntaria en el estudio
 - Llenado correcto de encuestas

- Mayoría de edad (edad mayor a 18 años cumplidos)

- **Criterios Exclusión**

- Fichas de encuesta incompletos o mal llenados
- Negación a la participación voluntaria en el estudio
- Presentar algún trastorno psiquiátrico declarado por encuestada

6. Estrategia de Recolección de datos

3.2. Organización

Se solicitará autorización a la Dirección del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, así como también a la Jefatura del Servicio de Ginecología y Obstetricia del mencionado Hospital para realizar el estudio.

3.3. Recursos

a) Humanos

- Investigador, asesor.

b) Materiales

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas procesadores de texto, bases de datos y software estadístico.

- c) Financieros
 - Autofinanciado

3.4. Validación de los instrumentos

3.3.1 Encuesta empleando los Criterios Diagnósticos DSM IV para TDPM(Anexo 2)

Se utilizó la encuesta que empleo Vega-Deinstmeier, para evaluar el TDPM, con base a los criterios diagnósticos de TDPM que indica la DSM-IV, en esta encuesta se 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)

3.5. Criterios para manejo de resultados

f) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 y Anexo 2 serán codificados y tabulados para su posterior interpretación.

g) Plan de Clasificación:

Se empleará una matriz de sistematización de datos en la que se transcribieron los

datos obtenidos en cada Ficha para facilitar su uso.

h) Plan de Codificación:

Se procederá a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala continua y categórica para facilitar el ingreso de datos.

III. Cronograma de Trabajo

Actividades	Marzo 16				Abril 16				Mayo 16			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema	■	■										
2. Revisión bibliográfica		■	■									
3. Aprobación del proyecto				■	■							
4. Ejecución						■	■					
5. Análisis e interpretación								■	■			
6. Informe final										■		

Fecha de inicio: 01/03/16

Fecha probable de término: 15/05/16

IV. Bibliografía Básica

- 1.- Sadock BJ, Sadock VA. Sinopsis de Psiquiatría 10 ed. Walters Kluwer (NY): Lippincot Williams&Wilkins Publishers; 2009; 81: 857-63
- 2.- Toro RJ, Yepes LE, Palacio CA, Tellez JE. Fundamentos de Medicina: Psiquiatría 5 ed. Corporación para Investigaciones Biologicas; 2010; 30: 384-394
- 3.- Guyton AC, Hall JE. Tratado de Fisiologia Medica 11ed. McGraw-Hill editores; 2006; 81: 1117-1133.
- 4.- Berek JS, Ginecologia de Novak 14 ed. Wolters Kluwer (NY): Lippincot Williams&Wilkins Publishers, 2011; 26:1034-1042
5. - Alarcon, R. Psiquiatria. 2ed. Washington, D.C: OPS/Manual Moderno, 2005; .21: 611-616
- 6.- 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;12: 48-69
- 7.- 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
- 8.- Sarah L, Berga, M.D. Premenstrual Syndrome: Treatment. Women's Health citado (25 de julio 2014) disponible desde en: www.ACPMedicinaOnline
- 9.- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

- 10.- 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
- 11.- 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;12(1) :131 – 151
- 12.- Jadresic E. et al. 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.
- 13.- Pavía N., Civeira-González L., Rosado A. Síndrome disfórico premenstrual de docentes preescolares en Mérida, Yucatán. Ginecol Obstet Mex 2009;77(4):185-90
- 14.- 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, 2007:153-163
- 15.- Vega-Dienstmaier, J., Mazzoti, G., Salinas-Pielago J., Stucchi, S., Prevalencia del Trastorno Disforico Premenstrual y Sintomas Premenstruales. Neuro-Psiquiatria 1998; 61: 82-87.

Anexos

Anexo 1: Ficha de recolección de datos

Ficha N° _____

A continuación le rogamos responder las siguientes preguntas de la manera más verídica posible, marque solo una opción por pregunta.

EDAD: 18 a 22 años () 23 a 27 años () 28 a 32 años () 33 a 37 años ()
38 a 42 años () 43 a 47 años () Mas de 48 años ()

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Primaria incompleta () Primaria Completa ()
Secundaria incompleta () Secundaria completa ()
Superior incompleta () Superior completa ()

RELIGION:

Católica () Cristiana () Adventista () Otra ()

ESTADO CIVIL: Soltera () Conviviente () Casada () Divorciada () Viuda ()

LUGAR DE PROCEDENCIA: Arequipa () Otros ()

ALGUN FAMILIAR SUYO PADECE DE ALGUN TRASTORNO PSIQUIATRICO:
SI () NO ()

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS:

NUMERO DE HOSPITALIZACIONES: 1 () 2 () 3 () Mas de 3 ()

CICLO MENSTRUAL: Regular () Irregular ()

UTILIZA ALGUN METODO ANTICONCEPTIVO: SI () NO ()

SI LA PREGUNTA ANTERIOR FUE AFIRMATIVA MARQUE QUE METODO

UTILIZA:

PRESERVATIVO () PILDORAS MENSUALES () INYECTABLE MENSUAL ()

INYECTABLE TRIMESTRAL () METODO DEL RITMO ()

Anexo 2: Encuesta empleando los Criterios Diagnosticos 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 2: MATRIZ DE DATOS

	EDAD	GRADO DE INSTRUCCIÓN	RELIGION	ESTADO CIVIL	LUGAR DE PROCEDENCIA	ANTECEDENTE FAMILIAR PSIQUIÁTRICO	NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES	CICLO MENSTRUAL	USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO	TDPM
1	0	4	0	0	1	1	0	0	1		1
2	4	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1
3	6	5	1	2	0	1	1	1	0	4	0
4	6	3	2	3	0	1	3	0	0	3	0
5	5	0	0	3	1	0	3	0	0	3	1
6	5	2	0	1	0	1	1	0	0	4	0
7	6	4	0	4	0	1	1	0	1		1
8	4	4	2	2	0	0	3	0	0	1	0
9	0	3	0	0	1	0	3	0	0	3	1
10	5	3	0	0	0	1	0	1	0	4	0
11	0	4	0	0	1	1	3	1	0	2	0
12	4	3	2	2	0	1	1	0	0	3	0
13	0	3	0	0	0	1	0	1	0	0	1
14	0	4	0	0	0	0	0	1	1		0
15	0	4	0	0	0	1	0	0	1		1
16	0	4	0	0	0	1	0	0	0	1	0
17	0	4	3	0	0	1	1	0	0	0	1
18	0	2	0	0	1	1	0	1	1		1
19	0	3	1	0	0	1	0	0	1		1
20	0	3	0	0	0	1	0	1	1		0
21	0	3	1	0	0	1	0	0	0	0	1
22	0	3	0	0	0	1	0	1	1		0
23	0	3	0	0	0	1	0	1	1		0
24	0	4	0	0	0	1	0	0	1		1
25	0	3	0	0	0	1	1	0	1		1
26	0	5	0	1	0	1	0	1	0	0	1
27	0	4	0	0	0	1	0	1	0	0	1
28	4	3	0	1	0	1	0	0	0	2	1
29	6	3	0	2	0	1	0	0	0	1	1
30	6	0	2	4	1	1	0	0	1		1
31	1	3	0	1	0	1	0	0	0	0	1
32	1	3	0	1	0	1	0	0	1		1
33	1	5	0	1	0	0	3	1	1		0
34	0	4	0	0	0	1	0	1	1		1
35	0	4	0	0	1	1	0	0	1		1
36	0	5	0	0	0	0	0	1	0	1	0
37	0	3	0	0	0	1	0	0	1		1
38	0	3	1	0	0	1	0	0	1		1
39	0	1	0	0	0	1	0	1	1		1
40	0	4	0	0	0	1	0	0	1		0
41	4	0	2	1	0	1	1	1	0	4	1
42	6	3	2	2	0	1	3	0	0	2	0
43	4	5	1	1	0	0	1	0	0	1	1
44	2	4	0	2	0	1	3	1	0	2	0
45	6	5	0	1	0	1	3	0	1		1
46	4	5	0	2	0	1	0	1	1		1
47	3	3	1	3	0	1	2	1	1		0
48	0	3	3	0	0	1	0	1	1		1
49	1	2	0	1	0	1	1	0	0	4	0
50	6	2	0	2	0	0	1	1	1		1
51	5	1	0	3	0	1	1	1	1		1
52	2	3	0	2	0	1	1	0	0	3	1
53	0	4	0	0	0	1	0	1	1		1
54	0	3	0	0	0	1	0	1	1		1
55	0	4	0	0	0	1	0	0	1		0
56	0	4	0	0	0	1	2	1	1		1
57	0	4	0	0	0	1	1	0	0	1	1
58	0	3	3	0	0	0	0	0	1		0
59	0	4	0	0	0	1	3	1	1		0
60	3	3	0	0	0	1	0	1	1		1
61	1	5	0	1	0	1	1	1	1		1
62	0	4	0	1	0	1	1	0	1		1
63	0	2	0	1	0	1	1	1	0	2	1
64	3	4	0	1	0	1	0	1	0	2	1
65	1	1	4	0	1	0	1	0	1		1
66	3	3	0	2	0	0	2	1	1		1
67	0	2	0	0	0	1	0	1	1		1

	EDAD	GRADO DE INSTRUCCIÓN	RELIGION	ESTADO CIVIL	LUGAR DE PROCEDENCIA	ANTECEDENTE FAMILIAR PSIQUIÁTRICO	NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES	CICLO MENSTRUAL	USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO	TDPM
68	3	3	0	2	0	1	2	1	1		0
69	1	5	0	0	0	1	0	0	1		1
70	0	3	0	0	0	1	0	1	0	1	1
71	0	4	0	0	0	1	2	1	1		0
72	0	0	2	1	1	0	1	0	0	3	1
73	0	4	0	0	0	1	0	1	1		1
74	0	3	0	0	0	1	0	1	1		1
75	0	4	0	0	0	1	0	1	1		1
76	5	3	1	2	0	1	1	0	0	0	1
77	0	0	4	0	1	0	1	2	0	1	1
78	1	1	4	3	1	0	1	1	0	0	0
79	2	4	1	0	0	1	0	0	0	4	0
80	3	3	2	2	0	1	1	1	0	2	1
81	1	3	2	1	0	1	2	1	0	3	0
82	2	0	0	1	1	0	1	0	0	2	0
83	6	2	1	4	1	1	2	0	1		1
84	2	3	2	0	0	1	0	1	1		1
85	1	3	0	0	1	0	3	0	1		0
86	0	3	0	0	0	1	0	0	1		0
87	0	4	0	0	0	1	0	1	1		0
88	0	4	0	0	0	1	0	0	1		0
89	0	4	0	0	1	0	0	0	1		1
90	0	4	0	0	0	1	1	1	1		1
91	0	1	0	0	0	1	1	1	1		0
92	0	4	0	0	0	1	0	1	1		1
93	0	4	0	0	0	1	0	1	1		0
94	0	3	0	0	0	1	0	0	1		1
95	0	3	0	0	0	1	0	0	1		1
96	0	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1
97	0	3	0	1	0	1	0	1	0	0	1
98	1	5	0	0	0	1	0	1	0	4	1
99	5	2	2	1	1	1	0	0	1		0
100	5	3	2	2	0	1	0	1	1		0
101	6	5	0	2	0	1	1	0	0	2	1
102	3	4	0	1	0	1	0	1	0	2	1
103	1	1	4	0	1	0	1	0	1		1
104	3	3	0	2	0	0	2	1	1		1
105	0	2	0	0	0	1	0	1	1		1
106	3	3	0	2	0	1	2	1	1		0
107	1	5	0	0	0	1	0	0	1		1
108	0	3	0	0	0	1	0	1	0	1	1
109	0	4	3	0	0	1	1	0	0	0	1
110	0	2	0	0	1	1	0	1	1		1
111	0	3	1	0	0	1	0	0	1		1
112	0	3	0	0	0	1	0	1	1		0
113	0	3	1	0	0	1	0	0	0	0	1
114	0	3	0	0	0	1	0	1	1		0
115	0	3	0	0	0	1	0	1	1		0
116	0	4	0	0	0	1	0	0	1		1
117	0	3	0	0	0	1	1	0	1		1
118	0	5	0	1	0	1	0	1	0	0	1
119	0	4	0	0	0	1	0	1	0	0	1
120	4	3	0	1	0	1	0	0	0	2	1
121	6	3	0	2	0	1	0	0	0	1	1
122	6	0	2	4	1	1	0	0	1		1
123	1	3	0	1	0	1	0	0	0	0	1
124	1	3	0	1	0	1	0	0	1		1
125	1	5	0	1	0	0	3	1	1		0
126	6	2	1	4	1	1	2	0	1		1
127	2	3	2	0	0	1	0	1	1		1
128	1	3	0	0	1	0	3	0	1		0
129	0	3	0	0	0	1	0	0	1		0
130	0	4	0	0	0	1	0	1	1		0
131	0	4	0	0	0	1	0	0	1		0
132	0	4	0	0	1	0	0	0	1		1
133	0	4	0	0	0	1	1	1	1		1
134	0	1	0	0	0	1	1	1	1		0

	EDAD	GRADO DE INSTRUCCIÓN	RELIGION	ESTADO CIVIL	LUGAR DE PROCEDENCIA	ANTECEDENTE FAMILIAR PSIQUIÁTRICO	NÚMERO DE HOSPITALIZACIONES	CICLO MENSTRUAL	USO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO	TIPO DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO	TDPM
135	0	4	0	0	0	1	0	1	1		1
136	0	4	0	0	0	1	0	1	1		0
137	0	3	0	0	0	1	0	0	1		1
138	0	3	0	0	0	1	0	0	1		1
139	0	4	0	0	1	0	0	1	0	0	1
140	0	3	0	1	0	1	0	1	0	0	1
141	1	5	0	0	0	1	0	1	0	4	1
142	5	2	2	1	1	1	0	0	1		0
143	5	3	2	2	0	1	0	1	1		0
144	6	5	0	2	0	1	1	0	0	2	1
145	3	4	0	1	0	1	0	1	0	2	1
146	1	1	4	0	1	0	1	0	1		1
147	0	3	3	0	0	0	0	0	1		0
148	0	4	0	0	0	1	3	1	1		0
149	3	3	0	0	0	1	0	1	1		1
150	1	5	0	1	0	1	1	1	1		1
151	0	4	0	1	0	1	1	0	1		1
152	0	2	0	1	0	1	1	1	0	2	1
153	3	4	0	1	0	1	0	1	0	2	1
154	1	1	4	0	1	0	1	0	1		1
155	3	3	0	2	0	0	2	1	1		1
156	0	2	0	0	0	1	0	1	1		1
157	3	3	0	2	0	1	2	1	1		0
158	1	5	0	0	0	1	0	0	1		1
159	0	3	0	0	0	1	0	1	0	1	1
160	0	4	0	0	0	1	2	1	1		0
161	0	0	2	1	1	0	1	0	0	3	1
162	0	4	0	0	0	1	0	1	1		1
163	0	3	0	0	0	1	0	1	1		1
164	0	4	0	0	0	1	0	1	1		1
165	5	3	1	2	0	1	1	0	0	0	1
166	0	0	4	0	1	0	1	2	0	1	1
167	1	1	4	3	1	0	1	1	0	0	0
168	3	3	1	3	0	1	2	1	1		0
169	0	3	3	0	0	1	0	1	1		1
170	1	2	0	1	0	1	0	1	0	4	0
171	6	2	0	2	0	0	1	1	1		1
172	5	1	0	3	0	1	1	1	1		1
173	2	3	0	2	0	1	1	0	0	3	1
174	0	4	0	0	0	1	0	1	1		1
175	0	3	0	0	0	1	0	1	1		1
176	0	4	0	0	0	1	0	0	1		0
177	0	4	0	0	0	1	2	1	1		1
178	0	4	0	0	0	1	1	0	0	1	1
179	0	3	0	3	0	0	0	0	1		0
180	0	4	0	0	0	1	3	1	1		0
181	3	3	0	0	0	1	0	1	1		1
182	1	5	0	1	0	1	1	1	1		1
183	0	4	3	0	0	1	1	0	0	0	1
184	0	2	0	0	1	1	0	1	1		1
185	0	3	1	0	0	1	0	0	1		1
186	0	3	0	0	0	1	0	1	1		0
187	0	3	1	0	0	1	0	0	0	0	1
188	0	3	0	0	0	1	0	1	1		0
189	0	3	0	0	0	1	0	1	1		0
190	0	4	0	0	0	1	0	0	1		1
191	0	3	0	0	0	1	1	0	1		1
192	0	5	0	1	0	1	0	1	0	0	1

0=18 A 22 AÑOS
1=23 A 27 AÑOS
2=28 A 32 AÑOS
3=33 A 37 AÑOS
4=38 A 42 AÑOS
5=43 A 47 AÑOS
6=MAS DE 48 AÑOS

0=PRIMARIA INCOMPLETA
1=PRIMARIA COMPLETA
2=SECUNDARIA INCOMPLETA
3=SECUNDARIA COMPLETA
4=SUPERIOR INCOMPLETA
5=SUPERIOR COMPLETA

0=CATÓLICA
1=CRISTIANA
2=ADVENTISTA
3=OTRA

0=SOLTERA
1=CONVIVIENTE
2=CASADA
3=DIVORCIADA
4=VIUDA

0=AREQUIPA
1=OTROS

0=SI
1=NO

0=UNA
1=DOS
2=TRES
3=MÁS DE TRES

0=REGULAR
1=IRREGULAR

0=SI
1=NO

0=PRESERVATIVO
1=PÍLDORAS MENSUALES
2=INYECTABLE MENSUAL
3=INYECTABLE TRIMESTRAL
4=MÉTODO DEL RITMO

0=PRESENTE
1=AUSENTE