



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA**

**TÍTULO**

**“SÍNTOMAS PREMENSTRUALES Y TRASTORNO  
DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN LAS ESTUDIANTES  
DEL ÁREA JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA  
DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA,  
PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2016”**

**MACROPROYECTO: SÍNTOMAS PREMENSTRUALES Y  
TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN LAS  
ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**

**Tesis previa a la obtención  
del título de Médico General**

**AUTORA:** Katherin Dayana Samaniego Ulloa

**DIRECTOR:** Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

**Loja-Ecuador**

**2017**

## Certificación

Loja, 29 de Septiembre del 2017

**Dr.**

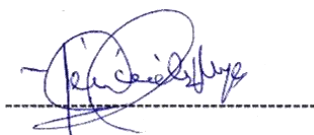
Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

**DIRECTOR DE TESIS**

### **CERTIFICA:**

Que el presente trabajo de investigación titulado: **“SÍNTOMAS PREMENSTRUALES Y TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN LAS ESTUDIANTES DEL ÁREA JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2016”**, presentado por la estudiante Katherin Dayana Samaniego Ulloa, de la carrera de Medicina Humana, ha sido dirigido, orientado y evaluado en todas sus partes y reúne los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, por lo tanto, autorizo la presentación para su disertación.

Atentamente,



Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes Mg. Sc.

### Autoría

Yo Katherin Dayana Samaniego Ulloa declaro ser autora del presente trabajo de tesis titulado: **SÍNTOMAS PREMENSTRUALES Y TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN LAS ESTUDIANTES DEL ÁREA JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2016** , y que todos los contenidos utilizados en la presente investigación fueron basados en la recopilación de varios textos impresos, páginas confiables publicadas en internet, e investigaciones realizadas y adaptadas a mi tema de investigación. Por lo cual todos los conceptos, opiniones, discusión de resultados, conclusiones y recomendaciones vertidas en la presente tesis son de exclusiva responsabilidad del autor.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el repositorio Institucional de la biblioteca virtual.



.....  
Autora: Katherin Dayana Samaniego Ulloa

CI: 1900836386

Loja, 29 de Septiembre del 2017

### **Carta de autorización de tesis**

Yo, Katherin Dayana Samaniego Ulloa, declaro ser autora del presente trabajo de tesis titulado: **SÍNTOMAS PREMENSTRUALES Y TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN LAS ESTUDIANTES DEL ÁREA JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2016**, como requisito para adoptar el grado de Médico General. Autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio digital institucional – Biblioteca Virtual.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tengan convenio la universidad.

La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero, para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 29 días de septiembre del 2017.



Autora: Katherin Dayana Samaniego Ulloa

Cédula: 1900836386 Dirección: Barrio San Cayetano, Calles Paris y Varsovia.

Correo: kattychan\_93\_@hotmail.com Teléfono: 098 54 86 290

#### **Datos complementarios:**

Director de Tesis: Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes. Mg. Sc.

Tribunal de grado: Dra. Ana Catalina Puertas Azanza. Mg. Sc.

Dra. Karina Yesenia Calva Jirón. Esp.

Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova. Esp.

### **Dedicatoria**

*A Dios, por haberme permitido llegar hasta este punto de mi vida, por darme la fuerza para seguir adelante y por hacer realidad este sueño anhelado.*

*A mi madre Mariana de Jesús Ulloa Hurtado y a mi padre Luis Aurelio Samaniego Uyaguari porque son las personas a las que más amo, la razón de mi esfuerzo, mi motor y mi apoyo incondicional.*

*A mis hermanos, porque los quiero mucho y sé que siempre creyeron en mí.*

*A mi abuelita, por sus buenos consejos, por sus cuidados, su aprecio, por rezar por mí, y por haber estado conmigo en los años más difíciles y emocionantes que he vivido.*

**Katherin Samaniego**

## **Agradecimiento**

*A mi querida Universidad Nacional de Loja, por haber abierto sus puertas para mi formación y permitirme ser una profesional de la carrera que más amo.*

*A mi director de tesis, Dr Germán Alejandro Vélez Reyes, por confiar en mí, por impartirme sus conocimientos, su experiencia y por la motivación que siempre me ha brindado para lograr culminar con éxito mis estudios.*

*A mis docentes de toda la carrera porque han aportado con mi formación integral y humanística.*

*A mis amigos/as que siempre han estado conmigo apoyándome en las buenas y en las malas, los/as quiero mucho.*

**MUCHAS GRACIAS.**

**AUTORA**

## Índice de contenidos

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización de tesis.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Autora.....	vii
Índice de contenidos.....	viii
Índice de cuadros.....	ix
Índice de figuras.....	x
1.Título.....	1
2.Resumen.....	2
Summary.....	3
3.Introduccion.....	4
4.Revisión de literatura.....	7
4.1Ciclo menstrual normal.....	7
4.1.1Ciclo ovárico. Comprende la fase folicular y la fase lútea.....	7
4.1.1.1Fase folicular.....	7
4.1.1.2Fase lútea.....	8
4.2Síntomas premenstruales.....	11
4.2.1Definición.....	11
4.2.2Síntomatología premenstrual.....	12
4.2.1.1Síntomas somáticos.....	12
4.2.1.1.1Cefalea.....	12
4.2.1.1.2Hipersensibilidad mamaria.....	12
4.2.1.1.3Distensión abdominal.....	12
4.2.1.1.4Retención hídrica.....	12
4.2.1.1.5Dismenorrea.....	13

4.2.1.2 Síntomas psíquicos .....	13
4.2.1.2.1 Depresión .....	13
4.2.1.2.2 Arranques de ira. ....	13
4.2.1.2.3 Irritabilidad. ....	13
4.2.1.2.4 Ansiedad. ....	14
4.2.1.2.5 Insomnio. ....	14
4.2.1.2.6 Confusión. ....	14
4.2.1.2.7 Aislamiento social. ....	14
4.2.3 Factores que influyen en la sintomatología premenstrual. ....	14
4.2.3.1 Factores genéticos.....	14
4.2.3.2 Factores biológicos.....	15
4.2.3.3 Factores nutricionales.....	15
4.2.3.3.1 Ácidos grasos esenciales. ....	15
4.2.3.3.2 Vitamina b6. ....	16
4.2.3.3.3 Azúcar.....	17
4.2.3.3.4 Calcio.....	17
4.2.3.3.5 Manganese.....	18
4.2.3.3.6 Cafeína.....	18
4.2.3.4 Factores psicológicos.....	18
4.2.4 Síndrome premenstrual.....	19
4.3 Trastorno disfórico premenstrual .....	20
4.3.1 Historia. ....	20
4.3.2 Definición. ....	21
4.3.3 Epidemiología.....	22
4.3.4 Factores de riesgo. ....	22
4.4 Características diagnósticas.....	24
4.4.1 Criterios diagnósticos según el dsm iv. ....	24
4.5 Síntomas asociados.....	25
4.6 Diagnóstico diferencial.....	27
4.7 Tratamiento.....	27
4.7.1 Medidas no farmacológicas.....	27



4.7.1.1Educación. ....	28
4.7.1.2Ejercicio.....	28
4.7.1.3Dieta. ....	28
4.7.1.3.1Sal. ....	28
4.7.1.3.2Azúcares refinados. ....	29
4.7.1.3.3Alimentos con metilxantinas. ....	29
4.7.1.3.4Tabaco y alcohol.....	29
4.7.1.3.5Carnes rojas. ....	29
4.7.1.4Carbonato de calcio .....	29
4.7.1.5Vitamina b6. ....	29
4.7.1.6Mineraloterapia.....	29
4.7.1.7AINES. ....	29
4.7.1.8Terapia cognitivo conductual (TCC).....	29
4.7.2Medidas farmacológicas. ....	30
4.7.2.1Anticonceptivos orales combinados (aco).....	30
4.7.2.2Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (isrs). ....	31
4.7.2.2.1Fluoxetina. ....	32
4.7.2.3Otros psicofármacos. ....	33
4.7.3Otras opciones terapéuticas. ....	33
4.8Complicaciones .....	33
4.9Prevención .....	34
5.Materiales y metodos.....	34
6.Resultados.....	40
7.Discusión .....	44
8.Conclusiones.....	47
9.Recomendaciones .....	48
10.Bibliografía.....	49
Anexos .....	53
Anexo nº1: Certificación de aprobación de tema. ....	53
Anexo nº2: Certificación de pertinencia de proyecto de investigación .....	54
Anexo nº3: Certificación de director de tesis asignado .....	55

Anexo n°4: Certificación para aplicación de cuestionarios .....	56
Anexo n° 5: Consentimiento informado.....	57
Anexo n°6: Cuestionario de síntomas premenstruales .....	58
Anexo n°7: Cuestionario de criterios diagnósticos de trastorno disfórico premenstrual ....	60
Anexo n°8: Tabulaciones .....	62
Anexo n°9: Fotografías.....	64

## **1. Título**

**Síntomas premenstruales y Trastorno Disfórico Premenstrual en las estudiantes del Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja, periodo abril – septiembre 2016**

## 2. Resumen

Un elevado número de mujeres en edad reproductiva tienen uno o más signos de malestar físico o síntomas emocionales en la etapa premenstrual, es decir, en la fase lútea del ciclo menstrual, y alrededor de un 8% experimentan síntomas más severos. El presente estudio tuvo como objetivo determinar los síntomas premenstruales y el Trastorno Disfórico Premenstrual en las estudiantes del Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja. La muestra estuvo conformada por 312 estudiantes y se empleó dos cuestionarios, el primero, elaborado por la autora, acerca de los síntomas físicos y psíquicos más frecuentes y el segundo cuestionario, de los criterios de investigación del Trastorno Disfórico Premenstrual, descritos en el DMS IV. Los resultados obtenidos fueron que las molestias premenstruales más frecuentes son: el síntoma psíquico: Tensión, irritabilidad o cambios en el estado de ánimo con 78,53% (n=245), seguido del síntoma físico: distensión abdominal con 64,74% (n=202) y cambios en el apetito, acné e hipersensibilidad mamaria. Del total de 312 estudiantes, el 8,65% (n=27) cumplen con los criterios para el trastorno disfórico premenstrual. La relación entre sintomatología premenstrual y el trastorno premenstrual fue que los síntomas predominante en las 27 estudiantes que cumplen con los criterios diagnósticos para Trastorno Disfórico Premenstrual fueron de tipo psicológico o psíquico, como: tensión, irritabilidad y/o cambios en el estado de ánimo con un 96,30% (n=26) y cambios en el apetito con 81,48% (n=22).

**Palabras clave:** Sintomatología Premenstrual y trastorno disfórico premenstrual.

### Summary

A large number of women of reproductive age have one or more signs of physical discomfort or emotional symptoms in the premenstrual phase, in the luteal phase of the menstrual cycle, and about 8% experience more severe symptoms. This study aimed to determine premenstrual symptoms and Premenstrual Dysphoric Disorder in the students of the Legal Department, Social and Management of the National University of Loja. The sample consisted of 312 students and two questionnaires were used, the first prepared by the author, about the most common physical and psychological symptoms and the second questionnaire, the research criteria of Premenstrual Dysphoric Disorder, described in DMS IV. The results were that the most common premenstrual discomfort are the psychic symptom: tension, irritability or changes in mood with 78.53% (n = 245), followed by physical symptoms: abdominal distension with 64.74% (n = 202) and changes in appetite, acne and breast tenderness. Of the total of 312 students, 8.65% (n = 27) meet the criteria for premenstrual dysphoric disorder. The relationship between premenstrual symptoms and premenstrual disorder was the predominant symptom in 27 students who meet the diagnostic criteria for Premenstrual Dysphoric Disorder were psychological or psychic type, such as tension, irritability and / or changes in mood with one 96.30% (n = 26) and changes in appetite with 81.48% (n = 22).

**Keywords:** Premenstrual Symptomatology and premenstrual dysphoric disorder.

### 3. Introduccion

Hasta el 70-90% de las mujeres en edad reproductiva tienen uno o más signos de malestar físico o síntomas emocionales en los días previos a la menstruación, es decir, la fase lútea del ciclo menstrual. Acerca de 20-40% de las mujeres que menstrúan tienen el síndrome premenstrual (SPM) y experimentan síntomas de la fase lútea que son molestos. Un número más pequeño, hasta el 8%, experimentan síntomas más severos, los cuales conducen a la angustia considerable o deterioro funcional y se denominan trastorno disfórico premenstrual (TDPM) (Biggs & Demuth, 2011).

Ambos trastornos pueden manifestarse con una amplia gama de síntomas físicos (dolor o tensión mamaria, cefalea, astenia, dolor abdominal...) y psíquicos (labilidad emocional, insomnio, somnolencia diurna, ánimo depresivo...), variando su intensidad desde las simples molestias premenstruales hasta la incapacidad cíclica para desarrollar con normalidad la vida cotidiana (Latify-alavijeh, 2010).

Investigaciones realizadas en diferentes culturas muestran variaciones en la forma como es percibida la menstruación. Estudios transculturales han probado que estos síntomas son universales y que las diferencias se limitan al tipo de síntoma dominante y a su intensidad. (Bocchino, 2010).

La etiología es aún hoy poco clara, evocándose factores genéticos, neurobiológicos y endocrinológicos íntimamente relacionados, aunque en su etiopatogenia parecen adquirir cada vez mayor importancia el papel de la serotonina como factor modulador (y así lo atestigua el beneficio observado con el uso de inhibidores de la recaptación de la serotonina –ISRS–) y ciertas enzimas mediadoras en la síntesis de los esteroides (Esponera, 2010).

En Mérida-Yucatán, de las 77 mujeres investigadas se encontró que un 27,3% tuvo resultado positivo para el trastorno disfórico premenstrual. Los síntomas más frecuentes fueron físicos, los mismos 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. (Ruz, González, & Franco, 2009).

En un estudio publicado por la Revista de Neuro-Psiquiatría, en Perú, se encontró que la prevalencia fue de 12,6%. Las manifestaciones más frecuentes fueron las físicas con un 84,5%, alteraciones del apetito 46,1%, irritabilidad/agresividad 39,2%, ansiedad/tensión 37,4% y ánimo decaído 37,1% (Vega, Johann. Mazzotti, 1998).

En nuestro país en un estudio realizado en la Universidad de Cuenca se concluyó que la incidencia del TDPM fue del 16,30%. Un 90,42% padecen de sintomatología relacionada con el ciclo menstrual. Los síntomas principales encontrados fueron de tipo emocional. (Muñoz. 2004).

El diagnóstico del trastorno disfórico premenstrual se basa en la presencia de cinco síntomas establecidos por la Asociación Norteamericana de psiquiatría en su manual DSM-V (2014). Es fundamental para el diagnóstico la concurrencia de los síntomas durante la fase posovulatoria, es decir el periodo premenstrual. Los síntomas comienzan en la última fase lútea y remiten con la menstruación (Clavero, 2015).

La variabilidad de los criterios diagnósticos y de las escalas de medida utilizadas (registros prospectivos, encuestas autoadministradas, heteroadministradas...), el tiempo de registro, los sesgos de memoria, la motivación individual en la respuesta a encuestas autoadministradas, el nivel cultural y otros factores justifican que se informen cifras de prevalencia muy variadas. Estudios de prevalencia del TDPM con criterios de inclusión “estrictos” hablan de prevalencias entre el 4,6% y el 14% (Latify-alavijeh, 2010).

Algunas mujeres con síndrome disfórico premenstrual tienen antecedentes de episodios de depresión y las mujeres que padecen episodios depresivos reportan exacerbación de los síntomas y surgimiento de nuevos síntomas (Ruz et al., 2009).

Teniendo en cuenta aquello, el presente trabajo investigativo tiene como objetivo determinar los síntomas premenstruales y el Trastorno Disfórico Premenstrual en las

estudiantes del Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja, periodo abril - septiembre 2016.

Para efectuar el objetivo general, se planteó 3 objetivos específicos: (1) Identificar los síntomas premenstruales más frecuentes encontrados en las estudiantes del Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja. (2) Determinar los criterios diagnósticos del Trastorno Disfórico Premenstrual en las estudiantes universitarias; (3) Establecer la relación entre la sintomatología premenstrual y el Trastorno Disfórico premenstrual de las estudiantes del Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja.

Los datos obtenidos en la investigación concuerdan con lo referido en la literatura, ya que se encontró una prevalencia de 8,65% de estudiantes que cumplen con los criterios para trastorno disfórico premenstrual establecidos por la Asociación Norteamericana de psiquiatría (DMS IV).

Los síntomas más frecuentes presentados por las estudiantes en general fueron, el síntoma psíquico: Tensión, irritabilidad o cambios en el estado de ánimo con 78,53% (n=245), seguido del síntoma físico: distensión abdominal con 64,74% (n=202) y cambios en el apetito, acné e hipersensibilidad mamaria.

Mientras que los síntomas que predominan en las estudiantes que cumplen con los criterios para el trastorno fueron los síntomas psíquicos como: tensión, irritabilidad y/o cambios en el estado de ánimo con un 96,30% (n=26) y cambios en el apetito con 81,48% (n=22).

Finalmente, cabe destacar que este trastorno afecta en muchos ámbitos a la vida de la mujer por lo cual sería necesario avanzar en el conocimiento de dichos malestares, para el logro de estrategias de tratamiento eficaces. Además se recomienda a todas las mujeres en edad reproductiva mantener buenos hábitos de vida, como realizar ejercicio regularmente, que las horas de sueño y descanso sean las adecuadas y conservar una buena alimentación.



## 4. Revisión de literatura

### 4.1 Ciclo menstrual normal

El ciclo menstrual tiene una duración de  $28 \pm 7$  días, mientras que la hemorragia menstrual dura  $4 \pm 2$  días y el volumen promedio es entre 20 y 60 ml. El primer día de la hemorragia vaginal se considera el primer día del ciclo menstrual. Los intervalos del ciclo menstrual varían entre las mujeres y a menudo en una misma mujer en diferentes momentos de la edad fértil. El ciclo menstrual es menos variable entre los 20 y 40 años de edad. Se observa cierta tendencia hacia intervalos más cortos al principio del climaterio, seguida de intervalos más prolongados en las siguientes etapas de la transición. (Williams. Schorge et al., 2008).

El ciclo menstrual normal puede dividirse en dos partes: el ciclo ovárico y el ciclo uterino, según el órgano que se estudie. El ciclo ovárico a su vez, se subdivide en fase folicular y fase lútea, mientras que el uterino se divide en fases proliferativa y secretora. (Novak, 2012).

En la mayoría de las mujeres, la fase lútea del ciclo menstrual es estable y tiene una duración de 13 a 14 días. Así, las variaciones en la duración del ciclo normal, generalmente son causadas por variaciones en la duración de la fase folicular. (Williams. Schorge et al., 2008).

#### 4.1.1 Ciclo ovárico. Comprende la fase folicular y la fase lútea.

**4.1.1.1 Fase folicular.** Al final del ciclo previo, la concentración de estrógenos, progesterona e inhibina desciende en forma repentina. Posteriormente aumenta la concentración de Hormona Foliculoestimulante (FSH) circulante. El incremento de FSH provoca el reclutamiento del grupo de folículos que contiene al folículo destinado a la ovulación. Pese a la creencia general, los estudios ecográficos en mujeres han demostrado que la ovulación no se produce en ovarios alternos, sino que es al azar. (Williams. Schorge et al., 2008)

En las mujeres con una función ovárica descendente, la concentración de FSH en este momento del ciclo se eleva en relación con la de las mujeres jóvenes, supuestamente por la falta de producción de inhibina ovárica. La elevación rápida de FSH sérica provoca el mayor

reclutamiento de folículos y explica la fase folicular acortada que se observa en estas mujeres y la mayor frecuencia de gemelos espontáneos. (Williams. Schorge et al., 2008).

A la mitad de la fase folicular, los folículos producen una mayor cantidad de estrógenos e inhibina, lo que reduce la FSH a través de un sistema de retroalimentación negativa. Se cree que este descenso de la FSH contribuye a la selección del folículo que está destinado a la ovulación, llamado folículo dominante. Con base en esta teoría, los folículos restantes expresan menos receptores de FSH y, por lo tanto, no pueden responder adecuadamente a la concentración reducida de FSH. También es importante señalar que el ovario expresa al factor angiogénico potente, VEGF. (Williams. Schorge et al., 2008).

Durante la mayor parte de la maduración folicular algunas de las respuestas de las células de la granulosa al estímulo con FSH son un mayor número de células de la granulosa, mayor expresión de aromatasa y, en presencia de estradiol, expresión de receptores de LH en las células de la granulosa. Durante la expresión de receptores de LH al final de la fase folicular, las células de la granulosa empiezan a producir pequeñas cantidades de progesterona, la cual reduce la proliferación de células de la granulosa, disminuyendo la velocidad del crecimiento folicular. La progesterona es la que genera el pico de FSH. (Williams. Schorge et al., 2008).

Asimismo, la progesterona aumenta la retroalimentación positiva de los estrógenos. Este último efecto permite explicar la inducción ocasional de la ovulación en mujeres anovulatorias y amenorreicas cuando reciben progesterona para inducir la menstruación. (Williams. Schorge et al., 2008).

**4.1.1.2 Fase lútea.** Después de la ovulación, las células foliculares restantes que deja el folículo ovulado, se diferencian formando el cuerpo lúteo, que literalmente significa cuerpo amarillo. Este proceso requiere del estímulo de LH y comprende cambios tanto morfológicos como funcionales conocidos como luteinización. Las células de la granulosa y la teca proliferan y sufren hipertrofia para formar células luteinizadas de la granulosa y células luteinizadas de la teca que son más pequeñas, respectivamente. (Williams. Schorge et al., 2008).

La conversión de una célula de la granulosa en una célula luteínica grande constituye un ejemplo notable de diferenciación celular. Durante la formación del cuerpo lúteo, la membrana basal que separa a las células de la granulosa de las células de la teca degenera y permite la vascularización de las células de la granulosa que previamente eran avasculares. La invasión capilar empieza dos días después de la ovulación y alcanza el centro del cuerpo lúteo el cuarto día. Este incremento en la perfusión proporciona a estas células luteínicas acceso a las lipoproteínas de baja densidad (LDL) circulantes, que se utilizan para obtener colesterol utilizado en la biosíntesis de esteroides. El aumento de la irrigación tiene consecuencias clínicas, puesto que el dolor por un cuerpo lúteo hemorrágico es una causa frecuente de valoración en los servicios de urgencias. (Williams. Schorge et al., 2008).

Como su nombre lo indica, la esteroidogénesis en el cuerpo lúteo se encuentra bajo la influencia de la hormona luteinizante proveniente de la hipófisis anterior. Según sus productos esteroidogénicos, se considera que la fase lútea es de dominio progestacional, a diferencia del dominio estrogénico de la fase folicular. La hipervascularidad, la hipertrofia celular y el mayor número de organelos intracelulares transforman al cuerpo lúteo en el tejido esteroidogénico más activo del cuerpo. La mayor producción de progesterona se observa hacia la mitad de la fase lútea y se calcula que alcanza hasta 40 mg diarios de progesterona. Se puede suponer con un gran margen de seguridad que la ovulación ha ocurrido cuando la concentración de progesterona es mayor de 3 ng/ml el día 21 del ciclo. Si la concentración de progesterona es de 10 a 15 ng/ml significa que la función lútea es adecuada y no es necesario administrar progesterona en una mujer estéril. (Williams. Schorge et al., 2008).

La progesterona es el esteroide ovárico más abundante durante la fase lútea, pero también se produce estradiol. La concentración de estradiol desciende de manera transitoria inmediatamente después del pico de LH y posteriormente aumenta de manera constante hasta alcanzar su punto máximo a la mitad de la fase lútea.

La razón de este descenso se desconoce, pero quizá es secundario a la inhibición directa del crecimiento de las células de la granulosa por la mayor concentración de progesterona. (Williams. Schorge et al., 2008).

El cuerpo lúteo también produce grandes cantidades del polipéptido inhibina A. Este fenómeno coincide con un descenso de la FSH circulante durante la fase lútea. Cuando la concentración de inhibina A disminuye al final de la fase lútea, la concentración de FSH se eleva de nuevo para empezar la selección del grupo de ovocitos para el siguiente ciclo menstrual. (Williams. Schorge et al., 2008).

La función hormonal normal del cuerpo lúteo está sujeta a una cantidad suficiente de LH sérica, la presencia de receptores de LH en las células luteínicas y un número suficiente de células luteínicas. Por lo tanto, la expresión de receptores de LH en las células de la granulosa durante la fase folicular previa es indispensable.

Se ha demostrado que la concentración sérica reducida de LH se correlaciona con una fase lútea más corta, lo que apoya la importancia de esta hormona para la supervivencia del cuerpo lúteo. (Williams. Schorge et al., 2008).

La función lútea recibe también la influencia de la concentración de gonadotropinas durante la fase folicular previa. Si la secreción de LH o FSH disminuye, la función lútea será deficiente. Supuestamente la falta de FSH reduce el número total de células de la granulosa. Además, las células luteínicas en estos ciclos subóptimos tienen un menor número de receptores de LH inducidos por FSH y, por lo tanto, su respuesta al estímulo con LH es menor. (Williams. Schorge et al., 2008).

En ausencia de embarazo, el cuerpo lúteo sufre regresión por medio de un proceso llamado luteólisis, cuyo mecanismo se conoce poco, pero se supone que la regresión lútea tiene una regulación estricta y la duración del ciclo lúteo varía muy poco. Después de la luteólisis, la irrigación del cuerpo lúteo disminuye y la secreción de progesterona y estrógenos desciende considerablemente. Las células luteínicas sufren apoptosis y fibrosis, dando origen al cuerpo blanco. (Williams. Schorge et al., 2008).

En presencia de embarazo, la gonadotropina coriónica humana (hCG) producida al principio de la gestación, “rescata” al cuerpo lúteo de la atresia uniéndose al receptor LH de las células luteínicas y activándolo. La esteroidogénesis del cuerpo lúteo, estimulada por la hCG, mantiene la estabilidad endometrial hasta que la producción placentaria de esteroides es suficiente para asumir esta función al final del primer trimestre. Es por esta razón que después de la extracción quirúrgica del cuerpo lúteo durante el embarazo se debe administrar progesterona hasta cerca de las diez semanas del embarazo. (Williams. Schorge et al., 2008).

Los ovarios sintetizan y secretan un grupo de factores peptídicos: inhibina, activina y follistatina. Se cree que la inhibina circulante es de origen principalmente gonadal, puesto que su concentración sérica desciende repentinamente después de la castración. La concentración sérica de inhibina varía considerablemente durante el ciclo menstrual es inversamente proporcional y concuerda con la retroalimentación negativa que ejerce la inhibina sobre la secreción de FSH. Al principio de la fase folicular, la FSH estimula la secreción de inhibina B en las células de la granulosa. (Williams. Schorge et al., 2008).

Sin embargo, la concentración elevada de inhibina B circulante amortigua la secreción de FSH en las siguientes etapas de la fase folicular. Durante la fase lútea, la LH regula la producción de inhibina, cambiándola de inhibina B a inhibina A. La concentración de inhibina alcanza su punto máximo a la mitad de la fase lútea, disminuye cuando se pierde la función luteínica y permanece baja durante la transición luteínica-folicular y el principio de la fase folicular. La concentración sérica de activina es reducida aunque detectable, y permanece estable durante el ciclo menstrual. (Williams. Schorge et al., 2008).

## **4.2 Síntomas premenstruales**

**4.2.1 Definición.** Los síntomas premenstruales (SM) forman parte del ciclo menstrual normal y por lo menos en un 85% de las mujeres en edad fértil ocurre al menos un síntoma premenstrual. (Gynecologists A. C., 2010)

Esto incluye principalmente síntomas somáticos y psíquicos. Este grupo de síntomas no constituyen una entidad patológica y afectan de manera leve el desempeño habitual. (Bocchino, 2004).

Según el DSM-IV-TR, se estima que al menos el 75% de las mujeres describen cambios premenstruales menores o aislados.

Los síntomas premenstruales pueden iniciarse a cualquier edad después de la menarquia, si bien el inicio suele situarse en la segunda o tercera décadas de la vida.

**4.2.2 Sintomatología premenstrual.** Podemos mencionar que los síntomas presentados por las mujeres en edad fértil son somáticos y psíquicos.

**4.2.1.1 Síntomas somáticos.** Dentro de este grupo encontramos las manifestaciones más frecuentes como son cefalea, hipersensibilidad mamaria, distensión abdominal, retención hídrica, dismenorrea.

**4.2.1.1.1 Cefalea.** Es el síntoma más común padecido por las mujeres en los días previos a la menstruación. Además es muy probable que haya una mayor sensibilidad a la luz, a los ruidos, e incluso a los olores.

**4.2.1.1.2 Hipersensibilidad mamaria.** Se manifiesta como una sensación de pechos aumentados de tamaño, sensibles al tacto, e incluso algunas mujeres refieren que el roce de la ropa podría generar dolor.

**4.2.1.1.3 Distensión abdominal.** Las mujeres suelen manifestar este síntoma como una sensación de pesadez estomacal, vientre hinchado.

**4.2.1.1.4 Retención hídrica.** Esto conlleva a un aumento de peso. Puede producirse retención de líquidos en las piernas, lo que da una sensación de piernas cansadas. (González, 2012).

**4.2.1.1.5** Dismenorrea. Es uno de los síntomas premenstruales más frecuentemente referidos por la mayoría de las mujeres en edad reproductiva. Su presentación clínica, y más aún si se acompaña de otros síntomas, puede llegar a alcanzar una severidad lo suficientemente importante como para ser incapacitantes y ocasionar problemas de ausentismo, disminución del rendimiento a nivel laboral y/o escolar, alteraciones en el estado anímico y afectación de las relaciones interpersonales.

**4.2.1.2** *Síntomas psíquicos.* En este grupo mencionamos la depresión, irritabilidad, ataques de ira, ansiedad, insomnio, confusión, entre otros.

**4.2.1.2.1** Depresión. Trastorno del estado de ánimo en el cual este se desplaza hacia la tristeza y la persona nota una considerable disminución de energía e interés en la mayoría de actividades de la vida diaria, que la limitan para desarrollarlas como lo hacía hasta ese momento, acompañado de un notable pesimismo que no se corresponde con el carácter habitual del paciente. Estos cambios originan un deterioro del funcionamiento interpersonal y una pérdida de interés de los que le rodean. También disminuye el interés en la faceta laboral, puede dejar de ir a trabajar y supone en ocasiones la pérdida del trabajo.

**4.2.1.2.2** Arranques de ira. El enfado es una emoción normal en todos los seres humanos. Las personas se sienten enfadadas cuando perciben que han sido objeto de un desaire o trato injusto, cuando otros han invadido su terreno personal, cuando se les impide o dificulta la consecución de sus objetivos, cuando se les lleva la contraria, etc. En definitiva, el enfado aparece cuando la persona se siente provocada por algo que percibe como una ofensa humillante para sí, los suyos, o terceras personas. No obstante, si la persona se enfada con cierta facilidad y/o frecuencia, podría ser vulnerable a tener explosiones de ira.

**4.2.1.2.3** Irritabilidad. Se define como un modo de respuesta a estímulos psicológicos de un tipo particular, como aquellas en las que se ve amenazada la persona de alguna manera, o se siente frustrado en un curso de acción intencional.

**4.2.1.2.4** Ansiedad. Es la anticipación aprensiva de un futuro peligro o adversidad, acompañada por un sentimiento de disforia o síntomas somáticos de tensión. El foco del peligro anticipado puede ser interno o externo.

**4.2.1.2.5** Insomnio. Algunas mujeres manifiestan problemas para conciliar el sueño, y que se despiertan varias veces durante la noche. También refieren tener pesadillas, debido al estado de ansiedad en el que se encuentran.

**4.2.1.2.6** Confusión. Esta puede presentarse acompañada de tristeza, temblor, inquietud y preocupación constante.

**4.2.1.2.7** Aislamiento social. Cuando está con los compañeros, la persona le encuentra menos sentido a las bromas. Se encuentra sin iniciativa, le dan ganas de estar solo, no tiene ganas de salir de casa, ni de trabajar.

**4.2.3 Factores que influyen en la sintomatología premenstrual.** Muchos factores pueden estar implicados en el desarrollo de síntomas premenstruales. Dentro de los cuales podemos mencionar factores genéticos, biológicos, nutricionales y psicosociales.

**4.2.3.1 Factores genéticos.** Se plantea la incidencia de factores genéticos, a la luz de diferentes estudios. Un estudio halló que 70% de las hijas de madres con alteraciones premenstruales (tensión premenstrual) experimentaba los mismos síntomas. La concordancia fue mucho mayor entre gemelas monocigotas (93%) que entre las dicigotas (44%) y en hermanas (31%). (Parry L, 2012).

Estudios realizados en gemelos mostraron que los síntomas premenstruales tienen una alta heredabilidad, con una concordancia de un 56% en un estudio de 1000 gemelas. (Daniel Matusevich, 2008).



**4.2.3.2** *Factores biológicos.* Debe reconocerse que, si bien estos trastornos pueden mejorar con aproximaciones psicoterapéuticas de diferentes orientaciones, ninguna escuela ha aportado una explicación psicopatológica consistente que oriente a su comprensión. La teoría psicoanalítica plantea que la sintomatología premenstrual deriva de conflictos relacionados con la identidad femenina, pero dado que los síntomas se alivian justamente con el inicio de la menstruación, lo mencionado no puede sustentarse. Los estudios no hallaron correlación de los trastornos premenstruales con patología del eje II. (Parry L, 2012).

**4.2.3.3** *Factores nutricionales.* Los factores nutricionales juegan un papel muy importante en el control y alivio del dolor menstrual. Algunas mujeres que evitan el consumo de productos de origen animal y restringen los aceites vegetales a un nivel mínimo experimentan una reducción considerable del dolor menstrual, algo atribuible presumiblemente al efecto de la dieta sobre las hormonas.

Algunos alimentos típicos de las dietas vegetarianas tienen efectos especiales. Los productos derivados de la soja contienen fitoestrógenos que son estrógenos vegetales muy débiles que reducen la capacidad natural que los estrógenos poseen de acoplarse a las células. El resultado es una menor estimulación estrogénica de las células. Además se ha demostrado que si se sigue una dieta vegetariana baja en grasas el dolor asociado a la menstruación puede disminuir considerablemente y está comprobado que las mujeres vegetarianas padecen de menos trastornos relacionados con la ovulación. Los investigadores han descubierto que los estrógenos en exceso juegan un papel importante en la presentación de síntomas premenstruales, y que reducir el contenido de alimentos grasos en la dieta para aumentar el de alimentos vegetales ricos en fibra es beneficioso. (Barnard, 2015).

**4.2.3.3.1** *Ácidos grasos esenciales.* La grasa influye en la producción de prostaglandinas en el cuerpo. Estos agentes químicos naturales están implicados en la inflamación, el dolor, las contracciones musculares, los vasos sanguíneos, y la coagulación de la sangre. Se cree que las prostaglandinas juegan un papel muy importante en el dolor menstrual, migrañas y dolores gastrointestinales ya que muchos de los medicamentos empleados para tratar dolores menstruales inhiben los efectos de las prostaglandinas.

Las mujeres que siguen una alimentación variada con abundantes ácidos grasos omega-3 no suele tener síntomas menstruales muy severos. Algunas personas varían su balance de grasas intentando añadir a su dieta cantidades extra de aceites omega-3 como los que se encuentran en el aceite de lino o aceites de pescado para de este modo contrarrestar el efecto negativo de las grasas de las carnes y productos lácteos. Desgraciadamente esta estrategia incrementa considerablemente la cantidad de grasa en la dieta, lo que a largo plazo puede afectar la salud en diferentes aspectos.

Una estrategia recomendable sería el seguir una dieta rica en hortalizas de hoja verde y legumbres (alubias, guisantes y lentejas) y que prescinda de carnes y derivados lácteos. El resultado será una dieta equilibrada con un contenido más alto de ácidos omega-3. (Barnard, 2015).

**4.2.3.3.2** Vitamina B6. Se conoce desde hace tiempo que el organismo utiliza esta vitamina para fabricar neurotransmisores, las sustancias que conducen los mensajes en los nervios, incluyendo aquellas que afectan al modo en que sentimos el dolor.

Las vitaminas del grupo B parecen jugar un papel importante en el control de los estrógenos, ya que facilitan su expulsión vía hígado. Si la dieta es baja en vitaminas B, el nivel de estrógenos en sangre puede incrementarse considerablemente.

Las fuentes de B-6 más saludables son los cereales integrales, las legumbres, los plátanos y los frutos secos. Los cereales refinados pierden una gran cantidad de vitamina B6 junto con la fibra. Las dietas norteamericanas y europeas tradicionales es más probable que sean deficientes en vitamina B6, ya que su elevada ingesta de proteínas procedentes de la carne, los productos lácteos y los huevos, requieren una cantidad extra de vitamina B-6.

Los estudios que han usado suplementos de vitamina B-6 normalmente utilizan dosis entre 50 y 150 miligramos diarios. Siempre se han de tomar suplementos bajo supervisión médica. No se aconseja en consumo de cantidades superiores ya que pueden acarrear problemas en los nervios. Los suplementos de B-6 tardan al menos 3 meses en actuar. (Barnard, 2015).

**4.2.3.3.3** Azúcar. El consumo de azúcares simples puede contribuir notablemente a crear sentimientos de irritabilidad y depresión. Los investigadores han descubierto que el azúcar aumenta la cantidad de ciertos neurotransmisores cerebrales que son los encargados de controlar nuestro humor. Sin embargo ha de tenerse en cuenta que cada individuo es un caso diferente en cuanto a cómo el consumo de azúcar le afecta. Para algunas mujeres, especialmente antes de la menstruación, una chocolatina o cualquier otro alimento con un alto nivel de azúcar (incluso un zumo de naranja) puede causar un dramático aumento de la irritabilidad, mientras que otras mujeres presentan una reacción más moderada.

Resulta curioso que justo antes de la menstruación es cuando el cuerpo “pide” chocolate y alimentos dulces, y es entonces cuando se recomienda intentar evitar consumirlos para observar las diferencias.

Los alimentos con alto contenido en carbohidratos complejos y fibra, tales como el trigo integral, el arroz integral, la avena, las verduras y las legumbres, no parecen provocar irritación, mientras que alimentos de alto contenido proteico como legumbres o tofu tienden a bloquear el efecto negativo del azúcar sobre el estado de ánimo. (Barnard, 2015).

**4.2.3.3.4** Calcio. Existen evidencias que muestran que un buen balance de calcio en nuestro cuerpo ayuda a reducir tanto el dolor relacionado con la menstruación como los síntomas premenstruales. No obstante, el efecto probablemente no es muy grande, y no todas las mujeres notan su efecto.

La creencia general es que un buen balance de calcio significa incrementar el consumo de éste notablemente con suplementos o productos lácteos. Y, ciertamente, los suplementos de carbonato cálcico reducen los incómodos síntomas premenstruales.

Pero potencialmente es mucho más importante reducir la cantidad de calcio que el organismo está perdiendo continuamente. Los investigadores han demostrado claramente que el consumo de proteínas animales incrementa la pérdida de calcio al aumentar la cantidad de

calcio que los riñones retiran de la sangre y excretan por la orina. Cuando se evita el consumo de proteínas de origen animal, las pérdidas de calcio se reducen a menos de la mitad que antes.

Además se puede reducir la pérdida de calcio evitando una ingesta excesiva de sodio, limitando la cafeína (no se aconsejan más de dos cafés por día), evitando el tabaco, haciendo ejercicio regularmente, y asegurando la obtención de vitamina D bien mediante exposición solar o tomando un complejo vitamínico. (Barnard, 2015).

**4.2.3.3.5** Manganeseo. Un buen nivel de manganeseo en el organismo repercute en la mujer reduciendo las fluctuaciones de humor y el dolor menstrual.

**4.2.3.3.6** Cafeína. El consumo de cafeína empeora notablemente la intensidad de los síntomas premenstruales y cuanto más cafeína se consuma en forma de café, té, bebidas de cola o chocolate más empeorará tal situación. (Barnard, 2015).

**4.2.3.4 Factores psicológicos.** El SPM es más frecuente en mujeres con un elevado nivel de neuroticismo, que a la vez muestran un pobre ajuste psicológico y una gran sensibilidad a la frustración. Dada la frecuencia de síntomas afectivos (disforia, ansiedad e irritabilidad) y la ciclicidad inherente en su definición, se ha hecho hincapié en la relación de este cuadro y de otros trastornos psiquiátricos (ciclotimia y distimia). En este sentido, se han dado tres teorías básicas que intentan relacionarlos: Episodios afectivos tempranos, anteriores a la menarquía, que determinarían las características de los cambios del humor posteriores (menstruales).

- Cambios en el humor menstrual pueden servir como desencadenante de otras patologías afectivas mayores en personas predispuestas genéticamente.
- La teoría de la indefensión aprendida.

Debe reconocerse que, si bien estos trastornos pueden mejorar con aproximaciones psicoterapéuticas de diferentes orientaciones, ninguna escuela ha aportado una explicación psicopatológica consistente que oriente a su comprensión. La teoría psicoanalítica plantea que la sintomatología premenstrual deriva de conflictos relacionados con la identidad

femenina, pero dado que los síntomas se alivian justamente con el inicio de la menstruación, lo mencionado no puede sustentarse.

Los estudios no hallaron correlación de los trastornos premenstruales con la patología del eje II. (Chinchilla, 2000).

**4.2.4 Síndrome premenstrual.** Se caracteriza por ser una combinación de síntomas físicos y psicológicos que ocurren de forma cíclica, apareciendo durante la semana antes del período menstrual y a menudo mejorando al inicio de la hemorragia. Los síntomas pueden ser muy preocupantes y por lo general incluyen irritabilidad, ansiedad o depresión, disminución de la autoestima, dificultad para concentrarse, problemas para dormir, cambios en el apetito, baja energía, dolor de cabeza, hipersensibilidad mamaria. Los tipos y gravedad de los síntomas varían de una mujer a otra.

Las investigaciones sugieren que hasta el setenta y cinco por ciento de las mujeres que tienen la menstruación, tienen algunos síntomas del síndrome premenstrual. De estos, la mayoría tiene síntomas psicológicos como la sensibilidad excesiva a los eventos que no serían tan molestos en otros momentos, episodios de llanto durante la semana premenstrual, irritabilidad, tensión y mal humor. Los cambios en el apetito también son muy comunes y aproximadamente el setenta y cinco por ciento de las mujeres manifiestan tener antojos dulces o salados. Algunas mujeres experimentan sofocos, palpitaciones, mareos y molestias gastrointestinales.

La mayoría de estos síntomas son bastante leves y no necesitan tratamiento. Un número mucho más pequeño, (probablemente entre el tres y el ocho por ciento de las mujeres) tienen un síndrome premenstrual más grave, que puede llegar a ser incapacitante.

Se aconseja una dieta pobre en sal y la realización de ejercicios moderados. En la evaluación de pacientes jóvenes se debe tener en cuenta la posibilidad de que existan síntomas premenstruales complicando el cuadro que motiva la consulta. Por ello, es prudente retrasar el inicio de un tratamiento con antidepresivos si se sospecha la influencia de síntomas premenstruales en su sintomatología. (Bocchino, 2004)

### **4.3 Trastorno disfórico premenstrual**

#### **4.3.1 Historia.**

Durante milenios un porcentaje importante de las mujeres vienen sufriendo alteraciones psicológicas y físicas, relacionadas con la menstruación. Sin embargo, sólo en fechas recientes ha emergido el concepto de Síndrome Premenstrual como causa frecuente de problemas emocionales y dolencias físicas en un vasto sector de la población femenina. Aún, en la actualidad muchos especialistas se niegan a reconocer la real importancia de este cuadro clínico.

Lolas (2004), apunta que históricamente, ya en el siglo VI AC se señaló que la mujer era como el mar, con los períodos de tormenta y calma (Semonides). Hipócrates asoció ciertos trastornos mentales con la menstruación, lo que dio origen a la palabra histeria nombre que en la actualidad se refiere a otro tipo de padecimientos. Decía que era por falta de relaciones sexuales. En la Edad Media, los comportamientos histéricos eran castigados con la hoguera. Atribuyó los síntomas al escape agitado que buscaba la sangre de la matriz. Sin embargo, fue en los años 30 cuando el síndrome de tensión premenstrual fue delineado, coincidiendo posiblemente con la entrada de las mujeres a la fuerza laboral.

Gracias a Charcot, en el siglo XIX se inició el estudio de la histeria como algo no relacionado con el ciclo menstrual y Freud determinó una etiología psíquica al respecto. En 1953 se incluyó en la nómina médica al SPM como una entidad individual. Y aunque no se conoce aún con precisión las causas del mismo, poco tiene que ver con enfermedades mentales. Está relacionado con alteraciones por la interacción entre las hormonas sexuales y los químicos del cerebro llamados neurotransmisores.

En culturas antiguas se había supuesto la existencia de una sustancia tóxica producida en el útero y que se eliminaba con la menstruación. Galeno, al igual que Hipócrates, asoció las reacciones histéricas premenstruales a un fluido producido por el útero, y así, algunas culturas antiguas sostenían la producción de una sustancia toxica uterina o menotoxina, que se

eliminaba con el flujo menstrual. En el siglo pasado, Boismont e Icard publicaron en Francia trabajos que señalan la existencia de cierto grado de tendencias psicóticas en el período premenstrual. En 1838 Esquirol, en el libro *Des maladies mentales* (París), estableció que, de 730 mujeres con trastornos mentales, un porcentaje significativo eran causados por desórdenes menstruales. En 1888, un informe del English Lunacy Commissioners, cita a las enfermedades uterinas y ováricas como causa de trastornos mentales.

En 1896, Smith, se refiere a la violenta y fatal insania que puede desarrollarse a partir de disturbios menstruales. El mismo año, Barnes reporta varios casos de enfermedades psiquiátricas asociados con dismenorrea secundaria a la presencia de un pólipo uterino o a la obstrucción mecánica del flujo menstrual causada por una estenosis (estrechez) cervical, las que curaron después de la intervención quirúrgica.

Entre los años 1900 y 1930, se publicaron más de 20 trabajos relacionados con la alteración de la fase premenstrual: artritis, epilepsia, edema, problemas cutáneos, cefalea, psicosis y otros.

En 1931, Frank describió estos síntomas recurrentes en el ciclo de la mujer de tipo emocional, conductual y físico, denominándolos tensión premenstrual. (Jorge, 2004)

**4.3.2 Definición.** El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) constituye una exacerbación de la sintomatología presentada en el síndrome premenstrual. Se caracteriza clínicamente por severas alteraciones del estado de ánimo, con depresión, irritabilidad, angustia y marcada labilidad emocional. La sintomatología aparece en la fase lútea del ciclo (aproximadamente diez días antes de la menstruación) y desaparece típicamente al comenzar esta, más precisamente en el segundo día luego de la menstruación. Este es un dato semiológico muy importante, de modo tal que muchos autores insisten en que si el trastorno se prolonga más allá de la menstruación, debe descartarse el diagnóstico de TDPM. (Stella, 2006).

**4.3.3 Epidemiología.** El TDPM ha sido descrito desde la menarquia hasta la menopausia y muchas mujeres manifiestan un incremento de los síntomas con el acercamiento a la menopausia. (Pereria, 2011).

De un 2 a un 9% de las mujeres cumplen todos los criterios descritos en el DSM-IVTR, para ser considerados como TDPM. (Camila Besio, 2012).

Según ETMEGUA (Estudio epidemiológico de trastornos mentales en Guatemala, 2011) al comparar la prevalencia del trastorno disfórico premenstrual en los grupos por edad, años de escolaridad, estado civil, área urbana y rural y violencia del lugar de residencia, no se encontraron diferencias significativas.

**4.3.4 Factores de riesgo.** Según Bocchino S. (2006) existen algunos factores que aparecen asociados más frecuentemente con el TDPM. Estos son:

- Edad 25-35 años. Aunque en la mayoría de las publicaciones se señala que la edad de inicio se sitúa entre los 25-35 años, lo correcto es afirmar que los síntomas pueden comenzar desde la menarca, pero las mujeres recién consultan en la década de los 30.
- Duración atípica de los ciclos menstruales. Se reporta mayor incidencia en mujeres con ciclos más largos o más cortos que los normales.
- Los anticonceptivos orales no parecen incidir en la aparición del TDPM, ya que se ha encontrado similar prevalencia en las mujeres que los usan y las que no los usan.
- Trastornos psiquiátricos pasados o actuales. Las mujeres con antecedentes de trastornos del humor, trastornos de ansiedad, o que presentan trastorno de personalidad o trastorno por abuso de sustancias han mostrado mayor incidencia. Es muy alta la frecuencia de antecedentes de trastornos del humor en las pacientes con TDPM: se ha reportado que el TDPM afecta hasta un 65% de las mujeres con trastorno depresivo monopolar. Esta cifra es mucho mayor que la encontrada en mujeres que padecen otros trastornos mentales y, por supuesto, altamente superior que en las mujeres que no presentan morbilidad psiquiátrica.



- Historia familiar de SPM. Este hecho ha planteado la interrogante de si el TDPM podría considerarse una entidad hereditaria. Se encontró una concordancia mayor en gemelas monocigóticas que en dicigóticas.
- Estresores psicosociales. Se encontraron positivamente relacionados con TDPM, entre ellos, la historia de abuso físico o sexual.

El antecedente de abuso físico o sexual como factor de riesgo para padecer TDPM, fue objeto de investigación, reportándose los siguientes hallazgos:

- Las mujeres con antecedente de abuso tenían niveles de noradrenalina en reposo significativamente más bajos, así como niveles significativamente mayores de respuesta de los receptores adrenérgicos  $\beta 1$  y  $\beta 2$ , y mayor respuesta adrenérgica al estrés en la fase lútea.
- Se encontró aplanamiento de la curva de cortisol, así como alteraciones en el rendimiento cardíaco con relación a la respuesta al estrés en las mujeres con antecedente de abuso.
- Las investigaciones sugieren que el antecedente de abuso estaría relacionado con alteraciones en las reacciones fisiológicas al estrés.

Se ha estudiado las relaciones entre el TDPM y suicidio, hospitalización psiquiátrica y alteraciones conductuales relacionadas con la criminalidad, constatándose aumento de las tasas de los tres factores mencionados en la fase luteínica del ciclo menstrual. Sin embargo, en estas investigaciones no se estableció realmente si esas mujeres padecían o no TDPM, o eran, en cambio, enfermas con antecedentes psiquiátricos.

Parece demostrado que las mayores urgencias psiquiátricas, relacionadas con intentos de suicidio, también se relacionan con la fase luteínica del ciclo.

Se ha observado mayor aparición de otros trastornos psiquiátricos, como trastornos de ansiedad, abuso de alcohol y psicofármacos, así como agravamiento de los trastornos de la alimentación en la fase luteínica del ciclo menstrual.

#### **4.4 Características diagnósticas**

**4.4.1 Criterios diagnósticos según el DSM IV.** Las características esenciales de este trastorno consisten en la presencia de síntomas del tipo de estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad, labilidad emocional y pérdida del interés por cualquier actividad. Estos síntomas han venido apareciendo regularmente durante la última semana de la fase lútea de la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Los síntomas empiezan a remitir durante los primeros días de la menstruación (inicio de la fase folicular) y han desaparecido siempre en el transcurso de la semana posterior a la hemorragia menstrual. (Estudio del psicoanálisis y psicología, 2006). Se requiere la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas la mayor parte del tiempo durante la última semana de la fase lútea, teniendo en cuenta que uno de los síntomas ha de ser alguno de los cuatro primeros:

- 1) Tristeza, desesperanza o autodesaprobación;
- 2) Tensión, ansiedad o impaciencia;
- 3) Estado de ánimo marcadamente lábil, al que se añade llanto frecuente;
- 4) Irritabilidad o enfado persistentes y aumento de los conflictos interpersonales;
- 5) Pérdida de interés por las actividades habituales, a lo que puede asociarse un cierto distanciamiento en las relaciones sociales;
- 6) Dificultad para concentrarse;
- 7) Sensación de fatiga, letargia o falta de energía;
- 8) Cambios acusados del apetito, que a veces pueden acompañarse de atracones o antojos por una determinada comida;
- 9) Hipersomnia o insomnio;
- 10) Sensación subjetiva de estar rebasada o fuera de control, y
- 11) Síntomas físicos como hipersensibilidad o crecimiento mamario, dolores de cabeza o sensación de hinchazón o ganancia de peso, con dificultad para ajustarse la ropa, el calzado o los anillos. También pueden aparecer dolores articulares o musculares, y paralelamente a este cuadro sintomático, pueden aparecer ideas de suicidio.

Todos estos síntomas deben haberse producido la mayoría de los meses del último año, y es definitiva su completa desaparición poco después del inicio de la menstruación. El patrón más

típico parece ser el que se caracteriza por la aparición de los síntomas en la semana que antecede a la menstruación y su completa desaparición al segundo día de iniciarse ésta. De forma atípica, algunas mujeres también presentan síntomas en los días próximos a la ovulación; por tanto, el pequeño porcentaje de mujeres con ciclos menstruales más cortos puede que sólo se libere del cuadro sintomático 1 semana al mes.

Típicamente, la gravedad de estos síntomas acostumbra a ser similar a la del episodio depresivo mayor (no así su duración), y es necesario que en la semana precedente al inicio de la menstruación haya una evidente afectación de las relaciones sociales y laborales. Este deterioro del comportamiento social puede traducirse en discusiones conyugales y conflictos con la familia y los amigos. Es fundamental no confundir los problemas conyugales o laborales de siempre con aquellos que sólo aparecen en los días previos a la menstruación.

Existe un enorme contraste entre el estado de ánimo deprimido y la dificultad para realizar cualquier actividad en esos días premenstruales y el humor y la capacidad que caracterizan a la persona el resto del mes. Estos síntomas pueden añadirse a cualquier otro trastorno, por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad, trastorno distímico o trastorno de la personalidad, pero no constituyen una mera exacerbación de ellos. La presencia de un cuadro sintomático cíclico debe confirmarse mediante técnicas de cuantificación prospecta de los síntomas diarios durante al menos 2 meses consecutivos. Esta cuantificación diaria debe ser efectuada por la propia paciente o por quienes conviven con ella. Es importante que estos registros se lleven al día y no de forma retrospectiva, basándose en el simple recuerdo. (Estudio del psicoanálisis y psicología, 2006).

#### **4.5 Síntomas asociados**

Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) las mujeres que han padecido de forma recidivante un trastorno depresivo mayor o un trastorno bipolar I o II, o bien aquellas que cuentan con antecedentes familiares de dichos trastornos tienen un riesgo superior de presentar alteraciones que cumplan los criterios de investigación para el trastorno disfórico premenstrual.

De forma similar, las mujeres que presentaron en el período posparto episodios graves de tipo psicótico, maníaco o depresivo mayor son más propensas a presentar graves cambios disfóricos del estado de ánimo de carácter premenstrual.

Es frecuente también encontrar antecedentes de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Aunque son raros, también se han descrito delirios y alucinaciones de aparición en la última semana de la fase lútea del ciclo menstrual.

Si bien las mujeres que presentan simultáneamente dismenorrea (hemorragias dolorosas) y trastorno disfórico premenstrual solicitan más ayuda terapéutica que las que padecen uno solo de los trastornos, estas últimas representan la gran mayoría.

Una gran variedad de enfermedades médicas pueden agravarse durante la fase lútea o premenstrual (p. ej., migraña, asma, alergias y epilepsia). Por el momento no existen pruebas específicas de laboratorio que permitan diagnosticar con seguridad este trastorno. Sin embargo, tal y como revelan diversos estudios preliminares, en los grupos de mujeres que cumplen los criterios de investigación para este trastorno se han detectado alteraciones de algunas pruebas analíticas (p. ej., ritmos de secreción de serotonina y melatonina, hallazgos EEG del sueño) con respecto a grupos de control.

Se estima que al menos un 75 % de las mujeres describe cambios premenstruales menores o aislados. Estudios todavía limitados sugieren que la incidencia del «síndrome premenstrual» (definido de forma desigual) es del 20-50 % y que entre un 3 y un 5 % de las mujeres experimenta síntomas que cumplen los criterios de investigación para el trastorno disfórico premenstrual. Hay muy pocos estudios sistemáticos sobre el curso y la estabilidad de este trastorno.

Las mujeres que solicitan ayuda terapéutica suelen rondar los 30 años. La menopausia acostumbra a poner fin al trastorno. Aunque los síntomas no aparecen todos los meses, sí lo hacen en la mayoría de ellos. En algunos meses los síntomas pueden ser más acusados. Las

mujeres suelen declarar que los síntomas empeoran a medida que pasan los años, para finalmente remitir con la llegada de la menopausia.

#### **4.6 Diagnóstico diferencial**

Se debe realizar el diagnóstico diferencial del TDPM con las siguientes patologías:

- Trastornos del estado de ánimo
- Trastorno bipolar
- Trastornos de ansiedad
- Trastorno por abuso de sustancias
- Trastorno de la personalidad
- Endometriosis
- Hiperprolactinemia
- Hipotiroidismo
- Epilepsia

#### **4.7 Tratamiento**

No existe un tratamiento único universalmente aceptado para el manejo del TDPM, ya que los resultados de los diferentes estudios son controversiales. Esto hace aún más difícil la validación de las diferentes estrategias terapéuticas en la población adolescente.

Las opciones terapéuticas con mayor evidencia incluyen medidas no farmacológicas como educación, ejercicio, técnicas de manejo del estrés, cambios alimentarios y suplementos alimenticios, y terapia cognitivo conductual. Todas ellas implican un cambio en el estilo de vida. Por otro lado, existen opciones farmacológicas con terapia hormonal, con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y con otras drogas. Lo importante es que al momento de elegir el tratamiento, éste sea personalizado y de acuerdo al perfil de síntomas de cada paciente.

**4.7.1 Medidas no farmacológicas.** Es importante mencionar medidas que pueden contribuir a una mejor tolerancia del TDPM.

**4.7.1.1 Educación.** En un estudio se implementó un programa educacional a estudiantes adolescentes que incluyó educación con respecto a anatomía femenina, fisiología del ciclo menstrual, naturaleza del TDPM y su impacto en la calidad de vida. En una segunda etapa se educó sobre estrategias de manejo del estrés con técnicas de relajación. Este estudio resultó en una significativa reducción en escalas de valoración de SPM así como del TDPM.

Niedlich Griselda (2013) refiere que es importante que la mujer conozca la fisiología del ciclo menstrual para comprender lo que le está ocurriendo. El ACOG (The American Congress of Obstetricians and Gynecologists) recomienda los cambios en el estilo de vida como la primera línea de tratamiento.

**4.7.1.2 Ejercicio.** Si bien la evidencia es pobre con respecto al ejercicio como medida terapéutica, al parecer existiría cierto beneficio del ejercicio aeróbico sobre la reducción de síntomas anímicos.

Se recomienda la realización de actividades físicas como aeróbicos, caminatas, trote, natación, ciclismo, danza, ya que aumentan el ritmo cardíaco y mejoran la función pulmonar. Para muchas mujeres, el ejercicio aeróbico regular disminuye los síntomas y produce un efecto beneficioso en aquellas que cursan con depresión. (Gynecologists T. A., 2015).

Las terapias que incluyen meditación o yoga resultan un tanto controvertidas y se menciona que no se cuenta con estudios a profundidad que la relacionen con el mejoramiento de los síntomas. (G., 2013).

**4.7.1.3 Dieta.** Las recomendaciones dietéticas incluyen la disminución del consumo de caféina, sal y azúcares, con el objetivo de disminuir síntomas de irritabilidad, insomnio, retención de líquidos, congestión mamaria y aumento de peso.

**4.7.1.3.1 Sal.** Se recomienda restringir el consumo de sal (3g/día) para reducir la retención de agua.

#### **4.7.1.3.2 Azúcares refinados.**

**4.7.1.3.3 Alimentos con metilxantinas.** Deben evitarse sobre todo para no aumentar la ansiedad y la irritabilidad.

#### **4.7.1.3.4 Tabaco y alcohol.**

#### **4.7.1.3.5 Carnes rojas.**

**4.7.1.4 Carbonato de Calcio.** Una revisión sistemática identificó las diferentes hierbas, vitaminas y minerales y determinó su eficacia en disminución de síntomas. Se concluyó que el calcio solamente tenía evidencia para apoyar su uso en el SPM. Se ha reportado su uso en forma de carbonato de calcio en dosis de 1.200 mg/día.

**4.7.1.5 Vitamina B6.** En una revisión sistemática realizada para evaluar la eficacia del tratamiento con Vitamina B6, se concluyó que la evidencia es limitada, pero que existiría algún probable beneficio en el uso de Vitamina B6 en dosis de hasta de 100 mg/día para el tratamiento de síntomas premenstruales, teniendo efectos beneficiosos sobre los síntomas depresivos. (G., 2013).

**4.7.1.6 Mineraloterapia.** El calcio y el magnesio son cofactores en la síntesis de neurotransmisores, lo que sugiere una posible asociación entre SPM y la deficiencia de serotonina.

**4.7.1.7 Aines.** Mejoran la mastalgia, la dismenorrea, la migraña y los dolores musculares.

**4.7.1.8 Terapia Cognitivo Conductual (TCC).** Se ha realizado estudios de TCC en población adulta, en los cuales se ha observado mejoría significativa en los síntomas. Esta

mejoría es similar en comparación al uso de fluoxetina pero con mayor duración de los efectos en el tiempo.

The National Association for Premenstrual Dysphoric Disorder (NAPMDD) es una de las pocas organizaciones que realiza actividades de promoción, educación y apoyo a las mujeres con trastorno disfórico premenstrual (TDPM). El objetivo principal de esta organización es contactar con el mayor número posible de mujeres que en la actualidad pueden tener el síndrome disfórico premenstrual o sospechar que podrían padecerlo, con la finalidad de guiarlas hacia una atención adecuada, y proporcionarles las herramientas que necesitan para reducir los conflictos interpersonales y por autolesiones.

Esta organización recomienda a los profesionales de la salud utilizar de forma rutinaria herramientas para la detección y diagnóstico de síndrome disfórico premenstrual cuando los síntomas severos son predominantemente de tipo psíquico, prescribir el tratamiento correcto cuando sea apropiado para la severidad de los síntomas y la historia clínica de la paciente, identificar y recomendar a las mujeres con TDPM resistente al tratamiento la realización de histerectomía con ooforectomía dependiendo de su caso, identificar a las mujeres con alto riesgo de ideación suicida y las autolesiones, identificar y tratar la inflamación del cuello uterino en mujeres con graves SPM / TDPM. (The American Congress of Obstetricians and Gynecologists, 2015).

**4.7.2 Medidas farmacológicas.** Se han estudiado diversas terapias con fármacos que contribuyen a mejorar la sintomatología premenstrual.

**4.7.2.1 Anticonceptivos orales combinados (ACO).** A pesar de que las causas del TDPM no han sido completamente determinadas, se acepta que el inicio de los síntomas se originaría por la fluctuación de las hormonas gonadales tras la ovulación.



Por lo tanto, es posible pensar la que supresión de la ovulación podría resultar en la disminución de estos. Es por eso que históricamente se han utilizado los anticonceptivos hormonales combinados, como tratamiento del TDPM.

El régimen tradicional de ACO 21/7 (21 píldoras hormonalmente activas y 7 píldoras inactivas) permite una fluctuación hormonal que puede asociarse a la presencia de sintomatología premenstrual. Entonces, al acortar el intervalo inactivo estos síntomas podrían reducirse.

Existe en el mercado un esquema terapéutico de ACO aprobado por la FDA (US Food and Drug Administration) que contiene 20 mcg de etinilestradiol (EE) asociado a 3 mg de drospirenona, en un régimen de 24/4. También ha tenido buenos resultados el uso de 30 mcg de EE/drosperinona en régimen extendido de 42-126 días. Drospirenona es un análogo de espironolactona, con propiedades antiandrogénicas y antimineralocorticoideas. Estas propiedades han sido efectivas en la disminución de las molestias premenstruales y por lo tanto en la mejoría de la calidad de vida. Un estudio para evaluar los tipos de síntomas que mejoraban con el uso de este ACO, concluyó que existe una mejoría significativa en síntomas relacionados con emociones negativas, deseo de comer carbohidratos y los asociados a retención de líquidos, con respecto al uso de placebo.

En adolescentes el beneficio de los ACOs es considerable, además de la prevención de embarazo no deseado, se observan otros efectos concomitantes como disminución de la sintomatología del TDPM, disminución del flujo menstrual, anemia, acné, etc.).

Joffe y colaboradores (2010) informaron que los ACO no modifican los cambios de humor premenstrual, pero, en aquellas mujeres con antecedentes de depresión, tienen un gran riesgo de empeorar estos síntomas.

**4.7.2.2 Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).** *Estos fármacos han sido considerados como tratamiento de elección en SPM severo y TDPM en población femenina adulta. Pocos estudios han incluido adolescentes.*

En un metanálisis realizado el año 2008, se revisó en forma sistemática la evidencia acerca de los beneficios de los ISRS como tratamiento de síntomas relacionados con SPM severo y TDPM. Sertralina, fluoxetina y paroxetina fueron los ISRS más estudiados para SPM/TDPM. Todos ellos se asociaron a la mejoría de los síntomas y no existió diferencia significativa entre ellos.

Según Niedlich Griselda (2013) los ISRS constituyen el tratamiento de primera línea para el TDPM, ya que se han mostrado bastante eficaces para el alivio de los síntomas físicos y emocionales. Fluoxetina, sertralina, citalopram, paroxetina actúan sobre el humor, la saciedad y la agresividad. Son eficaces cuando se usan en forma continua o sólo en fase premenstrual.

**4.7.2.2.1 Fluoxetina.** Se ha recomendado en dosis de 10-20 mg/día. Dosis de 60 mg/día se asoció al aumento en forma significativa de efectos adversos. La dosis recomendada de sertralina fluctúa entre 50-150 mg/día.

Se han reportado mejorías sintomáticas significativas y cambios importantes en la calidad de vida. El uso de paroxetina en la fase lútea del ciclo menstrual en dosis de 12,25 mg o 25 mg/día es efectiva y en general bien tolerada.

A diferencia de lo que ocurre en los trastornos del ánimo, en que se espera una respuesta entre 3-6 semanas de iniciado el tratamiento con ISRS, en el SPM/TDPM, el efecto ocurre dentro de los primeros días de exposición a la droga. Esta rápida respuesta, es la base del esquema terapéutico intermitente de fase lútea de los ISRS. Un estudio concluye que el tratamiento con sertralina administrada en forma intermitente durante la fase lútea del ciclo menstrual es efectivo en la disminución de síntomas y bien tolerado.

El esquema intermitente debe iniciarse en el momento en que se presume la ovulación (14 días antes del inicio de la siguiente menstruación) y debe continuar hasta 1-2 días de iniciada la menstruación. Si después de dos meses de tratamiento, no es efectivo, se debe iniciar el esquema continuo. En adolescentes, la indicación de ISRS debe ser muy bien monitorizada.

**4.7.2.3 Otros psicofármacos.** Los antidepresivos tricíclicos (imipramina, desipramina, amitriptilina) son considerados de segunda línea terapéutica, porque tienen menor tolerabilidad y mayores efectos colaterales que los SSRI. El alprazolam por sus propiedades ansiolíticas relajantes.

**4.7.3 Otras opciones terapéuticas.** Se han estudiado otras medidas terapéuticas que pueden ayudar disminuir las molestias premenstruales. Entre estas medidas están el uso de espironolactona (dosis de 100 mg desde el día 12 del ciclo hasta el inicio de la menstruación). Las candidatas para el uso de diuréticos son aquellas pacientes que manifiestan aumento de 1.5 kg de peso durante el período premenstrual, tensión mamaria y otros síntomas de retención hídrica.

En adultas se ha propuesto el uso de agonistas de GnRH para suprimir las hormonas sexuales ováricas y generar un alivio sintomático. Sin embargo se debe valorar el riesgo-beneficio con el uso de este tratamiento, ya que pese al alivio significativo de las manifestaciones de la enfermedad, inducen síntomas menopaúsicos que limitan su uso en la mayoría de las pacientes. (G., 2013)

## **4.8 Complicaciones**

Los síntomas del trastorno disfórico premenstrual pueden volverse tan intensos que interfieren con la vida diaria de una mujer. Las mujeres que sufren de depresión pueden presentar síntomas peores durante la segunda mitad de su ciclo menstrual y pueden requerir cambios en sus medicamentos.

Hasta un 10% de las mujeres con síndrome disfórico premenstrual, ha tenido pensamientos suicidas. El suicidio en mujeres con depresión es mucho más probable que ocurra durante la última mitad del ciclo menstrual.

El síndrome disfórico premenstrual puede estar asociado con trastornos en la alimentación y el tabaquismo. (Desorden disfórico premenstrual, 2010).

#### **4.9 Prevención**

Los cambios en el estilo de vida pueden ayudar a reducir la aparición del trastorno. Estos cambios pueden incluir una o más de las siguientes opciones:

- Ejercicio regular (de 3 a 5 veces por semana o por lo menos 30 minutos al día).
- Dieta equilibrada. Generalmente, se recomienda que las mujeres aumenten el consumo de granos enteros, vegetales y frutas, y que disminuyan el consumo de sal, azúcar, cafeína y alcohol.
- Sueño y descanso adecuados.
- Disminución o reducción del estrés.
- No consumir bebidas alcohólicas.
- Abandono del hábito de fumar.

## 5. Materiales y métodos

### 5.1 Tipo de diseño

Es un estudio cuantitativo de tipo descriptivo ya que se describen los síntomas premenstruales más frecuentes, así como los criterios diagnósticos del trastorno disfórico premenstrual; y transversal porque al estudio se lo realizó en un periodo de tiempo determinado.

### 5.2 Unidad de estudio

El estudio se realizó en el Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja, ubicada en la Av. Pio Jaramillo Alvarado y Reinaldo Espinosa, La Argelia.

### 5.3 Universo

Estuvo conformado por 1651 estudiantes del Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja, matriculadas en el periodo abril – septiembre 2016.

### 5.4 Muestra

El cálculo de tamaño de la muestra se lo realizó, conociendo el tamaño de la población (1651 estudiantes) con la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N * Z_{\alpha/2}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha/2}^2 * p * q}$$

En donde:

N = tamaño de la población

Z = nivel de confianza

P = probabilidad de éxito, o proporción esperada

Q = probabilidad de fracaso

D = precisión (Error máximo admisible en términos de proporción).

Con el resultado, se obtuvo como muestra 312 estudiantes del Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja matriculadas en el periodo abril-septiembre 2016.

### **5.5 Criterios de inclusión:**

- Estudiantes que se encuentren matriculadas en las diferentes carreras que conforman el Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja.
- Estudiantes de las diferentes carreras que conforman el Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja, que acudan el día de la aplicación del cuestionario.
- Estudiantes que acepten participar en el estudio.

### **5.6 Criterios de exclusión:**

- Estudiantes que no consten en el muestreo.
- Estudiantes que estén embarazadas.
- Estudiantes con amenorrea fisiológica debida a posparto.

### **5.7 Instrumentos de recolección de datos**

Se aplicó a las estudiantes el consentimiento informado (Anexo 5), posteriormente se procedió a la recolección de datos a través de dos cuestionarios auto aplicables, los mismos que fueron elaborados por los autores de la investigación.

El cuestionario número 1 (Anexo 6) consta de 13 ítems donde se detallan los síntomas premenstruales tanto físicos (acné, hipersensibilidad mamaria, cansancio, distensión abdominal, dolor de cabeza, dolor en las articulaciones, dolor muscular, estreñimiento o diarrea) como psíquicos (insomnio, cambios en el apetito, ansiedad, dificultad para concentrarse, tensión, irritabilidad y/o cambios en el estado de ánimo) formulados en base a lo descrito en la literatura. Al tratarse de un cuestionario elaborado a base de preguntas dicotómicas existieron dos posibilidades de respuesta (SI y NO). Éste cuestionario tuvo como finalidad identificar los síntomas premenstruales que se presentaron con mayor frecuencia en las estudiantes.

El cuestionario número 2 (Anexo 7) consta de 16 ítems formulados en base a los criterios establecidos en el DSM-IV y otras condiciones necesarias para efectuar el diagnóstico del trastorno disfórico premenstrual tales como: que los síntomas estén presentes durante la mayor parte del día, aparezcan en la mayoría de los ciclos menstruales, empiecen a desaparecer con el inicio de la menstruación, que interfieran marcadamente con el trabajo, escuela, actividades sociales cotidianas y relaciones interpersonales. Le han diagnosticado alguno de estos trastornos psiquiátricos: trastornos del estado de ánimo (depresión, distimia), trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos, bulimia nerviosa, trastornos por consumo de sustancias o trastornos de la personalidad.

Para el diagnóstico del trastorno disfórico premenstrual se requiere la presencia de al menos 5 síntomas premenstruales durante la última semana de la fase lútea y su remisión dentro de los primeros días de la fase folicular; y además que al menos uno de los síntomas sea: ánimo deprimido, ansiedad, labilidad emocional o irritabilidad. (Pichot, Aliño, & Miyar, 2009).

## **5.8 Procedimiento y métodos de recolección de datos:**

Primeramente se realizó una solicitud dirigida a la coordinadora de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja con la finalidad de solicitar la aprobación del tema de tesis. Una vez que se aprobó el tema, se procedió a presentar la solicitud para obtener la pertinencia respectiva del proyecto de investigación. Concedida la pertinencia se designó al Dr. Germán Vélez como Director de Tesis. Posteriormente se procedió a registrar de forma legal el tema de tesis. Una vez registrado el tema se realizó una petición al Director del Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja para poder aplicar los cuestionarios a las estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión. Una vez otorgado el permiso para acceder a las aulas de las diferentes carreras se procedió a elaborar el consentimiento informado, el mismo que fue entregado a cada una de las estudiantes que participaron en la investigación. Posteriormente se recolectaron los datos mediante el uso de los cuestionarios y finalmente se procedió a la tabulación de la información, para lo cual se

utilizó el programa informático de Microsoft Office Excel 2010, el cual ayudó a la realización de los resultados mediante tablas y gráficos que se presentan en esta investigación.

Los recursos humanos incluyeron a la investigadora, director de tesis, señoritas estudiantes de las diferentes carreras que conforman el Área Jurídica, Social y Administrativa, excluyendo a las estudiantes que se encontraron en periodo de gestación y aquellas con amenorrea fisiológica debida a posparto.

El presupuesto cubrió gastos de herramientas como impresión de borradores del proyecto, copias, internet, impresiones, anillado, empastado y transporte.

## 5.9 Análisis de la información

Para la tabulación de los resultados se digitaron en una base de datos del programa Microsoft Office Excel 2010 y para obtener la confiabilidad de los cuestionarios se empleó el programa IBM SPSS.

En primer lugar, se realizó una prueba piloto, a 25 estudiantes y se obtuvieron las confiabilidades de los cuestionarios, mediante el coeficiente alfa de Cronbach en el programa IBM SPSS.

<b>Estadísticas de fiabilidad Síntomas</b>		
<b>Premenstruales</b>		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,678	,709	15



<b>Estadísticas de fiabilidad TDPM DMS-VI</b>		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,756	,817	13

En segundo lugar, se procedió a la recolección de datos mediante dos encuestas, que fueron aplicadas al total de la muestra obtenida por medio de la fórmula anteriormente indicada, dando un total de 312 estudiantes, que cumplían con los criterios de inclusión.

Tras la recolección de datos y validación de la información, se creó una base de datos en el programa Microsoft Office Excel 2010 y se procedió a la realización de tablas y diagramas de barras. Finalmente se analizaron los datos.

## 6. Resultados

**Tabla N°1:**

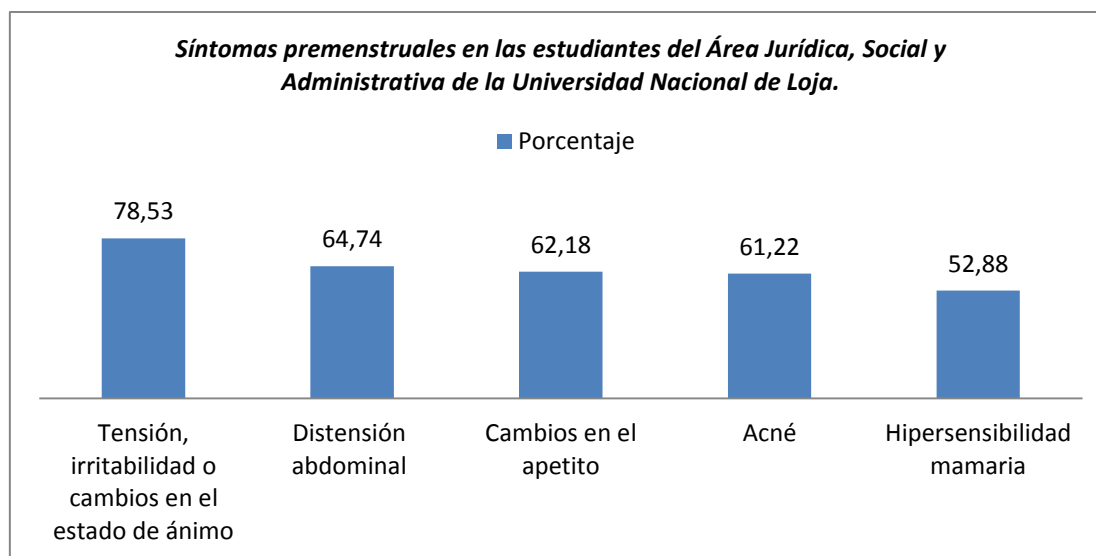
*Síntomas premenstruales en las estudiantes del Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja.*

Síntomas premenstruales	Frecuencia	%
Tensión, irritabilidad o cambios en el estado de ánimo	245	78,53
Distensión abdominal	202	64,74
Cambios en el apetito	194	62,18
Acné	191	61,22
Hipersensibilidad mamaria	165	52,88

**Fuente:** Base de datos de cuestionarios realizados a las estudiantes del Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja.

**Elaboración:** Katherin Dayana Samaniego Ulloa.

**Gráfico N°1:**



**Fuente:** Base de datos de cuestionarios realizados a las estudiantes del Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja.

**Elaboración:** Katherin Dayana Samaniego Ulloa.

**Interpretación de resultados:** Se pudo evidenciar que los síntomas más presentados por las estudiantes fueron, el síntoma psíquico: Tensión, irritabilidad o cambios en el estado de ánimo con 78,53% (n=245), seguido del síntoma físico: distensión abdominal con 64,74% (n=202) y cambios en el apetito, acné e hipersensibilidad mamaria.

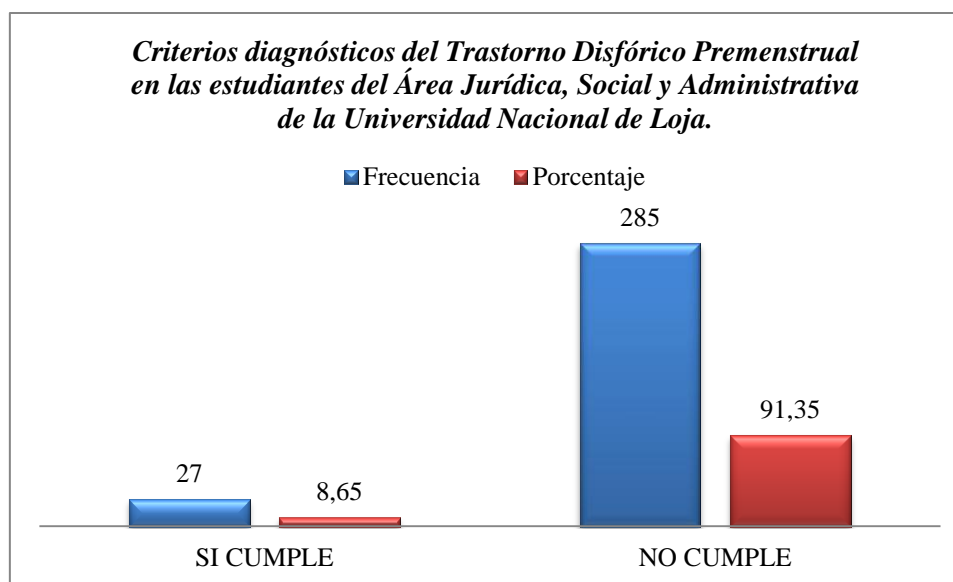
**Tabla N°2:**

<i>Criterios diagnósticos del Trastorno Disfórico Premenstrual en las estudiantes del Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja.</i>		
<b>Cumplimiento de los criterios</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>%</b>
SI CUMPLE	27	8,65
NO CUMPLE	285	91,35
TOTAL	312	100,00

**Fuente:** Base de datos de cuestionarios realizados a las estudiantes del Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja.

**Elaboración:** Katherin Dayana Samaniego Ulloa.

**Gráfico N°2:**



**Fuente:** Base de datos de cuestionarios realizados a las estudiantes del Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja.

**Elaboración:** Katherin Dayana Samaniego Ulloa

**Interpretación de resultados:** De las 312 estudiantes encuestadas del Área Jurídica, Social y Administrativa, 8.65% (n=27) cumple con los criterios para Trastorno Disfórico Premenstrual, mientras que el 91,35% (n=285) no cumple con los criterios diagnósticos para este trastorno.

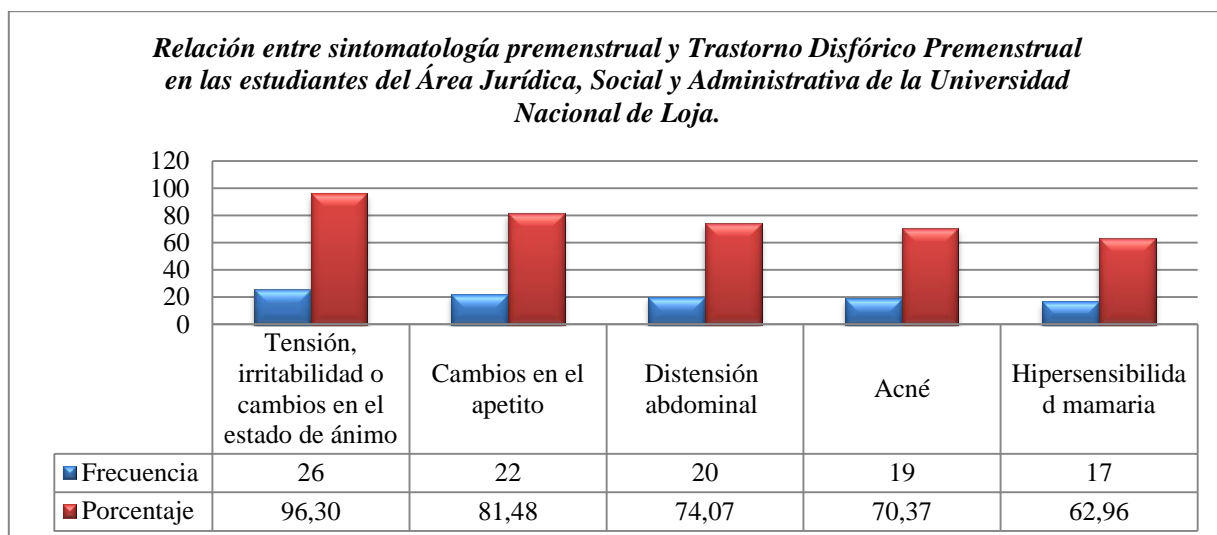
**Tabla N°3:**

<i>Relación entre sintomatología premenstrual y Trastorno Disfórico Premenstrual en las estudiantes del Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja.</i>		
Síntomas premenstruales	Estudiantes que cumplen los criterios del Trastorno Disfórico Premenstrual	
	Frecuencia	Porcentaje
Tensión, irritabilidad o cambios en el estado de ánimo	26	96,30
Cambios en el apetito	22	81,48
Distensión abdominal	20	74,07
Acné	19	70,37
Hipersensibilidad mamaria	17	62,96

**Fuente:** Base de datos de cuestionarios realizados a las estudiantes del Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja.

**Elaboración:** Katherin Dayana Samaniego Ulloa

Gráfico N°3:



**Fuente:** Base de datos de cuestionarios realizados a las estudiantes del Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja.

**Elaboración:** Katherin Dayana Samaniego Ulloa

**Interpretación de resultados:** Podemos observar que del total de 27 estudiantes que cumplen con los criterios diagnósticos para Trastorno Disfórico Premenstrual la mayoría presentó síntomas psíquicos como: tensión, irritabilidad y/o cambios en el estado de ánimo con un 96,30% (n=26) y cambios en el apetito con 81,48% (n=22).

## 7. Discusión

Es frecuente que las mujeres en edad reproductiva presenten alteraciones emocionales y físicas la semana previa a la menstruación. El 75% de la población femenina refiere por lo menos síntomas premenstruales leves o aislados. Las mujeres con síntomas afectivos más severos se considera que padecen el trastorno disfórico premenstrual o síndrome disfórico premenstrual. Este afecta de 3 al 8 % de las mujeres en edad reproductiva, con alteración notoria del desempeño habitual (Vega, Johann. Mazzotti, 1998).

El objetivo del presente trabajo es determinar los síntomas premenstruales y el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) en las estudiantes del Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja, para lo cual se empleó dos cuestionarios, el primero acerca de la sintomatología premenstrual y el segundo usando una definición bastante aceptada como la de trastorno disfórico premenstrual de acuerdo con los criterios de investigación referidos en el DSM-IV.

Las molestias premenstruales más frecuentes en el presente trabajo fueron: el síntoma psíquico: Tensión, irritabilidad o cambios en el estado de ánimo con 78,53% (n=245), seguido del síntoma físico: distensión abdominal con 64,74% (n=202) y cambios en el apetito, acné e hipersensibilidad mamaria. Del total de 312 estudiantes, el 8,65% (n=27) cumplen con los criterios para el trastorno disfórico premenstrual. Al cumplir los criterios, este porcentaje de mujeres podría padecer un TDPM, experimentando así sintomatología que puede ser lo suficientemente severa para interferir en una o más áreas de la vida de la mujer, como lo social, lo interpersonal e incluso en lo laboral

En un estudio realizado en Ciudad Real, España, la prevalencia encontrada de síndrome disfórico premenstrual, en una población de 186 mujeres, según criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría es del 6,49%. Analizando por síntomas, los más referidos en el conjunto de las mujeres estudiadas han sido la “hinchazón abdominal” (79,03%), tensión mamaria (56,22%), fatigabilidad (39,46%) y labilidad emocional (33,33%) (Latify-alavijeh, 2010). Este estudio difiere del presente trabajo ya que el síntoma principal fue la distensión

abdominal, es decir un síntoma físico, mientras que en esta investigación predominan los síntomas psíquicos. El porcentaje de trastorno disfórico premenstrual es menor al encontrado en este trabajo, lo que puede deberse a la forma empleada del instrumento ya que en dicho estudio fue heteroaplicada, mientras que en el presente trabajo fue autoaplicada.

En la Universidad Nacional de San Luis, Argentina, se realizó un estudio similar en 125 estudiantes, de las cuales 33% cumplen con los criterios diagnósticos, propuestos por el DSM IV del trastorno disfórico premenstrual (Lanzas, 2012), cifra que se aleja mucho de la encontrada en el presente estudio (8.65%). Los síntomas más frecuentes fueron: dolor abdominal (71.2%), mayor sensibilidad mamaria (49.6%), sensación de desgano (48%). Los cuales podrían considerarse como posibles factores de interferencia en el rendimiento laboral, académico y en la vida de la mujer actual.

Se realizó un estudio en Chile con 305 estudiantes de la Universidad de Los Andes en el que se encontró una prevalencia de 11.2% que cumplían con los criterios para TDPM. Los síntomas más frecuentes en las mujeres con TDPM fueron tristeza y/o decaimiento (100%), distensión o dolor mamario (97,1%), distensión abdominal (97,1%), cambios bruscos del ánimo (94,1%), aumento de peso (94,1%), avidez específica por ciertos alimentos (91,2%) e irritabilidad (91,2%) (Jadresic & Palacios, 2006). Estos datos se relacionan con los encontrados en el presente estudio, ya que del total de 27 estudiantes que cumplen con los criterios, 26 (96,30%) presentó como síntoma principal tensión, irritabilidad y/o cambios en el estado de ánimo, seguido de cambios en el apetito con 81,48% (n=22). Si bien, como se ha señalado los síntomas psíquicos predominan en estas mujeres, se encontró que los síntomas físicos también prevalecen, específicamente la distensión abdominal (74,07%), el acné (70,37%) y la hipersensibilidad mamaria (62,96%).

En una investigación antigua publicada por la Revista de Neuro-Psiquiatría del Perú en la que participaron 388 mujeres en edad reproductiva, se obtuvieron los siguientes resultados: la prevalencia de trastorno disfórico premenstrual fue 12.6%. Las manifestaciones premenstruales más frecuentes fueron: síntomas físicos (84.5%), alteraciones del apetito (46.1%), irritabilidad/agresividad (39.2%), ansiedad/tensión (37.4%) y ánimo decaído (37.1%)

(Vega, Johann. Mazzotti, 1998). Los datos difieren a los encontrados en la presente tesis en cuando a la prevalencia, ya que fue mayor a la encontrada, así como los síntomas predominantes, que fueron los físicos. Las alteraciones en el apetito se encontraron en alta frecuencia en ambos estudios.

No existen muchos estudios acerca del Trastorno Disfórico Premenstrual en el Ecuador, pero se ha podido rescatar la investigación realizada en las estudiantes del Colegio Manuela Garaicoa de Calderón en Cuenca, la cual tuvo como muestra a 440 estudiantes, de las cuales el 8,41% presentaron TDPM, basado en los criterios del DSM IV (González Morocho, 2015), una cifra similar a la encontrada en este trabajo investigativo (8,65%).

Finalmente, cabe destacar que este trastorno que afecta en muchos ámbitos en la vida de la mujer, tienen poca aceptación fuera del ámbito psiquiátrico y psicológico; por las características del trastorno, que incluye síntomas físicos y psicológicos, reclama un abordaje interdisciplinario. Sería necesario avanzar en el conocimiento de dichos malestares, para el logro de estrategias de tratamiento eficaces.



## 8. Conclusiones

- Los síntomas premenstruales encontrados con mayor frecuencia fueron: el síntoma psíquico: Tensión, irritabilidad o cambios en el estado de ánimo, seguido del síntoma físico: distensión abdominal y cambios en el apetito, acné e hipersensibilidad mamaria. El síntoma menos frecuente fue estreñimiento o diarrea.
- Se pudo determinar que de las 312 estudiantes encuestadas del Área Jurídica, Social y Administrativa, 8,65% (n=27) cumple con los criterios para Trastorno Disfórico Premenstrual, mientras que el 91,35% (n=285) no cumplieron con los criterios diagnósticos para este trastorno.
- Se estableció que la relación que existe entre la sintomatología premenstrual y el trastorno disfórico premenstrual es que predominan los síntomas de tipo emocional como son: tensión, irritabilidad y/o cambios en el estado de ánimo con un 96,30% (n=26) y cambios en el apetito con 81,48% (n=22). Además se observó sintomatología física como distensión abdominal, acné e hipersensibilidad mamaria.

## 9. Recomendaciones

- Es importante que se oriente a las mujeres en edad reproductiva acerca de los síntomas premenstruales y el trastorno disfórico premenstrual, ya que la sintomatología es presentada por un gran porcentaje de la población femenina.
- Que las futuras investigaciones tomen en cuenta seguir investigando sobre los síntomas premenstruales y el trastorno disfórico premenstrual, ya que son patologías presentes en las mujeres y poco estudiadas.
- Promover buenos hábitos de vida en las estudiantes, como ejercicio y buena alimentación, para prevenir la sintomatología o su exacerbación.

## 10. Bibliografía

- Biggs, W. S., & Demuth, R. H. (2011). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *American Family Physician*, 84(8), 918–924. [http://doi.org/10.1016/S0002-838X\(11\)60347-X](http://doi.org/10.1016/S0002-838X(11)60347-X)
- Bocchino, S. (2010). Salud mental de la mujer . Síntomas y trastornos premenstruales . Clínica y tratamiento \*, 68(1), 78–89.
- Clavero, A. Q. (2015). EVALUANDO EL AUTOAPOYO EN LÍNEA : RESPUESTAS ANTE LA EMERGENCIA DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL ASSESSING ONLINE SELF-SUPPORT : ANSWERS FACE THE PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER EMERGENCE Agustín Quilez Clavero Introducción Internet y necesidades soci, 5, 5–12.
- Esponera, P. R. (2010). Original G. *Semergen*, 33(3), 113–118.
- Jadresic, E., & Palacios, E. (2006). Síndrome premenstrual (SPM) y trastorno disfórico premenstrual (TDP): estudio retrospectivo de prevalencia y factores asociados en 305 estudiantes. *Dirección URL:< Http:/ ...*, (1), 16–22. Retrieved from [http://www.researchgate.net/publication/258566635\\_Revista\\_Latinoamericana\\_de\\_Psiquiatria\\_2005\\_5\\_16\\_-\\_22/file/72e7e528ac85c158c1.pdf](http://www.researchgate.net/publication/258566635_Revista_Latinoamericana_de_Psiquiatria_2005_5_16_-_22/file/72e7e528ac85c158c1.pdf)
- Lanzas, M. (2012). Síndrome Disfórico Premenstrual Y Su Relación Con La Depresión (Estudio Realizado En La Facultad De Ciencias De La Salud,. *Biblio3.Url.Edu.Gt*. Retrieved from <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/Hernandez-Maria.pdf>
- Latify-alavijeh, M. G. (2010). Original G, 31(11), 26–30.
- Novak, B. y. (2012). *Berek.y.Novak.Ginecologia.15ª.Edicion.pdf*.
- Pichot, P., Aliño, J., & Miyar, M. (2009). *Dsm-Iv. ... y Estadístico de los Trastornos ...*. Retrieved from [http://data.edras.cl/resources-files-repository/dsm-iv\\_castellano-completo.pdf](http://data.edras.cl/resources-files-repository/dsm-iv_castellano-completo.pdf)
- Ruz, N. P., González, L. C., & Franco, A. R. (2009). Síndrome disfórico premenstrual de docentes preescolares en Mérida, Yucatán. *Ginecología Y Obstetricia de Mexico*, 77(4),

183–188.

Vega, Johann. Mazzotti, G. (1998). Prevalencia TDPM 1998.pdf.

Williams. Schorge, J. O., Schaffer, J. I., Halvorson, L. M., Hoffman, B. L., Bradshaw, K. D., & Cunningham, F. G. (2008). *Williams.Ginecologia 1era Edicion*.

Camila Besio, V. M. (2012). Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en la adolescencia. *Revista Chilena de Psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia*, 163.

Chinchilla, M. (2000). *tratamiento de las depresiones*. Barcelona-España: Editorial Masson, ronda general Mitre.

*Estudio del psicoanálisis y psicología*. (19 de 05 de 2006). Recuperado el 19 de 06 de 2016, de <http://psicopsi.com/DSM-IV-Apendice-Trastorno-disforico-premenstrual>

(02 de 05 de 2010). Recuperado el 22 de Mayo de 2016, de Desorden disfórico premenstrual: <https://www.clinicadam.com/salud/5/007193.html>

*The American Congress of Obstetricians and Gynecologists*. (04 de Mayo de 2015). Recuperado el 23 de Junio de 2016, de Women's Health Care Physicians: <http://www.acog.org/Education-and-Events/Jointly-Provided-Activities/2016-National-Conference-Bridging-the-Gap-Between-Mental-and-Premenstrual-Health>

Barnard, N. (29 de 07 de 2015). *Factores nutricionales en el dolor menstrual y en el síndrome premenstrual*. Recuperado el 22 de 06 de 2016, de <http://www.ivu.org/spanish/trans/ssnv-menstrual.html>

Bocchino, S. (2004). Salud mental de la mujer. *Revista Psiquiatría del Uruguay*, 78-89.


Camila Besio, V. M. (2012). Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en la adolescencia. *Revista Chilena de Psiquiatría y neurología de la infancia y adolescencia*, 163.

- Daniel Matusevich, P. P. (2008). La medicalización del sufrimiento femenino: el trastorno disfórico premenstrual. *VERTEX, Revista Argentina de Psiquiatría*, 280-291.
- Espina N, F. A. (2005). Relación entre rendimiento laboral y síndrome premenstrual . *Rev Chil Obstet ginecol*, 113-8.
- G., N. (05 de septiembre de 2013). *Síndrome de tensión premenstrual*. Recuperado el 23 de Junio de 2016, de <http://idim.com.ar/blog/wp-content/uploads/2013/09/Sindrome-premenstrual.pdf>
- González, A. (28 de 06 de 2012). *Web consultas Medicina online*. Recuperado el 22 de 06 de 2016, de Síndrome premenstrual: <http://www.webconsultas.com/el-embarazo/quedarse-embarazada/sintomas-del-sindrome-premenstrual-9693>
- Gynecologists, A. C. (2010). Problemas Ginecológicos: Síndrome premenstrual. *Womens Health Care Physicians*.
- Gynecologists, T. A. (12 de Mayo de 2015). *Women's Health Care Physicians*. Recuperado el 24 de Junio de 2016, de Frequently asked questions gynecologists problems: <http://www.acog.org/Patients/FAQs/Premenstrual-Syndrome-PMS>
- Mara Verónica Pereira Zúñiga de Leal, D. M. (2011). Estudio Epidemiológico de Trastornos Mentales en Guatemala. *ETMEGUA*, 157.
- Parry L, R. J. (2012). *Trastorno disfórico premenstrual* (Décima ed.). España: LIPPINCOTT WILLIAMS AND WILKINS.
- Pereria, M. D. (2011). Estudio Epidemiológico de Trastornos Mentales en Guatemala. *ETMEGUA*, 157.
- Stella, B. (2006). Salud mental de la mujer. Síntomas y trastornos premenstruales. Clínica y tratamiento. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 78.
- Biggs, W. S., & Demuth, R. H. (2011). Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *American Family Physician*, 84(8), 918–924. [http://doi.org/10.1016/S0002-838X\(11\)60347-X](http://doi.org/10.1016/S0002-838X(11)60347-X)

- Bocchino, S. (2010). Salud mental de la mujer . Síntomas y trastornos premenstruales . Clínica y tratamiento \*, 68(1), 78–89.
- Clavero, A. Q. (2015). EVALUANDO EL AUTOAPOYO EN LÍNEA : RESPUESTAS ANTE LA EMERGENCIA DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL ASSESSING ONLINE SELF-SUPPORT : ANSWERS FACE THE PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER EMERGENCE Agustín Quilez Clavero Introducción Internet y necesidades soci, 5, 5–12.
- Esponera, P. R. (2010). Original G. *Semergen*, 33(3), 113–118.
- Jadresic, E., & Palacios, E. (2006). Síndrome premenstrual (SPM) y trastorno disfórico premenstrual (TDP): estudio retrospectivo de prevalencia y factores asociados en 305 estudiantes. *Dirección URL*:< *Http:/ ...*, (1), 16–22. Retrieved from [http://www.researchgate.net/publication/258566635\\_Revista\\_Latinoamericana\\_de\\_Psiqui\\_atra\\_2005\\_5\\_16\\_-\\_22/file/72e7e528ac85c158c1.pdf](http://www.researchgate.net/publication/258566635_Revista_Latinoamericana_de_Psiqui_atra_2005_5_16_-_22/file/72e7e528ac85c158c1.pdf)
- Lanzas, M. (2012). Síndrome Disfórico Premenstrual Y Su Relación Con La Depresión (Estudio Realizado En La Facultad De Ciencias De La Salud,. *Biblio3.Url.Edu.Gt*. Retrieved from <http://biblio3.url.edu.gt/Tesis/2012/05/42/Hernandez-Maria.pdf>
- Latify-alavijeh, M. G. (2010). Original G, 31(11), 26–30.
- Novak, B. y. (2012). *Berek.y.Novak.Ginecologia.15ª.Edicion.pdf*.
- Pichot, P., Aliño, J., & Miyar, M. (2009). *Dsm-Iv. ... y Estadístico de los Trastornos ...*. Retrieved from [http://data.edras.cl/resources-files-repository/dsm-iv\\_castellano-completo.pdf](http://data.edras.cl/resources-files-repository/dsm-iv_castellano-completo.pdf)
- Ruz, N. P., González, L. C., & Franco, A. R. (2009). Síndrome disfórico premenstrual de docentes preescolares en Mérida, Yucatán. *Ginecologia Y Obstetricia de Mexico*, 77(4), 183–188.
- Vega, Johann. Mazzotti, G. (1998). Prevalencia TDPM 1998.pdf.
- Williams. Schorge, J. O., Schaffer, J. I., Halvorson, L. M., Hoffman, B. L., Bradshaw, K. D., & Cunningham, F. G. (2008). *Williams.Ginecologia 1era Edicion*.

## ANEXOS

## ANEXO N°1: Certificación de aprobación de tema.



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA**

---

**MEMORÁNDUM NRO. 01094CM-ASH-UNL**

**PARA:** Srta. Katherin Dayana Samaniego Ulloa  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DE:** Dra. Elvia Raquel Ruiz, Mg.Sc.  
**COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 24 de mayo de 2016

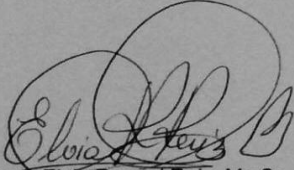
**ASUNTO:** APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS

---

En atención a su comunicación presentada en esta Coordinación, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo se aprueba su tema **"SINTOMAS PREMENSTRUALES Y TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN LAS ESTUDIANTES DEL AREA JURIDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2016"**, el mismo que se encuentra dentro del **MACROPROYECTO** titulado **"SINTOMAS PREMENSTRUALES Y TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA"**, por consiguiente deberá continuar con el desarrollo del mismo.

Con aprecio y consideración.

Atentamente,




**Dra. Elvia Raquel Ruiz, Mg.Sc.**  
**COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
**DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Archivo  
Sip.

---

Dirección. Av. Manuel Ignacio Monteros    Telefax 2- 571-379 573-480

**ANEXO N°2: Certificación de pertinencia de proyecto de investigación**

 **UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA**

---

**MEMORÁNDUM NRO. 01218CCM-ASH-UNL**

**PARA:** Katherin Dayana Samaniego Ulloa  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DE:** Dra. Elvia Raquel Ruiz, Mg.Sc.  
**COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 17 de junio de 2016

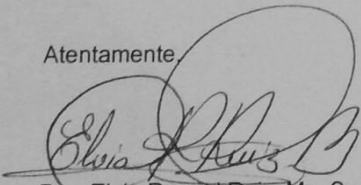
**ASUNTO:** Dar Pertinencia al Proyecto de Investigación.

---

Por medio del presente me permito comunicar a usted, sobre el Proyecto de Tesis adjunto "SINTOMAS PREMENSTRUALES Y TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN LAS ESTUDIANTES DEL AREA JURIDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2016", de su autoría, el mismo que se encuentra dentro del **MACROPROYECTO** titulado "SINTOMAS PREMENSTRUALES Y TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA", que es pertinente, de acuerdo al informe del Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Docente de la Carrera de Medicina, por lo que deberá continuar con el trámite respectivo.

Con aprecio y consideración

Atentamente,

  
Dra. Elvia Raquel Ruiz, Mg. Sc.  
**COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA  
DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Estudiante y Archivo  
Sip

---

Dirección. Av. Manuel Ignacio Monteros      Telefax 2- 571-379 573-480



## ANEXO N°3: Certificación de director de tesis asignado



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**  
**COORDINACIÓN CARRERA DE MEDICINA**

MEMORÁNDUM Nro. 01127-CCM-ASH-UNL

**PARA:** Dr. Germán Vélez Reyes  
**DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**DE:** Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg.Sc.  
**COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**

**FECHA:** 22 de junio de 2016

**ASUNTO:** Designar Director de Tesis

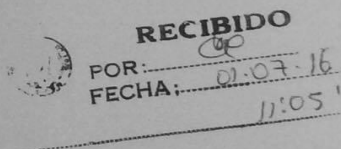
Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio de 2009" una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que esta Coordinación le ha designado Director del trabajo de Investigación adjunto, cuyo tema es "SÍNTOMAS PREMENSTRUALES Y TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN LAS ESTUDIANTES DEL ÁREA JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2016", el mismo que se encuentra dentro del MACROPROYECTO titulado: "SINTOMAS PREMENSTRUALES Y TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN LAS ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA", de autoría de la Srta. Katherin Dayana Samaniego Ulloa, estudiante de la Carrera de Medicina.

Con los sentimientos de consideración y estima, quedo de usted agradecido.


Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz B., Mg.Sc.  
**COORDINADORA DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
**DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Secretaria Abogada, Estudiante y Archivo  
 Sip



**ANEXO N°4:** Certificación de permiso para aplicación de cuestionarios aplicación de cuestionarios a estudiantes del Área Jurídica, Social y Administrativa.

 UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
ÁREA JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA  
DIRECCION

Of. Circ. Nro. 000937-D-AJSA-UNL  
Loja, 08 de julio de 2016

Señores:  
COORDINADORES DE LAS CARRERAS DE: Administración de Empresas, Administración Pública, Administración Turística, Banca y Finanzas, Contabilidad y Auditoría, Economía, Derecho; y, Trabajo Social.  
Ciudad.

De mi consideración:

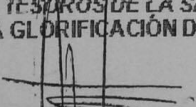
Por medio del presente me permito hacer llegar a usted la comunicación suscrita por la Srta. *Katherin Dayana Samaniego Ulloa*, estudiante del Décimo Módulo de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, quien solicita se le permita llevar a cabo el desarrollo de la tesis titulada "Síntomas Premenstruales y Trastorno Disfórico Premenstrual en las Estudiantes del Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja, período abril- septiembre 2016", solicita se le autorice para que se le faciliten las listas de estudiantes de las ocho Carreras que conforman el Área Jurídica, Social y Administrativa.

En tal virtud, me permito autorizar lo solicitado, por lo tanto se digne atender el presente petitorio, proporcionando la información del listado de estudiantes de la carrera bajo su dirección.

Particular que me permito hacer de su conocimiento para los fines consiguientes.

Con sentimientos de estima y consideración.

Atentamente,  
EN LOS TESOROS DE LA SABIDURIA  
ESTÁ LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA

  
Marco Antonio Montaña Lozano Mg.Sc.  
DIRECTOR DEL ÁREA JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA (E)

Adj.: lo Indicado  
C.C. Archivo.  
MML/mtt

## ANEXO N° 5: Consentimiento informado.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

“Síntomas premenstruales y el Trastorno Disfórico Premenstrual en las estudiantes del Área Jurídica, Social y Administrativa de la Universidad Nacional de Loja, periodo Abril – Septiembre 2016”.

### Consentimiento informado

Al contestar el siguiente cuestionario, doy mi consentimiento a Srta. Katherin Dayana Samaniego Ulloa, estudiante de la carrera de medicina, para formar parte del estudio titulado **“SÍNTOMAS PREMENSTRUALES Y TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN LAS ESTUDIANTES DEL ÁREA JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2016”**, para obtener el título de Médico General, el cual ha sido coordinado por la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Loja. Para ello he recibido información clara sobre el propósito y modo que se realizará el cuestionario. Habiendo tenido la oportunidad de aclarar mis dudas acerca del estudio, teniendo en cuenta que la información será de carácter confidencial y de manera anónima, acepto participar en el estudio, firmando el presente para que conste.

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Responsable: Katherin Dayana Samaniego Ulloa 1900836386

## ANEXO N° 6: Cuestionario de Síntomas Premenstruales



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

ÁREA DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA

**CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PREMENSTRUALES Y TRASTORNO  
DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN LAS ESTUDIANTES DEL ÁREA JURÍDICA,  
SOCIAL Y ADMINISTRATIVA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA,  
PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2016.**

**CUESTIONARIO N.2**

El presente cuestionario tiene como finalidad determinar los criterios diagnósticos del Trastorno Disfórico Premenstrual en las estudiantes universitarias que puede afectar de manera significativa la calidad de vida de las mujeres, será utilizado únicamente con fines de investigación. La información que se obtenga en el siguiente cuestionario será confidencial, por lo tanto se le pide contestar con absoluta sinceridad. Gracias.

Lea detenidamente y marque con una “X” lo que usted considere correcto. Los síntomas mencionados a continuación deberán presentarse una semana antes de la menstruación.

<b>SINTOMAS PREMENSTRUALES FÍSICOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
• Acné.		
• Hipersensibilidad mamaria.		
• Cansancio.		
• Insomnio.		
• Distensión abdominal.		
• Dolor de cabeza.		

• Dolor en las articulaciones.		
• Dolor muscular (dolor de espalda, dolor de piernas, brazos).		
• Estreñimiento o diarrea.		
<b>SINTOMAS PREMENSTRUALES PSIQUICOS</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
• Cambios en el apetito (Predilección por carbohidratos, dulces y/o chocolate).		
• Ansiedad (morderse las uñas, morderse los labios, arrancarse el cabello).		
• Dificultad para concentrarse.		
• Tensión, irritabilidad y/o cambios en el estado de ánimo (llanto fácil).		

**ANEXO N° 7:** Cuestionario de criterios diagnósticos de trastorno disfórico premenstrual.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**



**ÁREA DE LA SALUD HUMANA**

**CARRERA DE MEDICINA**

**CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS PREMENSTRUALES Y TRASTORNO  
DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN LAS ESTUDIANTES DEL ÁREA JURÍDICA,  
SOCIAL Y ADMINISTRATIVA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA,  
PERIODO ABRIL – SEPTIEMBRE 2016.**

**CUESTIONARIO N.1**

El presente cuestionario tiene como finalidad identificar los síntomas premenstruales que pueden presentarse en la etapa fértil de las mujeres, será utilizado únicamente con fines de investigación. La información que se obtenga en el siguiente cuestionario será confidencial, por lo tanto se le pide contestar con absoluta sinceridad. Gracias.

Lea detenidamente y marque con una “X” lo que usted considere correcto. Los síntomas mencionados a continuación deberán presentarse una semana antes de la menstruación.

<b>CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
1. Estado de ánimo deprimido, sentimientos de desesperanza e ideas de autodesaprobación acusadas.		
2. Ansiedad, tensión, sensación de agobio.		
3. Labilidad emocional (llanto fácil).		
4. Enfado, irritabilidad o aumento de conflictos interpersonales de forma notoria y persistente.		
5. Pérdida de interés por actividades habituales.		

6. Dificultad para concentrarse.		
7. Letargia, fatigabilidad fácil o falta evidente de energía.		
8. Cambios significativos en el apetito. (Predilección por carbohidratos, dulces y/o chocolate).		
9. Hipersomnia (dormir en exceso) o insomnio (falta de sueño).		
10. Sensación subjetiva de estar fuera de control.		
11. Otros síntomas físicos: Hipersensibilidad o aumento del volumen de las mamas, dolor de cabeza, sensación de hinchazón o aumento de peso, distensión abdominal, dolor muscular, dolor articular, etc.		
12. Presenta los síntomas durante la mayor parte del día.		
13. Los síntomas aparecen en la mayoría de los ciclos menstruales.		
14. Los síntomas comienzan a desaparecer con el inicio de la menstruación.		
15. Los síntomas interfieren marcadamente con el trabajo, escuela, actividades sociales cotidianas y relaciones interpersonales.		
16. Le han diagnosticado alguno de estos trastornos psiquiátricos: trastornos del estado de ánimo (depresión, distimia), trastornos de ansiedad, trastornos somatomorfos, bulimia nerviosa, trastornos por consumo de sustancias o trastornos de la personalidad.		

## ANEXO N°8: Tabulaciones

Tabla N° 1: Síntomas premenstruales en las estudiantes del Área Jurídica, Social y Administrativa.

SINTOMAS PREMENSTRUALES	Frecuencia	Porcentaje
Tensión, irritabilidad o cambios en el estado de ánimo	245	78,53
Distensión abdominal	202	64,74
Cambios en el apetito	194	62,18
Acné	191	61,22
Hipersensibilidad mamaria	165	52,88
Dolor muscular	162	51,92
Cansancio	139	44,55
Dolor de cabeza	115	36,86
Insomnio o somnolencia	109	34,94
Ansiedad	84	26,92
Dificultad para concentrarse	81	25,96
Dolor en las articulaciones	69	22,12
Aislamiento social	65	20,83
Estreñimiento o diarrea	46	14,74



Tabla N°2: Criterios diagnósticos del Trastorno Disfórico Premenstrual en las estudiantes del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL	Frecuencia	Porcentaje
SI CUMPLE	27	8,65
NO CUMPLE	285	91,35
TOTAL	312	100,00

Tabla N°3: Síntomas premenstruales en las estudiantes con Trastorno Disfórico Premenstrual.

SINTOMAS PREMENSTRUALES	Frecuencia	Porcentaje
SÍNTOMAS PREMENSTRUALES		
Tensión, irritabilidad o cambios en el estado de ánimo	26	96,30
Cambios en el apetito	22	81,48
Distensión abdominal	20	74,07
Acné	19	70,37
Hipersensibilidad mamaria	17	62,96
Dolor muscular	14	51,85
Insomnio o somnolencia	13	48,15
Cansancio	10	37,04
Aislamiento social	8	29,63
Ansiedad	8	29,63
Estreñimiento o diarrea	6	22,22
Dificultad para concentrarse	5	18,52
Dolor de cabeza	4	14,81
Dolor en las articulaciones	2	7,41

**ANEXO N° 9: Fotografías**





Ing. María Belén Novillo  
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

### CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis titulada "SÍNTOMAS PREMENSTRUALES Y TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN LAS ESTUDIANTES DEL ÁREA JURÍDICA, SOCIAL Y ADMINISTRATIVA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2016" autoría del Sr. Katherín Dayana Samaniego Ulloa, egresado de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja

Lo certifica en honor a la verdad y autorizo al interesado hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 19 de Septiembre de 2017

Ing. María Belén Novillo  
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.



*Líderes en la Enseñanza del Inglés*

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email: [venal@fine-tunedenglish.edu.ec](mailto:venal@fine-tunedenglish.edu.ec) | [www.finetunedenglish.edu.ec](http://www.finetunedenglish.edu.ec)

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Ballea y Rocafuerte. 2578899, 2561224, 2574702  
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, Carlos Morán y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2508169  
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 14 de Mayo 08-23 y Juan Montalvo. Teléfono: 2478442

