



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

TÍTULO

“SÍNTOMAS PREMENSTRUALES Y TRASTORNO DISFÓRICO
PREMENSTRUAL EN LAS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA
SALUD HUMANA 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

Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha

DIRECTOR

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2017

Loja, 28 de septiembre del 2017

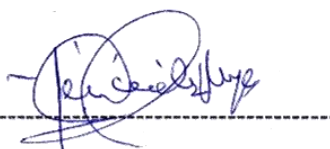
Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

DIRECTOR DE TESIS

CERTIFICA:

Que el presente trabajo de investigación titulado: **“SÍNTOMAS PREMENSTRUALES Y TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN LAS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2016”**, de autoría de la Srta. Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha, 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,

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Germán Vélez Reyes', is written over a horizontal dashed line.

Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

AUTORÍA

Yo Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha declaro ser autora del presente trabajo de tesis titulado: **SÍNTOMAS PREMENSTRUALES Y TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN LAS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA 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 al 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 de la autora.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación del presente trabajo de investigación en el repositorio Institucional de la biblioteca virtual.



.....
Autora: Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha

CI: 1105681512

Loja, 28 de septiembre del 2017

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha, autora del presente trabajo de investigación titulado: **SÍNTOMAS PREMENSTRUALES Y TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN LAS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2016**, como requisito para obtener el título de Médico General, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre al mundo la producción intelectual, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el repositorio digital institucional–Biblioteca Virtual. La Universidad Nacional de Loja no se responsabiliza por el plagio o copia de la presente tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 28 días del mes de septiembre del dos mil diecisiete:



.....
Autora: Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha

Cédula: 1105681512

Dirección: Barrio Clodoveo Jaramillo Potosí entre Córdova y La Plata

Correo: tatyslove28@gmail.com

Teléfono: 0997441084

DATOS COMPLEMENTARIOS:

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

Miembros del tribunal:

Dr. Fernando Patricio Aguirre Aguirre, Mg. Sc.

Dra. Sandra Katerine Mejía Michay, Esp.

Dra. Ximena Patricia Carrión Ruilova, Esp.

DEDICATORIA

A DIOS

Por brindarme la salud y la vida, por darme la oportunidad de llegar a cumplir con mis objetivos y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante todo el periodo de estudio.

A mi madre

Por su ejemplo de perseverancia y por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis maestros.

Por su gran apoyo y motivación para la elaboración de esta tesis; por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de nuestra formación profesional, por apoyarnos en su momento.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja por darme la oportunidad de formarme y ser una profesional. También me gustaría agradecer a mis docentes porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación, por sus consejos, sus enseñanzas y sobre todo por su amistad. Agradezco a mi docente de Titulación Dra. Sandra Mejía Michay por haberme guiado en el trascurso de la realización de la presente tesis.

De manera muy especial agradezco a mi Director de Tesis Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes Mg. Sc. por brindarme todo su apoyo en la elaboración del presente trabajo investigativo. Para ellos: Muchas gracias por todo el apoyo durante todos estos años de carrera profesional.

Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÀTULA	i
CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA	iii
CARTA DE AUTORIZACIÓN	iv
DEDICATORIA.....	v
AGRADECIMIENTO	vi
INDICE	vii
1. TÍTULO.....	1
2. RESUMEN.....	2
SUMMARY	3
3. INTRODUCCIÓN	4
4. REVISIÓN DE LITERATURA	7
4.1 Ciclo menstrual normal	7
4.1.1 Ciclo ovárico.....	7
4.1.1.1 Fase folicular	7
4.1.1.2 Fase lútea	8
4.2 Síntomas premenstruales	11
4.2.1 Definición	11
4.2.2 Sintomatología premenstrual.....	11
4.2.1.1 Síntomas somáticos	11
4.2.1.1.1 Cefalea.....	11
4.2.1.1.2 Hipersensibilidad mamaria	11
4.2.1.1.3 Distensión abdominal.....	11
4.2.1.1.4 Retención hídrica.....	12
4.2.1.1.5 Dismenorrea	12
4.2.1.2 Síntomas psíquicos.....	12
4.2.1.2.1 Depresión	12

4.2.1.1.2 Arranques de ira....	12
4.2.1.1.3 Irritabilidad	12
4.2.1.1.4 Ansiedad.....	13
4.2.1.1.5 Insomnio.....	23
4.2.1.1.6 Confusión	13
4.1.1.1.7 Aislamiento social	13
4.2.3 Factores que influyen en la sintomatología premenstrual.	13
4.2.3.1 Factores genéticos	13
4.2.3.2 Factores biológicos.....	13
4.2.3.3 Factores nutricionales.....	13
4.2.3.3.1 Ácidos grasos esenciales.	14
4.2.3.3.2 Vitamina B6.....	15
4.2.3.3.3 Azúcar.....	15
4.2.3.3.4 Calcio.....	16
4.2.3.3.5 Manganeso.....	16
4.2.3.3.6 Cafeína.....	16
4.2.4 Epidemiología.	16
4.2.5 Factores psicosociales.....	16
4.2.6 Síndrome premenstrual	17
4.3 Trastorno disfórico premenstrual	17
4.3.1 Historia	17
4.3.2 Definición	19
4.3.3 Epidemiología.....	19
4.3.4 Factores de riesgo	19
4.4 Características diagnósticas.....	21
4.4.1 Criterios diagnósticos según el DSM IV	21
4.5 Síntomas asociados.....	22
4.6 Diagnóstico diferencial.....	24
4.7 Tratamiento.....	24
4.7.1 Medidas no farmacológicas.....	24
4.7.1.1 Educación	24

4.7.1.2 Ejercicio.....	25
4.7.1.3 Dieta	25
4.7.1.3.1 Sal.....	25
4.7.1.3.2 Azúcares refinados	25
4.7.1.3.3 Alimentos con metilxantinas	25
4.7.1.3.4 Tabaco y alcohol.....	25
4.7.1.3.5 Carnes rojas	25
4.7.1.4 Carbonato de calcio	25
4.7.1.5 Mineraloterapia.....	26
4.7.1.6 Aines.....	26
4.7.1.7 Terapia cognitivoconductual	26
4.7.2 Medidas farmacológicas	26
4.7.2.1 Anticonceptivos orales combinados	26
4.7.2.2 Inhibidores de la recaptación de serotonina	27
4.7.2.2.1 Fluoxetina	28
4.7.2.3 Otros psicofármacos	28
4.7.3 Otras opciones terapéuticas	28
4.8 Complicaciones	29
4.9 Prevención	29
5. MATERIALES Y MÉTODOS.....	30
6. RESULTADOS	34
7. DISCUSION.....	37
8. CONCLUSIONES.....	39
9. RECOMENDACIONES	40
10. BIBLIOGRAFÍA.....	41
ANEXOS	45
ANEXO N.1 Certificación de aprobación de tema	45
ANEXO N.2 Certificación de pertinencia de proyecto de investigación.....	46
ANEXO N.3 Certificación de director de tesis asignado	47
ANEXO N.4 Certificación de permiso para aplicación de cuestionarios.....	49
ANEXO N.5 Consentimiento informado OMS.....	50

ANEXO N.5 Consentimiento informado	53
ANEXO N.6 Cuestionario de síntomas premenstruales.....	54
ANEXO N.7 Cuestionario de criterios diagnósticos de TDPM.....	55
ANEXO N.8 Tabulación	56
ANEXO N.9 Fotografías	58

1. Título

“Síntomas premenstruales y Trastorno Disfórico Premenstrual en las estudiantes del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, periodo abril-septiembre 2016”

2. Resumen

Los síntomas premenstruales forman parte del ciclo menstrual normal y se presentan en un 85% de las mujeres en edad fértil. El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) constituye una exacerbación de la sintomatología premenstrual. Se caracteriza clínicamente por severas alteraciones del estado de ánimo. El presente estudio tuvo como finalidad determinar los síntomas premenstruales y el Trastorno Disfórico Premenstrual en las estudiantes del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, a su vez identificar los síntomas premenstruales más frecuentes encontrados en las estudiantes, determinar los criterios diagnósticos del TDPM; y establecer la relación entre la sintomatología premenstrual y este trastorno. La muestra estuvo conformada por 263 estudiantes universitarias y se empleó un diseño cuantitativo de tipo descriptivo y transversal que incluía un primer cuestionario donde se evaluaron los síntomas premenstruales más frecuentes presentados por las estudiantes y un segundo cuestionario acerca de los criterios diagnósticos del TDPM, descritos en el DSM IV. Los resultados obtenidos fueron que el 82,13% (n=216) de las estudiantes presentaron con mayor frecuencia tensión, irritabilidad y/o cambios en el estado de ánimo, seguido por el acné con un 62,74% (n=165), y la distensión abdominal con un 61,22% (n=161). Del total de 263 estudiantes del Área de la Salud Humana un 7,98% (n=21) cumplió los criterios para Trastorno Disfórico Premenstrual, mientras que el 92,02% (n=242) no los cumplió. Se logró establecer la relación entre síntomas premenstruales y TDPM, debido a que predominaron los síntomas de tipo emocional como son tensión, irritabilidad y/o cambios en el estado de ánimo en un 95,24% (n=20) de las estudiantes que participaron en el estudio.

Palabras clave: Síntomas premenstruales, trastorno disfórico premenstrual, estudiantes universitarias.

Summary

Premenstrual symptoms are part of the normal menstrual cycle and occur in 85% of women of childbearing age. Premenstrual dysphoric disorder (PMDD) is an exacerbation of premenstrual symptomatology. It is clinically characterized by severe mood disturbances. The current study aimed to determine the premenstrual symptoms and Premenstrual Dysphoric Disorder in the students of the Human Health Area of the National University of Loja, at the same time identify the most frequent premenstrual symptoms found in students, determine the diagnostic criteria of the PMDD; and establish the relationship between premenstrual symptomatology and this disorder. The sample consisted of 263 university students and was used a descriptive and cross-sectional quantitative design, which included a first questionnaire assessing the most frequent premenstrual symptoms presented by the students and a second questionnaire about the diagnostic criteria of PMDD described in the DSM IV. The results obtained were that the 82,13% (n=216) of the students presented more frequently tension, irritability and/or mood changes, followed by acne with a 62,72% (n=165) , and abdominal distention with a 61,22% (n=161). Of the total of 263 students in the Human Health Area, a 7,98% (n=21) met the criteria for Premenstrual Dysphoric Disorder, while the 92,02% (n=242) did not meet them. It was possible to establish the relationship between premenstrual symptoms and PMDD, due to the predominance of emotional symptoms such as tension, irritability and/or changes in mood in a 95,24% (n=20) of the students who participated in the study.

Key words: Premenstrual symptoms, premenstrual dysphoric disorder, university students.

3. Introducción

La patología premenstrual constituye uno de los temas de gran interés e importancia dentro de la salud de la mujer, los trastornos psíquicos relacionados con el periodo menstrual interfieren de una manera negativa en el desempeño habitual de las actividades a lo largo de su vida reproductiva (González M, 2015).

Los síntomas premenstruales se presentan en aproximadamente el 75-80% de las mujeres en edad reproductiva. Incluyen sobre todo síntomas somáticos, como tensión mamaria, distensión abdominal, retención hídrica generalizada discreta. Pueden aparecer leves variaciones del estado de ánimo. Sin embargo los síntomas premenstruales no se agrupan como entidad patológica y no deben afectar el desempeño habitual de las mujeres que los presentan (Bocchino, 2010).

De las mujeres que presentan síntomas premenstruales solo un pequeño porcentaje cumplen criterios para Trastorno Disfórico Premenstrual y numerosos estudios han demostrado que dicho trastorno comienzan durante la adolescencia.

El Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) constituye la exacerbación patológica somática y física de los síntomas premenstruales que se manifiesta durante la fase lútea del ciclo menstrual, dando lugar a incapacidad física, psíquica y problemas a nivel de sus múltiples ámbitos de desenvolvimiento. Se caracteriza principalmente por ser una entidad psiquiátrica manifestada por la presencia de síntomas físicos, emocionales y conductuales unos días antes de la menstruación y que desaparecen en el transcurso de la misma. Los síntomas anímicos, tales como irritabilidad, tristeza y labilidad emocional, son primordiales para hacer el diagnóstico y para diferenciarlo del síndrome premenstrual (SPM) que es una entidad ginecológica en la cual los síntomas son principalmente físicos. Además es importante considerar el deterioro que el trastorno ocasiona, ya que aproximadamente 80% de las mujeres pueden quejarse de molestias premenstruales de menor intensidad (Flores M, 2013).

La etiología del trastorno es aún desconocida, pero debido a que los síntomas se encuentran ligados al ciclo menstrual se cree que los cambios hormonales juegan un papel importante en el desarrollo del mismo. Algunos autores refieren que la etiopatogenia comprende múltiples

factores genéticos, neurobiológicos y endócrinos los cuales se encuentran íntimamente relacionados.

A nivel mundial la prevalencia de TDPM oscila entre un 3% a un 8% de las mujeres jóvenes, con una alteración significativa e invalidante para llevar a cabo su vida diaria (APA, 2013).

Frank (1931) aportó el primer relato clínicamente moderno de los síntomas premenstruales. Dicho autor usó el término Tensión premenstrual (TPM) para enfatizar las molestias emocionales cíclicas que se asociaban con la segunda mitad del ciclo menstrual. No obstante en 1953 Green y Dalton discutieron que la tensión emocional era tan sólo uno de los muchos componentes de esta condición y propusieron que en su lugar se referirían al Síndrome premenstrual (SPM).

En el año 1990 el fenómeno entró en la edición revisada del manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales (DSM-III-R) como trastorno disfórico del final de la fase lútea, aunque en el DSM-IV reapareció como ejemplo de trastorno depresivo no especificado y renovado como trastorno disfórico premenstrual (TDPM).

En el año 2014 el TDPM es trasladado desde un apéndice del DSM-IV hacia el texto principal del DSM-5 dado su impacto funcional importante (González M, 2015).

Además de ser un trastorno de alta prevalencia, las molestias premenstruales generan un impacto negativo importante en el desempeño cotidiano de quienes las padecen; la literatura reporta que el 10-15% presenta ausentismo escolar o laboral por esta causa.

Según el DSM-V TM, la prevalencia del trastorno disfórico premenstrual está entre el 1,8% y el 5,8% de las mujeres que menstrúan. La estimación más rigurosa del trastorno disfórico premenstrual es del 1,8% para las mujeres cuyos síntomas cumplen los criterios completos sin deterioro funcional y el 1,3% para las mujeres cuyos síntomas reúnen los criterios actuales con deterioro funcional y sin ocurrencia de síntomas de otro trastorno mental (Chavarría, J. 2013).

En Ecuador existen pocos estudios acerca de esta temática. Un estudio realizado por Maritza E. González en el 2015 concluyó que el 8,41% de estudiantes cumplieron con los criterios de Trastorno Disfórico Premenstrual.

El presente estudio se realizó con la finalidad de determinar los síntomas premenstruales y el Trastorno Disfórico Premenstrual en las estudiantes del Área de la Salud Humana de la

Universidad Nacional de Loja. Para el cumplimiento del objetivo global, se planteó tres objetivos específicos, estos son: Identificar los síntomas premenstruales más frecuentes encontrados en las estudiantes del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja. Determinar los criterios diagnósticos del Trastorno Disfórico Premenstrual en las estudiantes universitarias; y establecer la relación entre la sintomatología premenstrual y el Trastorno Disfórico premenstrual de las estudiantes del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja. Este estudio pertenece a la línea de investigación: Salud Enfermedad del Adulto y Adulto Mayor en la Región Sur del Ecuador o Región Siete.

Una vez realizado el estudio se llegó a determinar que la mayoría de estudiantes universitarias presentan síntomas premenstruales, de las cuales el 82,13% (n=216) presentó como síntoma premenstrual más frecuente tensión, irritabilidad y/o cambios en el estado de ánimo; el acné estuvo presente en un 62,74% (n=165), y la distensión abdominal en el 61,22% (n=161). Así mismo se evidenció que 21 estudiantes cumplieron con los criterios de Trastorno Disfórico Premenstrual y que éste se encuentra relacionado con síntomas de tipo emocional en el 95,24% de los casos.

En consecuencia es esencial orientar a las mujeres a mantener un estilo de vida saludable que incluya alimentación variada, actividad física diaria. 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. Es importante que su sueño y descanso sean adecuados y por ende se efectuó en lo posible la disminución del estrés, así como el abandono del hábito de fumar.

4. Revisión de literatura

4.1 Ciclo menstrual normal

El ciclo menstrual tiene una duración de 28 ± 7 días, mientras que la hemorragia menstrual dura 4 ± 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, cambiandola de inhibina B a inhibina A. La concentración de inhibina alcanza su punto máximo a la mitad de la fase lutea, 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, 2010).

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. (Gaviria, L.; Matusевич, O.; Piezanski, R. & Vaschetto, V. 2008).

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 (Rasminsky, S. 2012).

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 (Hernández, M. 2012).

4.2.1.1.3 Distensión abdominal. Las mujeres suelen manifestar este síntoma como una sensación de pesadez estomacal, vientre hinchado (Moline Margaret L.; Kahn David A.; MD, Ross Ruth, W. ; MA, Lee S. Cohen, MD, & Altshuler, L. 2016)

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 (Truzzi, L. 2011).

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 (Rasminsky, S. 2009).

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 (Kathleen B.; Lustyk, W.; & Gerrish G, 2012).

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 (Perarnau, M.; Fasulo, S.; García A. & Doña R. 2010).

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 (López, T. 2014).

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 (Rodríguez, J., Senín, C. & Perona G, 2014).

4.2.1.2.6 *Confusión*. Esta puede presentarse acompañada de tristeza, temblor, inquietud y preocupación constante (Niedlich, G. 2013).

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 (Almonte, C.; Amarales, C.; Amézquita, C.; Birke, M.; Burón, V.; Campos, M.; Colombo, M.; Díaz, M. & Meza, T. 2013).

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 (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 (Riveros M.; Hernández V.; Rivas C. & Ronald Castillo N. 2009).

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 (Rodríguez, J., Senín, C. & Perona G, 2014).

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 (Chavarría, J. 2013).

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*. 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 (Gaviria et al., 2008)

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 (Quilez, A. 2015).

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 (López, T., 2014).

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 Manganeso. Un buen nivel de manganeso 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 consume en forma de café, té, bebidas de cola o chocolate más empeorará tal situación (Barnard, 2015).

4.2.4 Epidemiología. Se observa en diversas culturas. Un total de 75% a 95% de las mujeres en edad reproductiva con ciclos menstruales regulares presentan algún tipo de síntoma premenstrual de intensidad leve sin necesidad de atención médica, mientras que la prevalencia de pacientes que requieren tratamiento médico se estima en 10% a 20% (Pereira, 2011).

4.2.5 Factores psicosociales

- Socioculturales
- Estrés
- Abusos sexuales

4.2.6 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 (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2015)

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, 2010).

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 (2006), 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.

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 (Bocchino, 2010).

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 (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. (2010) 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 β 1 y β 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

4.5 Criterios diagnósticos según el DSM IV.

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas durante la mayor parte del día de la última semana de la fase lútea de la mayoría de los ciclos menstruales del último año, que empiezan a remitir 2 días después del inicio de la fase folicular y que desaparecen completamente en la semana siguiente a la menstruación, teniendo en cuenta que al menos uno de estos síntomas debe ser alguno de los cuatro primeros:

- (1) estado de ánimo deprimido, sentimientos de desesperanza e ideas de autodesaprobación acusadas
- (2) ansiedad, tensión, sensación de agobio o de estar «al límite»
- (3) labilidad emocional evidente (p. ej., ataques de tristeza, llanto o hipersensibilidad ante el rechazo)
- (4) enfado, irritabilidad o aumento de conflictos interpersonales de forma acusada y persistente
- (5) pérdida del interés por las actividades cotidianas (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones)
- (6) sensación subjetiva de dificultad para concentrarse
- (7) letargia, fatigabilidad fácil o falta evidente de energía
- (8) cambios significativos del apetito, atracones o antojos por determinadas comidas
- (9) hipersomnia o insomnio
- (10) sensación subjetiva de estar rebasada o fuera de control
- (11) otros síntomas físicos como hipersensibilidad o aumento del tamaño mamario, dolores de cabeza, molestias articulares o musculares, sensación de hinchazón o ganancia de peso

Nota: En las mujeres fértiles la fase lútea corresponde al período de tiempo comprendido entre la ovulación y el inicio de la hemorragia menstrual, que da paso a la fase folicular. En las mujeres amenorreicas (p. ej., las que han sido histerectomizadas), la determinación de las fases lútea y folicular puede requerir la cuantificación analítica de las hormonas reproductoras circulantes.

B. Estas alteraciones interfieren acusadamente con el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o las relaciones interpersonales (p. ej., evitación

de actividades sociales, disminución de la productividad y eficiencia en el ámbito laboral o académico).

- C. La alteración no representa una simple exacerbación de síntomas de otro trastorno, por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno de angustia, trastorno distímico o trastorno de la personalidad (si bien en ocasiones el trastorno disfórico premenstrual se añade también a cualquiera de estos trastornos).
- D. Los Criterios A, B y C deben ser corroborados por técnicas de valoración diaria y prospectiva de los síntomas en al menos dos ciclos sintomáticos consecutivos. (El diagnóstico puede establecerse provisionalmente a la espera de dicha confirmación.)

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.

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.

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).

4.1 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 (Pavía, N. Ruz, L.; González, C. & Rosado A., 2009)

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.

4.2 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

4.3 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 (Riveros M.; Hernández V.; Rivas C. & Ronald Castillo N., 2009).

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

4.3.1.1 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.

4.3.1.2 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 (American College of Obstetricians and Gynecologists, 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 (American Psychiatric Association, 2013).

4.3.1.3 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 (Moline M., 2016)

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

4.3.1.3.2 Azúcares refinados. Disminuir de la dieta el consumo de azúcares refinados y optar por el consumo de azúcar natural que brindan las frutas.

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

4.3.1.3.4 Tabaco y alcohol. Se recomienda disminuir la ingesta de bebidas alcohólicas así como el abandono del hábito de fumar.

4.3.1.3.5 Carnes rojas. Es recomendable disminuir el consumo de carnes rojas para aliviar las molestias premenstruales, especialmente la dismenorrea.

4.3.1.4 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 (Perarnau, M.; et al, 2016).

4.3.1.5 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.

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

4.3.1.7 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 (Aperribai, L.; Itziar A. & Balluerka, 2012).

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)

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

4.3.2.1 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 (Pereira, 2011).

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/drospirenona en régimen extendido de 42-126 días. Drospirenona es un análogo de espironolactona, con propiedades antiandrogénicas y antiminerlocorticoideas. 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 (American Psychiatric Association, 2013).

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.

4.3.2.2 *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.

4.3.2.2.1 *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.

4.3.2.3 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 (González, M. & Nieto, S., 2015)

4.3.3 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 menopáusicos que limitan su uso en la mayoría de las pacientes (American College of Obstetricians and Gynecologists, 2013).

4.4 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.

4.5 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 estudio

La presente investigación fue cuantitativa de tipo descriptivo ya que se detallaron 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 Área de estudio

El estudio se realizó en el Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, que se encuentra ubicada en la Avenida Manuel Ygnacio Monteros V.

5.3 Universo

El universo estuvo conformado por 829 estudiantes del Área de la Salud Humana 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 con la siguiente fórmula:

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

La muestra estuvo conformada por 263 estudiantes del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja matriculadas en el periodo abril-septiembre 2016 que cumplieron los criterios de inclusión.

5.5 Criterios de inclusión y exclusión

5.5.1 Inclusión.

- Estudiantes legalmente matriculadas en las diferentes carreras que conforman el Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja en el periodo abril-septiembre 2016.

- Estudiantes de las diferentes carreras que conforman el Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, que acudieron el día de la aplicación de los cuestionarios.
- Estudiantes que aceptaron participar en el estudio.

5.5.2 Exclusión.

- Estudiantes que no constaron en el muestreo.
- Estudiantes que estuvieron embarazadas.
- Estudiantes con amenorrea fisiológica debida a posparto.

5.6 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 14 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. 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 TDPM 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).

5.7 Procedimiento

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. Luego de aprobado 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. Posteriormente se realizó una petición al Director del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja para poder aplicar los cuestionarios a las estudiantes que cumplieron los criterios de inclusión.

Luego de 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 de la Salud Humana como son: Medicina, Enfermería, Odontología, Laboratorio Clínico y Psicología Clínica, 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.

5.8 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.

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

Estadísticas de fiabilidad TDPM DMS-IV		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,756	,817	13

6. Resultados

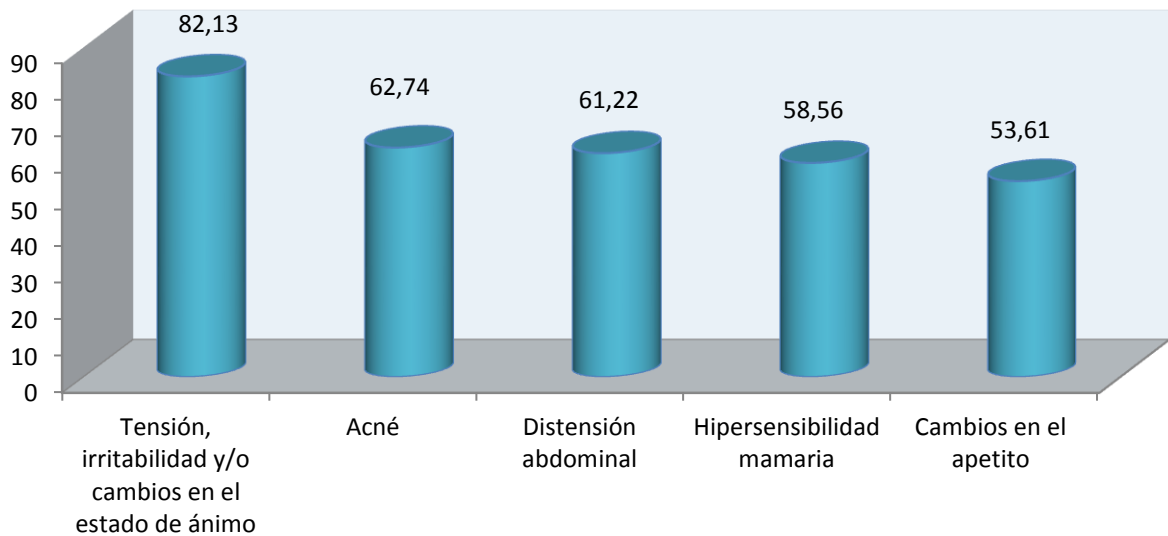
6.1 Tabla N°1: Síntomas premenstruales en las estudiantes del Área de la Salud Humana

	F	%
Tensión, irritabilidad y/o cambios en el estado de ánimo (llanto fácil)	216	82,13
Acné	165	62,74
Distensión abdominal	161	61,22
Hipersensibilidad mamaria	154	58,56
Cambios en el apetito (Predilección por carbohidratos, dulces y/o chocolate).	141	53,61

de la Universidad Nacional de Loja, abril-septiembre 2016

Fuente: Base de datos de cuestionarios realizados a las estudiantes del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Elaboración: Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha



Fuente: Base de datos de cuestionarios realizados a las estudiantes del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Elaboración: Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha

Figura N°1: Síntomas premenstruales en las estudiantes del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

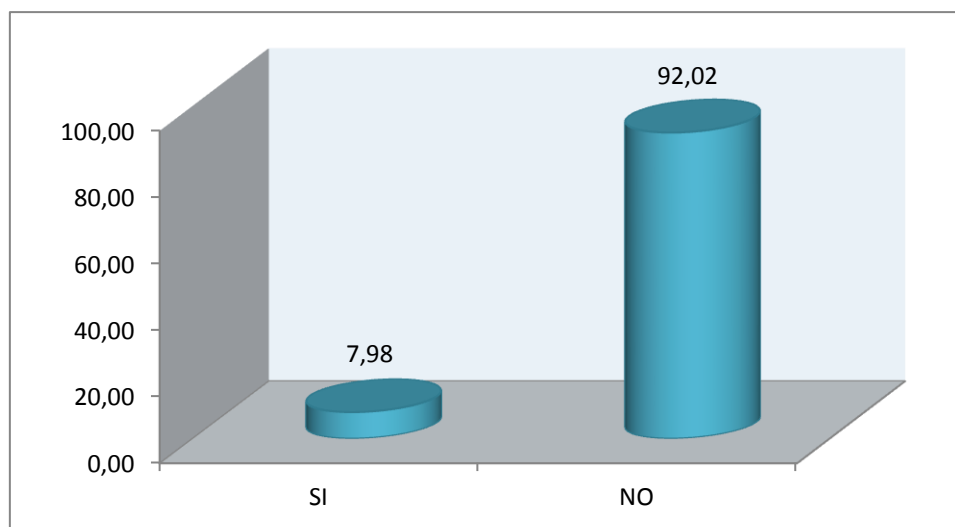
Interpretación de resultados: De las 263 estudiantes del Área de la Salud Humana se pudo evidenciar que los síntomas premenstruales más frecuentes fueron: tensión, irritabilidad y/o cambios en el estado de ánimo con un 82,13% (n=216), seguido por el acné con un 62,74% (n=165), y la distensión abdominal con un 61,22% (n=161).

6.2 Tabla N°2: Criterios diagnósticos del Trastorno Disfórico Premenstrual en las estudiantes del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, abril-septiembre 2016

	F	%
Si cumple	21	7,98
No cumple	242	92,02
Total	263	100

Fuente: Base de datos de cuestionarios realizados a las estudiantes del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Elaboración: Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha



Fuente: Base de datos de cuestionarios realizados a las estudiantes del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Elaboración: Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha

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

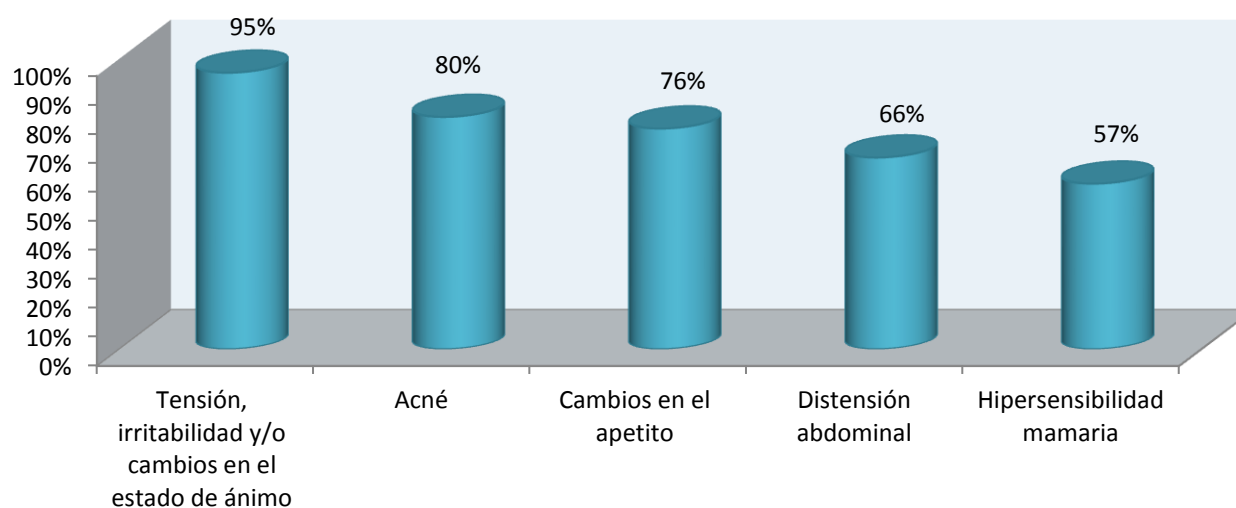
Interpretación de resultados: Del total de 263 estudiantes del Área de la Salud Humana un 7,98% (n=21) cumple los criterios para Trastorno Disfórico Premenstrual, mientras que el 92,02% (n=242) no cumple con los criterios diagnósticos para este trastorno.

6.3 Tabla N°3: Relación entre sintomatología premenstrual y Trastorno Disfórico Premenstrual en las estudiantes del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, abril-septiembre 2016

SÍNTOMAS PREMENSTRUALES	TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL	
	F	%
Tensión, irritabilidad y/o cambios en el estado de ánimo (llanto fácil)	20	95,24
Acné	17	80,95
Cambios en el apetito (Predilección por carbohidratos, dulces y/o chocolate)	16	76,19
Distensión abdominal	14	66,67
Hipersensibilidad mamaria	12	57,14

Fuente: Base de datos de cuestionarios realizados a las estudiantes del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Elaboración: Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha



Fuente: Base de datos de cuestionarios realizados a las estudiantes del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Elaboración: Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha

Figura N°3: Relación entre sintomatología premenstrual y Trastorno Disfórico Premenstrual en las estudiantes del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja.

Interpretación de resultados: La relación entre síntomas premenstruales y TDPM se observa claramente, debido a que predominan los síntomas de tipo emocional como son tensión, irritabilidad y/o cambios en el estado de ánimo con un 95,24% (n=20).

7. Discusión

Los síntomas premenstruales se presentan en aproximadamente el 75-80% de las mujeres en edad reproductiva. Incluyen sobre todo síntomas somáticos, como tensión mamaria, distensión abdominal, acné, etc. Dentro de ellos pueden incluirse leves variaciones del estado de ánimo sin afectar el desempeño habitual de las mujeres que los padecen. El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) constituye una exacerbación del síndrome premenstrual que se caracteriza por ser una entidad con sintomatología somática y afectiva (trastornos anímicos) que produce disfunción e incapacidad significativa, afectando al 3-8% de las mujeres en edad fértil (Aperribai 2013).

Esta investigación tuvo como objetivo determinar los síntomas premenstruales y el Trastorno Disfórico Premenstrual en las estudiantes del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, mediante la aplicación de dos cuestionarios en los cuales se consideró la sintomatología premenstrual y otras condiciones necesarias para determinar los criterios diagnósticos del Trastorno disfórico premenstrual establecidos por el DSM IV descritos en la literatura.

El presente estudio se realizó en 263 estudiantes universitarias de las cuales se pudo evidenciar que del total de la muestra, el 82,13% (n=216) presentó como síntoma premenstrual más frecuente tensión, irritabilidad y/o cambios en el estado de ánimo; el acné estuvo presente en un 62,74% (n=165), y la distensión abdominal en el 61,22% (n=161) y el síntoma que se presentó en un menor porcentaje fue el dolor muscular con un 42,25% (n=119); resultados similares a un estudio realizado en Chile donde se identificó que los cambios bruscos de ánimo y/o labilidad emocional se presentaron en el 94,1% de la población estudiada. La distensión abdominal y dolor mamario estuvieron presentes en un 97,1% a diferencia del presente estudio donde la distensión abdominal al igual que la hipersensibilidad mamaria se presentó en un menor porcentaje.

Los resultados encontrados en la presente investigación difieren de los encontrados en un estudio realizado en Argentina, en la Universidad de San Luis que concluyó que del total de 125 mujeres estudiadas, los síntomas premenstruales más frecuentemente presentados fueron: dolor abdominal (71.2%), mayor sensibilidad (49.6%), sensación de desgano (48%), entre otros síntomas que se presentaron en menor proporción. De esta manera podemos

mencionar que la patología premenstrual es individual para cada mujer y depende de muchos factores que pueden influir en el desarrollo de la misma (Perarnau & Fasulo, 2010).

Con la realización del presente estudio se pudo evidenciar que del total de 263 estudiantes del Área de la Salud Humana un 7,98% (n=21) cumplió los criterios para Trastorno Disfórico Premenstrual, mientras que el 92,02% (n=242) no cumplió con los criterios diagnósticos para este trastorno. Estos resultados son semejantes si los comparamos con una investigación realizada en nuestro país en la Universidad de Cuenca (2015) a 440 estudiantes en la cual se encontró que del total de la muestra el 8,41% cumplió con los criterios de Trastorno Disfórico Premenstrual, mientras que el 91,59% no los cumplió. Podemos mencionar que los porcentajes encontrados en ambos estudios coinciden con lo descrito en la literatura (Hernández, M., 2012).

Según otro estudio realizado a estudiantes y trabajadoras de la Universidad de Cuenca (2004), de 270 encuestadas, 44 mujeres cumplieron con los criterios de Trastorno disfórico premenstrual según criterios del DSM-IV que corresponde a un 16,30%, porcentaje que resulta mayor si lo comparamos con los resultados obtenidos en el presente estudio.

Según el presente estudio se observa claramente la relación entre los síntomas premenstruales y el Trastorno Disfórico Premenstrual, debido a que predominan los síntomas de tipo emocional como son tensión, irritabilidad y/o cambios en el estado de ánimo con un 95,24%, resultado similar al que se encontró en los reportes de un estudio realizado en el año 2011 a estudiantes del Colegio de Latacunga donde se llegó a concluir que si existe relación entre ambas entidades puesto que en dicho estudio los porcentajes más altos de síntomas premenstruales fueron atribuidos a síntomas como son la tensión e irritabilidad en un 96,14% (Truzzi, L. 2011).

8. Conclusiones

- Se logró identificar que la tensión, irritabilidad y/o cambios en el estado de ánimo, fueron los síntomas más comunes en la población estudiada. De esta manera se puede fácilmente evidenciar que un gran porcentaje de estudiantes presentan síntomas premenstruales de tipo emocional, lo cual podría estar relacionado al estrés académico, carga horaria, mayores responsabilidades, que tienen que afrontar durante los años de formación estudiantil.
- Se pudo evidenciar que del total de 263 estudiantes del Área de la Salud Humana 21 estudiantes que corresponde a un 7,98% cumplió los criterios para Trastorno Disfórico Premenstrual.
- Se determinó que existe relación entre la sintomatología premenstrual y el Trastorno Disfórico Premenstrual debido a que predominaron los síntomas de tipo emocional como son tensión, irritabilidad y/o cambios en el estado de ánimo.

9. Recomendaciones

- Se debe orientar a las mujeres en edad fértil brindándoles una información oportuna sobre los síntomas premenstruales y sobre el Trastorno Disfórico Premenstrual.
- Es importante educar a las estudiantes y a la población en general en la identificación de los síntomas, en el conocimiento de la prevención, cuidados y riesgos que conlleva el padecer Trastorno Disfórico Premenstrual, orientado siempre al mejoramiento de las condiciones y la calidad de vida.
- Fomentar la actividad física diaria y los buenos hábitos alimenticios tales como el consumo de granos enteros, vegetales y frutas, y que disminuyan el consumo de sal, azúcar, cafeína y alcohol. Es importante que su sueño y descanso sean adecuados y se efectúe en lo posible la disminución del estrés.

10. Bibliografía

Almonte, C.; Amarales, C.; Amézquita, C.; Birke, M.; Burón, V.; Campos, M.; Colombo, M.; Díaz, M. & Meza, T. (2013). Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología de la Infancia y Adolescencia. SOPNIA, 23 (3).

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2013). *Problemas ginecológicos: Síndrome premenstrual*. 49 (12).

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2015). *Premenstrual síndrome*. Revista Frequently asked questions FAG.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5thEd. Arlington, VA.

Asociación Española de Psicología Conductual (2011). *Situación actual de la Psicología clínica*. Editorial española AEPC. 122-134.

Aperribai, L.; Itziar A. & Balluerka, N. (2012). V Congreso Internacional y X Nacional de Psicología Clínica. *El Trastorno Disfórico Premenstrual como categoría diagnóstica diferenciada en el DSM-IV*. Editorial española AEPC. 63.

Besio, C. Martínez, V. & Montero, A. (2012). *Síndrome Premenstrual y Trastorno Disfórico Premenstrual en la Adolescencia*. Revista Chilena de Psiquiatría y Neurología. 23(3).

Bocchino, S. (2010). Salud mental de la mujer. Síntomas y trastornos premenstruales. Clínica y tratamiento. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 68, 78-87.

Chavarría, J. (2013). *Diagnóstico y tratamiento del síndrome premenstrual*. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXX (608) 709 – 715.

Flores, M. (2011). *Los trastornos mentales relacionados a la edad reproductiva de la mujer: una nueva propuesta en el campo de la salud mental*. México. 147, 33-37.

Gaviria, L.; Matusevich, O.; Piezanski, R. & Vaschetto, V. (2008). *Problemas de género en Psiquiatría*. Revista Argentina de Psiquiatría VERTEX. 110 (81).

Gómez, F.; Pérez, M. & Peyrallo, C. (2012). *Prevalencia del Trastorno Disfórico Premenstrual*. Revista de la Sociedad Argentina de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva SAEGRE. 99 (2).

González, M. & Nieto, S. “Prevalencia y factores asociados al Trastorno Disfórico Premenstrual en estudiantes del Colegio Nacional Manuela Garaicoa de Calderón, Cuenca 2015”. (Tesis doctoral). Universidad de Cuenca. 53 pp.

Hernández, M. (2012). “Síndrome disfórico premenstrual y su relación con la depresión (estudio realizado en la facultad de ciencias de la salud, licenciatura en nutrición, Universidad Rafael Landívar Quetzaltenango)” (Tesis doctoral). Universidad Rafael Landívar. 107 pp.

Kathleen B.; Lustyk, W.; & Gerrish G. *Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Issues of Quality of Life, Stress and Exercise*. American Psychiatric Association.

López, T. (2014). *Síndrome premenstrual*. Revista OFFARM. 23 (11). 90-95.

Márquez, A. *Trastorno Disfórico Premenstrual*. Revista de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva. Instituto de Psiquiatría Biológica Integral. 36-45.

Moline Margaret L.; Kahn David A.; MD, Ross Ruth, W. ; MA, Lee S. Cohen, MD, & Altshuler, Lori L. M.D. *Premenstrual Dysphoric Disorder: A Guide for Patients and Families*. Disponible en internet: www.womensmentalhelath.org. Acceso el 26 de Julio del 2016.

Niedlich, G. (2013). *Síndrome de tensión premenstrual*. Editorial Ateneo. 50p.

Paute, P. (2012). Conocimiento del síndrome de tensión premenstrual. (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Loja. 69 pp.

Pavía, N. Ruz, L.; González, C. & Rosado A. (2009). *Síndrome disfórico premenstrual de docentes preescolares en Mérida, Yucatán*. México. 77 (4), 185-188.

Perarnau, M.; Fasulo, S.; García A. & Doña R. (2010). *Síntomas, Síndrome y Trastorno Disfórico Premenstrual en una muestra de mujeres universitarias*. 2 (22). 195-207.

Pereira, V.; Donado D.; Mendoza, M.; Melville S.; Barco L. & Paiz L. (2011). *Estudio Epidemiológico de Trastornos Mentales en Guatemala, Región Metropolitana*. Revista EMEGUA. 58-70.

Pichot, P. (2012). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Revista Española. Editorial. MASSON, S.A. 719-754.

Quilez, A. (2015). *Evaluando el autoapoyo en línea: respuestas ante la emergencia del trastorno disfórico premenstrual*. Trabajo Social Global. Revista de Investigaciones en Intervención social, 5(9). 40-63.

Rasminsky, S. (2009). *Premenstrual moods or depression? Use logs to track monthly cycle*. Revista Current Psychiatric, 3 (5), 113-114.

Rasminsky, S. (2012). *Premenstrual dysphoric disorder: How to alleviate her suffering*. Revista Current Psychiatric, 11 (4), 22-32.

Rasminsky, S. (2013). *A practical approach to subtyping depression among your patients*. *Revista Current Psychiatric*, 13 (5), 41-46.

Rodríguez, J.; Kohn, R. & Aguilar, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C.: OPS.

Riveros M.; Hernández V.; Rivas C. & Ronald Castillo N. (2009). *Relación entre trastorno disfórico premenstrual y ansiedad, depresión y estrés en estudiantes universitarias de la UNMSM*. *Revista de investigación en Psicología IIPSI*, 12 (1), 131-151.

Rodríguez, J., Senín, C. & Perona G, (2014). *International Journal of Clinical and Health Psychology*. España: Elsevier.

Truzzi, L. (2011). *Influencia del nivel de instrucción en la presencia y severidad de los síntomas premenstruales*. (Tesis doctoral). Universidad abierta Interamericana. 59 pp.

ANEXOS

ANEXO N°1: Certificación de aprobación de tema.



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

MEMORÁNDUM NRO. 01091CM-ASH-UNL

PARA: Srta. Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha
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 ÁREA DE LA SALUD HUMANA 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.

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. 01221CCM-ASH-UNL

PARA: Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha
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 ÁREA DE LA SALUD HUMANA 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

ANEXO N°3: Certificación de director de tesis asignado



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

MEMORÁNDUM Nro. 01129-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 "SINTOMAS PREMENSTRUALES Y TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN LAS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA 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. Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha, 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 de la Salud Humana.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN

Oficio Nro. 20160844-D-ASH-UNL
 Loja, 06 de julio de 2016

TRÁMITE NRO. 7690

Señoras

COORDINACIÓN DE LA CARRERA DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE LA CARRERA DE ENFERMERÍA
COORDINACIÓN DE LA CARRERA DE ODONTOLOGÍA
COORDINACIÓN DE LA CARRERA DE LABORATORIO CLÍNICO
COORDINACIÓN DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
 Ciudad.-

De mi consideración:

Visto la comunicación N° 2016607, de fecha 04 de julio de 2016, suscrita por la Srta. Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha, estudiante del Décimo Módulo de la Carrera de Medicina Humana, me permito poner en su conocimiento que esta dirección autoriza el permiso correspondiente para que aplique los cuestionarios titulados: "Síntomas Premenstruales" y "Criterios Diagnósticos del Trastorno Disfórico Premenstrual".

Particular que pongo en su conocimiento para los fines consiguientes.

Muy atentamente,

**EN LOS TESOROS DE LA SABIDURÍA,
 ESTÁ LA GLORIFICACIÓN DE LA VIDA**



Dr. Víctor Hugo Jiménez Maldonado, Mg. Sc.

DIRECTOR

cc. Archivo. [SRTA. TATIANA LIZBETH VALLEJO PACCCHA](#)

VHJM/pss

Dirección Manuel Y. Monteros V.
 TELEFAX: (593)(7) 2571379
 CORREO ELECTRÓNICO: direccion.ash@unl.edu.ec
 Loja-Ecuador

ANEXO N°5: Consentimiento informado OMS

Organización Mundial de la Salud (OMS) Comité de Evaluación Ética de la Investigación (CEI)

Este formulario de consentimiento informado está dirigido para estudiantes mujeres del área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, se los invita a participar en el trabajo de tesis titulado: “Síntomas premenstruales y Trastorno Disfórico Premenstrual en las estudiantes del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, periodo abril-septiembre 2016”

Investigadora: Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha

Director de tesis: Dr. Germán Alejandro Vélez Reyes, Mg. Sc.

Introducción

Yo soy Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja. Estamos investigando acerca de los síntomas premenstruales y el Trastorno Disfórico Premenstrual. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Si tiene alguna inquietud sobre la realización de la investigación no dude en preguntarme.

Propósito

Nos interesamos en identificar los síntomas premenstruales más frecuentes presentados por las estudiantes, así como el determinar si existe relación de éstos con el Trastorno Disfórico Premenstrual previamente determinados los criterios diagnósticos de esta patología.

Tipo de Intervención de Investigación

Esta investigación incluirá la aplicación de dos cuestionarios sobre sintomatología premenstrual y criterios de diagnóstico del Trastorno Disfórico Premenstrual.

Selección de participantes

Estamos invitando a todas las estudiantes del área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja que incluyan el nivel de pregrado e internado rotativo en la ciudad de Loja.

Participación voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aún cuando haya aceptado antes.

Información sobre los cuestionarios:

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).

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.

Procedimientos y protocolo

La aplicación de los cuestionarios consiste en llenar dos hojas con 16 preguntas, las mismas que tienen dos alternativas de respuesta, donde cada estudiante deberá marcar con una X la opción que considere.

Descripción del Proceso

Durante la investigación se hará una sola visita en el tiempo disponible del alumnado para la aplicación de los cuestionarios.

Duración

La investigación durará seis meses, mientras que el llenado de los cuestionarios solo requiere cinco minutos para contestar las 16 preguntas.

Beneficios

Si usted participa en esta investigación, tendrá los siguientes beneficios: podrá conocer cuáles son los síntomas premenstruales que presenta, además de conocer si cumple los criterios diagnósticos para Trastorno Disfórico Premenstrual, y también la medidas a realizar para prevenir esta patología psiquiátrica.

Confidencialidad

La información que se obtenga en los cuestionarios será de absoluta confidencialidad. No se darán a conocer los nombres de las estudiantes que participarán del presente estudio. La información solo estará disponible para la investigadora.

Compartiendo los resultados

El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja. No se compartirá información confidencial.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene por qué participar en esta investigación si no desea hacerlo.

A quién contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerlas ahora o más tarde, más tarde, puede contactarse al siguiente correo electrónico tatyslove28@gmail.com

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Al contestar el siguiente cuestionario, doy mi consentimiento a la Srta. Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha, con CI: 1105681512, estudiante de la carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, para formar parte del estudio titulado “SÍNTOMAS PREMENSTRUALES Y TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN LAS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, PERIODO ABRIL-SEPTIEMBRE 2016”.

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.

Yo....., en pleno uso de mis facultades mentales, me ofrezco a participar en el estudio.

Firma de la participante

Firma de la investigadora

Fecha:

ANEXO N°6: Cuestionario de síntomas premenstruales**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.

SINTOMAS PREMENSTRUALES FÍSICOS	SI	NO
• Acné.		
• Hipersensibilidad mamaria.		
• Cansancio.		
• Distensión abdominal.		
• Dolor de cabeza.		
• Dolor en las articulaciones.		
• Dolor muscular (dolor de espalda, dolor de piernas, brazos).		
• Estreñimiento o diarrea.		
SINTOMAS PREMENSTRUALES PSÍQUICOS	SI	NO
• Cambios en el apetito (Predilección por carbohidratos, dulces y/o chocolate).		
• Insomnio (dificultad para conciliar el sueño) o somnolencia (duerme más de lo habitual)		
• Ansiedad (morderse las uñas, morderse los labios, arrancarse el cabello).		
• Dificultad para concentrarse.		
• Aislamiento social.		
• Tensión, irritabilidad y/o cambios en el estado de ánimo (llanto fácil).		

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

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.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL	SI	NO
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: Tabulación

SÌNTOMAS PREMENSTRUALES	F	%
Tensión, irritabilidad y/o cambios en el estado de ánimo (llanto fácil)	216	82,13
Acné	165	62,74
Distensión abdominal	161	61,22
Hipersensibilidad mamaria	154	58,56
Cambios en el apetito (Predilección por carbohidratos, dulces y/o chocolate).	141	53,61
Dolor muscular (dolor de espalda, dolor de piernas, brazos).	119	45,25
Cansancio	112	42,59
Insomnio (dificultad para conciliar el sueño) o somnolencia (duerme más de lo habitual)	99	37,64
Dolor de cabeza	98	37,26
Dificultad para concentrarse	77	29,28
Ansiedad (morderse las uñas, morderse los labios, arrancarse el cabello).	62	23,57
Aislamiento social	48	18,25
Estreñimiento o diarrea	39	14,83
Dolor en las articulaciones	33	12,55
Total	263	100

Cuadro N° 1: Síntomas premenstruales en las estudiantes del Área de la Salud Humana.

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

ESTUDIANTES QUE CUMPLIERON LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL	F	%
Si cumple	21	7,98
No cumple	242	92,02
Total	263	100

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

SÍNTOMAS PREMENSTRUALES EN LAS ESTUDIANTES CON TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL	F	%
Tensión, irritabilidad y/o cambios en el estado de ánimo (llanto fácil).	20	95,24
Acné.	17	80,95
Cambios en el apetito (Predilección por carbohidratos, dulces y/o chocolate).	16	76,19
Distensión abdominal.	14	66,67
Hipersensibilidad mamaria.	12	57,14
Dolor muscular (dolor de espalda, dolor de piernas, brazos).	12	57,14
Dolor de cabeza.	11	52,38
Cansancio.	9	42,86
Ansiedad (morderse las uñas, morderse los labios, arrancarse el cabello).	8	38,10
Dificultad para concentrarse.	8	38,10
Aislamiento social.	7	33,33
Estreñimiento o diarrea.	6	28,57
Insomnio (dificultad para conciliar el sueño) o somnolencia (duerme más de lo habitual)	6	28,57
Dolor en las articulaciones.	3	14,29
Total	263	100

ANEXO N°9: Fotografías





Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen para el trabajo de titulación denominado: **"SÍNTOMAS PREMENSTRUALES Y TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN LAS ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA SALUD HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, PERÍODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2016"**, autoría de la Señorita Tatiana Lizbeth Vallejo Paccha, con Cédula de Identidad No 1105681512, egresada en la Carrera de Medicina, de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifica en honor a la verdad y autoriza a la interesada, hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 26 de septiembre de 2017



Prof. Carlos Velastegui
DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA. LTDA.

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

LOJA: Fine-Tuned English, Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte. 2578899, 2563224, 2574702
ZAMORA: Fine-Tuned Zamora, García Moreno y Pasaje 12 de Febrero. Teléfono: 2608169
CATAMAYO: Fine-Tuned Catamayo, Av. 24 de Mayo 08-21 y Juan Montalvo. Teléfono: 2678442

