

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN – León

Área de Conocimiento de Ciencias Médicas

Área Específica “Medicina”



Área de investigación

Salud pública, enfermedades crónicas e infecciosas

Línea de investigación

Comportamiento humano y salud mental

Monografía para optar al título de:

“Médico general”

Tema:

Prevalencia y factores de riesgo asociados al Trastorno Disfórico Premenstrual en el personal de salud del Hospital del departamento de León.

Autores:

Br. Jostin Alberto Rojas Lechado 20 – 01016 – 0

Br. Verónica Elizabeth Roque Vallejos 20 – 01713 – 0

Tutor:

Lic. Ever Miguel Téllez Castillo

MSc. Epidemiología.

León, febrero de 2025.

2025: 46/19: ¡Siempre más allá, avanzando en la revolución!

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua

UNAN – León

Área de Conocimiento de Ciencias Médicas

Área Específica “Medicina”



Área de investigación

Salud pública, enfermedades crónicas e infecciosas

Línea de investigación

Comportamiento humano y salud mental

Monografía para optar al título de:

“Médico general”

Tema:

Prevalencia y factores de riesgo asociados al Trastorno Disfórico Premenstrual en el personal de salud del Hospital del departamento de León.

Autores:

Br. Jostin Alberto Rojas Lechado 20 – 01016 – 0

Br. Verónica Elizabeth Roque Vallejos 20 – 01713 – 0

Tutor:

Lic. Ever Miguel Téllez Castillo

MSc. Epidemiología.

León, febrero de 2025.

2025: 46/19: ¡Siempre más allá, avanzando en la revolución!

Dedicatoria

"Para todas las mujeres a quienes les han dicho que su dolor es normal, que su angustia es exagerada y que su lucha es invisible. Que esta investigación sea un paso más hacia el reconocimiento, la comprensión y el alivio que merecen."

Agradecimiento

En primer lugar, agradecemos a Dios, fuente de nuestra fortaleza y guía en este camino. Sin su presencia en nuestras vidas, los momentos difíciles no habrían tenido sentido ni los logros, verdadera plenitud.

A nuestras madres, quienes han sido nuestro pilar y ejemplo de amor incondicional. Sus sacrificios, sus palabras de aliento y su fe en nosotros nos han dado el coraje para enfrentar cada reto. Gracias por enseñarnos el valor del esfuerzo y por estar a nuestro lado en cada paso de este camino. Este logro es tan nuestro como de ustedes, madres.

Jostin Alberto: A ti, Dania Mercedes Lechado Martínez. Las palabras no son suficientes para describir cuán agradecido estoy por el privilegio de tenerte como madre. Gracias por no dejarme rendirme, por apoyar y guiar mis pasos, por cada esfuerzo, por cada lágrima, por hacer mucho con tan poco. Este logro es solo una prueba de la gran labor que haces como madre.

Verónica Elizabeth: A ti madre, Luisa del Carmen Vallejos Figueroa. Toda fortaleza que me habita, toda virtud que poseo es tan solo un eco de su esfuerzo y dedicación. Eres la raíz de mi inspiración, la luz que guía mi camino. Sí algún mérito me es concedido, en verdad, te pertenece.

A nuestros familiares, quienes con su apoyo y cariño nos han brindado la motivación para seguir adelante. Su confianza ha sido una luz constante en este proceso.

A nuestro tutor, por su orientación, paciencia y compromiso. Su sabiduría y consejos han sido esenciales para que este proyecto se haga realidad. Gracias por creer en nosotros y por compartir su conocimiento con tanta dedicación.

Finalmente, a todos aquellos que, de una forma u otra forma, han estado presentes en este proceso. Este logro es el reflejo del apoyo y amor que hemos recibido de cada uno de ustedes.

Carta de aprobación del tutor

A través, del presente manifiesto que la Monografía de investigación para optar al título de Médico General, titulada “Prevalencia y factores de riesgo asociados al Trastorno Disfórico Premenstrual en el personal de salud del Hospital del departamento de León”, que pertenece a la sublínea de investigación de: Comportamiento humano y salud mental, presentada por Br. Jostin Alberto Rojas Lechado, carnet 20 – 01016 – 0 y Br. Verónica Elizabeth Roque Vallejos, carnet 20 – 01713 – 0, cumple con los criterios metodológicos del Reglamento de Grado que establece la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua (UNAN) León. Por tanto, considero que está preparada para ser presentada y defendida ante las y los honorables miembros del comité académico evaluador designado por su autoridad.

Sin más que hacer referencia, le deseo éxitos en sus actividades académicas.

Atentamente.



Lic. Ever Miguel Téllez Castillo
Tutor

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores asociados al Trastorno Disfórico Premenstrual en las trabajadoras de la salud del Hospital del departamento de León.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo de corte transversal analítico en un Hospital del departamento de León, entre agosto – noviembre de 2024. La muestra del estudio estuvo compuesta por 122 mujeres en edad reproductiva que laboran en el hospital, seleccionadas mediante muestreo aleatorio simple. Para la recolección de datos se utilizó el Cuestionario de TDPM de Velázquez, adaptado del DSM-5. Los datos se procesaron en SPSS-v25, realizándose análisis univariados y bivariados para identificar relaciones significativas, con intervalo de confianza del 95% y una significancia estadística de $p < 0.05$.

Resultado: La prevalencia del TDPM en la población estudiada fue del 10.7%. Los síntomas más frecuentes fueron: ansiedad (52.5%), insomnio/hipersomnia (48.4%), mastalgia (46.7%), disminución del interés por actividades habituales (45.1%) y artralgia / mialgia (44.3%). Respecto a los factores asociados, el trauma interpersonal fue estadísticamente significativo como un determinante del TDPM, con un $RP=2.87$ ($IC_{95\%}= 1.053-7.865$, $p=0.035$).

Conclusión: El estudio confirmó que el TDPM afecta a trabajadoras de la salud en edad reproductiva, con una prevalencia similar a la reportada en estudios previos, destacando la ansiedad y la hipersomnia/insomnio como los síntomas más comunes. Además, el trauma interpersonal fue identificado como factor asociado importante. Estos hallazgos resaltan la importancia de implementar estrategias de prevención y tratamiento con enfoque integral en salud mental, dirigido a este grupo vulnerable.

Palabras claves: *Trastorno disfórico premenstrual, personal de salud, síntomas, prevalencia, factores asociados.*

Índice

I.	Introducción	1
II.	Antecedentes	2
III.	Planteamiento del problema.....	4
IV.	Justificación	5
V.	Hipótesis	6
	5.1 Hipótesis alterna (Ha):.....	6
	5.2 Hipótesis nula (H0):.....	6
VI.	Objetivos.....	7
	6.1 Objetivo general:	7
	6.2 Objetivos específicos:.....	7
VII.	Marco teórico.....	8
	7.1 Ciclo menstrual	8
	7.1.1 Fase folicular temprana (días 1 a 4).....	8
	7.1.2 Fase folicular media (días 5 a 7)	8
	7.1.3 Fase folicular tardía (días 8 a 12).....	9
	7.1.4 Fase periovulatoria (días 12 a 14).....	9
	7.1.5 Fase luteínica inicial (días 15 a 21).....	9
	7.1.6 Fase luteínica media (días 22 a 24).....	10
	7.1.7 Fase luteolítica (días 25 a 28)	10
	7.1.8 Regulación neuroendocrina	10
	7.2 Síndrome premenstrual	12
	7.3 Trastorno disfórico premenstrual	13
	7.3.1 Factores de riesgo y pronóstico.....	13
	7.3.2 Etiología.....	14
	7.3.3 Criterios diagnósticos.....	15
	7.3.4 Características diagnósticas	17
	7.3.5 Comorbilidades	18
	7.3.6 Diagnóstico diferencial de SPM/TPDM versus dismenorrea	18

VIII. Diseño metodológico.....	19
8.1 Tipo de estudio:	19
8.2 Área de estudio	19
8.3 Período de estudio	19
8.4 Universo de estudio	19
8.5 Muestra de estudio:.....	19
8.6 Fuente de información	20
8.7 Instrumento de recolección de datos	20
8.8 Análisis de datos	20
8.9 Validez y confiabilidad	21
8.10 Operalización de variables.....	21
8.11 Consideraciones éticas.....	24
IX. Resultados	25
X. Discusión	29
XI. Conclusión	31
XII. Recomendaciones	32
XIII. Referencias bibliográficas	33
XIV. Anexos.....	35
Anexo I	35
Anexo II	36
Anexo III	37
Anexo IV	38

I. Introducción

El Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) es una afección psiquiátrica cíclica que afecta un porcentaje significativo de mujeres en edad reproductiva. Se caracteriza por la presencia de síntomas emocionales y físicos graves que aparecen en la fase lútea del ciclo menstrual y remiten con el inicio de la menstruación. A diferencia del Síndrome Premenstrual (SPM), el TDPM interfiere significativamente con las actividades que se realizan cotidianamente, las relaciones interpersonales y desempeño laboral, lo que lo convierte en un problema de salud pública ⁽¹⁴⁾.

La etiología del TDPM aún no está completamente esclarecida, se han propuesto diferentes hipótesis hasta la fecha. Se ha sugerido que las fluctuaciones hormonales del ciclo menstrual, particularmente de la progesterona y sus metabolitos, juegan un papel central en la aparición de los síntomas. Asimismo, se han identificado alteraciones en la neurotransmisión serotoninérgica, lo que da respuesta a los síntomas ansiosos y depresivos en las mujeres afectadas ⁽¹⁶⁾.

La prevalencia del TDPM varía ampliamente en la literatura, dependiendo de la población estudiada y de los criterios diagnósticos utilizados. Estudios previos han reportado una prevalencia del 1.8% al 5.8% en la población general ⁽⁷⁾, aunque investigaciones recientes han encontrado cifras más elevadas en grupos específicos. Por ejemplo, en un estudio realizado en Nepal se identificó una frecuencia del 10% en estudiantes de medicina ⁽²⁾.

El personal de salud representa un grupo vulnerable al TDPM debido a la exposición constante a altos niveles de estrés laboral, turnos prolongados, carga emocional y demandas físicas intensas. Se ha documentado que el estrés crónico puede influir en la severidad del TDPM, exacerbando las manifestaciones emocionales y afectando el bienestar de las trabajadoras de la salud ^(3,4). Sin embargo, en Nicaragua no existen estudios previos sobre la prevalencia y características del TDPM, lo que representa una brecha en el conocimiento epidemiológico y en la implementación de estrategias de intervención en salud mental.

La presente investigación tiene como objetivo determinar la prevalencia y factores asociados al TDPM en las trabajadoras de salud del Hospital del departamento de León. Se espera que este estudio contribuya a la comprensión de esta patología en el ámbito laboral y sirva como base para investigaciones futuras en el campo de la salud mental.

II. Antecedentes

A nivel internacional:

En Sari-Irán 2019, Farzaneh ⁽¹⁾ et se realizó un estudio transversal, el cual estudiaba la prevalencia síndrome premenstrual moderado y trastorno disfórico premenstrual y factores relacionados en estudiantes de secundaria. Los participantes fueron 900 estudiantes, que fueron seleccionados mediante el método censal de seis escuelas. La prevalencia de síndrome premenstrual moderado y síndrome disfórico premenstrual fue del 33,9% y 12,3%, respectivamente. Los hallazgos revelaron que los antecedentes familiares de síndrome premenstrual y la adición excesiva de sal a los alimentos se asocian a mayor prevalencia de trastorno disfórico premenstrual.

En Nepal 2021, Kumari ⁽²⁾ et al publicaron un estudio transversal de prevalencia de trastorno disfórico premenstrual en estudiantes de una facultad de medicina en Nepal. Este estudio se realizó entre 266 mujeres jóvenes sanas. Se encontró que la prevalencia del trastorno disfórico premenstrual fue del 10%. Los hallazgos revelaron que la prevalencia del trastorno disfórico premenstrual en su estudio fue mayor en comparación con otros estudios similares en su región.

En Sharqia-Egipto 2021, Seham ⁽³⁾ et al realizaron un estudio que buscaba la prevalencia, fenómenos y características de personalidad del trastorno disfórico premenstrual entre estudiantes de Universidad de Zagazig. Se realizó un estudio transversal el cual incluyó 755 estudiantes universitarios. El trastorno disfórico premenstrual se encontró en 159 estudiantes (21,1%). La prevalencia del TDPM fue alta entre los estudiantes universitarios, especialmente los estudiantes de medicina.

En Goiás-Brasil 2022, Rodrigues ⁽⁴⁾ et al publicaron un estudio de prevalencia del síndrome premenstrual y del trastorno disfórico premenstrual en estudiantes universitarios. Este estudio transversal incluyó a 1,115 estudiantes universitarios ≥ 18 años. La prevalencia de síndrome premenstrual fue del 46,9% y del TDPM, del 11,1%. Casi la mitad de los estudiantes universitarios tenían síndrome premenstrual y aproximadamente el 11%, trastorno disfórico premenstrual. La identificación de los factores de riesgo del síndrome premenstrual es fundamental para prevenir los síntomas y reducir el impacto del síndrome.

En Turquía 2023, Ayşenur ⁽⁵⁾ et al realizaron un estudio que buscó determinar la prevalencia y las correlaciones del síndrome premenstrual y el trastorno disfórico premenstrual en mujeres de 18 a 25 años en Turquía. Se realizó un estudio transversal, que reunió a 1,125 estudiantes universitarias. Encontraron que el SPM se presentaba en el 49,2% y TDPM en el 48,0% de las participantes. También, se encontró que la puntuación del TDPM estaba asociada con el trastorno depresivo mayor. El SPM y el TDPM entre mujeres se asoció a grupos sanguíneos.

A nivel nacional:

En Nicaragua no existen estudios al respecto, lo que representa un importante vacío en el conocimiento sobre afectaciones psiquiátricas, lo cual es preocupante porque el 70.8% de las personas que se ausentan en el trabajo por motivos psiquiátricos son mujeres ⁽⁶⁾. Hay existencia de diversos estudios de episodios depresivos y depresión que podrían estar relacionados con el trastorno en el sexo femenino.

III. Planteamiento del problema

El trastorno disfórico premenstrual tiene repercusiones emocionales, psicológicas, conductuales y físicas. Las variables desencadenantes de este trastorno son múltiples e involucran interacciones entre las mismas; afecta entre el 1,8% al 5,8% de mujeres en edad reproductiva. El TDPM es un cuadro crónico y severo, que puede llegar a causar una leve discapacidad, aumento de peso, mastalgia, cefalea, parestesias, cambios en la conducta y cambios bruscos en el estado de ánimo que aparecen durante la fase lútea del ciclo menstrual en mujeres en edad fértil. ^(7,8,6)

Este estudio nace de una problemática, ya que existe una gran falta de estudios acerca del TDPM, sus factores e impacto en la población femenina nicaragüense. La evidencia epidemiológica muestra que la sintomatología premenstrual se presenta en mujeres de todas las culturas y países, no se disponen variedades de estudios que evalúen frecuencia o correlacionen esta patología con factores desencadenantes. Esta carencia, representa un gran vacío de conocimiento de la población femenina nicaragüense.

Ante la problemática antes expuesta, se plantea la siguiente pregunta de estudio: ¿Cuál es la prevalencia y los factores asociados al Trastorno Disfórico Premenstrual en el personal de salud del Hospital del departamento de León?

Sistematización del problema:

¿Cuál es la prevalencia del TDPM en el personal de salud del Hospital del departamento de León?

¿Hay relación entre el nivel de estrés y los síntomas del TDPM en las funcionarias de la salud?

¿Cuáles factores se asocian a la aparición del TDPM en este personal?

IV. Justificación

El trastorno disfórico premenstrual es la presentación severa del síndrome premenstrual que afecta a mujeres en edad fértil. Este trastorno es caracterizado por síntomas emocionales y físicos que interfieren en la vida diaria. En el ambiente de la salud, donde el estrés y las demandas son considerables, la prevalencia y los factores asociados al TDPM pueden tener implicaciones particulares en el bienestar y el rendimiento laboral.

Conocer la prevalencia y los factores asociados al TDPM en el personal de salud del hospital puede tener implicaciones directas en la gestión de humanos y en el diseño de intervenciones para mejorar la salud y el bienestar de este grupo de trabajadoras, lo que a su vez puede ayudar a mejorar la calidad de la atención brindada a los pacientes.

El TDPM es una problemática actual en la población femenina mundial, aun siendo el más severo de los síndromes premenstruales, pasa desapercibido a tal punto de no ser diagnosticado, en consecuencia, no es tratado. Es necesario identificar factores, ya que sí se conocen los factores y las manifestaciones se podría lograr influir en la conducta y el ánimo de las mujeres afectadas.

El Hospital del departamento de León, como centro de referencia en salud, alberga gran número de personal de salud que día a día enfrentan diversos desafíos y presiones laborales y personales. La comprensión de la prevalencia del trastorno disfórico premenstrual y los factores asociados a este grupo específico de mujeres no solo contribuiría al conocimiento científico, sino, también podría proporcionar información relevante para la implementación de estrategias preventivas y de intervención dirigidas a mejorar la salud mental y el bienestar de estas trabajadoras.

Con este estudio se persigue llenar el vacío de información existente sobre el tema antes expuesto, en este contexto, no hay una investigación que estudie la prevalencia y los factores de riesgo del trastorno disfórico premenstrual en la población femenina nicaragüense. Por medio de este estudio se podrían crear estrategias de identificación del trastorno, asimismo, podría abrir paso a más estudios psicopatológicos y de asociación en la población femenina nicaragüense.

V. Hipótesis

5.1 Hipótesis alterna (Ha):

La prevalencia de Trastorno Disfórico Premenstrual en el personal de salud del Hospital del departamento de León es mayor al 5% y se asocia a factores como el estrés, el trauma interpersonal y el consumo de sustancia psicoactivas.

5.2 Hipótesis nula (H0):

La prevalencia de Trastorno Disfórico Premenstrual en el personal de salud del Hospital del departamento de León es menor al 5% y no presenta factores asociados como el estrés, el trauma interpersonal y el consumo de sustancias psicoactivas.

VI. Objetivos

6.1 Objetivo general:

Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados al trastorno disfórico premenstrual en las trabajadoras de la salud del Hospital del departamento de León.

6.2 Objetivos específicos:

1. Describir las características sociodemográficas de las trabajadoras de salud del Hospital del departamento de León.
2. Estimar la prevalencia del TDPM en las trabajadoras de salud del Hospital del departamento de León.
3. Identificar los principales síntomas físicos y emocionales del TDPM que afectan a las trabajadoras de la salud del Hospital del departamento de León.
4. Determinar los factores asociados al TDPM en las trabajadoras de salud del Hospital del departamento de León.

VII. Marco teórico

7.1 Ciclo menstrual

El ciclo menstrual es un proceso biológico que ocurre en el cuerpo de la mujer, regulado principalmente por hormonas sexuales. La producción cíclica de hormonas es una parte central del sistema reproductivo femenino y prepara el cuerpo para un probable embarazo cada mes.

Los años reproductivos normales de la mujer están caracterizados por variaciones mensuales de la secreción de hormonas y por alteraciones físicas de los ovarios y demás órganos sexuales. La duración de cada ciclo puede variar, en promedio, 28 días, pero puede ser de solo 20 días o 45 días en algunas mujeres. ⁽⁹⁾

Este ciclo se encuentra íntimamente relacionado con la producción mensual periódica de estrógenos y progesterona por los ovarios; se inicia un ciclo endometrial en el revestimiento uterino que se compone de las siguientes etapas: 1) proliferación del endometrio uterino; 2) desarrollo de cambios secretores en el endometrio, y 3) descamación del endometrio, a lo que comúnmente llamamos menstruación. ⁽¹⁰⁾

7.1.1 Fase folicular temprana (días 1 a 4)

Inicia con la aparición del sangrado menstrual, mismo que corresponde al final del ciclo precedente. En los días 1 al 4 del ciclo menstrual, contándose desde el principio del sangrado menstrual, se da inicio al desarrollo progresivo de una serie de folículos primarios en consecuencia a los altos niveles de FSH. Los elevados niveles plasmáticos de las gonadotropinas pueden relacionarse estrechamente con los escasos niveles plasmáticos de las hormonas sexuales, gracias a la involución del cuerpo lúteo precedente. Estos niveles altos de FSH desarrollan los folículos, del mismo modo, se da un aumento de los receptores para LH en las células de la granulosa y de la teca, de esta manera se puede lograr poner en marcha el sistema bicelular de producción esteroidea ovárica. ⁽¹¹⁾

7.1.2 Fase folicular media (días 5 a 7)

Durante el transcurso del desarrollo folicular, los folículos logran alcanzar mayor capacidad esteroideogénica, lo que da como resultado un progresivo aumento de estrógenos e inhibina, lo que a su vez determina la disminución de niveles de FSH y permiten que la relación FSH-LH de como resultado inferior a 1. La disminución de los niveles de FSH hace que los

folículos que están menos desarrollados y que carecen de receptores de FSH experimenten un proceso de atresia. ⁽¹¹⁾ Por el contrario, el mejor capacitado continuará con su desarrollo hasta convertirse en el folículo dominante debido a una mayor sensibilidad a la FSH y a una mayor capacidad aromatásica. En este se desarrolla la teca interna, lo que aumenta tanto su receptividad a la LH como la producción de andrógenos de esta. ⁽¹¹⁾

7.1.3 Fase folicular tardía (días 8 a 12)

Esta fase es caracterizada por el aumento en los niveles de estrógenos en el folículo dominante hasta que logra alcanzar valores máximos entre 40 a 50 horas antes de la aparición del pico ovulatorio de LH. En este, el folículo se encuentra completamente maduro y tiene una cavidad antral que llega entre 15 a 20 milímetros de diámetro. Al final de la fase folicular tardía, los niveles de FSH y LH comienzan a aumentar para dar un pico ovulatorio en el que la LH se eleva más que las FSH. El endometrio muestra una apariencia de proliferación y el moco cervical comienza a fluidificarse y cristalizar en forma arborescente debido a su alto contenido de cloruro de sodio determinado por la acción estrogénica. ⁽¹¹⁾

7.1.4 Fase periovulatoria (días 12 a 14)

Durante este periodo, el pico de producción de estradiol alcanza niveles máximos entre 250 y 400 pg/mL. Entre 24 y 48 horas después de este pico, se da un pico de LH y FSH, y alcanzan valores máximos 16 a 24 horas antes de la ovulación. Al producirse la ovulación los niveles de estrógenos tienden a disminuirse, y la progesterona, que durante la fase se mantiene en niveles bajos, aumentará. Es durante esta fase que el endometrio alcanza su máxima proliferación y comienzan a aparecer los primeros signos de transformación secretora, el moco cervical alcanza su máxima caracterización de filancia, fluidez y cristalización. ⁽¹¹⁾

7.1.5 Fase luteínica inicial (días 15 a 21)

Luego de la ovulación hay un periodo de al menos 3 días en el cual, a partir de los remanentes foliculares y gracias a la influencia de la LH, se forma el cuerpo lúteo, que será un elemento esencial en la segunda parte del ciclo menstrual. Esta fase se caracteriza por un rápido aumento de los niveles de progesterona, que se asocian con la maduración inicial del cuerpo lúteo. Los estrógenos, luego de la disminución posovulatoria, se vuelven a incrementar. La LH y la FSH disminuyen hasta encontrar valores similares a los encontrados en el periodo folicular. ⁽¹¹⁾

7.1.6 Fase luteínica media (días 22 a 24)

El cuadro hormonal corresponde a la actividad máxima del cuerpo lúteo. La progesterona alcanza sus máximas concentraciones plasmáticas, y los estrógenos obtienen un segundo pico, pero inferior al de la fase periovulatoria. Las gonadotropinas presentan los niveles más bajos de todo el ciclo menstrual. El endometrio presenta características secretoras, con potencial desarrollo de los lúmenes glandulares, y la secreción de moco cervical disminuye, pero ahora es espeso y no cristalizante. ⁽¹¹⁾

7.1.7 Fase luteolítica (días 25 a 28)

En esta fase empieza a desaparecer la secreción hormonal, tanto de progesterona como de estradiol, acompañada de un incremento de las gonadotropinas, sobre todo de FSH. El cuerpo lúteo retornará funcionalmente, de manera progresiva por el fenómeno de luteólisis, hasta que los niveles hormonales esteroideos disminuyan casi a cero. Al reducirse los niveles plasmáticos, deja de actuar el feedback negativo sobre las gonadotropinas y se incrementa la FSH. Los escasos niveles de esteroides ováricos establecen el esfacelamiento de la mucosa endometrial y determinan el inicio del flujo menstrual. ⁽¹¹⁾

7.1.8 Regulación neuroendocrina

Cuando no se produce la fecundación, el cuerpo lúteo regresa y sufre luteólisis. Esto determina una importante reducción de las concentraciones de estrógenos, progesterona e inhibina A en el día 24 del ciclo menstrual. La gonadotropa percibe el final de la función luteínica como una liberación de la retroalimentación negativa. Esto permite una elevación de FSH unos dos días antes del comienzo la menstruación.

La base de este incremento selectivo de FSH no se conoce bien, aunque puede deberse a la frecuencia baja de pulsos de GnRH durante la fase luteínica, debida a las elevadas concentraciones de progesterona. El aumento de las concentraciones de FSH recluta a un grupo de folículos antrales grandes (2-5 mm) para empezar un crecimiento rápido y muy dependiente de las gonadotropinas. Estos folículos producen cantidades bajas de estrógenos e inhibina B. ^(11,12)

La gonadotropa responde al aumento lento de las concentraciones de estrógenos e inhibina B reduciendo la secreción de FSH. La pérdida de las elevadas concentraciones de progesterona y estrógenos condiciona un aumento de la frecuencia de los pulsos de GnRH,

lo que aumenta de forma selectiva la síntesis de LH y su secreción por las gonadotropas. Por tanto, se produce un aumento lento del cociente LH/FSH durante toda la fase folicular.

La respuesta del ovario ante la reducción de las concentraciones de FSH es la atresia folicular de todos los folículos reclutados, salvo el dominante. Por tanto, el proceso de selección se basa en la extrema dependencia del folículo de FSH ante una disminución de su secreción. En general, sólo consigue sobrevivir el folículo más grande con más receptores para FSH y menor irrigación. Este folículo produce cantidades crecientes de estradiol-17 β e inhibina B. La FSH induce también la expresión de receptores para la LH en las células de la granulosa murales del folículo dominante. ⁽¹²⁾

Cuando el folículo dominante consigue que las concentraciones de estrógenos circulantes superen 200 pg/ml durante unas 50 horas en las mujeres, los estrógenos realizan una acción de retroalimentación positiva sobre las gonadotropas para producir el pico de LH de mitad de ciclo. Esto se induce gracias a la pequeña cantidad de progesterona segregada a mitad de ciclo.

Se desconoce el mecanismo exacto de esta retroalimentación positiva, pero se produce en gran medida a nivel hipofisario. Los receptores para la GnRH y la sensibilidad ante las señales transmitidas por la GnRH aumentan de forma espectacular en las células gonadotropas. El hipotálamo contribuye al pico de gonadotropinas aumentando la frecuencia de los pulsos de GnRH y mediante la secreción de una pequeña cantidad de progesterona.

El pico de LH dirige la maduración meiótica, la ovulación y la diferenciación de las células de la granulosa en células productoras de progesterona.

El aumento de las concentraciones de progesterona, estrógenos e inhibina A por el cuerpo lúteo maduro realiza una retroalimentación negativa sobre las gonadotropas hipofisarias. Aunque las concentraciones de estrógenos superen 200 pg/ml, el umbral para la retroalimentación positiva, las elevadas concentraciones de progesterona bloquean cualquier retroalimentación positiva. En consecuencia, tanto las concentraciones de FSH como las de LH se reducen hasta las basales.

Las concentraciones basales de LH son absolutamente fundamentales para que la función del cuerpo lúteo sea normal. Sin embargo, el cuerpo lúteo se va volviendo cada vez menos sensible a las señales de LH, y muere salvo que aumente la actividad parecida a la LH (hCG

del embrión implantado). En un ciclo no fértil, el cuerpo lúteo de la menstruación regresa a los 14 días, y las concentraciones de estrógenos y progesterona empiezan a disminuir en unos 10 días, lo que permite que el ciclo entre de nuevo en el acontecimiento 1. ⁽¹²⁾

7.2 Síndrome premenstrual

El síndrome premenstrual (SPM) es una agrupación de molestias que involucran tanto síntomas psíquicos y de comportamiento como físicos, que se inician en los días anteriores al inicio del ciclo menstrual y que desaparecen luego del ciclo menstrual. Los síntomas son recurrentes y de intensidad variable. Se estima que el SPM afecta al 20%-40% de las mujeres en edad fértil. ^(13,14)

Los síntomas del SPM pueden ser somáticos o psíquicos. Los síntomas somáticos más comunes son: congestión mamaria, distensión abdominal, edema y cefalea, dolores generalizados. Dentro de los síntomas psíquicos, están: baja concentración, inestabilidad afectiva, perturbaciones del sueño, agresividad, irritabilidad, tensión nerviosa, humor variable, ánimo depresivo, ansiedad, crisis de llanto y desánimo.

Se debe diferenciar siempre con trastornos del ánimo y ansiedad. Actualmente, no está clara su fisiopatología, no obstante, se cree que podría estar relacionada a cambios fisiológicos en relación con la ovulación y un mal funcionamiento en la regulación neuro humoral. Es preciso que haya ovulación y formación de cuerpo lúteo, es decir un eje hipotálamo – hipofisario – ovárico activo, para el desarrollo de SPM.

Cada paciente presenta su propia constelación de síntomas, lo que hace que los síntomas específicos sean menos importantes que la aparición cíclica de los síntomas. Las manifestaciones somáticas más frecuentes consisten en distensión abdominal y cansancio. Otros síntomas comprenden hinchazón y dolor mamario, cefalea, acné, molestias intestinales, mareo, sensibilidad a los estímulos externos y sofocos. ⁽¹⁸⁾

El síntoma conductual más frecuente es la inestabilidad afectiva. ⁽¹⁸⁾ Otros síntomas afectivos son irritabilidad, estado de ánimo deprimido, ansiedad, hostilidad, lagrimeo, aumento del apetito, dificultad para concentrarse y alteración de la libido. ⁽¹⁸⁾ Los síntomas deben afectar el funcionamiento de alguna manera y el síntoma debe remitir durante la menstruación o poco tiempo después. ⁽¹⁴⁾

7.3 Trastorno disfórico premenstrual

La mayoría de las mujeres ovulatorias experimentan síntomas premenstruales (Molimina) que indican una menstruación inminente y son de poca relevancia clínica porque no afectan la calidad de vida. Sin embargo, algunas mujeres experimentan síntomas físicos y psicológicos significativos antes de la menstruación que, si no se tratan, provocarían un deterioro del funcionamiento y las relaciones. La asociación americana de Psiquiatría define el trastorno disfórico premenstrual como una forma más grave del síndrome premenstrual en el que aparecen síntomas de ira, irritabilidad y tensión interna prominentes. ^(15,7)

La prevalencia a los doce meses del trastorno disfórico premenstrual está entre el 1,8 y el 5,8 % de las mujeres con menstruación. Existe una sobrestimación de la prevalencia si las cifras se basan en informes retrospectivos más que en evaluaciones diarias prospectivas. Sin embargo, la prevalencia estimada, basada en un registro diario de los síntomas durante 1-2 meses, puede ser menos representativa, ya que las pacientes con síntomas más graves quizá no sean capaces de mantener el proceso de registro. ⁽⁷⁾

La estimación más rigurosa del trastorno disfórico premenstrual es del 1,8 % en las mujeres que cumplen todos los criterios sin deterioro funcional, y del 1,3 % en las mujeres que cumplen los criterios con deterioro funcional y síntomas concomitantes de otro trastorno mental. ⁽⁷⁾

7.3.1 Factores de riesgo y pronóstico

7.3.1.1 Ambientales: el estrés, los antecedentes de traumas, los cambios estacionales y los aspectos socioculturales de la conducta sexual femenina en general y del papel del género femenino. ⁽⁷⁾

7.3.1.2 Genéticos y fisiológicos: se desconoce la heredabilidad. Sin embargo, se estima que el rango de heredabilidad para los síntomas premenstruales varía entre un 30 y un 80 %, siendo la estimación de la heredabilidad de un 50 % para el componente más estable de los síntomas premenstruales. ⁽⁷⁾

7.3.1.3 Modificadores de curso: Es posible que el uso de anticonceptivos orales disminuya la aparición de signos y síntomas premenstruales. ⁽⁷⁾

7.3.2 Etiología

7.3.2.1 Hipótesis hormonal: las fluctuaciones hormonales son las que causan disfunciones en las mujeres, tanto físicas como emocionales. En realidad, los cambios hormonales pueden producir desórdenes físicos, así como modificaciones en la manera de interpretar el entorno y en el estado de ánimo, pero sucede que no se ha comprobado esta teoría debido a que no se han encontrado diferencias hormonales entre los grupos control y quienes sufren del TDPM. Las investigaciones recientes sugieren que las mujeres con TDPM presentan una alteración en la sensibilidad a dichas fluctuaciones hormonales normales, particularmente al estrógeno y la progesterona, los esteroides neuroactivos que influyen en la función del SNC. ⁽¹⁶⁾

7.3.2.2 Hipótesis cerebral: se especula que pueda corresponder a una enfermedad cerebral con síntomas determinados por ritmos biológicos cíclicos. La observación de que algunas mujeres presentan síntomas cíclicos una vez suspendida la actividad ovárica ha llevado a pensar que el TDPM pueda tener un origen encefálico, con síntomas dirigidos por ciclos endógenos centrales, lo que se contrapone con la evidencia de que la supresión de la ovulación provoca una desaparición de síntomas premenstruales.

Estudios no publicados de E. Correa revelan que, en algunas pacientes postmenopáusicas y asintomáticas durante algunos años, la reaparición del cuadro se correlacionaría con el inicio del tratamiento de sustitución hormonal. ⁽¹⁶⁾

7.3.2.3 Hipótesis cultural: postula que puede llegar a ser el resultado de un estereotipo cultural en el que las mujeres estarían socialmente condicionadas a esperar experimentar síntomas en la fase lútea del ciclo. Se espera que las mujeres sean inestables, con bajo control de sus emociones y con inclinación a quejarse, y es por ello que ellas actuarían de este modo, ya que desde temprana edad este comportamiento no es castigado, es más bien tolerado y calificado de femenino. ⁽¹⁶⁾

7.3.2.4 Hipótesis del estrés: según investigaciones con 4000 y 3000 mujeres respectivamente, se encontró una mayor tasa de historia de abusos y maltratos emocionales y físicos entre aquellas que sufrían de TDPM. ⁽¹⁶⁾

7.3.2.5 Hipótesis Serotoninérgica: el TDPM está relacionado con alteraciones serotoninérgicas, ya que la función ovárica normal gatilla el TDPM durante la fase Lútea, aumentando la progesterona, el turn over de la serotonina, lo cual es fácil de intuir ya que los

síntomas del TDPM son característicamente serotoninérgicos: ánimo deprimido, ansiedad, labilidad afectiva, irritabilidad, mayor agresividad. Existe relación entre la actividad de la 5-HT, el ánimo y la ansiedad.⁽¹⁶⁾

Teorías etiológicas del trastorno disfórico premenstrual
1. Respuesta anormal a las fluctuaciones normales del eje hipotalámico – hipofisiaria – gonadal.
2. Sensibilidad disminuida o paradójica del GABA _A receptor de alopregnanolona.
3. Alteraciones en el funcionamiento del sistema serotoninérgico.
4. Alteraciones en la respuesta del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal.
5. Función inmune alterada.
6. Homeostasis del calcio alterada.
7. Ritmos circadianos alterados.
8. Factores genéticos.
9. Respuestas anormales en regiones del cerebro al procesamiento y regulación de las emociones durante la fase lútea.

Lanza di Scalea T et al. Premenstrual Dysphoric Disorder. Medical Clinics of North America. 2019.¹⁷

7.3.3 Criterios diagnósticos

El TDPM es único en el sentido de que los síntomas son más marcados poco antes del inicio de la menstruación y disminuyen o desaparecen después del inicio de la menstruación. En 2013, el TDPM se trasladó del apéndice del DSM-IV-TR para ser incluido como categoría

en el DSM-5. Los criterios diagnósticos para el TDPM incluyen los siguientes tipos de síntomas emocionales:

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

B. Al menos uno de los síntomas siguientes debe estar presentes:

1. Labilidad afectiva intensa.
2. Irritabilidad intensa o aumento de los conflictos interpersonales.
3. Estado de ánimo abruptamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
4. Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

C. Al menos uno de los síntomas siguientes también debe estar presentes, hasta llegar a un total de cinco síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B.

1. Reducción del interés por las actividades habituales.
2. Dificultad subjetiva de concentración.
3. Letargo, fatigabilidad o intensa falta de energía.
4. Cambios importantes del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
5. Hipersomnias o insomnio.
6. Sensación de estar agobiada o sin control.
7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular o aumento de peso.

Los síntomas de los Criterios A-C deben haberse cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.

D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas.

E. La alteración no es solo una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, Distimia o un trastorno de la personalidad, aunque puede coexistir con cualquiera de estos.

F. El Criterio A debe confirmarse por medio de evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos.

G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.

Los síntomas deben producir un malestar clínicamente significativo o un deterioro evidente de la capacidad para interactuar en el plano social u ocupacional en la semana previa a la menstruación.

El desgaste del funcionamiento social puede expresarse por medio de desavenencias matrimoniales y de problemas con los niños, no obstante, estos problemas no deben confundirse con la disfunción que provoca el trastorno disfórico premenstrual. ⁽⁷⁾

7.3.4 Características diagnósticas

Las características esenciales del trastorno disfórico premenstrual son la exteriorización de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad que se reproducen durante la fase premenstrual del ciclo y que remiten alrededor del inicio de la menstruación o poco tiempo después.

Estos síntomas pueden acompañarse de síntomas conductuales y físicos. Los síntomas deben haber aparecido en la mayoría de los ciclos menstruales durante el último año y deben afectar negativamente al funcionamiento laboral o social. La intensidad y la expresividad de los síntomas acompañantes pueden estar fuertemente relacionadas con las características sociales y culturales de la mujer afectada, sus perspectivas familiares y otros factores más específicos. ⁽⁷⁾

Habitualmente, los síntomas alcanzan su pico alrededor del comienzo de la menstruación. Aunque, no es extraño que los síntomas permanezcan en los primeros días de la menstruación, la paciente debe tener un período libre de síntomas en la fase folicular posterior al inicio el período menstrual.

Aunque los síntomas nucleares son los síntomas afectivos y de ansiedad, también aparecen síntomas conductuales y somáticos. Sin embargo, la presencia de síntomas físicos o conductuales en ausencia de síntomas afectivos o de ansiedad no es suficiente para el diagnóstico. Para confirmar el diagnóstico provisional se requieren evaluaciones diarias prospectivas de los síntomas durante al menos dos ciclos sintomáticos. ⁽⁷⁾

7.3.5 Comorbilidades

El trastorno previo que con más frecuencia se refiere en las pacientes con trastorno disfórico premenstrual es el episodio depresivo mayor. Existe una amplia gama de trastornos médicos y de otros trastornos mentales que pueden empeorar en la fase premenstrual; sin embargo, la ausencia de un período libre de síntomas durante el intervalo posmenstrual hace evidente el diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual. ⁽⁷⁾

Estas afecciones se consideran más bien la exacerbación premenstrual de un trastorno mental o médico en curso. Aunque el diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual no se debería realizar en situaciones en las que la persona presente únicamente un empeoramiento premenstrual de otros trastornos mentales o médicos, se podría considerar este diagnóstico, además del diagnóstico de otro trastorno mental o físico, si la persona presentara los síntomas y los cambios en el nivel de funcionamiento que son característicos del trastorno disfórico premenstrual y que son notablemente diferentes de los síntomas que se experimentan como parte del otro trastorno. ⁽⁷⁾

7.3.6 Diagnóstico diferencial de SPM/TPDM versus dismenorrea

La dismenorrea se caracteriza normalmente por dolor asociado a la menstruación. El SPM/TDPM se caracteriza por un conjunto de síntomas físicos, psíquicos y conductuales plasmados anteriormente. La dismenorrea se inicia cuando se desencadena el flujo menstrual, por el contrario, el SPM/TDPM que da su inicio en la fase lútea, es decir entre una o dos semanas previas a la menstruación², en el caso del SPM/TDPM se resuelve con la llegada de la menstruación, a los pocos días o al finalizar la misma al contrario de la dismenorrea que cesa al finalizar la menstruación. La fisiopatología de la dismenorrea está relacionada con las prostaglandinas. Como se ha descrito anteriormente, la fisiopatología del SPM/TDPM es hoy en día todavía parcialmente desconocida. ⁽⁷⁾

VIII. Diseño metodológico

8.1 Tipo de estudio:

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal analítico

8.2 Área de estudio

La investigación se realizó en el Hospital del departamento de León, Nicaragua.

8.3 Período de estudio

El estudio se realizó en el período de agosto a noviembre del año 2024.

8.4 Universo de estudio

El universo de estudio constó de 499 mujeres en edad reproductiva, que laboran en un Hospital del departamento de León.

- Criterios de inclusión:

1. Sexo femenino
2. Edad reproductiva
3. Menstruantes
4. Formar parte del personal de salud
5. Aceptar el consentimiento para ser parte del estudio.

- Criterios de exclusión:

1. Sexo masculino
2. Mujeres Embarazadas o en periodo post parto
3. Mujeres que rechacen el consentimiento informado.

8.5 Muestra de estudio:

La muestra estuvo conformada por el personal de salud del Hospital del departamento de León que cumplen con los criterios de inclusión.

Muestreo: Para la determinación del tamaño de la muestra se utilizó el muestreo aleatorio simple, la fórmula para estudio de población conocida:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{((N-1) \cdot d^2) + (Z^2 \cdot p \cdot q)}$$

Se obtuvo como resultado 122.

8.6 Fuente de información

La fuente de información para este estudio fue primaria, ya que se utilizó un cuestionario.

8.7 Instrumento de recolección de datos

Cuestionario de Trastorno disfórico premenstrual de Velázquez, adaptado del DSM-5: en la quinta edición del DSM se menciona que una mujer debe tener al menos 5 de los 11 síntomas físicos del estado de ánimo durante la fase lútea de su ciclo menstrual registrados durante 13 meses para poder ser diagnosticada con TDPM. También señala que debe estar relacionado uno de los cinco síntomas con el estado de ánimo o la emoción. ⁽¹⁹⁾

En el estudio realizado por Velázquez en Trujillo se hizo una adaptación del DSM 5 a un cuestionario de 15 preguntas donde se nos indica la presencia de TDPM según con la afirmación SI de al menos 5 de las primeras 11 preguntas, dos de las cuales corresponden a las aseveraciones de una de las primeras 4 preguntas y una de las siguientes 7. Las preguntas 12 y 13 deben responderse afirmativamente y las preguntas 14 y 15 deben responderse negativamente. (Anexo I)

8.8 Análisis de datos

Los datos obtenidos por medio del instrumento de recolección de datos posterior a su revisión fueron introducidos a una base de datos realizada en el programa SPSS – v25. Luego de la introducción a la base de datos, se verificó el llenado de datos correctamente, se recodificaron las variables cuantitativas a cualitativas según los objetivos que fueron planteados. Se realizó un análisis univariado con el cálculo de las medidas de tendencia central y dispersión a las variables cuantitativas. Luego, se elaboró un análisis bivariado en tablas de contingencia con el respectivo cálculo de razón de prevalencia a las variables cualitativas dicotómicas, asimismo, se estimó para la significancia estadística el intervalo de confianza al 95% y el chi

cuadrado de Pearson (P menor a 0.05). Se presentaron los resultados en tablas de frecuencia y porcentajes univariados y bivariados para los datos cualitativos.

8.9 Validez y confiabilidad

Se realizó una prueba piloto a 8 mujeres donde se verificó la confiabilidad del cuestionario mediante el coeficiente alfa de Cronbach en el programa IBM SPSS – v25. Además, se comprobó la consistencia interna de cada una de las preguntas que conforman el instrumento.

8.10 Operalización de variables

Variable	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Escala / Valores
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha del estudio	Años	Cuantitativo continua	21 – 30 31 – 40 >40
Procedencia	Zona geográfica donde reside la paciente	Lugar	Cualitativo Nominal dicotómico	Urbano Rural
Escolaridad	Nivel académico alcanzado	Nivel académico	Cuantitativo continuo	Técnico Licenciatura Especialista
Nivel socioeconómico	Situación de la persona de acuerdo con sus ingresos y el tipo de trabajo	Ingreso económico, posesión de vivienda y fondos	Cualitativo Nominal politómico	Bajo Medio Alto
Ocupación	Actividad laboral que realiza	Tipo de actividad de labor	Cualitativo Nominal politómico	Médico Enfermera Laboratorista Técnico

Estado civil	Compromiso romántico / sexual	Pareja actual	Cualitativo ordinal	Soltera Unión libre Casada
Gestas	Número de embarazos hasta la actualidad	Gestas previas	Cuantitativo continuo	Primigesta Bigesta Multigesta Nulípara
Prevalencia de TDPM	Casos encontrados de trastorno disfórico premenstrual	Número de casos	Cualitativo ordinal	Si lo padece No lo padece
Labilidad afectiva intensa	Cambios bruscos del estado de ánimo	Si tiene o no cambios de ánimo	Cualitativo ordinal	Si No
Irritabilidad intensa	Enfado	Si padece o no de irritabilidad	Cualitativo ordinal	Si No
Estado de ánimo deprimido	Sentimiento de tristeza o desesperanza	Si se siente o no deprimida	Cualitativo ordinal	Si No
Autodesprecio	Sentimiento de insuficiencia y baja autoestima	Si tiene o no autoestima baja	Cualitativo ordinal	Si No
Ansiedad	Sensación de nerviosismo y/o preocupación	Si siente o no ansiedad	Cualitativo ordinal	Si No
Disminución del interés por actividades habituales	Incapacidad de experimentar placer con las actividades que antes hacía	Si tiene o no disminución de interés	Cualitativo ordinal	Si No

Dificultad para concentrarse	Problemas para fijar la atención	Si tiene o no dificultada para concentrarse	Cualitativo ordinal	Si No
Letargo	Estado patológico caracterizado por sueño profundo y prolongado	Si tiene o no letargia	Cualitativo ordinal	Si No
Hipersomnias o insomnio	Exceso o ausencia de sueño	Si lo padece o no	Cualitativo ordinal	Si No
Mastalgia	Dolor en las mamas	Si siente dolor en las mamas o no	Cualitativo ordinal	Si No
Polifagia	Deseo excesivo de comer	Tiene o no deseo excesivo de comer	Cualitativo ordinal	Si No
Mialgia / artralgia	Dolor en músculos y/o articulaciones	Si presenta dolor o no dolor en músculos y/o articulaciones	Cualitativo ordinal	Si No
Fatigabilidad fácil	Sensación de cansancio extremo	Si siente o no cansancio extremo	Cualitativo ordinal	Si No
Antecedentes familiares	Familiar de primera línea que haya padecido el trastorno	Si tiene o no antecedentes familiares	Cualitativo ordinal	Si No
Estrés	Respuesta física o mental a una causa externa	Si padece de estrés o no	Cualitativo ordinal	Si No

Traumas interpersonales	Traumas causados por otra persona	Si tiene algún trauma o no	Cualitativo ordinal	Si No
Tabaquismo	Consumo excesivo y frecuente de tabaco	Si fuma o no	Cualitativo ordinal	Si No
Antecedente de trastornos del estado de ánimo	Diagnóstico previo de depresión	Si padece de trastornos del estado de ánimo o no	Cualitativo ordinal	Si No
Uso de fármacos	Consumo de sustancias que alteran el ciclo	Utiliza MAC, ansiolíticos, antidepresivos o no	Cualitativo ordinal	Si No
Trastornos de la personalidad	Enfermedades mentales que implican patrones de pensamientos y comportamientos	Si padece o no trastorno de la personalidad	Cualitativo ordinal	Si No
Alcoholismo	Deseo incontrolable de ingerir bebidas alcohólicas	Si toma o no alcohol	Cualitativo ordinal	Si No

8.11 Consideraciones éticas

El presente estudio respeta lo señalado en la declaración de Helsinki. Se pedirá autorización a la dirección del Hospital y al área de recursos humanos a través de la elaboración de una carta de solicitud para conocer el listado del personal de salud que se utilizará únicamente para este estudio. Se pedirá consentimiento informado a cada una de las mujeres, para la protección de las participantes del estudio; es de gran importancia que la investigación se lleve a cabo con altos estándares éticos y clínicos, por lo que los datos de la encuesta se transcribirán al sistema informático sin nombre alguno, no los manipularán terceros, no se comentarán resultados obtenidos con personas ajenas al estudio.

IX. Resultados

Durante el período agosto – noviembre del corriente año, 2024, se realizó un estudio sobre la prevalencia y factores de riesgo asociados al Trastorno disfórico premenstrual en el personal de salud de un hospital del departamento de León. Se estudiaron a 122 mujeres que laboran en un hospital del departamento de León; a continuación, se muestran los resultados en las tablas siguientes.

En la **tabla 1** se observa que se agrupó a la población en dos grupos de edad, el grupo etario que prevaleció fue el de 31 - >40 años con el 52.5%; se observó que el 32.8% de las encuestadas son nulíparas, seguido de las bigestas con el 30.3%; con relación al nivel económico el mayor porcentaje lo presentó el nivel medio con el 75.4%; la procedencia más frecuente fue urbana con el 81.1% en comparación con la rural que fue de 18.9%.

➤ **Tabla 1: Distribución porcentual de las características sociodemográficas del personal de salud de un hospital del departamento de León, 2024.**

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje			
Grupo etario	21 – 30 años	58	47.5			
	31 – >40 años	64	52.5			
Gestas	Primigesta	31	25.4			
	Bigesta	37	30.3			
	Multigesta	14	11.5			
	Nulípara	40	32.8			
Nivel económico	Bajo	29	23.8			
	Medio	92	75.4			
	Alto	1	0.8			
Procedencia	Urbano	99	81.1			
	Rural	23	18.9			
Edad en años	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
	31.7	31	29	6.540	21	46

Fuente: Primaria (cuestionario).

N: 122

En la **tabla 2** se muestra la continuación de la tabla de distribución porcentual de las características demográficas. Entre los resultados relevantes con relación a la escolaridad, se observa un predominio de la licenciatura con el 59.8%, seguido de la especialidad con el 26.2% y por último el técnico con el 13.9% de las participantes. En relación con el estado civil, el mayor porcentaje de las encuestadas se encontraban solteras con el 51.6% del total. En correspondencia a la ocupación, se observó que la mayoría de las encuestadas eran médicas con el 46.7%, seguido de las enfermeras con el 33.6%.

➤ **Tabla 2: Continuación de la tabla de distribución porcentual de las características sociodemográficas del personal de salud de un hospital del departamento de León, 2024.**

Variable	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Escolaridad	Técnico	17	13.9
	Licenciatura	73	59.8
	Especialista	32	26.2
Ocupación	Médico	57	46.7
	Enfermera	41	33.6
	Laboratorista	17	13.9
	Técnica	7	5.7
Estado civil	Soltera	63	51.6
	Unión libre	25	20.5
	Casada	34	27.9

Fuente: Primaria (cuestionario)

N: 122

Para evaluar la prevalencia del TDPM se utilizó el cuestionario para trastorno disfórico premenstrual de Velázquez adaptado del DSM-V, en base a este se registró que del total de la población estudiada el 10.7% padecían el trastorno. (Tabla 3)

➤ **Tabla 3: Prevalencia de Trastorno Disfórico Premenstrual en el personal de salud de un hospital del departamento de León**

	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	10.7
No	109	89.3

Fuente: Primaria (cuestionario)

N: 122

Se analizaron los síntomas físicos y emocionales del TDPM, encontrándose que el más frecuente fue: ansiedad con el 52.5%, seguida de hipersomnia/insomnio 48.4%, mastalgia 46.7%, disminución del interés por actividades habituales 45.1%, artralgia / mialgia 44.3%, irritabilidad intensa 41%, dificultad para concentrarse 35.2%, fatigabilidad fácil 31.1%, polifagia 30.3%, estado de ánimo depresivo 29.5%, labilidad afectiva intensa 27%, letargo 18%, autodesprecio 12.3%. **Ver tabla 4**

➤ **Tabla 4: Frecuencia de los principales síntomas físicos y emocionales del TDPM**

Síntomas		Frecuencia	Porcentaje
Labilidad afectiva intensa	Si	33	27
Irritabilidad intensa	Si	50	41
Estado de ánimo depresivo	Si	36	29.5
Autodesprecio	Si	15	12.3
Ansiedad	SI	64	52.5
Disminución del interés por actividades habituales	Si	55	45.1
Dificultad para concentrarse	Si	43	35.2
Letargo	Si	22	18
Hipersomnia / Insomnio	Si	59	48.4
Mastalgia	Si	57	46.7

Artralgia / Mialgia	Si	54	44.3
Polifagia	Si	37	30.3
Fatigabilidad fácil	Si	38	31.1

Fuente: Primaria (cuestionario)

N: 122

En relación con los factores asociados al TDPM se identificó que las personas que presentan trauma interpersonal tienen $RP= 2.87$ más posibilidades de desarrollar el TDPM en comparación a aquellas personas que no presentaron trauma interpersonal, siendo esta asociación estadísticamente significativa, $IC\ 95\% = (1.053) - (7.865)$; $P = (0.035)$.

Además, se identificaron otros factores asociados al TDPM como: antecedente familiar $RP= 1.04$, estrés $RP= 1.23$ y alcoholismo $RP= 1.09$; siendo estas asociaciones no estadísticamente significativas ya que dentro de sus intervalos de confianza del 95% incluye la unidad y los valores de P son mayores a 0.05. (Ver tabla 5)

➤ **Tabla 5: Factores asociados al TDPM en las trabajadoras de salud del Hospital del departamento de León**

Factores asociados		Trastorno		RP	IC 95%	Valor de P
		Si	No			
Antecedente familiar	Si	1	8	1.04	(0.153) – (7.163)	0.963
	No	12	101			
Estrés	Si	10	79	1.23	(0.362) – (4.215)	0.733
	No	3	30			
Trauma interpersonal	Si	6	22	2.87	(1.053) – (7.865)	0.035
	No	7	87			
Tabaquismo	Si	2	21	0.78	(0.186) – (3.292)	0.735
	No	11	88			
Alcoholismo	Si	9	73	1.09	(0.360) – (3.349)	0.870
	No	4	36			

Fuente: Primaria (cuestionario)

N: 122

X. Discusión

El trastorno disfórico premenstrual constituye la presentación severa y crónica del síndrome premenstrual, caracterizado por exacerbación de síntomas somáticos y psicoafectivos que producen incapacidad significativa en la vida diaria de las mujeres que lo padecen. Este trastorno afecta entre el 1.8% al 5.8% de mujeres en edad reproductiva. ⁽⁷⁾

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los factores asociados al trastorno disfórico premenstrual en las trabajadoras de la salud de un Hospital del departamento de León, mediante la aplicación de un cuestionario en los que se consideró la sintomatología del trastorno, factores asociados y una herramienta para determinar los criterios diagnósticos del trastorno disfórico premenstrual establecidos por el DSM V.

Se realizó en una muestra representativa de las mujeres del personal de salud en edad fértil con un total de 122, en edades desde 21 a 46 años quienes en su mayoría cuentan con licenciatura, siendo mayor la participación de las médicas; procedentes en su mayoría de regiones urbanas, con nivel económico predominantemente medio y mayormente solteras.

En este estudio se logró determinar una prevalencia del trastorno disfórico premenstrual del 10.7% (n=13), estos resultados fueron comparables con los encontrados en Goiás – Brasil por Rodrigues et al en el año 2022 ⁽⁴⁾, donde se encontró una prevalencia del 11.1%. También, corresponde a la prevalencia determinada en Nepal 2021, por Kumari ⁽²⁾, misma que fue del 10%.

Se identificaron entre los principales síntomas la ansiedad con el 52.5% (n=64), hipersomnia/insomnio 48.4% (n=59), mastalgia 46.7% (n=57), disminución del interés por actividades habituales 45.1% (n=55), artralgia / mialgia 44.3% (n=54) e irritabilidad intensa 41% (n=50); datos que son similares a los registrados en Goiás-Brasil 2022, Rodrigues ⁽⁴⁾, donde los síntomas más prevalentes fueron los físicos, como sensibilidad mamaria (mastalgia), distensión abdominal y aumento de peso (73%); seguidos de los psicológicos como sobrealimentación/antojos de comida (polifagia) y llanto/mayor sensibilidad al rechazo (>60%). Contrario a nuestro estudio, otro estudio realizado en Nepal 2021, por Kumari ⁽²⁾, encontró que los síntomas más frecuentes fueron ira/irritabilidad (100%) seguido de depresión, falta de concentración, sentirse abrumado o fuera de control, los tres reportados por el 90% de los participantes.

Respecto a los factores asociados, se identificó el trauma interpersonal como principal factor de riesgo para padecer el Trastorno Disfórico Premenstrual, ya que, a diferencia de los otros factores evaluados, este sí presentó una asociación estadísticamente significativa. En contraste con este hallazgo, otro estudio realizado en Sari-Irán 2019, Farzaneh ⁽¹⁾ et al encontraron que los principales factores asociados son los antecedentes familiares y la adición excesiva de sal a los alimentos. A diferencia de nuestro estudio, en Sharqia-Egipto 2021, Seham ⁽³⁾ et al, determinaron como factores de riesgo la duración del sangrado menstrual ≥ 7 días, una duración promedio de un ciclo < 28 días, MBL alto, presencia de dismenorrea y antecedentes familiares positivos de SPM (hermana/madre).

Esta discordancia entre nuestros resultados y los encontrados en estudios previos se debe a la elección de los factores a estudio; sin embargo, nuestro hallazgo se ve respaldado por el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su 5ta edición ⁽⁷⁾, donde menciona entre los factores ambientales el estrés, los antecedentes de traumas interpersonales, los cambios estacionales y a los aspectos socioculturales de la conducta sexual femenina en general y del papel del género femenino en particular.

Las limitaciones de la presente investigación se presentaron previo al momento de recolección de datos debido a los permisos para lograr acceder al personal de salud, lo que se resolvió pasando por diversos filtros de permisos fuera y dentro de la institución; y al momento de la recolección de datos tuvimos limitaciones debido a la demanda laboral de las trabajadoras del personal de salud, también nos limitó la disposición de parte del personal el cual era mínimo, lo cual se resolvió ampliando los días y horas de recolección de datos y ajustándonos a los horarios que las trabajadoras nos plantearon factibles, así se logró obtener la muestra que se tenía prevista.

Dentro de las fortalezas en el presente estudio destacan la facilidad de acceso al recuento del personal de salud de parte de la dirección de recursos humanos, esto nos permitió avanzar rápidamente a la recolección de datos; otra de las fortalezas de esta investigación fue la participación, aceptación y conocimiento de los términos del cuestionario de parte de las trabajadoras del personal de salud, esta preparación previa facilitó recolectar los datos necesarios de forma completa.

XI. Conclusión

- 1) Este estudio tuvo como objetivo determinar la prevalencia y los factores asociados al trastorno disfórico premenstrual entre trabajadoras de la salud de un hospital del departamento de León. Toma una muestra representativa de trabajadoras de la salud en edad fértil, con un total de 122, con edades entre 21 y 46 años, la mayoría cuenta con título de licenciatura, entre las cuales hicieron partícipes más médicas, siendo más frecuente en ellas la procedencia de zonas urbanas; un nivel económico medio y mayormente solteras.
- 2) El presente estudio confirmó la hipótesis alterna al evidenciar que la prevalencia del Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) en la población estudiada fue del 10.7% (n=13), superando significativamente el 5% planteado inicialmente como umbral de referencia. Este hallazgo destaca la relevancia de identificar y abordar este trastorno, especialmente en contextos de salud donde los síntomas físicos y emocionales asociados impactan considerablemente la calidad de vida de las mujeres.
- 3) Entre los síntomas más prevalentes, la ansiedad, el insomnio/hipersomnía, y la mastalgia fueron los más reportados, seguidos por indicadores emocionales como la irritabilidad intensa y la disminución del interés por actividades habituales. Estos datos subrayan la necesidad de un abordaje integral en su diagnóstico y manejo, considerando tanto los síntomas emocionales como físicos.
- 4) En relación con los factores asociados, el **trauma interpersonal** se identificó como un determinante importante, con un RP= 2.87 y una asociación estadísticamente significativa. Este hallazgo destaca el impacto de las experiencias psicosociales adversas en la predisposición al TDPM, lo que resalta la necesidad de intervenciones preventivas y terapéuticas que incluyan un enfoque integral de salud mental. En contraste, otros factores como el estrés, el antecedente familiar y el alcoholismo no mostraron asociaciones significativas en esta muestra, lo que sugiere que su impacto podría depender de interacciones con otros determinantes no evaluados en este estudio.

XII. Recomendaciones

Al MINSA:

- Desarrollar talleres para orientar a las trabajadoras del personal de salud sobre el trastorno disfórico premenstrual y síndrome premenstrual.
- Fomentar educación comunitaria para orientar a mujeres en edad fértil y población en general sobre la identificación de síntomas, prevención y cuidados del trastorno disfórico premenstrual, orientado a mejorar la calidad y hábitos de vida.
- Evaluar la implementación del test utilizado en la presente investigación como una herramienta de tamizaje para la identificación del trastorno disfórico premenstrual.

A la institución:

- Promover la realización de investigaciones en pro de la salud mental en el personal de salud; mayor población de estudio para la detección y abordaje de diferentes trastornos psicológicos.

Al personal:

- Solicitar ayuda psicológica para atención del trastorno y disminución de factores asociados.
- Implementar técnicas de relajación, técnicas de respiración o mindfulness para disminuir factores del trastornos y síntomas.
- Disminuir el estigma de acudir a terapia psicológica para contrarrestar distintos trastornos, incluyendo al trastorno disfórico premenstrual.

A futuros investigadores:

- Realizar un estudio de casos siguiendo la perspectiva de intervenciones psicológicas oportunas que ayuden a confirmar la eficacia de intervenciones psicológicas.
- Tomar este estudio como referencia y guía para futuras investigaciones relacionadas a este trastorno.

XIII. Referencias bibliográficas

1. Farzaneh et al. "The prevalence of moderate-severe premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder and the related factors in high school students: A crosssectional study." *Neuropsychopharmacology reports* vol. 43,2 (2023)
2. Kumari et al. "Prevalence of Premenstrual Dysphoric Disorder among Female Students of a Medical College in Nepal: A Descriptive Cross-sectional Study." *JNMA; journal of the Nepal Medical Association* vol. 60,245 72-76. (2022)
3. Seham M et al. "Prevalence, phenomenology and personality characteristics of premenstrual dysphoric disorder among female students at Zagazig University, Egypt." *African journal of primary health care & family medicine* vol. 13,1 e1-e9. (2021)
4. Rodrigues et al. "Prevalence of Premenstrual Syndrome and Associated Factors Among Academics of a University in Midwest Brazil." "Prevalência de síndrome pré-menstrual e fatores associados entre acadêmicas de uma Universidade no Centro-Oeste do Brasil." *Revista brasileira de ginecologia e obstetricia: revista da Federacao Brasileira das Sociedades de Ginecología e Obstetricia* vol. 44,2 (2022).
5. Ayşenur et al. "Prevalence and correlates of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among women aged 18-25 in Turkey." *International journal of psychiatry in medicine* vol. 59,1 Editorial.
6. López Mato A. Aspectos neurobiológicos y antropológicos de la diferenciación sexual. En López Mato A, Vieitez A, Bordalejo D et al Afrodita, Apolo y Esculapio. *Diferencias de género en salud y enfermedad*. Editorial Polemos, 2004 pp21-31.
7. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-5; 5ta edición*. Editorial Médica Panamericana; 2014.
8. American Psychiatric Association. *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR, 1ª Ed*. Barcelona: Editorial MASSON; 2002.
9. Hall JE, editor. *Guyton y Hall. Compendio de fisiología Médica*. 13ª ed. Elsevier; 2016.

10. Koeppen BM, Stanton BA. Berne y Levy Fisiología. 7th ed. Barcelona: Elsevier; 2018.
11. Fernández-Tresguerres JA, Cachofeiro V, Cardinali DP, Eduardo Escrich Escriche, GilLoyzaga PE, Vicente Lahera Juliá, et al. Fisiología humana. 2010.
12. Boron WF, Boulpaep EL, editores. Boron y Boulpaep. Manual de Fisiología médica Elsevier;2022.
13. Gynecologists. AC of O and. Guidelines for Women's Health Care: A Resource Manual. 4th ed. 2014. p. 607–13.
14. Rapkin AJ, Winer SA. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: Quality of life and burden of illness. Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res. 2009;9(2):157-170.
15. Reid RL, Soares CN. Premenstrual dysphoric disorder: Contemporary diagnosis and management. J Obstet Gynaecol Can [Internet]. 2018;40(2):215–23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2017.05.018>
16. Trastorno-disfórico-premenstrual-g-agostini.pdf. [citado el 26 de febrero de 2024]. Disponible en: <http://14-trastorno-disforico-premenstrual-ghttp://14-trastorno-disforicopremenstrual-g-agostini.pdf/agostini.pdf>
17. Lanza di Scalea T, Pearlstein T. Premenstrual Dysphoric Disorder. Medical Clinics of North América. 2019 Jul;103(4):613–28.
18. Casanova R, Guang A, Goepfert AR, Hueppchen NA, Weiss PM, Ling FW, et al. Beckmann y Ling obstetricia y ginecología. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2019.
19. Velasquez S. Nivel de estrés como factor de riesgo para trastorno disfórico premenstrual en las estudiantes de medicina. Repositorio UPAO [Internet]. 2021 [citada 2024 marzo 27]. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/8652/1/REP_SILVIA.VELASQUEZ_NIVEL.DE.ESTR%c3%89S.pdf

XIV. Anexos

Anexo I

Cuestionario para trastorno disfórico premenstrual de Velázquez adaptado del DSM-V:

Este cuestionario tiene como finalidad identificar los síntomas premenstruales que pueden presentarse en la fase lútea del ciclo menstrual, será utilizado únicamente con fines de investigación. la información que se obtenga en el siguiente cuestionario será confidencial por lo tanto se le pide contestarte con absoluta sinceridad, gracias.

Lea detenidamente y marque con una x lo que usted considere correcto los síntomas mencionados deberán presentarse una semana antes de la menstruación		SI	NO
1	Me siento ansiosa, tensa nerviosa o siento que estoy cerca del límite.		
2	Me siento más deprimida, hoy triste o tengo ideas de desesperanza		
3	Mis emociones se sienten muy inestables o impredecibles o me siento hipersensible al rechazo		
4	Me enojo fácilmente o me siento más irritable		
5	Estoy menos interesada por mi pasatiempo o actividades habituales		
6	Tengo más dificultad para concentrarme		
7	Tengo poca energía o me siento más cansada		
8	Duermo demasiado o por las noches no duermo bien.		
9	Me siento agobiada o fuera de control.		
10	Siento hambre en todo momento y deseo ingerir dulces o chocolates.		
11	Tengo otros síntomas como hipersensibilidad o hinchazón de los senos, dolor de cabeza, dolor muscular, dolor articular, aumento de peso, etcétera.		
12	Los síntomas aparecen en la mayoría de los ciclos menstruales (en el último año)		
13	Los síntomas causan inconvenientes con el trabajo, la universidad, actividades sociales o mis relaciones interpersonales.		
14	Le han diagnosticado alguno de las siguientes patologías: trastornos del estado de ánimo como depresión o distimia, trastorno de ansiedad, bulimia nerviosa, trastorno de la personalidad.		
15	Consume algún medicamento, hormonas tiroideas, método anticonceptivo o antidepresivos.		

Anexo II

Consentimiento informado

La finalidad de del presente escrito es informarle sobre el proyecto de investigación y solicitarle su consentimiento. De aceptar, el investigador y usted se quedarán con una copia. El estudio en salud se titula: Prevalencia y factores asociados a trastorno disfórico premenstrual en el personal de salud del hospital del departamento de León, es dirigido por Jostin Alberto Rojas Lechado y Verónica Elizabeth Roque Vallejos estudiantes investigadores de la UNAN - León.

El propósito de la investigación es: Determinar la prevalencia y los factores de riesgo asociados al trastorno disfórico premenstrual en las trabajadoras de la salud del Hospital del departamento de León.

Para ello, se le invita a participar en una encuesta que le tomará 15 minutos de su tiempo. Su participación en la investigación es completamente voluntaria y anónima. Usted puede decidir interrumpirla en cualquier momento, sin que llegue a generar algún perjuicio. Si tuviera alguna inquietud y/o duda sobre la investigación, puede formularla cuando crea conveniente.

Al finalizar el estudio, usted será informado de los resultados. Si desea, también podrá escribir al correo velizav2@gmail.com para recibir más información.

Si está de acuerdo con los puntos anteriores, complete sus datos a continuación:

- Nombre:
- Fecha:
- Correo electrónico:
- Firma del participante:
- Firma del investigador (o encargado de recoger información):

Anexo III

Carta de solicitud de Tutor

León, Nicaragua. 17 de abril de 2024

Lic. Dionys Zapata

Jefe del área de conocimientos básicos de Ciencias Médicas

UNAN – León

Su despacho.

Somos estudiantes de quinto año de la carrera de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua – UNAN León. Teniendo presente el cumplimiento del reglamento para la elaboración de tesis, le solicitamos a su autoridad el nombramiento del Lic. Everth Téllez, licenciado en psicología, como tutor de nuestra tesis para la obtención del título de Doctor en medicina y cirugía, misma que lleva el título de “Prevalencia y factores asociados al Trastorno Disfórico Premenstrual en el personal de salud del Hospital del departamento de León”.

Sin más a que referirnos, nos despedimos enviando un cordial y caluroso saludo, esperando una respuesta positiva y deseándole éxito en sus labores diarias.

Atentamente,

Br. Jostin Rojas Lechado

20 – 01016 – 0

Br. Verónica Roque Vallejos

20 – 01713 – 0

Anexo IV

Cuestionario

Trastorno Disfórico Premenstrual

Fecha: ___ / ___ / 2024.

Cuestionario N°: ___

Lea atentamente y marque con una X.

Edad: ___ Gestas: ___.

Nivel socioeconómico:	Escolaridad:	Procedencia:	Ocupación:	Estado civil:
<input type="checkbox"/> Alto	<input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Urbano	<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Soltera
<input type="checkbox"/> Medio	<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Rural	<input type="checkbox"/> Enfermera	<input type="checkbox"/> Unión libre
<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Especialista		<input type="checkbox"/> Laboratorista	<input type="checkbox"/> Casada
			<input type="checkbox"/> Técnico	<input type="checkbox"/> Viuda

El cuestionario siguiente tiene como finalidad determinar los criterios diagnósticos del Trastorno Disfórico Premenstrual en el personal de salud, este trastorno puede afectar de manera significativa la calidad de vida de las mujeres, será utilizado únicamente con fines de investigación. La información obtenida en este cuestionario será confidencial, se le pide contestar con absoluta sinceridad. Gracias.

Lea detenidamente y marque con una x lo que usted considere correcto. Los síntomas mencionados deberán presentarse una semana antes de la menstruación.		SI	NO
1	Me siento ansiosa, tensa nerviosa o siento que estoy cerca del límite.		
2	Me siento más deprimida, triste o tengo ideas de desesperanza		
3	Mis emociones se sienten muy inestables o impredecibles o me siento hipersensible al rechazo		
4	Me enoja fácilmente o me siento más irritable		
5	Estoy menos interesada por mis pasatiempos o actividades habituales		
6	Tengo más dificultad para concentrarme		
7	Tengo poca energía, me siento más cansada o me fatigo fácil		
8	Hipersomnia (duermo en exceso) o Insomnio (falta de sueño)		
9	Me siento agobiada o fuera de control		
10	Cambios significativos en el apetito (deseo consumir carbohidratos, dulces o chocolates)		

11	Tengo otros síntomas como hipersensibilidad o hinchazón en los senos, dolor de cabeza, dolor muscular, dolor articular, aumento de peso, Etc.		
12	Los síntomas aparecen en la mayoría de los ciclos menstruales (en el último año)		
13	Los síntomas causan inconvenientes con el trabajo, la universidad, actividades sociales o mis relaciones interpersonales.		
14	Le han diagnosticado alguna de las siguientes patologías: trastornos del estado de ánimo como depresión o distimia, trastorno de ansiedad, bulimia nerviosa, trastornos de la personalidad.		
15	Consume algún medicamento como: hormonas tiroideas, anticonceptivos o antidepresivos.		

Síntomas físicos y emocionales

Lea detenidamente y marque con una X

1. Labilidad afectiva intensa:

Si: ___ No: ___

2. Irritabilidad intensa:

Si: ___ No: ___

3. Estado de ánimo depresivo:

Si: ___ No: ___

4. Autodesprecio:

Si: ___ No: ___

5. Ansiedad:

Si: ___ No: ___

6. Disminución del interés

por actividades habituales:

Si: ___ No: ___

7. Dificultad para concentrarse:

Si: ___ No: ___

8. Letargo:

Si: ___ No: ___

9. Hipersomnia o insomnio:

Si: ___ No: ___

10. Mastalgia:

Si: ___ No: ___

11. Artralgia / mialgia:

Si: ___ No: ___

12. Polifagia:

Si: ___ No: ___

13. Fatigabilidad fácil:

Si: ___ No: ___

Lea detenidamente las siguientes preguntas y conteste con sinceridad marcando con una (X).

1. ¿Existe algún antecedente familiar de este trastorno?

Si ____ No ____

2. ¿Padece de estrés o se siente estresada a menudo?

Si ____ No ____

3. ¿Tiene algún trauma interpersonal?

Si ____ No ____

4. ¿Consume tabaco?

Nunca ____ A veces ____ Frecuentemente ____ Siempre ____

5. ¿Consume alcohol?

Nunca ____ A veces ____ Frecuentemente ____ Siempre ____