

**PREVALENCIA DEL SINDROME PREMENSTRUAL EN
LA CONSULTA GINECOLOGICA DEL HOSPITAL
GENERAL "RUBEN LEÑERO"**

TESINA

Dra. Irma Basurto Garcia

Residente de Tercer Año.

H.P.F.B.A.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Especialidad en Psiquiatria.


Dr. Carlos Castañeda G.


Dr. Carlos Torner.

Director H.P.F.B.A.

PSICOLOGIA
MEDICA

Asesor

TUTOR


DEPTO. DE PSICOLOGIA
Y SALUD MENTAL
U.N.A.M.

México D.F. Febrero de 1992.

V. b. Alejandro J. S.



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

	Pág.
Introducción..	1
Antecedentes..	2
Factores de Riesgo.....	5
....Edad.....	5
....Paridad... ..	5
....Características Ciclo Menstrual.....	6
....Anticonceptivos Orales... ..	6
Estrógenos y Progesterona.....	7
Endorfinas.....	8
Prolactina.....	8
Prostaglandinas.....	9
Mineralcorticoides y Vasopresina.....	9
Eje Hipotálamo-Pituitario-Tiroideo.....	10
Melatonina Testosterona y Cortisol.....	10
Serotonina.....	11
Escala de Hamilton.....	15
Problema.....	20
Objetivos.....	20
Hipótesis.....	20
Diseño.....	21
Material y Método.....	21
Método.....	21
Análisis de Resultados.....	22
Resultados.....	22
....Datos Demográficos.....	23

....Edad.....	23
....Estado Civil.....	23
....Escolaridad.....	24
....Ocupación.....	24
....Ciclos Menstruales.....	24
....Paridad...	25
Conclusiones..	26
Gráficas.....	28
Bibliografía..	31

INTRODUCCION .

Síndrome Premenstrual, es un termino que describe la amplia gama de síntomas, al igual que un ligero dolor abdominal, inflamación abdominal, aumento de peso, cefalea, irritabilidad, humor depresivo, y un apetito con predilección a los alimentos salados o dulces, principalmente uno ó más síntomas pueden ocurrir dos semanas antes de la menstruación (fase luteínica), con un aumento en la intensidad de los síntomas, no es igual en todas las mujeres, algunas los presentan siempre y otras solo en un ciclo. Se ha encontrado que entre un 20 % a un 80% de las mujeres presentan cambios, esta claro que la mayoría reportan cambios leves que no interfirieron en su funcionamiento cotidiano, y un 5% a un 8 % de las mujeres presentaron cambios negativos, suficientemente graves para provocar un daño funcional y social.

Entonces las mujeres que reportan un SPM siempre buscan un tratamiento para estos síntomas, esto también puede relacionarse, con la presencia de enfermedades afectivas.

Se ha observado que la asociación de SPM con trastorno Psiquiátrico puede presentarse en mujeres que no habían reportado cambios, pero que en el momento final de la fase Luteínica, vieron exacerbada la sintomatología por presentar trastornos en el área afectiva, lo que hace la sintomatología similar y confundirse con está entidad. Sin embargo está serie de cambios ligados a la fase luteínica

de la menstruación, que comprenden síntomas diversos, como del área neurovegetativa, del equilibrio hidroelectrolítico, y del área afectiva, ha motivado que su abordaje se lleve a cabo por la Ginecología, que ha enfocado a esta entidad desde un punto de vista endocrinológico, dejando a un lado las alteraciones del área afectiva.

Por tal motivo se estudiarán pacientes ginecológicas consideradas con SPM, en un Hospital General, reevaluando, el área afectiva, física y conductual.

ANTECEDENTES .

El fenómeno de los síntomas premenstruales, denominado S.P.M., se ha reconocido durante decenios, si bien sólo recientemente, ha sido objeto de investigación científica seria. Aún se desconoce mucho del padecimiento y hay poco o ningún consenso respecto a la etiología, epidemiología, criterios diagnósticos, técnicas de valoración óptima y un tratamiento eficaz.

Este volúmen conjunta experiencia de investigaciones de varias disciplinas. ginecología, endocrinología de la reproducción, psiquiatría, neurología y epidemiología, las cuales intentan reconocer este padecimiento por involucrar síntomas que abarcan el área endocrinologías, afectiva, del equilibrio hidroelectrolítico etc.

Hay muchos fenómenos fisiológicos y patológicos que varían en el ciclo menstrual, que por utilidad se han agrupado en 3 grupos.

1.-Procesos fisiológicos como el metabolismo del alcohol, el aumento de la glándula tiroides, respuesta presora al frío, y cambios en la temperatura basal.

2.-Procesos patológicos que se exacerban en la fase menstrual: la migraña, los trastornos convulsivos, el asma etc.

3.-Los cambios premenstruales que se han usado genéricamente para referirse a síntomas físicos o emocionales, recurrentes y características de la fase progestacional. Estos son negativos, los cuales deterioran la actividad laboral y social.

Pero no todos los cambios premenstruales son SPM, este término queda reservado para cambios premenstruales adversos (irritabilidad, cefaleas, humor depresivo etc.), cuya duración e intensidad bastan para alterar la vida. El porcentaje de mujeres que tiene síntomas intensos es relativamente pequeño, en algunos estudios se indica que no más de 20% de las mujeres en edad reproductiva informan síntomas de importancia clínica y menos del 5% experimentan síntomas intensos.

De esta manera se puede distinguir entre SPM o Síndrome de Tensión premenstrual a un complejo sintomático que empieza 10-14 días antes de la menstruación, alcanza su

máximo poco antes de la misma y desaparece con gran rapidez después de iniciado el flujo menstrual.

Entonces el SPM se debe llamar a los cambios que sean lo suficientemente intensos, la intensidad puede valorarse al conocer como afectan los síntomas la vida diaria e la mujer, la eficiencia laboral, o las interacciones con la familia.

La prevalencia de los síntomas premenstruales depende de la muestra estudiada, y de los instrumentos empleados.

Janiger y cols., en un estudio piloto, se utilizaron pacientes de culturas divergentes incluían, mujeres turcas, nigerianas, estadounidenses, indias, apaches, griegas, y japonesas. Mujeres de todos los grupos reportaron cambios premenstruales típicos, como irritabilidad, fatiga, depresión, y retención de líquidos. Los síntomas individuales variaron en la frecuencia y en la intensidad.

La edad de inicio es un factor pronóstico, comunmente se informa que los cambios premenstruales se inician en la menarquia, y estudios en los que se utilizaron adolescentes muestra que en este grupo, aproximadamente el mismo porcentaje informa síntomas. Sin embargo series clínicas revelan que la mayoría de quienes solicitan tratamiento tiene alrededor de 30 años. El SPM puede empezar en cualquier momento de la vida reproductiva. Pero si existen diferencias entre las mujeres, cuyo SPM inició en la menarquia, en la edad fértil o en la perimenopausia.

FACTORES DE RIESGO.

De las variables investigadas no se han definido factores de riesgo tajantes, estas variables son:

EDAD

Ya se comentó la posibilidad de que los cambios premenstruales varien con la edad si bien los informes clínicos sugieren que es probable. Pero se han realizado estudios donde se observa que la edad y los síntomas tienen una relación positiva, donde un grupo de mayor edad (promedio de 32 años), reportaron molestias premenstruales, por grupos de edad.

Pero algunos autores no encuentran diferencia en la aparición de síntomas premenstruales por grupo de edad.

PARIDAD

Dada la relación de edad y paridad, resulta difícil de distinguir el efecto de cada una de ellas. Dalton informa que 40% de las pacientes que habían tenido embarazos, acudieron a su consultorio, relacionando el inicio de SPM, con el periodo siguiente al embarazo. Otro autor Van Keep encontró que en aquellas con embarazos previos informaban más síntomas, Moos, señaló una correlación positiva entre frecuencia de síntomas y paridad.

CARACTERISTICAS DEL CICLO MENSTRUAL.

Dalton afirma que las mujeres con SPM tienden a sufrir menos dismenorrea y que sufren síntomas más intensos si su ciclo menstrual dura más de 35 días.

Moos encontró síntomas más intensos en mujeres cuyo flujo menstrual dura más de 8 días. Pero cuando los ciclo son anovulatorios como sucede en la adolescencia y antes de la menopausia, pueden no presentar cambios cíclicos del ánimo. Sin embargo algunas mujeres presentan cambios premenstruales y otras no.

ANTICONCEPTIVOS ORALES

Solo se han citado como agente causal, sin haber sido comprobado.

Por otro lado también se han propuesto hipótesis para tratar de definir la etiología de este padecimiento, ya que no es posible llegar a un acuerdo respecto a que si el SPM es o no es de origen psicológico u orgánico.

Puesto que el ciclo menstrual depende del flujo de hormonas sexuales esteroideas ováricas, es lógico que se relacionen con SPM, en una forma temporal con el consiguiente empeoramiento de síntomas físicos y mentales.

ESTROGENOS Y PROGESTERONA.

La deficiencia de progesterona hacia el final de la fase luteínica hace que aparezca un empeoramiento de síntomas. Al principio del ciclo, durante el flujo sanguíneo menstrual, los niveles de hormonas ováricas se encuentran a su mínima capacidad, durante la segunda mitad de la fase folicular hay un aumento en los niveles plasmáticos de estrógeno, que alcanzan su nivel máximo antes de la ovulación, luego hay un brusco descenso que es seguido de un aumento luteínico, la progesterona es casi indetectable durante la fase folicular, sus niveles alcanzan un nivel máximo poco después de la fase media luteínica y luego desciende bruscamente cuando se acerca el menstrúo. Esto se da en ciclos ovulatorios. La influencia de la progesterona en el SPM, el ánimo y la conducta en la formación de síntomas se piensa puedan estar relacionados con los sistemas neurotransmisores (disminución de la actividad beta dopamino hidroxilaza, y aumento de la MAO), que están unidos en la regulación del ánimo y la conducta, relacionados temporalmente con los cambios de la fase luteínica y especialmente el descenso de los estrógenos y progesterona.

ENDORFINAS .

Los cambios en la concentraciones de las endorfinas en la fase progestacional ha sido discutida. Un aumento de endorfinas puede producir una agitación, ansiedad, así como características de supresión de opiáceos, disforia, labilidad emocional, letargo etc. Así las endorfinas se relacionan con la dopamina, noradrenalina y serotonina, neurotransmisores cuya actividad se creía declinada antes de la menstruación. Las repercusiones bioquímicas de los péptidos y sus efectos son las emocionales, en la conducta, agrupan muchos de los diversos componentes del SPM, por sus relaciones interaccionales con el sistema hipotálamico-pituitario-gonadal, que actúa diferente en las distintas fases del ciclo.

PROLACTINA

La sugerencia de la acción de la prolactina en la tensión premenstrual se basa en las acciones fisiológicas, positivas de la hormona, así como el aumento de los niveles registrados en la fase luteínica las mujeres con SPM tiene niveles premenstruales más altos de prolactina podría ser una manifestación de la actividad disminuida de la dopamina, éstas no actúan separadas, forman parte de un sistema dinámico multidimensional.

PROSTAGLANDINAS .

Varias de éstas afectan la termorregulación y pueden provocar dolor de cabeza, irritabilidad, concentración difícil, aumento en la permeabilidad capilar. Los niveles de prostaglandinas en el endometrio tienen un patrón cíclico relacionado con la menstruación y que aumenta durante la fase luteínica. Se ha propuesto una deficiencia premenstrual de prostaglandinas, debido a que el estrógeno estimula sus síntesis en el endometrio mientras que la progesterona lo inhibe y también aumenta su metabolismo . Los bajos niveles de prostaglandina E podrían desencadenar los cambios premenstruales al inhibir las acciones biológicas de la prolactina.

MINERALCORTICOIDES Y VASOPRESINA.

La aparición concomitante de depresión y síntomas que podrían interpretarse como retención de líquidos (por ejemplo, aumento de peso, sensación de inflamación etc), condujo a la sugerencia de que el desequilibrio del agua y electrolitos, podrían ser más importantes, como causal de cambios premenstruales, los niveles plasmáticos de aldosterona como la actividad de la renina plasmática, siguen un patrón cíclico similar al de la progesterona, además un nivel máximo preovulatorio de aldosterona. Los mecanismos exactos aún no están definidos así como los

efectos sugeridos de la angiotensina, aldosterona y renina en el SNC, la conducta y el estado de ánimo.

ANORMALIDADES DEL EJE HIPOTALAMO- PITUITARIO-TIROIDES

Los estrógenos aumentan los niveles séricos totales de tiroxina y triyodotironina, pero no los niveles libres de estas hormonas, probablemente debido a la estimulación de la producción de globulina que se une a la tiroidea, además con estrecha relación entre los estrógenos y las hormonas tiroideas. Su influencia sobre la interacción con los mecanismos requeridos cerebrales es concebible que existan fluctuaciones relacionadas con los ciclos menstruales en la función tiroidea.

MELATONINA, TESTOSTERONA Y CORTISOL.

Es difícil encontrar una hormona que no esté involucrada o asociada con cambios premenstruales. La melatonina de la glándula pineal se ha propuesto que su acción en los cambios premenstruales, sus niveles varían durante el ciclo menstrual y más altos en el perimenstruo. Esta también tiene una intrincada relación con hormonas gonadales. La aparición premenstrual de agresión, deseo sexual aumentado y acné, nos lleva a la suposición de que

los estrógenos podrían verse aumentados premenstrualmente. Sin embargo la asociación entre los andrógenos y la agresión no está definitivamente establecida, y aún no se ha demostrado.

Las fluctuaciones cíclicas en la testosterona y otros andrógenos.

Los niveles plasmáticos de cortisol no fluctúan durante el ciclo menstrual, aun cuando se informó que la hormona urinaria libre 17 hidroxycorticosterona, cortisol plásmatico, ACTH, aumentan durante la fase luteínica, se cree que no indica, que la actividad basal hipotálmica-pituitaria-adrenal, está asociada con cualquier sintomatología relacionada con la depresión.

SEROTONINA

Los niveles plasmáticos del triptofano precursor de la serotonina, son altos mientras el ácido,5, hidroxindolacético, el metabolito serotoninérgico es bajo (este aumenta durante la primera mitad y a mediados de la fase luteínica), esto indica una baja actividad serotoninérgica antes de la menstruación.

Si tuviéramos que resumir en una fase la serie de información que aquí se maneja, la agruparíamos como "cambios cíclicos", en lugar de examinar cada factor, se podría examinar el cambio real y su importancia.

Está poco clara la participación precisa de hormonas y sustancias químicas relacionadas en el origen de los síntomas cíclicos denominados en conjunto SPM.

Debido a la alta frecuencia de los síntomas negativos durante la fase luteínica, se ha propuesto que la progesterona es la culpable natural de los cambios premenstruales, hasta ahora los intentos para explicar estos cambios, han sido improbables.

Para el DSMIIIR, esta entidad se denomina, "Trastorno disfórico del final de la fase luteínica". Considerando los cambios diversos, como físicos, emocionales asociados con fases específicas del ciclo menstrual, que en la mayor parte no son graves, causan escasas molestias y no afectan el funcionamiento social o laboral. Sin embargo la sintomatología esencial del trastorno disfórico al final de la fase luteínica consiste en un patrón de síntomas emocionales o conductuales, significativos que ocurren en la última fase luteínica y remiten al cabo de pocos días de haberse iniciado la fase folicular, por lo regular los síntomas se presentan en la semana antes del comienzo de la menstruación y remiten poco días después .

Se señala también en DSMIIIR "el diagnóstico solo se realiza si los síntomas son suficientemente graves para ocasionar un marcado deterioro en el funcionamiento social o laboral y si se han producido en la mayoría de los ciclos menstruales en el año anterior".

Y recalca que no se debe hacer diagnóstico en aquellas personas que únicamente experimentan, durante la fase luteínica tardía, exacerbaciones de otros trastornos, como depresión mayor, crisis de angustia, distimia o trastorno de la personalidad.

Los criterios diagnósticos para esta entidad son :

A.- En la mayoría de ciclos menstruales del año pasado, los síntomas descritos en b se presentaron a lo largo de la

última semana de la fase luteínica, y remitieron a los pocos días de empezar la fase folicular (en mujeres menstruantes que no han sido histerectomizadas).

B.- Al menos de los siguientes 5 síntomas han estado presentes la mayor parte del tiempo durante la parte final de la fase luteínica .

1.-Notable labilidad afectiva

2.-Ira o irritabilidad persistente y notoria

3.-Ansiedad notable, tensión, sentimiento de estar "al límite "

4.-Humor depresivo notable, tensión, sentimiento de desesperanza o ideas de autorreproche

5.-Disminución del interés en las actividades habituales ; por ejemplo en el trabajo, amistades, y relaciones afectivas.

6.- Fatigabilidad fácil, y falta de energía.

7.-Sensación subjetiva de dificultades para concentrarse

8.-Notable cambio en el apetito, comer en exceso o deseo anormal de alimentos específicos

9.-Hipersomnia o insomnio

10.-Otros síntomas físicos como hipersensibilidad o tumefacción mamaria, cefalea, algias osteomusculares, sensación de estar "hinchada", o aumento de peso.

C.- El trastorno interfiere en forma importante con el trabajo o las actividades sociales habituales o con las relaciones con los demás.

D.- La alteración no es mera exacerbación de los síntomas de otro trastorno como depresión mayor, crisis de angustia, distimia, trastorno de la personalidad (aunque puede estar supuesto ante estos)

E.- Los criterios a,b,c y d, han sido confirmados por autorregistros diarios prospectivos durante al menos dos ciclos sintomáticos.

ESCALA DE HAMILTON.

Una entre un gran número de escalas, se utiliza en la actualidad para medir la depresión .

Está escala fue elaborada en 1960 por Max Hamilton, consta de 17 variables, algunas se definen como categorías de interés creciente, otras por términos equivalentes. Las variables se miden con una escala de 5 o 3 puntos. El autor recomienda que dos personas independientes califiquen al paciente en la misma entrevista para obtener una calificación, promedio y evitar errores de interpretación personal.

En seguida se enumeran los apartados de está escala:

I.-Talante depresivo (tristeza, desesperanza, impotencia y desamparo):

0.Ausente

1. Acepta los síntomas solo cuando se le pregunta

2. Comunica estos síntomas no en forma verbal, sino por la expresión facial, postura, voz y tendencia al llanto.

3. El paciente refiere casi únicamente estos síntomas en su comunicación verbal, como no verbal

II.- Sentimientos de culpa.

0. Ausente

1. Autorreproche; siente que le ha fallado a los demás.

2. Rumiación de errores pasados o de malas acciones.

3. La enfermedad actual es un castigo. Ideas delirantes de culpa.

4. Oye voces que lo acusan, o lo denuncian y/o experimentan alucinaciones visuales amenazadoras.

III.- Suicidio.

0. Ausente

1. Siente que la vida no vale la pena.

2. Deseos de morir o pensamientos fugaces de matarse.

3. Ideas o amagos suicidas.

4. Intento suicida (cualquier intento se califica como 4

IV.- Insomnio inicial.

0. Nunca tarda en conciliar el sueño.

1. Se queja de dificultad ocasional para conciliar el sueño (tarda más de media hora para dormirse).

2.- Diariamente tarda en conciliar el sueño.

V.- Insomnio o despertares intermedios.

0. Ausente.

1. Se queja de sueño superficial e inquieto durante toda la noche.

2. Despierta durante la noche, si se levanta de la cama calificación con 2, excepto si es para orinar.

VI.-Insomnio Terminal.

0. Ausente.

1.Despierta en la madrugada, pero vuelve a dormirse.

2.Sise levanta no puede volver a dormirse.

VII- Trabajo y actividades.

0. No tiene problemas

1.Pensamientos y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad en relación con las actividades de trabajo o diversiones.

2.Pérdida del interés, por las actividades, diversiones o trabajo, ya sea reportado directamente por el paciente o indirectamente para demostrarse desatento indeciso y vacilante.

3.Disminución del tiempo que dedicaba normalmente a sus actividades o disminución en la productividad.

4. Dejó de trabajar a causa del padecimiento actual.

VIII.-Retardo (en el pensamiento, en la articulación de palabras, en concentrarse).

0. Pensamiento y palabras normales.

1. Retardo ligero durante la entrevista.

2.Retardo obvio durante la entrevista.

3. Entrevista difícil.

4. Imposibilidad de diálogo.

IX.- Agitación.

0. Ausente.

1. El paciente juguetea con sus manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios, etc.

X.-Ansiedad psíquica .

0. Ausente

1. Tensión subjetiva o irritabilidad

2. Preocupación por cosas triviales

3. Actitud ansiosa aparente en la expresión de la cara

4. Habla espontáneamente de sus temores.

XI.- Ansiedad somática.

0. Ausente.

1. Ligera.

2. Moderada

3. Severa

4. Incapacitante.

XII.- Síntomas gastrointestinales.

0. Ninguno

1. Pérdida de apetito, pero come si le insisten, pide o necesita laxantes u otros medicamentos para síntomas gastrointestinales.

XIII.- Síntomas somático generales.

0. Ninguno

1. Pesantez, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.

XIV.- Síntomas genitales.

0. Ausente

1. Débil

2. Grave

3. Incapacitante.

XV.-Hipocondría

0. Ausente

1. Atención excesiva a su cuerpo
2. Preocupación por su salud
3. Quejas frecuentes, solicita ayuda etc.
4. Ideas delirantes hipocondríacas.

XVI.- Pérdida de peso (Calificar "a" o "b").

a. Valorado por interrogatorio

b. Valorado semanalmente por el médico al pesar al paciente.

XVII.-Conciencia de enfermedad (insigth).

0. Se da cuenta que está enfermo y deprimido.

1. Se da cuenta que está enfermo y deprimido pero lo atribuye a la comida al clima, al trabajo excesivo, a los virus, a la necesidad de descanso.

2. Niega por completo estar enfermo.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA.

PROBLEMA.

Se evaluarán pacientes en el servicio de psiquiatría del Hospital General "Rubén Leñero", con impresión diagnóstica de SPM, valoradas previamente por el servicio de consulta externa de Ginecología de la misma Institución, las cuáles presentan alteraciones en el área física, conductual y afectiva. Durante el periodo premenstrual.

Las pacientes ginecológicas que se considerarán con SPM, realmente cursan con un SPM?

OBJETIVOS

La finalidad del estudio es integrar un diagnóstico, apoyándose en la aplicación de escalas y criterios diagnósticos que valoren los cambios cíclicos en el área afectiva, conductual y física, durante el periodo premenstrual. Se estudiarán a los sujetos a lo largo de dos ciclos para descartar un trastorno afectivo que esté exacerbando la sintomatología.

HIPOTESIS

La valoración por parte del gineco-obstetra, no llega a ser integral.

DISEÑO

Es un estudio prospectivo, transversal, de tipo descriptivo de una cohorte.

MATERIAL Y METODO.

Se enviaron 30 pacientes al servicio de psiquiatría, procedentes del servicio de ginecología, del Hospital Gral. "Rubén Leñero", con hoja de interconsulta con criterios para SPM, para la especialidad de Ginecología. (ver hoja adjunta) En la primera consulta psiquiátrica se evaluaron condiciones, afectivas y conductuales, basándose en los criterios diagnósticos para SPM, del apartado del DSMIII R, posteriormente se aplicó la escala de Hamilton, para evaluar área afectiva. Se dio un seguimiento a cada paciente a lo largo de dos periodos premenstruales.

METODO.

Se enviaron 30 pacientes valoradas previamente por el servicio de Ginecología, de éstas solo 25, aceptaron el seguimiento, 5 no acudieron a la primera entrevista al servicio de psiquiatría. En la evaluación realizada por el servicio de ginecología se mencionaron los cambios más importantes presentados en el periodo premenstrual, se

llena hoja de interconsulta , que contiene los siguientes datos:

Ficha de identificación (edad, estado civil, escolaridad y ocupación), Antecedentes gineco-obstetricos (menarca, ciclicidad menstrual, gestas, paras, abortos, y cesárea), método anticonceptivo empleado y síntomas presentes en ese periodo.

En la primera entrevista psiquiátrica, se valoró con entrevista inicial y la aplicación de la escala de Hamilton (aplicada por médico psiquiatra y evaluada con la ayuda de un psicólogo). Con el fin de descartar trastornos del ánimo, que estuviera exacerbado y dando un cuadro sintomatológico semejante al SPM. Se evalúa a cada paciente de acuerdo a los criterios del DSMIII R.

La segunda y tercera evaluación se realizo una semana antes del periodo menstrual (una cada mes), en estas entrevistas las pacientes subrayan los síntomas presentados en estos dos periodos.

ANALISIS DE RESULTADOS.

Se obtuvo la media aritmética, desviación estandar, de las variables de la muestra (edad, escolaridad, paridad, duración de ciclo menstrual etc), así como de la calificación de la escala de Hamilton.

RESULTADOS

Datos demográficos.

La muestra estudiada fue de 25 pacientes, de está 40% (10 pacientes), no cumplían criterios para SPM, según DSMIIIR.

Las 15 pacientes restantes cumplían criterios para está entidad.

EDAD.

La edad mínima de nuestra muestra fue de 18 años y la máxima de 46 años, teniendo una media de 29-28 años. El grupo de pacientes entre 24-32 años fue el grupo más afectado, teniendo un promedio de 56% con respecto a la muestra total.

ESTADO CIVIL.

De las 25 pacientes 14 eran casadas (56%), 9 solteras (36%), 1 divorciada (4%), y una viuda (4%). De las pacientes diagnosticadas de acuerdo al DSM III R, 12 eran casada (48%), 5 solteras (20%) y 1 divorciada (4%).

Aquellas que no presentaban SPM: 3 eran solteras (12%), 2 eran casadas (8%), y una viuda (4%). El 28% de las pacientes de muestra, no cumplieron los criterios de diagnóstico y 72% de la muestra, cumplía criterios de DSMIII R para SMP.

ESCOLARIDAD.

En la muestra las pacientes tenían en años mínimo de estudio hasta el 6 año de primaria, 2 (8%), secundaria 6 (24%), Técnica 7 (28%), bachillerato 7 (28%), y licenciatura 3 (12%).

OCUPACION.

Un total de 24 pacientes (96%) trabajan, y solo una era ama de casa (4%).

Dos de las pacientes eran trabajadores sociales (8%), 1 encargada de oficina (4%), 7 eran secretarias (28%), una cajera (4%), 2 estudiantes (8%) y 9 eran empleadas de diferentes comercios (36%).

CICLOS MENSTRUALES.

El ciclo más corto que se encontró fue de 25 días, en una paciente (4%), en 5 pacientes fue de 31 días (20%), 3 presentaban ciclos de 32 días (12%), 5 pacientes tenían ciclos de 33 días (20%), 4 pacientes de 34 días (16%), 6 pacientes con ciclos de 35 días (24%), y el más largo que se encontró fue de 40 días en una paciente (4%).

Obteniendo una media de 33.08 días por ciclo con una desviación estandar de 2.56.

PARIDAD.

Solo 15 de las pacientes (60%) tenían, con una media de 2 y una desviación estandar de 0.966.

CONCLUSIONES .

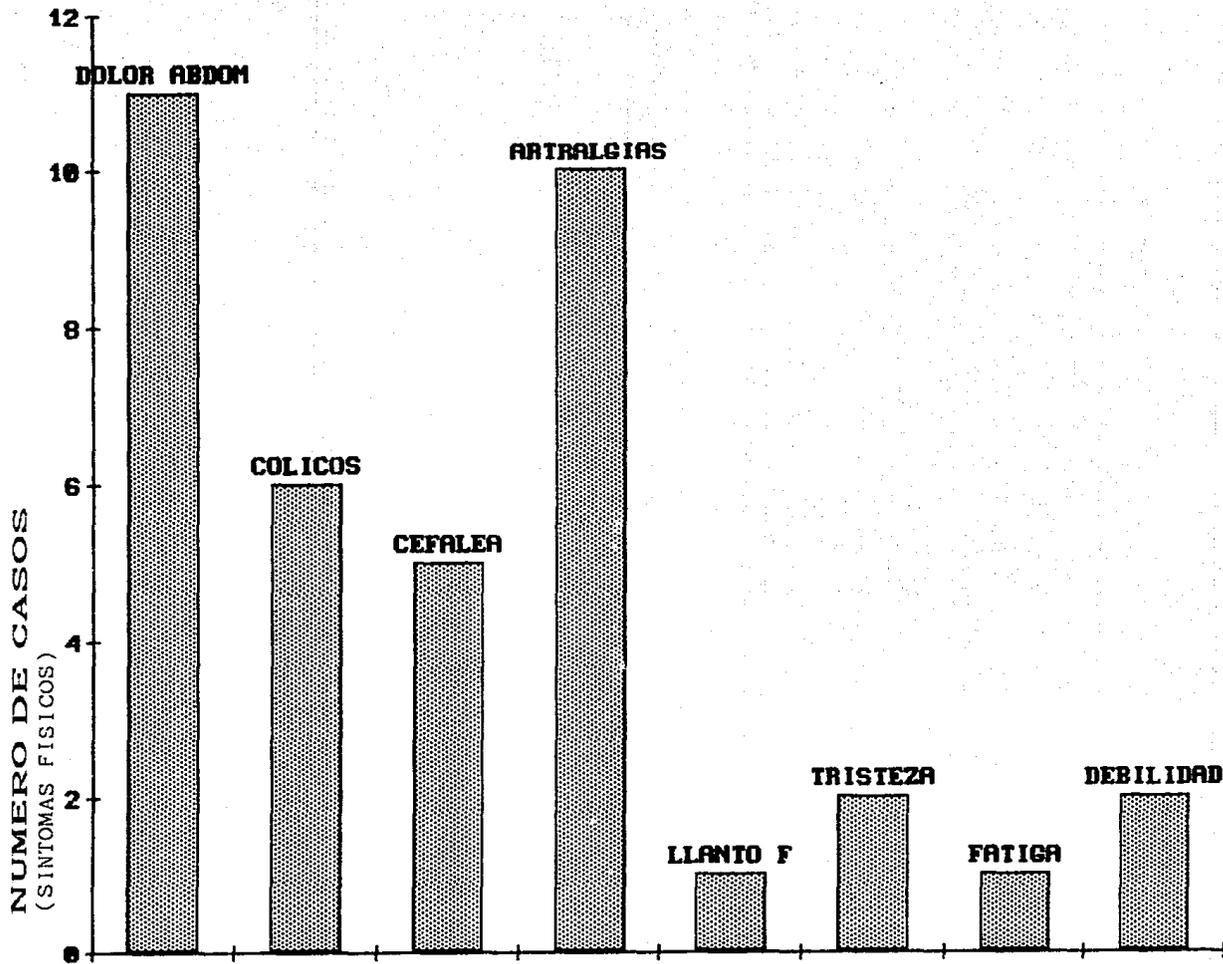
De acuerdo a los datos obtenidos encontramos que las pacientes ginecológicas, en un porcentaje importante (40% de la muestra), no son evaluadas conjuntando las tres áreas (afectiva, conductual, y física), dándole más importancia a los síntomas físico, se observó además que al canalizarlas solo habían presentado cambios en un ciclo, no habiendo aparecido anteriormente y/o posteriormente, durante el estudio, sin embargo nuestra muestra tiene una correlación importante con los hallazgos de otros estudios como la relación entre paridad, y presencia de SPM, la edad, el stress ocupacional, además de la edad y la duración de los ciclos. Se observa que en el grupo de pacientes con SPM, según el DSMIII R, los cambios aparecieron durante el estudio que se dio en dos ciclos menstruales.

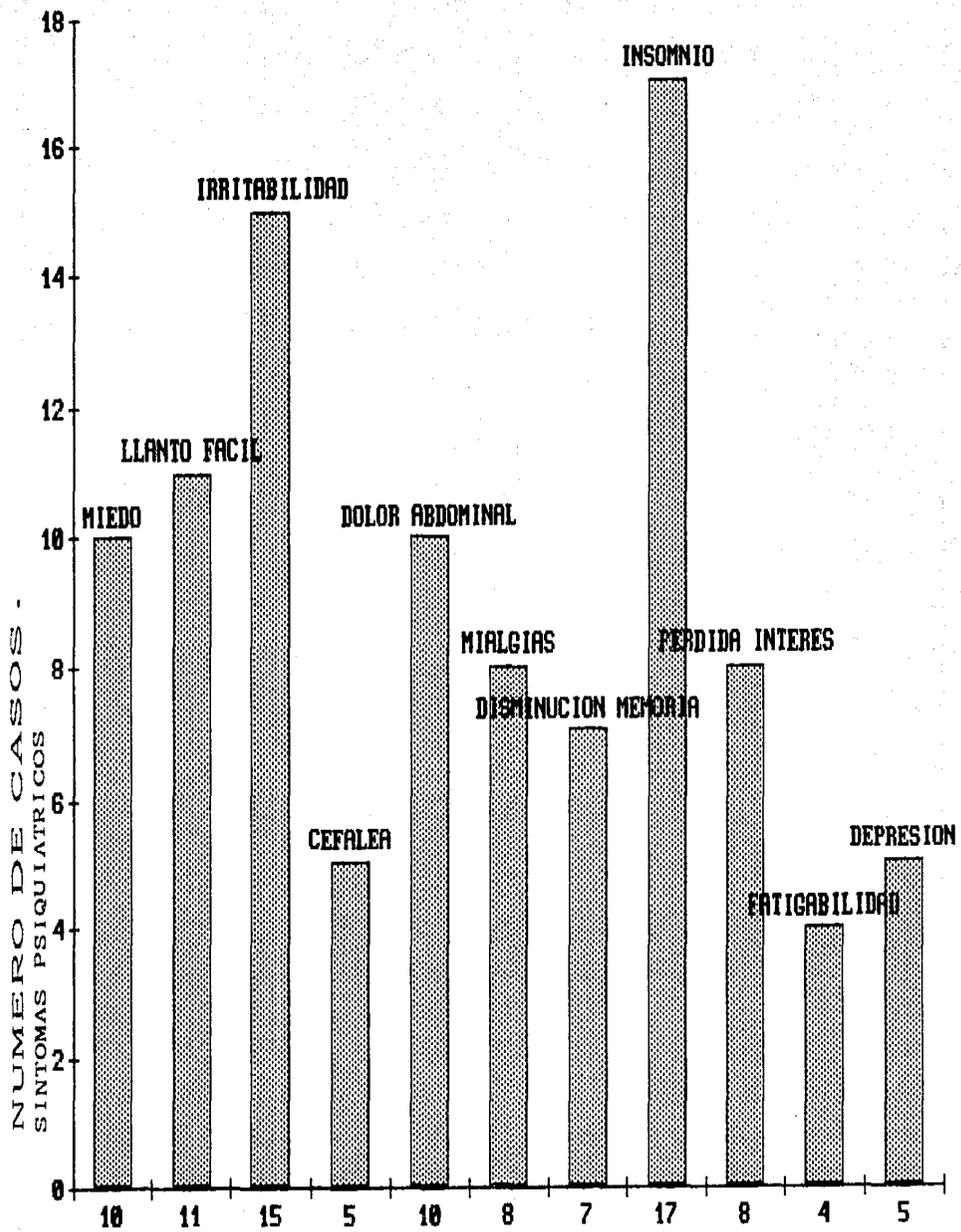
La cantidad de síntomas encontrados es diferente para los Psiquiatras y los Ginecólogos, existiendo solo concordancia en 7 síntomas, y dos de ellos son del área afectiva.

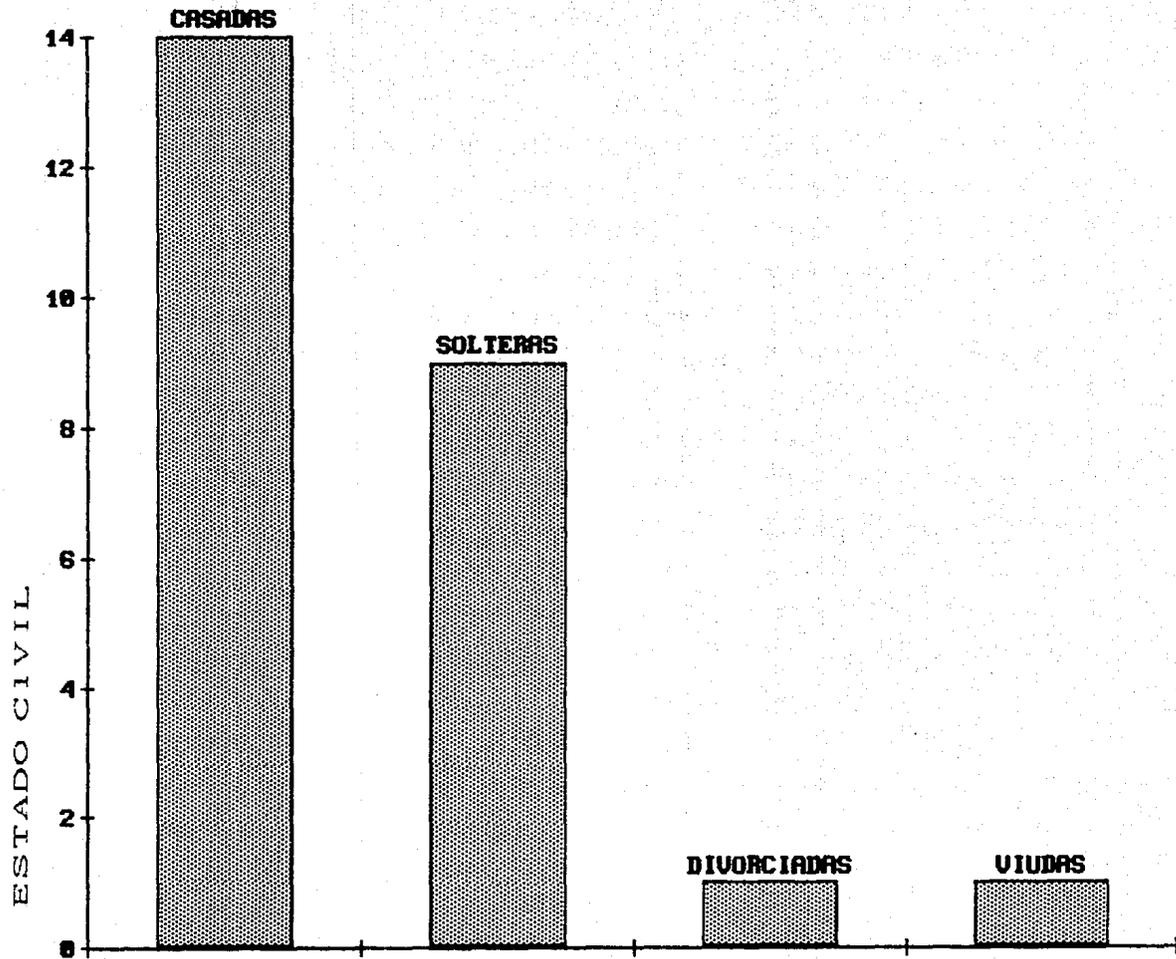
Al no tener un cuadro específico para su diagnóstico, por la diversidad de síntomas que manejan cada rama es difícil conjuntar un cuadro nosológico .

Esto nos lleva a concluir que los médicos Gineco-Obstetras deben conjuntar sus criterios diagnósticos para esta entidad: En el área Afectiva, Conductual, y Física.

Pués las .Pacientes s que buscan resolver este problema acuden inicialmente con el médico Ginecólogo y hacen a un lado la ayuda Psiquiátrica.







BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Denicoff KD. Glucose tolerance in Women with SPN.
Am J. Psychiatry 1990 Apr. 147 (4) 477-80
- 2.- Letter S. Late Luteal Phase dysphoric disorder and DSMIII R Am J. Psychiatry 1990 March 147 (3) 379-9
- 3.- Winters. Cultural variations of Premenstrual Experience.
Int J. Soc. Psychiatry 1989 35 (4) 343-4
- 4.- Letter S. Psychiatry Disorders Associated with specific period in womans Am. J. Psychiatry 1990 Jul. 147 (7) 957-8
- 5.- Dalton K. the Premenstrual Syndrome and Progesterone Therapy.
2nd. ed. Chicago Years Book
- 6.- Friedman D. Jaffe. A influence of Life- Style on the Premenstrual Syndrome Analysis of questionnarie Survey. J. Reprod. Med. 1985;30:715
- 7.- Slade P. Premenstrual Emotional Changes in Normal Woman: Fact o Fiction ? J. Psychosom Res. 1984; 24: 1-7
- 8.- Janowsky DS, Raus ch J Biochemical Hypothiser of Premenstrual Tension Syndrome. Psychol Med. 1985: 15: 3-8
- 9.- Rubinow DR. et al.- Prospectives assessment of Menstrually Related Mood Disorders. Am J. Psychiatry 1984; 141: 684
- 10.- Rubinow DR, Roy-Byrne PP Premenstrual Syndromes; over view from a methodologic perspective; Am J. Psychiatry 1984; 151:163
- 11.- De Jong R, Rubinow DR, Premenstrual Mood; Disorders and Psychiatric illness Am J. Psychiatry 1985: 142:1359
- 12.- Chisholm G, Jung SOJ, Premenstrual Anxiety and Depression: Comparasio of objetive psicologial test with a retrospective questionnaire Acta Psyciat. Scand. 1990 86:52-57
- 13.- Carolyn E. Premenstrual Emotional Changes a prospective study of Symptomatology in normal woman. J. of Psycosom Research 34; 1; 35-45 1990
- 14.- Leslilie Hartley Cols. Issues in the identification of premenstrual Syndromes, J. of Nervaus and Mental Disease. 178; No. 4; 1990
- 15.- Metcalf MB cols. Physical symptom cyclicly in woman with and without the premenstrual syndrome. J. of Psychosom Research. 34; 2; 203-213; 1990.
- 16.- Endocrinology and Metabolism Clinics of North America Vol. 17, N. 1 ; March 1988.
- 17.- Backstrom T. cols. Plasma Prolactin and Testosterona during the Luteal Phase in Woman with Premenstrual Tension. Psychoneuro end 6/3 ; 242
- 18.- Rubinow DR; cols. Changes in Plasma Hormones across the menstrual cycle in patrents with menstrually related mood disorder and incontrol subjects Am J. Gynecol 1988 Jan. 158 (1) 5-11
- 19.- Rapkin AJ; Buckman TD; Sutphire Ms. Platelet Monoamine oxidase B activit in women premenstrual syndrome. Am J. Gynecol 1988 Dec. 159 (6): 1536-40
- 20.- Dalton K. Trial of Progesterone vaginal suppositories in the treatment of premenstyrual syndrome. Am J. Gynecol 1987 Jun. 156 (6) 1555-6
- 21.- Rowell AB Premenstrual Syndrome: Documentation by a linear analog svcale compared with two descriptive scales. Am J. Obstet Gynecol 1986 Oct; 155 (4) 862-7

- 22.- Magos AL; Brincat M, Studd JW Trend Analysis of Symptoms of Iso Women with history of the premenstrual syndrome Am J Obstet Gynecol; 1986 Aug. ;155 (2): 247-82
- 23.- Magos AL; Studd JW. Assessment of menstrual cycle symptoms by trend analysis. Am J Obstet Gynecol; 1986 Aug. 155 (2): 271-7
- 24.- Destefano F; Perlman JA; Peterson HB; Diamond EL Long-term risk of menstrual disturbances after tubal sterilization. Am J Obstet Gynecol 1985 Aug. 1; 152 (7 Pt 1) : 835-41
- 25.- Foratian B. Gaspar A, O'brian PM; Johnson JR: Premenstrual Syndrome: Weight, abdominal, swelling and perceived body image. Am J Obstet Gynecol. 1984 Sep. 15: 150 (2): 200-4
- 26.- Guillermo Calderón Narvaéz. Depresión, Causas, Manifestaciones y Tratamiento. Ed. Trillas 4a reimp. Oct. 1990 Mex. D.F. 87-112