

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL  
TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN  
ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE  
CARTAGENA**

DRA. KETTY ELENA MARRGO VEGA

Universidad de Cartagena  
Facultad de Medicina  
Especialidad en psiquiatría  
Cartagena de Indias  
2011

**PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL  
TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN  
ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE  
CARTAGENA**

DRA KETTY ELENA MARRUGO VEGA

Especialización en psiquiatría

Tutor

Dr. Francisco Barrios Ayola

Universidad de Cartagena

Facultad de Medicina

Especialización en psiquiatría

Cartagena de Indias, D. T. y C.

2011

Nota de aceptación

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Cartagena de Indias, mayo de 2011

Cartagena de Indias, mayo de 2011

Doctor

Alvaro Monterrosa

Jefe del departamento de investigaciones

Universidad de Cartagena

Cordial saludo

Envío la calificación del trabajo de investigación titulado **PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**, realizado por la Dra. Ketty Elena Marrugo Vega.

Calificación:

Dr. Francisco Barrios Ayola: \_\_\_\_\_

Calificación total: \_\_\_\_\_

Comentarios:

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Dr. Francisco Barrios Ayola

Médico Psiquiatra

Docente facultad de medicina

Programa de psiquiatría

Universidad de Cartagena

Cartagena de Indias, mayo de 2011

Doctor

Alvaro Monterrosa

Jefe del departamento de investigaciones

Universidad de Cartagena

Cordial saludo

A través de la presenta autorizo a ser digitalizado y colocado en la web en formato pdf para la consulta de toda la comunidad científica, el trabajo de mi autoría titulado **PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**, para la consulta de toda la comunidad científica.

Dra. Ketty Elena Marrugo Vega

Médico Residente

Programa de Psiquiatría

Universidad de Cartagena

Cartagena de Indias, mayo de 2011

Doctor

Alvaro Monterrosa

Jefe del departamento de investigaciones

Universidad de Cartagena

Cordial saludo.

A través de la presente cedo los derechos de publicación del trabajo titulado **PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA**, a la Universidad de Cartagena para que sea publicado en formato electrónico y físico en la revista de la Universidad, además autorizo que sea almacenado en la biblioteca de la facultad con fines puramente académicos.

Dra. Ketty Elena Marrugo Vega

Médico Residente

Programa de Psiquiatría

Universidad de Cartagena

# PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

Ketty Marrugo V. \*, Francisco Barrios A. \*\*, Esther Perea C. \*\*\*

\* Médico Residente psiquiatría, tercer año, Universidad de Cartagena.

\*\* Médico psiquiatra, Universidad de Cartagena.

Jefe del programa de psiquiatría (e), Universidad de Cartagena.

\*\*\* Médico Residente psiquiatría, tercer año, Universidad de Cartagena.

FACULTAD DE MEDICINA, UNIVERSIDAD DE CARTAGENA.

CARTAGENA DE INDIAS (COLOMBIA).

Ketty Elena Marrugo Vega, correo electrónico: [ketymarrugo@gmail.com](mailto:ketymarrugo@gmail.com),

Bocagrande, Av. 2ª. No. 6-50, Edificio Monacol, Apto 301

## PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS AL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CARTAGENA

**K. Marrugo Vega MD, E. Perea Castro MD y F. Barrios Ayola MD**  
**Departamento de Psiquiatría, Universidad de Cartagena**  
**(Cartagena de Indias, Colombia)**

### **RESUMEN**

El Trastorno Disfórico Premenstrual (TDP) es la exacerbación patológica de los cambios somáticos y psíquicos que ocurren durante la fase luteínica en el ciclo femenino normal. Entre sus múltiples mecanismos etiopatogénicos se postulan factores genéticos, neurobiológicos y endocrinológicos, íntimamente relacionados. Su prevalencia varía según diferentes publicaciones entre el 5 y el 8%. No existen estudios en nuestra población que evalúen la prevalencia de dicho trastorno. El único estudio llevado a cabo en nuestra población, relativo a trastornos del estado de ánimo, fue realizado en la ciudad de Cartagena, donde se establecían los factores relacionados a la depresión en estudiantes de colegio, encontrando en el sexo femenino una posible relación de episodios depresivos con el periodo menstrual.

**Objetivo:** El objetivo principal de la presente investigación, fue determinar la prevalencia del TDP, en la población de estudiantes de medicina de la universidad de Cartagena, tomamos una muestra de 180 pacientes.

**Metodología:** Este trabajo de investigación, es un estudio descriptivo, el cual tuvo dos fases, en las que se combinó un método transversal y uno prospectivo, el primero consistente en el diligenciamiento de un cuestionario, que aportó datos socio-demográficos y clínicos, así como la posibilidad de padecer del trastorno, al responder la pregunta: ¿afecta la menstruación tu vida diaria?, el cual aportó una prevalencia de 34.4%. Una segunda fase prospectiva, por medio del diligenciamiento del registro diario de síntomas (según los criterios diagnósticos del DSM IV), durante seis meses consecutivos.

Los resultados fueron analizados en el programa Epi info, obteniendo proporciones para las variables categóricas y medias para las variables continuas.

**Resultados:** La prevalencia que arrojó el presente estudio fue del 32%, mucho más alta a la encontrada por otros autores; además se pudo observar que un 98.1% de la muestra diagnosticada con TDP, tuvo antecedentes familiares del mismo trastorno, sin embargo, no podemos descartar una distorsión cognitiva de origen cultural.

Los indicadores principalmente apreciados coinciden con los esperados, esto es, pertenecientes a la estirpe ansiosa-depresiva. No obstante, se muestran indicadores más claramente disfóricos, como la irritabilidad (63%), que depresivos (36%), aunque sea este último, el primer indicador en importancia propuesto en el DSM.

**Conclusiones:** Entre varias de las causas analizadas, con respecto a que la prevalencia obtenida en este estudio es mucho más alta a la encontrada por otros autores (32%), consideramos el hecho de ser una patología sub-diagnosticada, por desconocimiento de la misma, como una razón importante, por lo que se deben continuar realizando estudios al respecto.

**PALABRAS CLAVES:** Trastorno Afectivo, Síndrome Disfórico Premenstrual, Trastorno Disfórico Premenstrual, sintomatología, prevalencia, prospectiva, retrospectiva.



**ABSTRACT:**

Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) is the pathological exacerbation of somatic and psychological changes that occur during the luteal phase in the normal female cycle. Among its multiple mechanisms could be postulated genetic factors, neurobiological and endocrinological closely related. Its prevalence varies according to different publications between 5 and 8%. No studies in our population to evaluate our own prevalence. The only study conducted in our population on mood disorders was conducted in the city of Cartagena, which established the factors related to depression in college students, finding a possible female sex ratio of episodes depressive menstrual period.

**Objective:** The main objective was to determine the prevalence of TDP in the population of medical students at the University of Cartagena, we take a sample of 180 patients.

**Methodology:** The investigation is a descriptive study, and it had two phases, which combined a cross-sectional and a prospective method, the first consisting of filling out a questionnaire that provided demographic data and clinical as well as the possibility of developing the disorder, to answer the question: menstruation affects your daily life?, which provided a prevalence of 34.4%. A second prospective study by the service processing the daily record of symptoms (according to DSM IV) for six consecutive months, yielding a prevalence of 32%.

The results were analyzed with Epi info, giving proportions for categorical variables and means for continuous variables.

**Results:** The prevalence found in this study was 32%, much higher than that found by other authors; in addition, it was observed that 98.1% of the sample diagnosed with TDP, had a family history of the disorder, however, we cannot rule out a cognitive distortion of cultural origin.

Appreciated mainly indicators match the expected, about belonging to the anxious-depressive stock. However, indicators show clearly dysphoric and irritability (63%) than depression (36%), even if the latter, the first important indicator proposed in the DSM.

**Conclusions:** Among a number of cases analyzed, with respect to the prevalence obtained in this study is much higher than that found by other authors (32%), we consider the fact that an underdiagnosed disease, for lack of it, as an important reason, so should continue with studies.

**KEY WORDS:** Affective Disorder, Premenstrual Dysphoric Syndrome, Premenstrual Dysphoric Disorder, symptoms, prevalence, prospective, retrospective.

---

## **INTRODUCCION**

A través de toda su vida la mujer sufre muchos cambios a nivel hormonal, que finalmente terminan repercutiendo, de una u otra forma, en su calidad de vida. En estos eventos se resaltan, los ciclos menstruales, embarazo, lactancia, parto, puerperio, menopausia, los cuales por su condición misma, se relacionan en una relativa alta frecuencia, con trastornos psiquiátricos, principalmente de tipo afectivo, sin olvidar, ya que es el objeto de la presente investigación, el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDP).

El Trastorno Disfórico Premenstrual (TDP) es la exacerbación patológica de los cambios somáticos y psíquicos que ocurren durante la fase luteínica en el ciclo femenino normal. Entre sus múltiples mecanismos etiopatogénicos se postulan factores genéticos, neurobiológicos y endocrinológicos, íntimamente relacionados.

Entre las características más llamativas respecto al TDP, es la falta de consenso existente a la hora de definirlo. Tan sólo su denominación ha sufrido varios cambios desde que fuera por primera vez descrito en 1931 por Frank como Síndrome Premenstrual, habiéndose referido a él los distintos autores como Trastorno disfórico de la fase luteínica tardía y Síndrome de Tensión Premenstrual (1).

Actualmente el TDP aparece recogido en el Apéndice dedicado a "Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores" del DSM-IV, ya que sigue sin estar suficientemente validado (2). No deja de ser llamativo que un Trastorno sometido a investigación durante más de sesenta años no haya conseguido consenso acerca de su epidemiología, etiopatogenia, clínica, diagnóstico y tratamiento.

En Colombia y específicamente en Cartagena, hay muy pocos estudios al respecto (11), representando un importante vacío en el conocimiento. La mayoría de la literatura se toma de casos en Europa y Estados Unidos, aunque a manera general se dice que en Latinoamérica hay una mayor tendencia a sufrir de trastornos premenstruales (16). Esto es preocupante ya que el 70.8% de las personas que se ausentan al trabajo por causas psiquiátricas son mujeres, siendo población de todas las culturas y estratos socioeconómicos (15).

El único estudio llevado a cabo en nuestra población, relativo a trastornos del estado de ánimo, fue realizado en la ciudad de Cartagena, donde se establecían los factores relacionados a la depresión en estudiantes de colegio, encontrando en el sexo femenino una posible relación de episodios depresivos con el periodo menstrual (11).

En el presente artículo se exponen los resultados obtenidos de un estudio descriptivo, transversal, realizado con jóvenes estudiantes de la Universidad de Cartagena, el cual contribuirá notablemente a precisar varios aspectos del

TDP, principalmente su prevalencia, pero de igual forma sobre su sintomatología y diagnóstico, cuya importancia radica, como primer lugar, en aumentar el conocimiento al respecto en la población médica y estudiantil, que conllevará a disminuir el sub-diagnóstico, y por ende, las consecuencias de no dar el tratamiento adecuado y a tiempo. Consecuencias como la disfunción o incapacidad significativa de las actividades diarias, por lo que se convierte en un problema en todos los ámbitos de vida de la mujer (12, 13), no solo a nivel personal, sino familiar, social y laboral, con tendencia a la cronicidad, recurrencia y al suicidio, con un fuerte impacto social y económico. Se conoce que las pérdidas por ausentismo laboral en USA, oscilan alrededor de los 5 millones de dólares, debido a este trastorno. (14).

Por todo lo anteriormente expuesto, el TDP merece la atención de investigadores, clínicos y administradores, por las implicaciones importantes en psicopatología, en salud pública y a nivel económico, siendo necesarios estudios prospectivos tanto del trastorno en estudio, como de las comorbilidades psiquiátricas asociadas a este.

Los beneficios al realizar este estudio repercutirán en la academia, ya que generará conocimientos científicos a los profesionales de la salud, y como consecuencia de esto, favorecerá la condición laboral al disminuir los ausentismos y a su vez aumentará la productividad. Todo esto termina mejorando el entorno no solo clínico y emocional de la paciente, sino también familiar, social, económico y laboral.

## **METODOLOGIA:**

### **Tipo de estudio:**

El presente trabajo es un estudio descriptivo, transversal; realizado durante el periodo del mes de Junio a Noviembre de 2010.

### **Población:**

La población del presente estudio fueron las mujeres en edad fértil, que fueran estudiantes activas de primero a décimo semestre de la facultad de medicina de la Universidad de Cartagena.

**Muestra:**

La muestra fue elegida de manera aleatoria, llevándose a cabo un diseño transversal, inicialmente para la exploración retrospectiva de la posibilidad de padecer del TDP, mediante una pregunta realizada dentro del cuestionario inicial auto-aplicado, ¿afecta la menstruación tu vida?, y la otra exploración de tipo prospectivo, que se realizó con el grupo conformado por las 158 participantes, que culminaron el trabajo de investigación.

La fórmula para establecer el tamaño de la muestra fue:

$$n = \frac{n'}{1 + \frac{n'}{N}}$$

**Técnicas y Procedimientos:**

Para la realización del estudio, los investigadores elaboraron un cuestionario auto-aplicado para obtener los datos socio-demográficos (edad, estado civil); añadiéndole también al cuestionario preguntas que investigaban la frecuencia de vida sexual activa, de planificación familiar, la opinión personal de las entrevistadas acerca de la existencia del trastorno, así como los antecedentes familiares del mismo, antecedentes personales y familiares de otros trastornos psiquiátricos, menarquía, regularidad de los ciclos, vida laboral extracurricular, convivencia, uso de sustancia psicoactivas. Posteriormente se aplicó una tabla de registro diario, para verificar la presencia o ausencia de síntomas propios de esta patología y que son los criterios diagnósticos postulados por el DSM, esta debía ser diligenciada directamente por la participante, a lo largo de seis ciclos menstruales consecutivos. Todo lo anterior previo consentimiento informado por parte de los participantes.

El único contacto personal con el investigador, fue a la hora presentar el proyecto, y a quienes daban su consentimiento informado, se les solicitaba su correo electrónico, medio por el cual se envió el cuestionario y la tabla de registro diario, realizándose dicho envío, directamente del correo electrónico donde ellas mensualmente debían contra remitir la información obtenida.

Se fijo un plazo de seis meses consecutivos de registro de síntomas.

Tabla 1.

Tabla 1.

**DSM IV:  
Criterios de investigación para el Trastorno Disfórico Premenstrual.**

- a. Los síntomas deben presentarse durante la semana previa de la menstruación y remiten unos pocos días después del inicio, durante un año y deben estar presentes cinco o más de los siguientes síntomas y al menos uno debe ser 1, 2, 3,4.
1. Animo deprimido, sentimiento de desesperanza o disforia.
  2. Ansiedad y tensión.
  3. Labilidad emocional y llanto fácil.
  4. Irritabilidad, enfado o aumento de conflictos personales.
  5. Perdida del interés en las actividades cotidianas.
  6. Dificultad para concentrarse.
  7. Letargo o fatiga.
  8. Cambio significativo en el apetito.
  9. Hipersomnina o insomnio.
  10. Sensación de agobio.
  11. Síntomas físicos como tensión mamaria, cefalea, hinchazón, mioartralgias, aumento de peso, etc.
- b. Los síntomas interfieren con el trabajo, la escuela, las actividades cotidianas o las relaciones interpersonales.
- c. Los síntomas no son exacerbación de otro trastorno del estado de ánimo o de la personalidad, aunque puede existir.
- Los criterios A, B y C deben ser corroborados por evoluciones diarias prospectivas por al menos dos ciclos consecutivos. (2).

Las variables utilizadas fueron:

- **Variables Universales:** socio-demográficas (edad, escolaridad, ocupación extracurricular y estado civil); datos de interés con respecto al ciclo menstrual (menarquía, regularidad de los ciclos), a su vida sexual, así como frecuencia y tipo de métodos de planificación familiar, hábitos de vida (utilización de sustancias psicoactivas), convivencia y antecedentes personales y familiares.
- **Variable Independiente:** definida bajo el criterio diagnóstico del TDP del DSM IV (conformada por los indicadores del criterio A para el diagnóstico de Trastorno Disfórico Premenstrual y los indicadores del criterio B para el diagnóstico de Trastorno Disfórico Premenstrual), según la sintomatología reportada por la participante.
- **Variable Dependiente:** Dada por los factores asociados según los datos obtenidos respecto a las variables referentes al ciclo menstrual, vida sexual, hábitos de vida y antecedentes personales y familiares.

**Criterios de inclusión y exclusión:**

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de Inclusión: Mujeres en edad fértil, que estuvieran matriculadas en el momento del estudio como estudiantes activas de primero a decimo semestre en la facultad de medicina de la Universidad de Cartagena, que desearan participar y que el día de realización de la encuesta asistieran a clases en sus respectivos salones o sitios de rotación.
- Criterios de Exclusión: Que no quisiera participar en la encuesta, no haber completado el cuestionario y no tener patología psiquiátrica y/o usara medicamentos psiquiátricos.

Se excluyeron 22 participantes que no registraron los síntomas diarios, durante los seis meses.

No hubo exclusiones por antecedentes personales de patología psiquiátrica, ni por uso de medicamentos psiquiátricos.

**Aspectos Éticos:**

La investigación mantuvo los parámetros éticos contenidos en la resolución 00843 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia. De acuerdo con la resolución, la investigación se clasifica como de riesgo mínimo para las participantes, la incorporación a ella se hizo de manera voluntaria; después de una explicación precisa sobre los alcances y objetivos de la investigación a las participantes; se obtuvo su autorización por escrito, mediante el consentimiento informado. Se dio un trato confidencial a la información para preservar la identidad.

Se les explicó el motivo por el cual se quería realizar el estudio, invitándolas a participar, y si de manera libre decidieron colaborar con el estudio, se les entregaba el consentimiento informado y se les solicitaba su correo electrónico, medio por el cual se envió el cuestionario y la tabla de registro diario, realizándose dicho envío, directamente del correo electrónico donde ellas mensualmente debían contra remitir la información obtenida.

Las encuestas fueron enviadas por médicas graduadas, quienes se encuentran vinculadas como estudiantes en el programa de postgrado de psiquiatría de la universidad de Cartagena.

Los resultados serán utilizados específicamente con fines investigativos.

**Análisis Estadístico:**

En el análisis descriptivo de los datos de la encuesta se ha calculado la media, mínimo y máximo para las variables cuantitativas y para las cualitativas, tabla de frecuencias, haciendo correlación entre las variables.

## **RESULTADOS:**

El estudio se realizó con una muestra de 180 estudiantes, de las cuales 22 estudiantes (12.2%), abandonaron la investigación antes de los seis meses requeridos, es decir, se tuvo una permanencia del 87.8%.

El promedio de edades fue de 18.41 años, la mayoría solteras (98.9%), solo 2 de ellas casadas y de estas, solo una con un hijo.

De todo la población inicial, solo un 5% realiza labores remuneradas extracurriculares; la mayoría vive con su familia (71.5%); un promedio de edad para la menarquía de 12.18 años; 44.4% (80 participantes) con ciclos irregulares, de las cuales continuaron 71 (44.9%) y dentro de este grupo con ciclos menstruales irregulares, se encuentran las 53 participantes que fueron diagnosticadas con TDP (33.5%).

Solo un 21.1% de la población tiene vida sexual activa, solo dos de ellas pertenecientes al grupo de los 19 años fueron diagnosticadas con TDP; planifican 34 de las 38 participantes que tiene vida sexual activa (89.5%), más de la mitad de ellas planifica con preservativos (64.7%), las restantes lo hacen con anticonceptivos orales (29.4%) y métodos naturales (17.6%).

Presentaban antecedentes familiares de trastorno psiquiátrico, solo el 13.9%, aunque el porcentaje de AF para las diagnosticadas con TDP fue de 90.9% en la primera fase, siendo la enfermedad mental más frecuente el trastorno depresivo mayor (54%), le siguen farmacodependencia (31.8%), esquizofrenia (9%) y Trastorno afectivo bipolar (4.5%); para las participantes diagnosticadas con TDP durante la fase dos, el porcentaje de antecedentes familiares de TDP fue un 98.1%, el grado de consanguinidad para todos los casos fue de primer grado, ninguna tenía hasta el momento algún diagnóstico de trastorno psiquiátrico, por lo tanto no cumplieron ese criterio de exclusión, ni el de utilización de medicación psiquiátrica.

La única sustancia psicoactiva consumida por las participantes es el alcohol, solo 21 (11.6%) del grupo poblacional inicial, la gran mayoría con consumo inferior a una vez al mes y solo dos casos de consumo superior a tres veces por mes, de estas 15 abandonaron la investigación, de las 6 restantes, 5 de ellas fueron diagnosticadas con TDP.

Un 1.6% de la población inicial tomaban algún tipo de medicación, en todos los casos la medicación era sulfato ferroso tabletas, todas continuaron en el estudio y ninguna de ellas estuvo dentro del grupo diagnosticado con TDP.

La investigación se dividió en dos fases:

### ***1. Encuesta Inicial Auto-aplicada.***

Del total de encuestas distribuidas (200), se recibieron 180 (90 %) correctamente contestadas, de éstas, 62 admitieron que la menstruación afectaba su vida diaria (34.4 %).

La tabla 2 muestra los datos socio-demográficos y clínicos correspondientes y en la tabla 3 se muestra solo la prevalencia de interferencia en las actividades cotidianas o las relaciones interpersonales de las participantes debido a la menstruación.

**Tabla 2. Datos socio-demográficos y clínicos.**

Variables	Resultados	Porcentaje (%)
Total cuestionarios	200	100%
Respuestas	180	90%
Casos que si les afecta la menstruación la vida diaria	65	34.4%
Edad promedio	18 años	
Solteras	178	89%
Trabajo remunerado	9	4.5%
Edad promedio de la menarquía	12 años	
Ciclos menstruales irregulares	80	44.4%
Vida sexual activa	46	23%
Planificación familiar	42	21%
Planifica con anticonceptivos orales	10	5%
Viven con familiares	127	70.5%
Uso de sustancias psicoactivas (alcohol)	21	11.6%
Antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica	0	0%
Toma algún tipo de medicación psiquiátrica	0	0%
Antecedentes familiares de enfermedad mental	25	15.8%
Antecedentes familiares de TDP	64	35.5%

**Tabla 3. Prevalencia de interferencia en las actividades cotidianas o las relaciones interpersonales de las participantes debido a la menstruación.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
No se afecta la vida diaria por la menstruación	115	66.6%
Si se afecta la vida diaria por la menstruación	<b>65</b>	<b>34.4%</b>



## 2. Resultados de registro diario de síntomas.

Del total de encuestas recibidas (180), permanecieron los seis meses continuos requeridos para el estudio 158 (87.7%), todas correctamente contestadas, de éstas, 51 admitieron que la menstruación afectaba su vida diaria (32%), todas ellas diagnosticadas con TDP.

La tabla 4 muestra los datos socio-demográficos correspondientes y en la tabla 5, se muestra la prevalencia del TDP en las participantes que completaron el estudio.

**Tabla 4. Datos socio-demográficos y clínicos.**

Variable	Resultado	Porcentaje (%)
Total cuestionarios respondidos	158	87.7%
Casos que si les afecta la menstruación la vida diaria	51	32%
Diagnostico según criterios del DSM IV de TDP	51	32%
Edad promedio	18.4 años	
Solteras	156	98.7%
Trabajo remunerado	9	5.67%
Edad promedio de la menarquía	12.1 años	
Ciclos menstruales irregulares	71	44.9%
Vida sexual activa	38	21.1%
Planificación familiar	34	89.4%
Planifica con anticonceptivos orales	10	6.3%
Planifica con preservativos	22	13.9%
Planifica con métodos naturales	2	1.26%
Viven con familiares	113	71.5%
Uso de sustancias psicoactivas (alcohol)	6	3%
Antecedentes personales de enfermedad psiquiátrica	0	0%
Toma algún tipo de medicación psiquiátrica	0	0%
Antecedentes familiares de enfermedad mental	22	13.9%
Antecedentes familiares de TDP	53	33.5%

**Tabla 5. Prevalencia del TDP.**

Variable	Frecuencia	Porcentaje (%)
Participantes con Diagnóstico de TDP	51	32%
Participantes sin Diagnóstico de TDP	107	68%

Del análisis de las respuestas sobre los síntomas, se desprende que los tres síntomas más frecuentes durante el presente estudio, para las participantes diagnosticadas con TDP, fueron irritabilidad, cambio de apetito y ánimo depresivo, la irritabilidad se presentó en el 100%, mientras que entre las no diagnosticadas fue de 19%, el cambio de apetito con 88.2% y ánimo depresivo con 70.5%, ninguna de las participantes manifestó dolor articular, ni aumento de peso. De los síntomas físicos el más frecuente fue la cefalea con un 53.8%, la mastalgia con 37.2% y el edema con un 17%.

Todas las diagnosticadas con TDP, reportaban limitantes en su vida diaria debido a la menstruación (criterio B).

En la tabla 6 se muestra la frecuencia de aparición de los síntomas reportados.

**Tabla 6. Frecuencia de los síntomas diagnósticos del TDP.**

Síntoma	Frecuencia	Porcentaje
Ansiedad	18	37%
Depresión	35	70.5%
Labilidad emocional	26	52.9%
Irritabilidad	63	100%
Bajo interés	27	53%
Desconcentración	9	17%
Fatiga	28	53.6%
Cambio de apetito	45	88.2%
Cambio del patrón de sueño	29	54%
Agobio	30	54.1%
Mastalgia	19	37.2%
Cefalea	29	53.8%
Edema	9	17%
Dolor articular	0	0%
Cambio de peso	0	0%

Por ser un estudio descriptivo, que solo permite correlación entre variables, se cruzaron cada uno de los ítems con las variables sociodemográficas, observando que un alto porcentaje de las participantes con vida sexual activa, no padecen del TDP; además, el alto porcentaje de diagnóstico de TDP, en

participantes con antecedentes familiares del mismo trastorno (98%); y por último, las mujeres que tienen diagnóstico de este TDP, mayoritariamente declaran que los síntomas interfieren en sus actividades habituales (100%).

## **DISCUSION:**

Por medio de este trabajo de investigación, se determinó la prevalencia del trastorno Disfórico Premenstrual y los factores asociados a este en estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena. Se encontró un alto nivel de participación, que pudiera ser atribuido a varios factores, como el hecho de haber sido dirigido a una población en las que suponemos un mayor interés por el tema y mejor predisposición a participar en el estudio.

La prevalencia de TDP de la primera fase del estudio y la encontrada en el seguimiento prospectivo durante los seis meses, fue respectivamente del 34 % y el 32 %. Como se puede observar, es elevada respecto a la mencionada en la literatura revisada (8 a 10%) (3, 4, 5), probablemente se deba, en primer lugar, a un sub-registro por desconocimiento del tema, o posiblemente por una mayor predisposición a participar, de aquellas mujeres afectadas por síntomas premenstruales (sesgo de respuesta), o quizás, como consecuencia de una mejor comprensión del tema e interpretación de los síntomas clínicos a describir, debido a que se trata de estudiantes de medicina.

El 87 % de las encuestadas, afirmó tener síntomas premenstruales, pero no reunían los criterios de diagnóstico de TDP, siendo también este porcentaje ligeramente mayor al encontrado en otros trabajos, (en torno al 10 y el 75 % para los síntomas premenstruales) (6, 7), probablemente por una de las causas anteriormente descritas, referente a una mayor tendencia de participar en mujeres afectadas por síntomas premenstruales.

Los indicadores principalmente apreciados coinciden con los esperados, esto es, pertenecientes a la estirpe ansiosa-depresiva. No obstante, se muestran indicadores más claramente disfóricos (irritabilidad) que depresivos (aunque sea el primer indicador en importancia propuesto en el DSM).

El hecho de que los síntomas físicos no apareciesen con tanta frecuencia en el presente estudio, a diferencia de la elevada frecuencia de éstos en algunos de los estudios revisados (8), y además con igual proporción en las participantes no diagnosticadas con TDP, podría conllevar a plantear la capacidad discriminatoria de esta variable en el diagnóstico del TDP, puesto que tales síntomas físicos lograrían contemplarse como la norma dentro del ciclo menstrual.

Otro de los productos obtenidos indica que no hay notables variaciones sintomatológicas de unos ciclos a otros en la misma mujer, por tanto el conjunto de indicadores resultantes coincide (criterio A). Este dato va de acuerdo con la idea de que es común que el acuerdo entre ciclos sea relativamente frecuente, sobre todo para la severidad de los síntomas y en particular para los de naturaleza emocional.

Partiendo de la concepción del TDP como un síndrome perteneciente a la esfera de los trastornos afectivos, parecería pertinente investigar la comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. Tales antecedentes personales no

aparecieron en ninguna de las encuestadas, posiblemente como sesgo de respuesta debido al temor de ser catalogadas como enfermas mentales.

La escolaridad no es dato relevante, debido a que todas las participantes son mujeres universitarias, por tanto no se podría interpretar de algún modo, la asociación hallada en algunos de los artículos revisados, entre el nivel de estudios superiores y el cese de los síntomas con la menstruación.

Sobre la posibilidad de considerar a los anticonceptivos orales (AO) como tratamiento para TDP (9), el presente estudio no arroja datos significativamente estadísticos, debido al bajo porcentaje de uso de los AO, solo 10 participantes, y todas ellas hacen parte del grupo no diagnosticado con TDP.

A pesar de la gran limitación interpretativa, al tratarse de un estudio básicamente descriptivo, que no permite asociaciones entre variables, vale la pena destacar, entre otros, que al parecer, si existe una correlación entre el consumo de alcohol y el diagnóstico de TDP, aunque 15 de ellas se retiraron antes de culminar el estudio.

No se pudo establecer relación del TDP y el tabaquismo, debido a que no fue un hábito reportado en ninguna de las participantes, seguramente relacionado con el conocimiento médico de la nocividad del tabaco.

Por otra parte, la relación encontrada en nuestro estudio entre la existencia de antecedentes familiares y personales, y la interferencia en las actividades cotidianas, podría interpretarse como un dato que apoyaría un cierto factor de heredabilidad, o incluso la influencia de factores culturales en la base del trastorno.

Diversos autores han señalado evidencias de ventajas de una intervención de terapia cognitiva que permita reestructurar las cogniciones erróneas acerca del periodo menstrual y dotar a la mujer de habilidades de afrontamiento del estrés en general, y las molestias acerca de la menstruación en particular (4). Otro componente sobre el que hay coincidencia, alude a la necesidad de una educación para la salud, que propicie el auto-cuidado físico y dé como resultado un adecuado estado de salud. El ejercicio aeróbico regular, la nutrición saludable (baja en cafeína y sal), la práctica de la relajación (se ha llegado a señalar dos veces al día) y el fomento de la actividad y apoyo sociales serían medidas para ello. Desde un punto de vista médico se han sugerido complementos vitamínicos además de fármacos antidepresivos (ISRS) en los casos constatados de Trastorno Disfórico Premenstrual (9, 10).

Por último, se establecen unas recomendaciones consideradas de interés para futuras investigaciones. En primer lugar, basadas en los datos teóricos obtenidos del DSM IV, considerar la especificación del criterio B en diversos puntos independientes y jerarquizarlos. Esto se debe a que muchas mujeres se quejan de la interferencia que ocasiona la sintomatología en su vida diaria; sin embargo, puede que incluso, al tener un efecto sobre su capacidad laboral, familiar u otras ocupaciones, sencillamente optan por auto-limitar su actividad, en lugar de solicitar ayuda, creando, en apariencia, un menor impacto sobre la salud, a su vez sin otorgar el tratamiento adecuado.

En segundo lugar, sería pertinente recomendar la realización del cálculo de las repercusiones económicas ligadas a los días de absentismo, disminución en la productividad, así como la insatisfacción derivada de la sintomatología propia de este trastorno.

## **CONCLUSIONES:**

Se concluye que la alta prevalencia del Trastorno Disfórico Premenstrual arrojada en el presente trabajo, comparada con la de los estudios revisados, podría deberse a un sub-registro de casos por desconocimiento de la enfermedad, o quizás, por una mayor tendencia de participar, de aquellas mujeres afectadas por síntomas premenstruales. En cualquier caso, el conocimiento de esta patología, servirá para brindar a estas mujeres un mejor manejo terapéutico, lo cual es crucial para aumentar su calidad de vida.

Esta investigación sirve como base para futuros estudios en los que se determinen validez de los criterios de clasificación del trastorno, relación de los hábitos de vida, factores pronósticos y tratamientos eficaces, ya que continúan habiendo numerosas cuestiones pendientes. Entre ellas se destacan, la epidemiología incierta y cambiante, la necesidad de la disponibilidad de criterios clínicos válidos y de sistemas sencillos de detección, la fiabilidad y estabilidad del diagnóstico, la sensibilización (población, médicos de atención primaria, ginecólogos, psiquiatras, etc.) sobre la importancia del TDP y sus repercusiones sobre la salud, las relaciones sociales y familiares o el trabajo.

## **Agradecimientos**

A Dios.

A las estudiantes de medicina de la Universidad de Cartagena.

A los docentes de la facultad de medicina de la Universidad de Cartagena, al equipo administrativo y las directivas de la institución por permitir la realización de este trabajo en sus instalaciones.

A las docentes de enfermería de la Universidad de Cartagena, Inna y Zuleima, quienes amablemente compartieron sus conocimientos en metodología investigativa para el mejoramiento del presente trabajo.

A mis docentes y compañeros de residencia, quienes me apoyaron durante todo el camino hacia el trabajo final.

**Conflicto de intereses:** ninguno a declarar.

**Financiación:** recursos propios.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. M Camarero, M. Godrid, A. García y J. Martínez. Trastorno Disfórico Premenstrual: Estudio epidemiológico descriptivo. Unidad de psiquiatría. Hospital general de Elche (Alicante, España). Obtener desde internet de [http://www.spcv.org/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=23](http://www.spcv.org/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23)
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4ta. Edición. Washington DC. American Psychiatric Association, 1994: 715-718.
3. Marquez D. Factores asociados al compromiso anímico del trastorno disforico premenstrual. Revista de endocrinología ginecológica y reproductiva; Vol. 35, No. 3, 2007; pags. 13-18.
4. Diagnostico y tratamiento del trastorno disforico premenstrual. Subhash B, Shashi B. Am Fam Physicians 2002; 66 (7): 1239-1248.
5. Trastorno disforico premenstrual. Andrea Lopez Mato, Gonzalo Illa. Revista chilena neuropsiquiatrica, Vol. 38, No. 3, 2000; 38: 187-195.
6. Gaviria SL. El syndrome premenstrual. Cap. 20 pp 317-28. Santafé de Bogotá, colombia, nuevo milenio editores, 1999.
7. Dell D. Premenstrual Syndrome, Premenstrual Dysphoric Disorder and Premenstrual Exacerbation of Another Disorder. Clin. Obstet Gynecol 2004; 47 (3): 568-575.
8. Arruda- Valerio M, Alchieri J.C. Aspectos Psicológicos del Trastorno Disfórico premenstrual. Interpsiquis (on line) 14 de febrero 2007. Obtener desde internet: [www. Psiquiatria.com](http://www.Psiquiatria.com).
9. Borenstein J, Yu HT, Wade S. Effect of an oral contraceptive containing ethinyl estradiol and drospirenone on premenstrual symptomatology and health-related quality of life. Journal of Reproductive Medicine 2003; 48(2):79-85.
10. Marks JL, Hair CS, Klock SC, Ginsburg BE, Pomerleau CS. Effects of menstrual phase on intake of nicotine, caffeine, and alcohol and nonprescribed drugs in women with late luteal phase dysphoric disorder. J Subst Abuse 1994; 6(2): 235-243.
11. Adalberto Campo-Arias; Carmen Elena Díaz; Zuleima Cogollo; Factores asociados a síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena, Colombia: un análisis diferencial por sexo. rev.colomb.psiquiatr. vol.35 no.2 Bogotá Apr./June 2006.

12. Marvan M. L, Contreras C. M. El síndrome Premenstrual. Salud Mental. 1993; 16 (1) 33-37.
13. Un estudio muestra que los mecanismos de recompensa del cerebro cambian en respuesta a las fases específicas del ciclo menstrual de la mujer. Proceedings of the national academy of sciences of the USA. (on line) 31 de enero 2007. Obtener desde internet: [www.psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com).
14. Smith MJ, Schmidt PJ, Rubinow DR. Operationalizing DSM-IV criteria for PMDD: selecting symptomatic and asymptomatic cycles for research. J Psychiatr Res 2003;37(1):75-83.
15. 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.
16. Síndrome Premenstrual y Trastorno Disfórico Premenstrual: un estudio retrospectivo de prevalencia y factores asociados en 305 estudiantes universitarias. Jadresic E, Palacios E, Pooley F. Obtener desde internet de [http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo\\_doc7160.pdf](http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc7160.pdf)