

llas que no mantienen actividad sexual.

Si estudiamos en la tabla XXXIV-c de forma conjunta la incidencia de problemas sentimentales y prematrimoniales en solteras, según la alteración endocrina, vemos de nuevo que son las Hiperprolactinemias en los dos grupos de solteras, las que muestran una mayor incidencia, hecho que es más evidente cuando mantienen relaciones sexuales (27.77 p100), ocupando el segundo lugar las pacientes diagnosticadas de Disfunción Hipotalámica y el último lugar las calificadas como S.O.P., aunque las diferencias no son estadísticamente significativas si se consideran los tres grupos de forma separada. Este hecho se pone más de manifiesto en la tabla XXXV en la que al considerar las Hiperprolactinemias en solteras con respecto al resto de grupos endocrinos, vemos que en las primeras un 44 p100 de los casos presentan problemas prematrimoniales y sentimentales, mientras que en el resto la incidencia de estos problemas es sólo de un 25 p100 y estas diferencias tienen un valor estadístico de  $p < 0.05$ .

En las tablas XXXVI y XXXVII se detallan los casos de alteraciones psicológicas según la alteración endocrina, considerando como tales cuando existe alguna de las condiciones siguientes:

\* Stress + T.A.T. anormal + Total del Cuestionario Ginecológico elevado.

\* Stress + T.A.T. anormal.

\* Stress + Total del Cuestionario Ginecológico elevado.

\* T.A.T. anormal + Total del Cuestionario Ginecológico elevado.

Encontramos que las Hiperprolactinemias constituyen el grupo en el que hay más casos de alteraciones psicológicas con un 23.5 p100 y el de mayor normalidad es el de Disfunción Hipotalámica con un 14.9 p100.

Según el grupo de pacientes, encontramos que el grupo de solteras sin actividad sexual es el que presenta una mayor normalidad, ya que sólo el 8 p100 presentan una alteración psicológica, mientras que las solteras con actividad

sexual y casadas alrededor de un 25 p100 presentan una alteración psicológica con los criterios considerados por nosotros.

TABLA XX-a

DISTRIBUCION DE LAS ALTERACIONES ENDOCRINAS EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES

	DISFUNCION HIPOTALAMICA		S. O. P.		HIPERPROLACTINEMIA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL	40	53.30	24	32.00	11	14.70	75	43.61
SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL	23	53.50	13	30.20	7	16.30	43	25.00
CASADAS	24	44.40	14	25.90	16	29.60	54	31.39
<b>TOTAL</b>	<b>87</b>	<b>50.58</b>	<b>51</b>	<b>29.65</b>	<b>34</b>	<b>19.77</b>	<b>172</b>	

$x^2 = 4.5302$   
NS.

TABLA XX-b

DISTRIBUCION DE LAS ALTERACIONES ENDOCRINAS SEGUN EL ESTADO CIVIL

	DISFUNCION HIPOTALAMICA		S. O. P.		HIPERPROLACTINEMIA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SOLTERAS	63	53.39	37	31.36	18	15.25	118	68.60
CASADAS	24	44.40	14	25.90	16	29.60	54	31.40
TOTAL	87	50.58	51	29.65	34	19.77	172	

$$x^2 = 4.827$$

$$p < 0.05$$

TABLA XXI

VALORES MEDIOS DEL CUESTIONARIO GINECOLOGICO EN SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL SEGUN LA ALTERACION ENDOCRINA

	DISFUNCION HIPOTALAMICA n = 40 $\bar{x} \pm e$	S. O. P. n = 24 $\bar{x} \pm e$	HIPERPROLACTINEMIA n = 11 $\bar{x} \pm e$
MENSTRUACION	4.30 $\pm$ 0.25	4.20 $\pm$ 0.26	4.09 $\pm$ 0.52
ALGIA	0.87 $\pm$ 0.17	1.29 $\pm$ 0.27	1.45 $\pm$ 0.32
RECHAZO SEXUAL	2.40 $\pm$ 0.18	2.75 $\pm$ 0.29	2.54 $\pm$ 0.34
RECH. EMBARAZO	1.32 $\pm$ 0.13	1.33 $\pm$ 0.18	1.27 $\pm$ 0.22
FEMINIDAD	1.45 $\pm$ 0.13	1.70 $\pm$ 0.24	1.54 $\pm$ 0.23
S.E.V.	5.80 $\pm$ 0.49	5.20 $\pm$ 0.54	6.09 $\pm$ 0.78
BLATT	3.60 $\pm$ 0.39	3.83 $\pm$ 0.57	3.18 $\pm$ 0.83
ANSIEDAD	12.70 $\pm$ 0.86	13.37 $\pm$ 1.34	11.72 $\pm$ 1.39
CORNELL	9.45 $\pm$ 0.79	11.20 $\pm$ 1.16	9.63 $\pm$ 1.21
TOTAL	23.85 $\pm$ 1.40	25.83 $\pm$ 1.89	24.00 $\pm$ 2.29

TABLA XXII

VALORES MEDIOS DEL CUESTIONARIO GINECOLOGICO EN SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL SEGUN LA ALTERACION ENDOCRINA

	DISFUNCION HIPOTALAMICA n = 23 $\bar{x} \pm e$	S. O. P. n = 13 $\bar{x} \pm e$	HIPERPROLACTINEMIA n = 7 $\bar{x} \pm e$
MENSTRUACION	4.43 $\pm$ 0.31	4.76 $\pm$ 0.37	4.14 $\pm$ 0.58
ALGIA	1.65 $\pm$ 0.33	1.92 $\pm$ 0.49	0.71 $\pm$ 0.26
RECHAZO SEXUAL	2.78 $\pm$ 0.28	2.38 $\pm$ 0.20	2.85 $\pm$ 0.51
RECH. EMBARAZO	1.78 $\pm$ 0.24	2.00 $\pm$ 0.28	2.57 $\pm$ 0.56
FEMINIDAD	1.86 $\pm$ 0.19	1.53 $\pm$ 0.25	1.71 $\pm$ 0.43
SE.V.	6.60 $\pm$ 0.59	6.61 $\pm$ 0.92	5.71 $\pm$ 0.59
BLATT	4.86 $\pm$ 0.56	4.69 $\pm$ 0.80	4.14 $\pm$ 0.79
ANSIEDAD	14.21 $\pm$ 1.51	14.30 $\pm$ 1.84	14.85 $\pm$ 1.16
CORNELL	11.86 $\pm$ 1.19	10.84 $\pm$ 1.57	11.00 $\pm$ 1.53
TOTAL	29.56 $\pm$ 1.99	27.76 $\pm$ 2.58	26.71 $\pm$ 2.47

TABLA XXIII

VALORES MEDIOS DEL CUESTIONARIO GINECOLOGICO EN CASADAS SEGUN LA ALTERACION ENDOCRINA

	DISFUNCION HIPOTALAMICA n = 24 $\bar{x} \pm e$	S. O. P. n = 14 $\bar{x} \pm e$	HIPERPROLACTINEMIA n = 16 $\bar{x} \pm e$
MENSTRUACION	4.37 $\pm$ 0.33	4.42 $\pm$ 0.48	4.81 $\pm$ 0.54
ALGIA	2.04 $\pm$ 0.31	2.78 $\pm$ 0.40	2.75 $\pm$ 0.58
RECHAZO SEXUAL	2.29 $\pm$ 0.30	1.64 $\pm$ 0.35	2.75 $\pm$ 0.56
RECH. EMBARAZO	2.70 $\pm$ 0.34	2.07 $\pm$ 0.46	3.56 $\pm$ 0.35
FEMINIDAD	1.70 $\pm$ 0.23	1.14 $\pm$ 0.28	1.50 $\pm$ 0.33
SE.V.	7.91 $\pm$ 0.49	8.35 $\pm$ 0.98	6.75 $\pm$ 0.60
BLATT	5.29 $\pm$ 0.61	5.00 $\pm$ 0.83	5.37 $\pm$ 0.79
ANSIEDAD	16.54 $\pm$ 1.38	16.78 $\pm$ 2.23	16.50 $\pm$ 1.70
CORNELL	11.79 $\pm$ 1.23	12.57 $\pm$ 1.62	12.43 $\pm$ 1.29
TOTAL	31.20 $\pm$ 2.13	31.71 $\pm$ 3.47	33.00 $\pm$ 3.18

TABLA XXIV

INCIDENCIA DE ANSIEDAD ELEVADA ( $\geq 19$ ) SEGUN LA ALTERACION ENDOCRINA EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES

	DISFUNCION HIPOTALAMICA		S. O. P.		HIPERPROLACTINEMIA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL	7	31.82	5	31.25	-		12	27.91
SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL	6	27.27	4	25.00	1	20.00	11	25.58
CASADAS	9	40.91	7	43.75	4	80.00	20	46.51
<b>TOTAL</b>	<b>22</b>	<b>51.17</b>	<b>16</b>	<b>37.20</b>	<b>5</b>	<b>11.63</b>	<b>43</b>	

$\chi^2 = 3.0479$   
N.S.

TABLA XXV

INCIDENCIA DE CORNELL ELEVADO ( $\geq 15$ ) SEGUN LA ALTERACION ENDOCRINA EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES

	DISFUNCION HIPOTALAMICA		S. O. P.		HIPERPROLACTINEMIA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL	7	36.84	8	47.06	1	12.50	16	36.36
SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL	5	26.32	3	17.65	2	25.00	10	22.73
CASADAS	7	36.84	6	35.29	5	62.50	18	40.91
<b>TOTAL</b>	<b>19</b>	<b>43.19</b>	<b>17</b>	<b>38.63</b>	<b>8</b>	<b>18.18</b>	<b>44</b>	

$x^2 = 3.2271$   
N.S.

TABLA XXVI-a

INCIDENCIA DEL TOTAL ELEVADO ( $\geq 33$ ) EN EL CUESTIONARIO GINECOLOGICO SEGUN LA ALTERACION ENDOCRINA EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES

	DISFUNCION HIPOTALAMICA		S. O. P.		HIPERPROLACTINEMIA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL	6	28.57	5	29.41	1	10.00	12	25.00
SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL	9	42.86	5	29.41	2	20.00	16	33.33
CASADAS	6	28.57	7	41.18	7	70.00	20	41.67
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>43.75</b>	<b>17</b>	<b>35.42</b>	<b>10</b>	<b>20.83</b>	<b>48</b>	

$\chi^2 = 5.1146$   
N.S.

TABLA XXVI-b

INCIDENCIA DEL TOTAL ELEVADO ( $\geq 33$ ) EN EL CUESTIONARIO GINECOLOGICO SEGUN LA ALTERACION ENDOCRINA Y EL ESTADO CIVIL.

	DISFUNCION HIPOTALAMICA		S. O. P.		HIPERPROLACTINEMIA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SOLTERAS	15	71.43	10	58.82	3	30.00	28	58.33
CASADAS	6	25.87	7	41.18	7	70.00	20	41.67
TOTAL	21	43.75	17	35.42	10	20.83	48	

$$x^2 = 4.7861$$

$$p < 0.025$$

TABLA XXVII-a

ACTITUD SEXUAL CONSCIENTE EN EL T.A.T. SEGUN LA ALTERACION ENDOCRINA

	DISFUNCION HIPOTALAMICA		S. O. P.		HIPERPROLACTINEMIA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
NO EXPRESA POSITIVA	45	51.72	33	64.70	15	44.11	93	54.06
NEGATIVA CONFLICTIVA	42	48.28	18	35.30	19	55.89	79	45.94
TOTAL	87	50.58	51	29.65	34	19.77	172	

$\chi^2 = 3.8719$   
NS.

TABLA XXVII-b

ACTITUD SEXUAL CONSCIENTE EN EL T.A.T. SEGUN LA ALTERACION ENDOCRINA

	DISFUNCION HIPOTALAMICA • HIPERPROLACTINEMIA		S. O. P.		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
NO EXPRESA POSITIVA	60	49.59	33	64.70	93	54.06
NEGATIVA CONFLICTIVA	61	50.41	18	35.30	79	45.94
	121	70.35	51	29.65	172	

$$x^2 = 3.3023$$

$$p < 0.05$$

TABLA XXVIII

ACTITUD SEXUAL INCONSCIENTE EN EL T.A.T. SEGUN LA ALTERACION ENDOCRINA

	DISFUNCION HIPOTALAMICA		S. O. P.		HIPERPROLACTINEMIA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
NO	7	8.05	7	13.73	4	11.76	18	10.46
SI	80	91.95	44	86.27	30	88.24	154	89.54
TOTAL	87	50.58	51	29.65	34	19.77	172	

$\chi^2 = 1.1832$   
N.S.

TABLA XXIX

RESPUESTAS A LA LAMINA 2 DEL T.A.T. SEGUN LA ALTERACION ENDOCRINA

	DISFUNCION HIPOTALAMICA		S. O. P		HIPERPROLACTINEMIA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
RELACIONES NO AFECTIVAS	63	72.41	38	74.51	18	52.94	119	69.19
RELACIONES AFECTIVAS	24	27.59	13	25.49	16	47.06	53	30.81
TOTAL	87	50.58	51	29.65	34	19.77	172	

$$x^2 = 5.3118$$

$$p < 0.05$$

TABLA XXX-a

RESPUESTAS A LA LAMINA 7 DEL T.A.T. SEGUN LA ALTERACION ENDOCRINA

	DISFUNCION HIPOTALAMICA		S. O. P.		HIPERPROLACTINEMIA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
RELACIONES NO PROBLEMATICAS	61	70.11	42	82.35	28	82.35	131	76.16
RELACIONES PROBLEMATICAS	26	29.89	9	17.65	6	17.65	41	23.84
TOTAL	87	50.58	51	29.65	34	19.77	172	

$\chi^2 = 3.5471$   
NS.

TABLA XXX-b

RESPUESTAS A LA LAMINA 7 DEL TAT SEGUN LA ALTERACION ENDOCRINA

	DISFUNCION HIPOTALAMICA		S. O. P. + HIPERPROLACTINEMIA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%
RELACIONES NO PROBLEMATICAS	61	70.11	70	82.35	131	76.16
RELACIONES PROBLEMATICAS	26	29.89	15	17.65	41	23.84
TOTAL	87	50.58	85	49.42	172	

$\chi^2 = 3.5467$   
 $p < 0.05$

TABLA XXXI  
 INCIDENCIA DE CONFLICTOS PARENTALES Y FAMILIARES EN LOS  
 DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES SEGUN LA ALTERACION  
 ENDOCRINA

	DISFUNCION HIPOTALAMICA		S.O.P.		HIPERPROLACTINEMIA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL	14	35.00	8	33.33	6	54.54	26	34.66
	n = 40		n = 24		n = 11		n = 75	
SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL	15	65.21	6	46.15	5	71.42	26	60.46
	n = 23		n = 13		n = 7		n = 43	
CAS/ CAS	8	33.33	5	35.71	7	43.75	20	37.03
	n = 24		n = 14		n = 16		n = 54	
TOTAL	37	42.52	19	37.25	18	52.94	74	43.02
	n = 87		n = 51		n = 34		n = 172	

$\chi^2 = 2.182$   
 N.S.

TABLA XXXII

FRECUENCIA DE SER LA PRIMERA HIJA EN LA FAMILIA EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES SEGUN LA ALTERACION ENDOCRINA

	DISFUNCION HIPOTALAMICA		S. O. P.		HIPERPROLACTINEMIA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL	9	22.50	4	16.66	2	18.18	15	20.00
	n = 40		n = 24		n = 11		n = 75	
SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL	4	17.39	1	7.69	-		5	11.62
	n = 23		n = 13		n = 7		n = 43	
CASADAS	3	12.50	2	14.28	-		5	9.25
	n = 24		n = 14		n = 16		n = 54	
TOTAL	16	18.39	7	13.72	2	5.88	25	14.53
	n = 87		n = 51		n = 34		n = 172	

$\chi^2 = 1.9642$   
N.S.

TABLA XXXIII

INCIDENCIA DE CONFLICTOS ACTUALES EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES SEGUN LA ALTERACION ENDOCRINA

	DISFUNCION HIPOTALAMICA		S. O. P.		HIPERPROLACTINEMIA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL	20 n = 40	60.00	19 n = 24	79.20	7 n = 11	63.60	50 n = 75	66.66
SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL	20 n = 23	86.96	10 n = 13	76.92	7 n = 7	100.00	37 n = 43	86.04
CASADAS	13 n = 24	54.17	8 n = 14	57.14	9 n = 16	56.25	30 n = 54	55.55
TOTAL	57 n = 87	65.51	37 n = 51	72.54	23 n = 34	67.64	117 n = 172	68.02

$\chi^2 = 3.9800$   
N.S.

TABLA XXXIV-a

INCIDENCIA DE PROBLEMAS SENTIMENTALES EN SOLTERAS  
SEGUN LA ALTERACION ENDOCRINA

	DISFUNCION HIPOTALAMICA		S. O. P.		HIPERPROLACTINEMIA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SIN ACTIVIDAD SEXUAL	5	7.93	1	2.70	3	16.66	9	64.28
CON ACTIVIDAD SEXUAL	3	4.76	1	2.70	1	5.55	5	35.71
TOTAL	8	12.69	2	5.40	4	22.22	14	11.86

TABLA XXXIV-b

INCIDENCIA DE PROBLEMAS PREMATRIMONIALES EN SOLTERAS SEGUN LA ALTERACION ENDOCRINA

	DISFUNCION HIPOTALAMICA n = 63		S. O. P. n = 37		HIPERPROLACTINEMIA n = 18		TOTAL n = 118	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SIN ACTIVIDAD SEXUAL	2	3.17	4	10.81	-		6	33.33
CON ACTIVIDAD SEXUAL	7	11.11	1	2.70	4	22.22	12	66.66
TOTAL	9	14.28	5	13.51	4	22.22	18	15.25

TABLA XXXIV-c

INCIDENCIA DE PROBLEMAS SENTIMENTALES Y PREMATRIMONIALES EN SOLTERAS SEGUN LA ALTERACION ENDOCRINA

	DISFUNCION HIPOTALAMICA n = 63 n %	S. O. P. n = 37 n %	HIPERPROLACTINEMIA n = 18 n %	TOTAL n = 118 n %
SIN ACTIVIDAD SEXUAL	7 11.11	5 13.51	3 16.66	15 12.71
CON ACTIVIDAD SEXUAL	10 15.87	3 8.18	5 27.77	18 15.25
TOTAL	17 26.98	8 21.62	8 44.44	33 27.96

TABLA XXXV

INCIDENCIA DE PROBLEMAS SENTIMENTALES Y PREMATRIMONIALES EN SOLTERAS SEGUN LA ALTERACION ENDOCRINA

	DISFUNCION HIPOTALAMICA		S. O. P.		HIPERPROLACTINEMIA		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
NO	75	75.00	10	55.56	85	72.04		
SI	25	25.00	8	44.44	33	27.96		
TOTAL	100	84.75	18	15.25	118			

$\chi^2=2.862$   
 $p<0.05$

TABLA XXXVI

COMBINACIONES DE ALTERACIONES PSICOLOGICAS SEGUN LA ALTERACION ENDOCRINA

ALTERACIONES PS.	D.H.	S. O. P.	H. P. R. L.	TOTAL
------------------	------	----------	-------------	-------

SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL

STRESS • T.A.T. ANORMAL • TOTAL C. GINECOL. ELEVADO	1	-	-	1
STRESS • T.A.T. ANORMAL	2	-	-	2
STRESS • TOTAL C. GINECOL. ELEVADO	-	1	-	1
T.A.T. ANORMAL • TOTAL C. GINECOL. ELEVADO	1	-	1	2
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>6</b>

SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL

STRESS • T.A.T. ANORMAL • TOTAL C. GINECOL. ELEVADO	-	-	2	2
STRESS • T.A.T. ANORMAL	1	1	1	3
STRESS • TOTAL C. GINECOL. ELEVADO	3	-	-	3
T.A.T. ANORMAL • TOTAL C. GINECOL. ELEVADO	-	2	-	2
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>10</b>

CASADAS

STRESS • T.A.T. ANORMAL • TOTAL C. GINECOL. ELEVADO	1	-	-	1
STRESS • T.A.T. ANORMAL	-	1	-	1
STRESS • TOTAL C. GINECOL. ELEVADO	2	1	2	7
T.A.T. ANORMAL • TOTAL C. GINECOL. ELEVADO	2	3	2	5
<b>TOTAL</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>14</b>

<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>30</b>
--------------	-----------	----------	----------	-----------

TABLA XXXVII

INCIDENCIA DE ALTERACION PSICOLOGICA SEGUN EL TIPO ENDOCRINO EN LOS DIFERENTES GRUPOS DE PACIENTES

	D. H.		S. O. P.		H. P. R. L.		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
SOLTERAS SIN ACTIVIDAD SEXUAL	4	10.00	1	4.20	1	9.10	6	8.00
	n = 40		n = 24		n = 11		n = 75	
SOLTERAS CON ACTIVIDAD SEXUAL	4	17.40	3	23.10	3	42.80	10	23.26
	n = 23		n = 13		n = 7		n = 43	
CASADAS	5	20.80	5	35.70	4	25.00	14	25.93
	n = 24		n = 14		n = 16		n = 54	
TOTAL	13	14.90	9	17.60	8	23.50	30	17.40
	n = 87		n = 51		n = 34		n = 172	

$$\chi^2 = 1.7606$$

NS

DISCUSSION

1.- CARACTERISTICAS PSICOLOGICAS GENERALES DE LAS MUJERES CON AMENORREA SECUNDARIA.

1.1.-Resultados del Cuestionario Ginecológico: neuroticismo.

El Cuestionario empleado en nuestro estudio es un derivado del Indice Psicosomático Cornell FN-2, que mide la alteración emocional y en cierto modo, como ya señalaron CUENCA y SALVATIERRA (1979) ese concepto, difícil de definir, pero fácilmente intuible de "neuroticismo".

Podemos admitir como neuroticismo la predisposición a reaccionar excesivamente y de forma inadecuada a los estímulos y conflictos de la vida diaria. El Indice Cornell fue diseñado realmente con esa finalidad y los 32 items más significativos, que han sido incluidos en el Cuestionario del Departamento de Obstetricia y Ginecología de Granada, detectar sin duda esa predisposición a la inestabilidad emocional, a la respuesta psicosomática y a la dificultad en las relaciones inter-

personales, que pueden caracterizar el "neuroticismo". Esa es la opinión de CERDA (1968) al construir su Cuestionario SN (sinceridad-neuroticismo) partiendo del Cornell FN-2.

El Cuestionario Ginecológico contiene también otros ítems que preguntan acerca de síntomas ginecológicos y actitudes sobre el sexo y el embarazo. El sentido general de tales ítems y su forma de interpretación están en línea con el grupo de ítems derivados del Cornell FN-2, más estrictamente psíquicos o psicossomáticos. Por ello, la puntuación global suele mantener una buena correlación con la puntuación de la escala de alteración emocional, neuroticismo o Cornell FN-2 abreviado.

En los tres grupos demográficos de amenorrea secundaria estudiados, esto es, solteras vírgenes, solteras activas sexualmente y casadas, la puntuación global del Cuestionario está claramente más elevada que en el grupo de referencia que suministra puntuaciones más reducidas, que son las

mujeres jóvenes, sanas, normales, embarazadas por primera vez y que acuden a Educación Maternal (CUENCA, SALVATIERRA y JUSTE, 1978). Como valores medios, sin embargo, sólo las mujeres casadas se acercan a los 32 puntos, que constituyen el límite de separación desde el punto de vista estadístico entre la población normal y la población anormal. Efectivamente, la población normal de embarazadas de Educación Maternal tiene una puntuación media de 22.32 con una desviación típica de 9.91. Una puntuación global, significativamente mayor, con una probabilidad inferior a  $P < 0.01$  correspondería a la media más una desviación típica, lo que equivale a 32 puntos. A esa cifra, como grupo en conjunto, sólo se aproximan las casadas.

Pero las diferencias de los otros grupos, de vírgenes y de solteras activas, con el grupo normal, son estadísticamente significativas. Si tenemos en cuenta que las vírgenes no responden positivamente a varias cuestiones que exigen actividad sexual y que vírgenes y solteras activas,

tampoco responden a cuestiones sobre embarazo y relación conyugal, sencillamente porque no tienen experiencia personal, la mayor puntuación de estos grupos respecto de mujeres con experiencia sexual y de matrimonio, como las embarazadas de Educación Maternal, cobra mayor significación. Con fines comparativos se insertan los resultados del Cuestionario en el grupo control, tomados del trabajo de CUENCA, SALVATIERRA y JUSTE (1978). Se aprecia fácilmente comparando con la tabla I, las mayores puntuaciones en prácticamente todas las escalas, pero especialmente en menstruación, rechazo sexual, síndrome endocrino-vegetativo y en las escalas de ansiedad y Cornell.

En la puntuación global existe una gradación progresiva, de los 24.5 puntos de las vírgenes a los 28.55 de las solteras activas, hasta el 31.87 de las casadas. Las diferencias son estadísticamente significativas y se explican en parte, aunque sólomente en parte, por las diferencias de experiencia vital. Realmente, las solteras vírgenes o no, manifiestan por término medio,

más rechazo sexual y más rechazo de la feminidad tradicional. En las restantes escalas, o no hay diferencias, o las casadas muestran puntuaciones significativamente mayores.

Un hecho a destacar es que mientras los valores medios de rechazo sexual son mayores en vírgenes y solteras, activas, que en casadas, la proporción de resultados anormales, o sea de puntuaciones en la escala por encima del doble de la desviación típica, son más frecuentes en casadas. Hay un difuso rechazo o "miedo a la sexualidad, más generalizado en vírgenes y solteras con experiencia, mientras en casadas, con menor rechazo de base, hay un grupo importante, el 27.8 p100, que claramente indica una acusada sexualidad negativa.

El hallazgo de cifras del 21.3 al 33.3 p100 de índices de Cornell patológicos, muy elevados, subraya la extensión de alteración emocional o neuroticismo en la población. Hay que advertir que no es una proporción exagerada, en comparación

con las cifras encontradas en otros colectivos ginecológicos (CUENCA y SALVATIERRA, 1979), o con las suministradas por otros autores en estudios de estabilidad emocional en la población general, empleando diversos instrumentos (por ejemplo, el "General Health Questionnaire" de Goldberg, TIZON y al. 1978). Es claramente mayor sin embargo, que la proporción en nuestro grupo de referencia de primigrávidas jóvenes y sanas.

No cabe duda que la proporción de alteraciones emocionales y en cierto modo la intensidad de las mismas, está en relación con la edad y el matrimonio en la mujer y por tanto, con la actividad sexual y los embarazos (CUENCA y SALVATIERRA, 1979; GALLO y al. 1980). Esto se confirma en nuestro estudio. Por otra parte, ya ROSENKÖTTER (1968) había señalado la importancia de los factores sexuales en la amenorrea secundaria. No obstante, nuestra estadística muestra que la actividad sexual, de forma concreta, no es obligada. Relativamente, la proporción de mujeres con amenorrea sin actividad sexual, es mayor que la de las que

tienen actividad. Otra cosa es la influencia de la "sexualidad" como impulso, sentimiento o actitud, en la génesis de amenorrea secundaria.

En conclusión, podemos afirmar que el Cuestionario Ginecológico, muestra una mayor alteración psíquica y un mayor neureticismo en las mujeres con amenorrea secundaria que en un grupo control de fertilidad probada. Las diferencias entre vírgenes, solteras activas y casadas, se explican en gran parte, por la situación experimental de cada grupo. Hay en vírgenes y solteras un cierto rechazo o miedo difuso a la sexualidad y al papel femenino tradicional, mientras en casadas este rechazo se circunscribe más a un grupo determinado.

#### 1.2.- Resultados del T.A.T. de Murray: actitudes y sentimientos latentes.

Los resultados obtenidos deben ser contrastados con los anteriormente publicados por el Departamento, sobre diversas poblaciones ginecológicas (CUENCA y SALVATIERRA, 1981) y concretamente

sobre embarazadas de Educación Maternal.

La actitud sexual consciente tal como se proyecta ante las láminas que pueden considerarse como específicamente sexuales (láminas 6 y 13), no difiere básicamente de la proyectada por el grupo control. La proporción de actitudes negativas o conflictivas es de 41.3 p100 para vírgenes, 46.5 p100 para solteras activas y de 51.8 p100 para casadas. A pesar de la evidente progresividad, las diferencias no son estadísticamente significativas con el test de Pearson. La proporción de actitudes negativas entre gestantes de Educación Maternal (n= 223) fue del 47.5 p100, o sea, prácticamente la misma. Esto confirma la impresión de que la proyección negativa es un estereotipo, muy influido por condicionamientos culturales y muy extendido, ya que aparece en casi la mitad de las mujeres, de cualquier tipo y formación. Tiene un indudable valor sociológico, pero escaso valor clínico o significación psíquica personal.

Las actitudes sexuales inconscientes apare-

ACTITUD SEXUAL CONSCIENTE EN EL T.A.T.

EN MUJERES NORMALES

	n	%
NO EXPRESA POSITIVA	117	52.46
NEGATIVA CONFLICTIVA	106	47.54
TOTAL	223	100.00

cen proyectadas ante las láminas que no tienen un contenido específicamente sexual. En este sentido, pueden traducir sentimientos más auténticos y sobre todo, más concretos que la actitud consciente. Prácticamente en el 90 p100 de las mujeres con amenorrea, se detectan tales proyecciones o sentimientos, calificados como de agresividad, ansiedad, rechazo, etc., ante situaciones sexuales encubiertas y muy frecuentemente, al menos en la mitad de los casos, en forma de combinaciones de sentimientos. La tabla IV-a presenta los resultados brutos, no hallándose diferencias entre los tres grupos de pacientes, aunque la tabla IV-b encuentra una mayor frecuencia de tales sentimientos, con significación a nivel de  $P < 0.05$  en casadas. La diferencia, sin embargo, es pequeña (un 86.5 p100 proyecciones inconscientes en solteras contra un 96.3 p100 en casadas). Comparando con las mujeres gestantes normales de control, que mostraron proyecciones inconscientes en un 89.7 p100 de casos (n =223), no hay diferencias.

Las respuestas a la lámina 2 se interpre-

ACTITUD SEXUAL INCONSCIENTE EN EL T.A.T.

EN MUJERES NORMALES

	n	%
NORMAL	23	10.32
ALTERACION EMOCIONAL	142	63.68
COMBINACIONES	58	26.00
TOTAL	223	100.00

tan como proyecciones de la existencia o no, de un conflicto afectivo de tipo triangular, o sea, de una relación emocional stressante de la paciente con un hombre y otra mujer. Tales proyecciones se encuentran en el 30.8 p100 de las mujeres con amenorrea, con alguna mayor frecuencia en casadas, aunque sin que las diferencias entre los tres grupos sean significativas. En el grupo control de gestantes normales, la frecuencia de tales proyecciones fue sólomente del 16.1 p100 (36/223). La mayor frecuencia en amenorreicas es muy significativa estadísticamente, a un nivel de  $P < 0.01$ . Realmente, el estudio individualizado revela que el conflicto no es siempre de tipo amoroso, con un hombre al que se ama y una posible rival, sino que en muchos casos, la rival es la madre que se opone a la relación con el hombre. En otros casos, el conflicto se basa en la opuesta postura de los padres hacia la conducta de la hija, que quiere estudiar, independizarse o casarse y no la dejan. Para la comprensión del caso y la terapéutica posterior, esta aclaración es fundamental. En todo caso, la lámina 2 y las proyecciones que suscita,

RESPUESTAS A LA LAMINA 2 DEL T.A.T.

EN MUJERES NORMALES

	n	%
RELACIONES NO AFECTIVAS	187	83.86
RELACIONES AFECTIVAS	36	16.14
TOTAL	223	100.00

tienen una evidente relación con la situación personal de las pacientes y despiertan sentimientos fácilmente exteriorizados. La situación conflictual es mucho más frecuente que en el grupo control.

Algo semejante ocurre con la lámina 7, que explora la relación con la madre. La tabla VI indica que un 25 p100 de las amenorreicas tienen relaciones conflictuales o problemáticas con la madre, proyectando una actitud de rechazo hacia el papel materno. En el grupo que hemos tomado como control, de gestantes de Educación Maternal, esto ocurrió en el 16.5 p100 (37/223). La diferencia está dentro de los límites significativos desde el punto de vista estadístico ( $\chi^2 = 4.250$ ,  $P < 0.05$ ). La comparación entre el grupo de solteras activas sexualmente y el grupo control de gestantes de Educación Maternal, arroja una diferencia significativa (13/43 contra 39/223,  $\chi^2 = 4.394$ ,  $P < 0.05$ ). Entre los tres grupos, no se alcanza la significación.

La mayor frecuencia de rechazo de la madre

RESPUESTAS A LA LAMINA 7 DEL T.A.T.

EN MUJERES NORMALES

	n	%
RELACIONES NO PROBLEMATICAS	186	83.41
RELACIONES PROBLEMATICAS	37	16.59
TOTAL	223	100.00

entre las amenorreicas solteras activas sexualmente, plantea la cuestión de qué es lo primero: ¿hay conflicto con la madre, porque la joven se ha entregado prematuramente a las relaciones sexuales prematrimoniales? , ¿o la muchacha se ha lanzado al sexo como una sustitución del afecto materno, como protesta o como venganza?. Como ya se dijo en la introducción, la mala relación madre-hija, en su más amplio sentido, es un antecedente importante en la mala maduración puberal y en las perturbaciones de la sexualidad (CHASSEGUET-SMIRGEL y al. 1964). Esa mala relación puede impulsar a una actividad sexual prematura, como forma de auto-demonstración del propio Yo, con resultados desastrosos, ya que es una sexualidad stressante, que a su vez perturba el funcionamiento menstrual normal y todo el equilibrio endocrino. La situación de este grupo de amenorreicas, que sin duda tiende a aumentar conforme es más fácil y aceptado acceder a relaciones heterosexuales prematrimoniales, corresponde muy bien a los hallazgos de IHALAINEN (1975) en una sociedad sin duda más abierta que la nuestra, como es la de Finlandia: dificultades

sexuales asociadas a un hogar con una madre dominante y creencia en ser mimadas como hijas no deseadas.

En resumen, el T.A.T. de Murray no muestra en las amenorreicas secundarias, una mayor frecuencia de actitudes sexuales negativas estereotípicas, ni de sentimientos inconscientes contra la sexualidad, que los grupos de embarazadas normales de igual edad y clase social, pero sí denuncia un mayor número de conflictos triangulares, sexuales y no sexuales y de rechazo materno, especialmente entre las solteras con actividad sexual, aunque el espectro de variación es muy grande y las diferencias entre las tres poblaciones estudiadas no llegan a ser estadísticamente significativas.

### 1.3.- Antecedentes de conflicto o situaciones de stress.

Los conflictos o situaciones de stress durante el desarrollo infantil, esto es, anteriores a la maduración puberal, son extremadamente frecuentes en las mujeres amenorreicas, como presenta

la tabla VII. Unicamente en 17 casos entre 172 no apareció un factor de stress infantil. Dentro de la elevada frecuencia, la proporción es algo mayor en solteras ( 93.2 p100 ) que en casadas ( 83.3 p100 ), diferencia que se confirma por la prueba estadística (tabla IX).

Sin embargo, la lista de "conflictos" de la tabla VII merece algún análisis y comentario. Realmente la tabla contiene tres tipos de "stress":

a) Stress bien definido, como sucesos vitales generalmente aceptados como causantes de problemas y reacciones: muerte de los padres, separación de los mismos, padre violento, mal ambiente familiar, carencia afectiva y sus combinaciones.

b) Situación familiar fuera de lo corriente, que podría considerarse como conducente a cierta anormalidad en la educación y desarrollo de la niña: el ser la primera o la última hija, especialmente en una familia numerosa, con más de 6 hijos.

c) Una actitud de preferencia por uno de los padres, que resulta en un reparto asimétrico de los afectos, e indirectamente en un estado de tensión y de stress.

Evidentemente una asimilación de los tres tipos sería injusta. Ciertamente, sólo los sucesos vitales stressantes, pueden contarse de forma objetiva, o bien reflejan un sentimiento claro, un recuerdo poco discutible, de la infancia: no puede dudarse de que la cosa fue así, o así fue sentida, cuando la paciente afirma que sus padres eran poco cariñosos, que no la querían. La frecuencia de estos sucesos vitales stressantes en el material es de 74 casos (43 p100): 52 casos de forma aislada y otros 22 casos combinados con otros factores de otro tipo.

La investigación de estos antecedentes infantiles en el grupo control de mujeres embarazadas de Educación Maternal da una proporción semejante, del 36.3 p100 (81/223). Sin embargo, si analizamos cada uno de los tres grupos de ameno-

FACTORES DE CONFLICTO EN EL DESARROLLO

EN MUJERES NORMALES

	n	%
NO	142	63.67
MUERTE DEL PADRE	35	15.69
MUERTE DE LA MADRE	6	2.70
MADRE CON MAL CARACTER	3	1.34
PADRE INTRANSIGENTE O VIOLENTO	28	12.56
DISCUSION, VIOLENCIA, MAL AMBIENTE FAMILIAR	7	3.14
PADRES POCO CARIÑOSOS	-	-
SEPARACION ESTABLE	2	0.90
ENFERMEDAD ORGANICA PROPIA	-	-
SE SIENTE RECHAZADA	-	-
TOTAL	223	100.00

rrea en cuanto a la frecuencia de estos sucesos stressantes, aparecen 28 casos en las solteras vírgenes (58.7 p100), 26 casos en las solteras activas (60.5 p100) y 20 casos en las casadas (37 p100). La mayor frecuencia en solteras sexualmente activas, es estadísticamente significativa.

Hay otro dato importante, que surge al comparar los resultados con los obtenidos en embarazadas normales. Estas últimas declararon que uno de los padres había muerto antes de la pubertad en 41 casos entre 223 (18.4 p100). En las amenorreicas, esto ocurrió solamente en 10 casos entre 172 (5.8 p100). La diferencia es altamente significativa, señalando que en los padres están vivos con más frecuencia que en la población general. Puede admitirse que la presencia de los padres, tal vez poco cariñosos, o poco amados, es lo que constituye realmente un stress y no su prematura muerte. La presencia de ambos padres, con la inherente posibilidad de desacuerdo entre ellos, o ambivalencia entre los mismos es lo importante.

Teniendo esto en cuenta, el recuento de sucesos vitales stressantes durante la infancia no debería considerar la muerte de uno de los padres como stress o conflicto, sino como lo contrario, o en todo caso como un suceso neutro. Si en la lista de la tabla VII se descartan los casos con muerte de uno de los padres, el número de casos con carencia afectiva durante la infancia o mal ambiente familiar, se reduce a 55. De forma análoga, en el grupo de control de Educación Maternal, al restar los 41 casos de muerte de uno de los padres, la proporción de carencias afectivas infantiles desciende a 40 entre 223 (17.8 p100). Con esta rectificación, la carencia afectiva es significativamente más frecuente en amenorreicas que en embarazadas normales y continua siéndolo, por supuesto, en las solteras activas sexualmente.

También los conflictos o situaciones stressantes posteriores a la pubertad son muy frecuentes en las amenorreicas y de forma significativa, más en las solteras que en las casadas (tablas VIII y IX). Al revisar la lista de factores conside-

rados, tal vez pudieran excluirse algunos como la anorexia y la preocupación estética, que podrían considerarse más bien como síntomas o trastornos secundarios. Una vez excluidos, aparecen factores recientes de stress en 40 de las 75 solteras vírgenes (53.3 p100), en 32 de las 43 solteras activas (74.4 p100) y en 28 de las 54 casadas (51.8 p100). En el grupo control de gestantes normales, hubieron solamente 30 casos de stress reciente (13.4 p100), siendo la diferencia fuertemente significativa y así mismo, como señala la tabla IX, hay mayor proporción de stress reciente en solteras que en casadas, sobre todo en solteras sexualmente activas.

Una mayoría de casos presentan conflictos de pareja, o sea, sexuales en su más amplio sentido. Incluso entre las vírgenes, 15 de los 40 casos eran de este tipo. Entre las solteras activas, 19 de los 32 casos eran problemas de pareja. Entre las casadas, fueron 14 de los 28, aunque algunos casos eran arrastrados desde hacía tiempo ( 1 caso de fuga con el novio y 5 casos de proble-

FACTORES DE CONFLICTO ACTUAL

EN MUJERES NORMALES

	n	%
NO	193	86.55
PROBLEMAS MATRIMONIALES	4	1.79
TRASLADO DE DOMICILIO	2	0.90
PROBLEMAS PREMATRIMONIALES	2	0.90
CAMBIOS POR ESTUDIOS O TRABAJO	-	-
SEPARACION FAMILIAR POR TRABAJO	10	4.48
SEPARACION FAMILIAR POR ESTUDIOS	9	4.03
PROBLEMAS CON OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA	1	0.45
MUERTE PADRES POST-MENARQUIA	2	0.90
TOTAL	223	100.00

mas prematrimoniales) siendo su significación inmediata dudosa.

Es cierto, como ya hemos apuntado anteriormente y en el curso de la introducción, que las relaciones sexuales mismas y tanto más las extramatrimoniales, ya constituyen un stress, por lo que habría que aceptar que todas las solteras con actividad sexual estaban bajo stress. Igualmente, el matrimonio es un stress y tanto en el caso de conducir a un embarazo, como en el de una infertilidad, o ante el planteamiento de una contracepción, siendo esta cuestión importante y que no conviene olvidar.

Resumiendo, la anamnesis revela que una mayoría de pacientes con amenorrea secundaria, tienen factores de stress operantes durante la infancia. Concretamente, la carencia afectiva o la mala relación familiar, aparece en más de un tercio de pacientes, singularmente en las solteras con actividad sexual. La ausencia de los padres, por muerte de los mismos, no constituye un stress

por sí mismo, sino que por el contrario, las amenorreicas cuentan con ambos padres vivos al llegar a la pubertad, con una frecuencia mayor que en el grupo control sano. Podemos suponer que esta presencia origina sentimientos ambivalentes en la joven, como parece indicarlo la falta de preferencia por uno de los padres, que es la tónica usual en la población estudiada. Una mayoría de amenorreicas, del 50 al 75 p100, según el grupo demográfico, presentan factores recientes de stress, sucesos vitales recientes significativos, en una parte importante, del tipo relación de pareja. El grupo con más factores de stress, tanto infantiles como recientes, es el de solteras sexualmente activas, aunque no debe olvidarse que la actividad sexual misma, el matrimonio y los embarazos son por sí mismos, factores de stress operantes en las casadas.

#### 1.4.-Rasgos distintivos entre los diversos grupos de amenorreicas secundarias.

Puede decirse que lo más llamativo de los

resultados anteriores, son las escasas diferencias cualitativas entre los tres grupos estudiados. Es cierto que el grupo con más alteración psíquica es el de solteras con actividad sexual, que aparte del factor de stress que pueda suponer esa misma actividad, no regularizada habitualmente, presenta también más conflictos específicos recientes, más carencia afectiva infantil y más conflictos triangulares y de rechazo materno según el T.A.F., que los otros dos grupos. Sin embargo, las diferencias distan de ser netas y realmente los tres grupos son muy parecidos.

El Cuestionario Ginecclógico, a través de la escala de alteración emocional o Índice Cornell FN-2, muestra la mayor alteración en mujeres casadas con amenorrea secundaria. Este neuroticismo se basa en gran parte, en síntomas psicológicos. esto es, el exceso de puntuación de las casadas sobre las solteras y especialmente sobre las vírgenes, algo más jóvenes, se debe a las respuestas positivas a items de carácter psicosomático (dolor pelviano, vasolabilidad, alteraciones circulatorias).

rias, etc.). Tales síntomas son probablemente de origen secundario y en algunos casos pueden ser insinceros, tratando la paciente de ganarse la voluntad del médico. Es cierto que la insinceridad puede considerarse una conducta neurótica.

2.-DIFERENCIAS PSICOLÓGICAS ENTRE LAS AMENORREAS CORTAS (OLIGOMENORREAS) Y LAS AMENORREAS PROLONGADAS.

En la exposición de resultados, se ha analizado la diferencia entre la oligomenorrea (baches de amenorrea de más de 3 meses, pero con reglas espontáneas de vez en cuando) y la amenorrea estricta (pérdida de la regla durante más de 6 meses, después de ciclos normales), grupo por grupo. Realmente como hemos visto antes en el apartado 1.4, las diferencias entre grupos demográficos son discutibles y los tres grupos pueden considerarse como uno solo, con ciertos matices. En la discusión que sigue, el objetivo es aclarar si hay diferencias entre el fenómeno oligomenorrea y el fenómeno amenorrea, con independencia del grupo demográfico.

2.1.- Cuestionario Ginecológico y tipo de trastorno menstrual.

Si se reúnen los tres grupos en uno solo y se comparan los resultados del Cuestionario en los 35 casos de amenorrea con los de los 137 casos de oligoamenorrea (opsomenorrea), no se obtiene una diferencia estadísticamente significativa en la puntuación global, pero el grupo de amenorrea muestra mayores puntuaciones en la escala de rechazo de la sexualidad, rechazo de embarazo y alteración emocional (Cornell), mientras la puntuación de menstruación es mayor en el grupo de oligomenorrea. La diferencia se debe esencialmente al grupo de mujeres casadas, que no sólo muestran mayor puntuación global, sino también mayores puntuaciones en las tres escalas emocionales, así como en la de ansiedad, mientras que las solteras no muestran diferencias según el tipo menstrual, siendo también sus puntuaciones esencialmente más bajas que las de las casadas. Creemos que estos hechos se deben simplemente a la menor experiencia sexual y de matrimonio de las solteras, como hemos

apuntado anteriormente.

Más significativo resulta el estudio de la frecuencia de puntuaciones anormales, realizado en las tablas XIII a-d, que comprende los tres grupos en conjunto. El análisis confirma que en la amenorrea se presenta con mayor frecuencia rechazo de la sexualidad, rechazo del embarazo y alteración emocional o neuroticismo. Sin embargo, teniendo en cuenta los resultados por grupos, no parece se deba dar excesiva importancia, en principio, a la mayor puntuación en amenorrea. Es indudable que la oligomenorrea, tal como la hemos definido, como baches de más de 3 meses, se asocia especialmente en vírgenes, en fase postpuberal, a un estado de ansiedad y constituye desde el punto de vista psicológico un trastorno tan grave como la amenorrea de más de 6 meses de duración.

#### 2.2.- T.A.T. de Murray y tipos de trastorno menstrual.

Las actitudes sexuales conscientes e incons-

cientes, no muestran diferencias según el tipo menstrual y lo mismo acontece en cuanto a las proyecciones de conflicto triangular y rechazo materno.

Estos resultados están de acuerdo con los obtenidos por PIOTROWSKI (1962), al aplicar el T.A.T. en pacientes con anovulación crónica, con baches amenorreicos de muy diferente duración, e incluso, con ciclos de menos de 3 meses de intervalo. Las proyecciones de conflicto y de rechazo-dependencia materna fueron muy frecuentes, pero no correlacionadas con la duración de la falta menstrual.

### 2.3.- Stress y tipo de trastorno menstrual.

Aunque considerado globalmente, no hay diferencias entre la incidencia de stress y el tipo de trastorno menstrual, es interesante señalar las diferencias entre la población sujeta a stress de tipo parental y familiar, según el estado civil. En la tabla XVIII se han considerado solamente los

conflictos objetivos, como pérdida o separación de los padres, carencia afectiva y mal ambiente familiar. La posible interpretación, es que los stress durante la fase prepuberal alteran de alguna manera la maduración puberal hipófiso-hipotalámico-ovárica, produciendo una insuficiencia hipotalámica con perturbación de la ciclicidad. Lógicamente, debería producirse también amenorrea prolongada, dada la continuidad fisiopatológica entre los diversos trastornos del ciclo menstrual, como han señalado muchos autores y recientemente insiste LEYENDECKER (1979). El que no sea así, no excluye que la amenorrea esté relacionada con un stress, lo único que puede decirse es que no está tan relacionada con el tipo de stress descubierto por nuestra anamnesis y que son conflictos concretos y objetivos, como un trastorno más leve, cual es la oligomenorrea y esto es especialmente visible en las solteras. Es posible que la amenorrea en jóvenes púberes se deba al más fundamental stress de la menarquia misma, de la percepción de los cambios corporales y del enfrentamiento con la feminidad, como señalan autores recientes (FRICK

y al. 1978; SCHINDLER y al. 1978). Conflictos psicosociales más inmediatos en la prepubertad y sobre todo la carencia afectiva y la alienación familiar, conducirían a un mal funcionamiento menstrual, con ciclos largos e irregulares y baches de meses sin regla, pero no a la supresión brusca, tratándose de un stress crónico, de intensidad relativamente moderada. Un stress más intenso y más agudo, causaría amenorrea. En todo caso, la realidad es que todos los autores, prácticamente sin excepción, no distinguen entre una amenorrea en sentido estricto y las irregularidades con oligomenorrea.

Los conflictos recientes, postpuberales, son muy frecuentes en ambos tipos de trastorno, tal vez algo más en la amenorrea que en la oligomenorrea, pero sin alcanzar la significación estadística. También las casadas muestran una proporción mayor en la amenorrea, como ocurría con los conflictos del desarrollo, aunque no se confirme estadísticamente.

Conclusiones.

Si resumimos los hechos discutidos en los párrafos anteriores, la conclusión es que factores de stress durante la fase infantil, aparecen en una mitad de casos de oligomenorrea en solteras, en los que la mujer tiene alguna regla espontánea de vez en cuando, pero el trastorno data de la menarquia. Sólomente aparecen en una tercera parte de casos con amenorreas brusca y prolongadas. El antecedente de un conflicto o de una situación de stress reciente, que puede considerarse desencadenante, aparece en cambio, en el 50-75 p100 de todos los casos, sin diferencia entre oligomenorrea y amenorrea.

La exploración psicológica más profunda, mediante el T.A.T., no muestra diferencias entre ambos tipos de trastorno, descartando que sentimientos inconscientes, conflicto interpersonal o rechazo de la madre, condicionen la expresión de la perturbación hipófiso-hipotalámico-ovárica.

Sin embargo, un instrumento como el Cuestio-

nario Ginecológico detecta más alteración, al menos en ciertas escalas en la amenorrea que en la oligomenorrea, demostrando un mayor nivel de neuroticismo y de sintomatología psicósomática, amén de más rechazo de la sexualidad.

La explicación reside, tal vez en que la anamnesis biográfica y el T.A.T. detectan factores casales, mientras la puntuación del Cuestionario es más bien un resultado del trastorno. Sin duda, la amenorrea causa más impacto, más ansiedad y más duda acerca de la feminidad y sexualidad que la oligomenorrea, especialmente en mujeres casadas que la temen como un signo de embarazo.

Como ya hemos dicho en la introducción, la opinión general es que la oligomenorrea tiene el mismo fundamento psico-endocrino que la amenorrea, aunque tal vez más leve (RHEINGOLD, 1964; ROEMER, 1971), pero como señala nuestra investigación, un fundamento que se establece ya antes de la pubertad. La intensificación del trastorno, en forma de una amenorrea prolongada, se favorece

por stress recientes, que actúan sobre una personalidad ya alterada. El stress más importante es la misma menstruación. La percepción del trastorno y especialmente de amenorrea, causa un stress secundario, de manera especial en mujeres casadas, que se traduce en respuestas positivas al Cuestionario.

### 5.- PECULIARIDADES PSICOLÓGICAS SEGUN LA ALTERACION ENDOCRINA.

En los apartados anteriores, hemos llegado a la conclusión de que las características psicológicas de las pacientes con amenorrea secundaria tienen matices, según la clase de pacientes (vírgenes, solteras activas y casadas) y según el tipo de trastorno menstrual (oligomenorrea o amenorrea), pero que no presentan diferencias radicales en los distintos grupos y que una misma alteración psíquica fundamental subyace en toda oligo-amenorreica. Ante este hecho parece poco probable que existan diferencias según el disturbio endocrino, pero la contestación la dará únicamente el análisis

pormenorizado.

### 3.1.- Cuestionario Ginecológico y diagnóstico endocrino.

Los resultados muestran que no hay diferencias estadísticamente significativas entre los tres grandes grupos diagnósticos: disfunción hipotalámica, síndrome de ovarios poliquísticos e hiperprolactinemia. Únicamente en mujeres casadas con hiperprolactinemia aparece una mayor puntuación de rechazo del embarazo, en comparación con el síndrome de ovarios poliquísticos, lo que tiene escasa significación patogénica.

La puntuación global más elevada ocurre en casadas en la hiperprolactinemia, mientras en solteras sucede en las pacientes de ovarios poliquísticos o disfunción hipotalámica. La distribución de estas puntuaciones elevadas es estadísticamente significativa, aunque su interpretación sea especulativa. La hiperprolactinemia es más frecuente en casadas que en solteras, siendo en estas

más frecuente la disfunción hipotalámica. Es probable que los casos de hiperprolactinemia en casadas sean más graves e intensos y más relacionados con un embarazo o una historia reproductiva anormal. El resultado es una asociación entre una alteración psicósomática más acentuada (expresada en el Cuestionario) y el trastorno endocrino predominante en frecuencia e intensidad en cada grupo.

### 3.2.- Proyecciones en T.A.T. y diagnóstico endocrino.

Es interesante que la actitud sexual consciente, que hemos visto era totalmente independiente del grupo demográfico y del tipo de trastorno menstrual, muestre en cambio una asociación con la hiperprolactinemia y el síndrome de ovarios poliquísticos, en el sentido de que las actitudes negativas son más frecuentes en las hiperprolactinemias y las positivas en la poliquistosis ovárica, ocupando la disfunción hipotalámica un lugar intermedio.

No es fácil decidir si la actitud positiva en los ovarios poliquísticos es causa o consecuencia. De forma especulativa, puede aceptarse que una actitud positiva favorecerá la secreción androgénica y estrogénica y secundariamente, la quistificación de los ovarios. También es posible lo contrario: la secreción androgénica-estrogénica elevada característica de los ovarios poliquísticos, de alguna forma sutil, activa la sexualidad de la mujer e influye sobre su actitud.

Los sentimientos inconscientes sobre la sexualidad no se asocian con un determinado trastorno endocrino, lo que era de esperar, dados los resultados en relación con el grupo demográfico y dada la índole, ciertamente muy personal de tales sentimientos. Puede admitirse un influjo endocrino sobre una actitud abstracta o general ante la sexualidad, pero es mucho más difícil de aceptar una influencia sobre los sentimientos más concretos. La acción de dichos sentimientos sobre el equilibrio endocrino, es también difícil de explicar.

En cambio, nuestro estudio ha encontrado una asociación significativa entre los conflictos triangulares proyectados ante la lámina 2 y la hiperprolactinemia y por otro lado, entre los conflictos con la madre (lámina 7) y la disfunción hipotalámica.

A continuación se expone la frecuencia de las situaciones de stress en los diversos grupos endocrinos.

### 3.3.- Situaciones de stress y alteración endocrina.

Teniendo en cuenta la totalidad de los conflictos reseñados en la tabla VII, cuya heterogeneidad ya hemos discutido, no se encuentran diferencias significativas entre los tres grupos endocrinos. Si se hace un análisis a semejanza del realizado en el estudio de los grupos demográficos, separando las clases de conflicto, aparece una predominancia de carencia afectiva en la hiperprolactinemia, aunque no llega a ser estadísticamente significativa. La frecuencia de ser la primera

hija es mayor en los grupos de disfunción hipotálamica y de ovarios poliquísticos, pero tampoco llega a una significación (P entre 0.10 y 0.05). Tampoco hay diferencias en las carencias de padres (muerte prepuberal de los padres), entre los grupos endocrinos.

Los resultados obtenidos son, por tanto, simples sugerencias, en el sentido de una posible especificidad de los conflictos infantiles en la génesis del trastorno endocrino reproductor. Tal vez haya más carencia afectiva en la hiperprolactinemia, hecho que han señalado autores portugueses (SOBRINHO y al., 1978; NUNES y al., 1980), que encuentran una historia muy cargada de mal ambiente familiar, violencia parental y conflicto durante la infancia en pacientes con galactorrea hiperprolactinémica, aunque no han comparado sus hallazgos con otros grupos endocrinos y por tanto no pueden afirmar que se trata de una historia exclusiva de las hiperprolactinemias. Nosotros encontramos antecedentes de stress infantil en los tres grupos endocrinos.

Tampoco hay diferencias acusadas en cuanto a conflictos recientes, aunque el análisis que se ha expuesto en los resultados, apunte de nuevo, a cierta mayor frecuencia de problemas amorosos y traumatismos de tipo sexual, en sentido amplio en las hiperprolactinémicas.

Hay que tener en cuenta que en las hiperprolactinémicas hay más mujeres casadas que en los otros grupos, generalmente con hijos. La asociación de situaciones recientes de stress con la hiperprolactinemia podría fundarse en varios motivos:

a) Los embarazos han conducido a una más fácil galactorrea con hiperplasia lactotropa.

b) El stress es mayor al combinarse con el matrimonio y la gravidez.

c) El tipo de stress es algo diferente, en cuanto se trata de un stress dentro de una constelación familiar propia, del hogar de la propia paciente.

La realidad es que la frecuencia de situaciones stressantes postpuberales en conjunto, es algo mayor en el síndrome de ovarios poliquísticos, mientras que donde la hiperprolactinemia le avanta es en los conflictos sentimentales y de pareja. Se puede pensar, aunque sin demostración fehaciente, que un alto nivel de stress no específico, favorece el desarrollo de disfunción hipotalámica y de ovarios poliquísticos, mientras que el stress "amoroso" favorece la hiperplasia lactotropa.

Los resultados de las tablas XXXVI y XXXVII en que se intenta explorar la significación de las alteraciones psicológicas combinadas tienden a confirmar lo anterior, ya que la mayor frecuencia de alteración ocurre en la hiperprolactinemia.

#### Conclusión.

El resumen del análisis anterior (3.1, 3.2 y 3.3) es que no hay diferencias flagrantes entre los diversos trastornos endocrinos, sin embargo, parecen existir unas tendencias sugestivas:

1) La mayor alteración psíquica aparece en la hiperprolactinemia, asociada a carencia afectiva y mal ambiente familiar infantil y relacionada con problemas sentimentales, amorosos, prematrimoniales y matrimoniales, que en parte se proyectan en forma de conflicto triangular en el T.A.T.

2) La disfunción hipotalámica tiende a ser más frecuente en primeras hijas y se asocia con frecuencia a rechazo o conflicto con la madre.

3) El síndrome de ovarios poliquísticos se asocia a un alto nivel de stress inespecífico reciente y a una actitud sexual positiva.

#### 4.- CONSIDERACIONES PSICOSOMATICAS.

Las conclusiones de la discusión anterior son forzosamente limitadas, como era de esperar. No cabe pensar en una psicogenia pura de las tres alteraciones endocrinas estudiadas, tanto más cuanto las tres alteraciones no son tampoco grupos unitarios y homogéneos, sino también colecciones

de procesos, con mucha heterogeneidad y diversidad. Efectivamente, dentro de la disfunción hipotalámica hemos incluido oligomenorreas claramente debidas a un stress actual, junto a casos de adelgazamiento y anorexia y otros en los que la causa puede ser orgánica, por malformación o lesión mínima del hipotálamo. Igualmente, en la poliquistosis ovárica hemos metido todos los casos de hiperandrogenismo no tumoral y sabemos que en un tercio de los mismos, al menos, hay un componente tal vez predominante de hiperplasia cortico-suprarrenal. La hiperprolactinemia puede deberse a un microadenoma hipofisario, a una hiperplasia lactotropa, o simplemente a un trastorno "funcional" del sistema tubero-infundibular dopaminérgico.

Es natural aceptar una etiología multifactorial para las amenorreas secundarias, en sentido amplio (oligomenorreas y amenorreas bruscas prolongadas), en la que deben intervenir factores de predisposición genética y procesos adquiridos (carencias, infecciones, etc.), junto a los factores psicológicos, que a su vez, pueden ser anoma-

lías de la "personalidad", de tipo constitucional y situaciones de stress y conflicto psíquico a lo largo de la vida.

Este carácter multifactorial, aunque no excluye la aparición de ciertos perfiles psicológicos diferenciales en los diversos grupos, indudablemente los atenúa y los individualiza. Los atenúa en cuanto un trastorno endocrino conducente a amenorrea, se debe no sólo a factores biográficos, sino a una predisposición constitucional hacia determinado trastorno. Los mismos factores biográficos pueden desencadenar una insuficiencia hipotalámica no hiperprolactinémica en un caso, un síndrome de hiperandrogenismo córtico-ovárico en otro o una hiperprolactinemia en un tercero. Los individualiza en cuanto introduce una gran diversidad de caso a caso, la cual por otra parte, es la que da particular interés al estudio psicológico de un caso de amenorrea, el mismo por lo menos que al estudio endocrino.

Las tablas XXXVI y XXXVII pretenden explorar

la incidencia de alteraciones psicológicas importantes en la amenorrea secundaria. Para ello hemos empleado un método discutible, como es considerar únicamente los casos en que existían al menos alteraciones en dos de los instrumentos psicológicos utilizados: la anamnesis biográfica (stress), el T.A.T. de Murray y el Cuestionario Ginecológico.

Con dicho método observamos que hay alteración psíquica indudable en un 15 p100 de disfunción hipotalámica, en un 17.5 p100 de ovarios poliquísticos y en un 23.5 p100 de hiperprolactinemia. Las diferencias no son estadísticamente seguras, pero de nuevo confirman la mayor alteración psicológica de las hiperprolactinémicas.

Si se examina con detención la tabla XXXVI, se observa que las hiperprolactinémicas presentan 7 casos con Cuestionario Ginecológico elevado, unido a otra u otras pruebas patológicas, contra 1 solo caso de pruebas anormales pero Cuestionario normal. En el grupo de disfunción hipotalámica-ovarios poliquísticos, hay 17 casos con Cuestiona-

rio alto, contra 5 de Cuestionario bajo. Parece que las hiperprolactinemias, proporcionalmente, dan más alteración en el Cuestionario que los otros grupos. Esta mayor proporción puede deberse en parte, al hecho de que hay más casadas, con edades mayores entre las hiperprolactinémicas y ya hemos visto la tendencia del Cuestionario a aumentar con la edad y paridad. Pero también puede explicarse admitiendo que la hiperprolactinemia se debe a un stress más reciente y de tipo más emocional y ligado a los procesos sexual-reproductores, que tienen fácil expresión en el Cuestionario.

Podría plantearse que el Cuestionario mide más un resultado del trastorno, o un concomitante del mismo, que un factor etiopatogénico. La anamnesis biográfica y el T.A.T. detectarían posiblemente por el contrario, factores causales.

El criterio de que existan dos ó más exploraciones psicológicas anormales para admitir una alteración grave es algo convencional. Es seguro que una mujer puede tener más un trastorno psico-

lógico con una sola prueba positiva, que otra con dos o tres. Por otra parte, en nuestro estudio de los conflictos, en el afán de ser concretos y objetivos, hemos contabilizado sólo aquellos expresados por la mujer conscientemente en su anamnesis, o bien sucesos vitales recientes bien identificables. Sin embargo, es probable que el mayor conflicto o stress, sea la menarquia misma, la menstruación o las relaciones sexuales y la amenaza de embarazo, e incluso todavía más, el rechazo inconsciente de la feminidad. Para muchos autores, este rechazo inexplicable con palabras, se traduce en amenorrea secundaria (FRICK, 1974; FRICK y SCHINDLER, 1972; DURET-COSYNS, 1969; CONDRAU, 1971), aunque con frecuencia aparece como una constelación de trastornos a la que O'NEILL (1960) calificó de síndrome de Atalanta. La amenorrea secundaria puede asociarse con otros trastornos psicósomáticos, en cuyo caso cursará con un cuadro clínico complejo.

Es extraordinariamente importante recordar que la amenorrea secundaria normogonadotropa y

singularmente la debida a disfunción o insuficiencia hipotalámica, constituye una regresión a un estado de inmadurez prepuberal (FRICK y al., 1978), en que la paciente retorna a la infancia y no tiene problemas, ni otros síntomas acompañantes, a excepción frecuentemente de la negativa a alimentarse. En estos casos no hay ansiedad, la puntuación del Cuestionario es baja y la productividad del T.A.T. muchas veces es insignificante. La conversión del problema psicológico en síntoma somático ha sido total y las pruebas psicométricas son normales o poco alteradas. Cuando la muchacha ha aceptado la pubertad, incluso ha entablado relaciones sexuales y todavía más, si ha legalizado socialmente su relación con un matrimonio, la regresión es difícil y el trastorno que actúa más frecuentemente a través de una hiperprolactinemia, pero que también puede ser una insuficiencia hipotalámica normoprolactinémica, no llega a convertir totalmente el problema psicológico en un síntoma aislado, sino que se acompaña de otros síntomas y de un estado de ansiedad o alteración emocional. PETERS y al. (1982) han demostrado diferencias endocrinas

y de evolución clínica y pronóstica, entre los casos de amenorrea secundaria sin perturbación psíquica detectable y aquellos con ansiedad, depresión y otros síntomas psíquicos. Los primeros constituyen una regresión o conversión total y traducen paradójicamente, una situación de stress y de rechazo de la feminidad, mucho más grave y profunda que los segundos.

Podemos concluir que en todo caso de amenorrea secundaria es necesaria una anamnesis biográfica para detectar las situaciones de stress (sucesos vitales recientes) objetivas y una medición de la alteración emocional (ansiedad, neuroticismo) y de la sintomatología psicosomática. Nuestros resultados muestran que alteraciones en estos campos se asocian más frecuentemente a hiperprolactinemia y en general, a pacientes que tienen actividad sexual. Cuando la medición psicométrica no detecta alteración y las pruebas como el Cuestionario Ginecológico son negativas, es más probable una disfunción hipotalámica y paradójicamente un trastorno psicológico más profundo que requiere

el análisis, comenzando por el T.A.T. de Murray. Conflictos con la madre y rechazo de la misma son frecuentes en estos casos.

La individualización de cada paciente es necesaria y en cada caso debe aclararse, si hay una alteración psíquica, qué proporción es preexistente al trastorno y por tanto tiene importancia etiopatogénica y qué proporción es secundaria, debiendo valorarse pronósticamente. El estudio psicológico en tres escalones descrito y estudiado en esta Tesis, parece muy útil en el sentido anterior.

CONCLUSIONES

1.- Las mujeres con oligo-amenorrea secundaria muestran mayor alteración psíquica e inestabilidad emocional que un grupo control de mujeres bien regladas y de fertilidad probada.

2.- Las pacientes vírgenes y solteras con oligo-amenorrea secundaria muestran mayor rechazo y miedo difuso a la sexualidad que la población normal.

3.- Mediante el T.A.T. de Murray aparecen más conflictos afectivos, sexuales y no sexuales y mayor rechazo de la madre en los casos de oligo-amenorrea secundaria, especialmente en solteras activas sexualmente.

4.- Una mayoría de pacientes con amenorrea secundaria tienen factores de stress operantes durante la infancia, singularmente carencia afectiva o mala relación familiar. Los padres de las pacientes viven con más frecuencia que en la población normal y las pacientes son más incapaces de designar uno de ellos como preferido, demostrando

una situación de ambivalencia.

5.- Una mayoría de pacientes con oligo-amenorrea, singularmente las solteras con actividad sexual, presentan con una frecuencia significativa, factores de stress operantes después de la pubertad, singularmente problemas de relación.

6.- Los factores de stress durante la infancia se asocian con mayor frecuencia a baches de amenorrea, con menstruaciones espontáneas intercaladas, mientras los conflictos recientes postpuberales o en mujeres casadas, se asocian más con amenorrea brusca de larga duración.

7.- La alteración psíquica e inestabilidad emocional es mayor en la amenorrea de larga duración que en la oligomenorrea.

8.- Entre las tres grandes causas fisiopatológicas de oligo-amenorrea secundaria, la disfunción hipotalámica, la enfermedad poliquística de los ovarios y la hiperprolactinemia, no hay dife-

rencias acusadas en los factores psicológicos estudiados, aunque pueden señalarse las siguientes asociaciones:

A.- La mayor alteración psicológica aparece en la hiperprolactinemia, con frecuente historia de carencia afectiva durante la infancia, problemas de carácter amoroso, prematrimonial o matrimonial y proyecciones de conflicto triangular en el T.A.T.

B.- La disfunción hipotalámica tiende a ser más frecuente en primeras hijas, y se asocia con frecuencia a rechazo o conflicto con la madre.

C.- El síndrome de ovarios poliquísticos se asocia a un alto nivel de stress inespecífico reciente, manteniendo con mayor frecuencia una actitud sexual positiva.

9.- Se rechaza la psicogenia pura de la oligo-amenorrea secundaria de larga duración, en favor de una etiología multifactorial.

10.- Las alteraciones psíquicas encontradas son habitualmente, tanto causa como consecuencia del trastorno menstrual, como lo demuestra la mayor inestabilidad emocional y ansiedad en la amenorrea de larga duración que en la oligomenorrea.

11.- La falta de alteraciones detectables mediante instrumentos psicométricos, como cuestionarios o test proyectivos, no descarta el origen psicossomático de la oligo-amenorrea. En tales casos la oligo-amenorrea constituye un equivalente de la ansiedad, no manifestándose ésta explícitamente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ABRAHAM, S.F.; BEUMONT, P.J.V.; FRASER, I.S. y LLEWELLYN-JONES, D. (1982).- Menstrual status of ballet dancers in training. Br. J. Obstet. Gynaecol. 89: 507.
- 2.- ABU-FADIL, S.; DE VANE, G.W.; SILER, T.M. y YEN, S.S.C. (1976).- Effects of oral contraceptive steroids on pituitary prolactin secretion. Contraception 13: 79.
- 3.- ACIEN, P.; LOPEZ-GALVEZ, J.J. y GARCIA-DIEZ, J.M. (1980).- Correlación entre la prolactinemia y las gonadotropinas en diversas fases del ciclo normal y patológico. Acta Gin. 37: 117.
- 4.- ADASHI, E.Y.; RAKOFF, J.; DIVERS, W.; FISHMAN, J. y YEN, S.S.C. (1979).- The effect of acutely administered 2-hydroxyestrone on the release of gonadotropins and prolactin before and after estrogen priming in hypogonadal women. Life Sci. 25: 2051.

- 5.- ALEXANDER, F.- Psychosomatic Medicine. Its principles and applications. Nueva York, 1950.
- 6.- AONO, T.; MIYAKE, G.; SHIOJI, T.; KINNGASA, T.; ONISHI, T. y KURACHI, K. (1976).- Impaired LH release following exogenous estrogen administration in patients with amenorrhea-galactorrhea syndrome. J. Clin. Endocrinol. 42: 696.
- 7.- ARCHER, D.F.; SPRONG, J.W.; MANKIN, A.R. y JOSIMOVICH, J.B. (1976).- Pituitary gonadotropin response in women with idiopathic hyperprolactinemia. Fertil. Steril. 27: 1158.
- 8.- BAKER, E.P.; MATHUR, R.S.; KIRK, R.F. y WILLIAMSON, H.O. (1981).- Female runners and secondary amenorrhea. Fertil. Steril. 35: 247.
- 9.- BASS, P.F. (1947).- L'amenorrhée au camp de concentration de Terezin. Gynaecologia 123: 211.

- 10.- BENEDEK, T.F.- Sexual functions in women and their disturbances. En ARIETI, S. - ed: American Handbook of Psychiatry. Basic Books. Nueva York, 1959.
- 11.- BENITO, J.A.; PORTUONDO, J.A ; NEYRO, J.L. y MELCHOR, J.C. (1983).- Reserva hipofisaria de gonadotropinas (test LH-Ril para FSH y LH) en pacientes con síndrome de amenorrea-galactorrea. Rev. Esp. Obst. y Gin. 42: 128.
- 12.- BERGER, M.J.; TAYMOR, M.L. y PATTON, W.C. (1975).- Gonadotropin levels and secretory patterns in patients with typical and atypical polycystic ovarian disease. Fertil. Steril. 26: 619.
- 13.- BIGG, J.S.G. y THOMAS, F.J. (1981).- Sites of steroid production in the polycystic ovary. Br. J. Obstet. Gynaecol. 88: 42.
- 14.- BIRNBAUM, M.D. y ROSE, L.I. (1984).- Late onset adrenocortical hydroxylase deficiencies

associated with menstrual dysfunction. Obstet. Gynecol. 65: 445.

- 15.- BLUM, I.; BRUHIS, S. y KAUFFMAN, H. (1981).- Clinical evaluation of the effects of combined treatment with bromocriptine and spironolactone in two women with polycystic ovary syndrome. Fertil. Steril. 35: 629.
  
- 16.- BONHET, H.G.; DAHLEN, H.G.; WOTKE, W. y SCHEINDER, H.P.G. (1976).- Hyperprolactinemic anovulatory syndrome. J. Clin. Endocrinol. 42: 132.
  
- 17.- BOYAR, R.M.; KATZ, J.; FINKELSTEIN, J.W.; KAPEN, S.; WEINER, H.; WEITZMAN, E.D. y HELLMAN, I. (1974).- Anorexia nervosa-inmaturity of the 24 hours luteinizing hormone secretory pattern. N. Engl. J. Med. 291: 861.
  
- 18.- BURZACO, I. y GONZALEZ-MERLO, J. (1980).- Prolactina y amenorrea. Avances en Obst. y Ginec. 6: 99.

- 19.- CARTER, J.N.; TYSON, J.F.; TOLIS, G.; VAN VLIET, S.; FAIMAN, C. y FRIESEN, H.G. (1978). Prolactin secreting tumors and hypogonadism in 22 men. N. Engl. J. Med. 299: 847.
- 20.- CERDA, E. (1957).- Validación del Cornell Index FN-2 en sujetos españoles. Rev. General Psicol. Apl. 12: 725.
- 21.- CERDA, E.- El Cuestionario Ginecológico de Sinceridad - Neuroticismo. Ed. Herder. Barcelona, 1968.
- 22.- CONDRAU, G. (1971).- Rorschach-Test-Untersuchungen bei sekundärer Amenorrhoe. Schweiz. Z. Gynäck. Geburtsh. 125: 138.
- 23.- COOPER, H.E.; SPELLACY, W.N.; PREM, K.A. y COHEN, W.D. (1968).- Hereditary factors in the Stein - Leventhal syndrome. Am. J. Obst. Gynec. 100: 371.
- 24.- COPPEN, A. (1966).- The prevalence of mens-

trual disorders in psychiatric patients. Brit. J. Psychiat. 111: 155.

25.- CORENBLUM, B. y TAYLOR, P.J. (1982).- The hyperprolactinemic polycystic ovary syndrome may no be a distinct entity. Fertil. Steril. 38: 549.

26.- CUENCA, C. Disgnóstico psicológico en Ginecología. En "Actualidades Clínicas Toco-Ginecológicas". Facta. Valencia, 1960.

27.- CUENCA, C. y SALVATIERRA, V. (1968).- Validación del Cuestionario Psicossomático Cornell FN-2 en pacientes ginecológicas. Actual. Obst.-Gin. 8: 251.

28.- CUENCA, C. SALVATIERRA, V. y JUSTE A. El Cuestionario Ginecológico: comunicación preliminar. Actas XVI Reunión de la Sociedad Española de Medicina Psicossomática. Granada, 1978.

- 29.- CUENCA, C. y SALVATIERRA, V. (1979).- El Cuestionario Cornell FN-2 como medida del neuroticismo en diversos cuadros ginecológicos. Rev. Esp. Obst. Gin. 38: 326.
- 30.- CUENCA, C. y SALVATIERRA, V. (1981).- Test de Apercepción Temática de Murray y comportamiento sexual. Rev. de Psiquiatría y Psicología Médica. 15:49.
- 31.- CHANG, R.J.; MANDEL, F.P.; WOLFSEN, A.R. y JUDD, H.L. (1981) - Circulating levels of plasma adrenocorticotropin in polycystic ovary disease. J. Clin. Endocrinol. Metab. 54: 1265.
- 32.- CHASSEGUET-SMIRGEL, J. (et al). Recherches psychoanalytique nouvelles sur la sexualité feminine. Payot. París, 1964.
- 33.- CHETKOWSKI, R.J.; DE FAZIO, J.; SHAMONKI, I.; JUDD, H.L. y CHANG, R.J. (1984).- The incidence of late-onset congenital adrenal

hyperplasia due to 21-hydroxylase deficiency among hirsute women. J. Clin. Endocrinol. Metab. 58: 595.

34.- CHRISTIE - BROWN, J. Psychological and dietary aspects of secondary amenorrhea. En MORRIS, N.: Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology. 3rd Int. Congr., Londres, 1971. Karger, Basilea, 1972. pág. 579.

35.- DANS, F.M.; GOZALO, M.I.; PEREZ-PIÑAR, A.; ALCANTARA, A.H.; AYUGA, A.; USANDIZAGA, J. A. y ORDAS, J. (1983).- Incidencia general de la hiperprolactinemia en la consulta ginecológica. Acta Obst. Gin. Hisp.-Lus. 31: 267.

36.- DAVAJAN, V.; KLETZKY, O.; MARCH, C.M. y cols. (1978).- The significance of galactorrhea in patients with normal menses, oligoamenorrhea and secondary amenorrhea. Am. J. Obst. Gynec. 130: 894.

- 37.- DECOURT, J. (1944).- A propos des aménorrhées d'origine psychique: les aménorrhées pithiatiques curables par la persuasion. Presse med. 52: 116.
- 38.- DECOURT, J. (1953).- Biotypologie sexuelle. Ponencia a la II Reunión de Endocrinólogos de Lengua Francesa. Ann. d'Endocrinol. suppl. 101.
- 39.- DECOURT, J. Les aménorrhées de cause psychique. En MICHEL-WOLFROM, H.: Gynecologie Psychosomatique. Masson. Paris, 1963. pág. 73.
- 40.- DESANTES, M.A.; INOCENTE, J.M.; GONZALEZ-GANCEDO, P. y ORDAS, J. (1983).- Evaluación de la reserva hipofisaria de TSH y prolactina mediante el test de TRF en la hiperprolactinemia funcional y tumoral. Acta Obst. Gin. Hisp.-Lus. 31: 317.
- 41.- DE SENARCLENS, M. The adolescent's approach

in Gynaecology. Psychosomatic disorders.  
En MORRIS, N.: Psychosomatic Medicine in  
Obstetries and Gynaecology. 3rd Int. Congr.,  
Londres. 1971. Karger. Basilea, 1972. pág.  
375.

- 42.- DE SENARCLENS, M. y FISCHER, W. Amenorrhoea:  
A psychosomatic and sociological approach.  
En DENNERSTEIN, L. y BURROWS, B.: Hand book  
of Psychosom. Obst. Gynecol. Elsevier Bio-  
med. Press. Amsterdam, 1983. pag. 119.
- 43.- DEUTSCH, H. The psychology of women. A Psy-  
chanalytic interpretation. Grune-Stratton.  
New York, 1945.
- 44.- DIAZ-SILES, J.; FLORIDO, J.; SALVATIEPRA,  
V.; DOLZ, M. y RUIZ-REQUENA, E. (1985).-  
La prueba de doble estímulo LRH-TRH en los  
hipogonadismos normogonadotropos. Rev. Esp.  
Obst. y Gin. 44: 493.
- 45.- DIEDERICHS, P. The personality structure

of women with secondary amenorrhea. En CARENZA, L. y ZICHELLA, L. Emotion and Reproduction. Academic Press. Londres, 1979. vol. I. pág. 133.

- 46.- DOLZ, M.; SALVATIERRA, V.; DIAZ-SILES, J.; FLORIDO, J.; ARTEAGA, M.S. Y RUIZ-REQUENA, E. (1986).- Hallazgos radiológicos y estado funcional en la hiperprolactinemia. Acta Gin. (en prensa).
- 47.- DONGIER, M. Neurosis y trastornos psicósomáticos. Guadarrama. Madrid, 1971.
- 48.- DREW, F. (1961).- The epidemiology of secondary amenorrhea. J. Clin. Dis. 14: 396.
- 49.- DREW, F. y STIFEL, E.N. (1968).- Secondary amenorrhea among young women entering religious life. Obstet. Gynec. 32: 47.
- 50.- DRILLIEN, C. M. (1946).- A study of normal

and abnormal menstrual function in the auxiliary territorial services. J. Obstet. Gynaec. Brit. Cwlth. 53: 223.

51.- DUNBAR, F. Emotion and bodily changes. 2<sup>a</sup> ed. Columbia University Press. Nueva York, 1954.

52.- DURET - COSYN, S. (1969).- L'amenorrhée psychogène et ses rapports avec l'anorexie mentale et la boulimie. Brux. med. 49: 169.

53.- EDWARDS, C.R.; FORSYTH, I.A. y BESSER, G. M. (1971).- Amenorrhea, galactorrhea and primary hypothyroidism with high circulating levels of prolactin. Brit. Med. J. 3: 462.

54.- ELERT, R. (1952).- Zur Genese der Notstandamenorrhoe Geburtsh. Frauenh. 12: 193.

55.- ENGELS, W.D.; PATTEE, C.J. y WITTKOWER, E.D. (1964).- Emotional settings in functional amenorrhea. Psychosom. Med. 26: 682.

- 56.- ERICKSON, G.F.; HSUEH, A.J.M.; QUIGLEY, M.E.; REBAR, R.W. y YEN, S.S.C. (1979).- Functional studies of aromatase activity in human granulosa cells from normal and polycystic ovaries. J. Clin. Endocrinol. Metab. 49: 514.
- 57.- EYSENCK, H.J. Fundamentos biológicos de la personalidad. 1ª ed. Fontanella. Barcelona, 1970.
- 58.- FEICH, C.B.; JOHNSON, T.S.; MARTIN, B.S.; SPARKES, K.E. y WAGNER, W.W. (1978).- Secondary amenorrhoea in athletes. Lancet 2: 1145.
- 59.- FENICHEL, O. The psychoanalytic theory of neurosis. Rontledge y Kegan LTD. Londres, 1963.
- 60.- FERRER-BARRIENDOS, J.; TORRES, F.; MILLET, A.; SOLER, F.; LUCAS-PINILLA, E. y MORENO, J.L. (1981).- Adenomas hipofisarios secretores de prolactina: Aspectos clínicos,

endocrinológicos y radiológicos. Rev. Esp. Obst. y Gin. 40: 634.

- 61.- FISCHER, I.C. Hypothalamic amenorrhea: Pseudocycosis. En KROGER, W.S.: Psychosomatic Obstetrics, Gynecology and Endocrinology. Thomas. Springfield, 1962.
- 62.- FISHMAN, J.; BOYAR, R.M. y HELLMAN, L. (1975).- Influence of body weight on estradiol metabolism in young women. J. Clin. Endocrinol. Metab. 41: 989.
- 63.- FOLDES, J.J. Ovulatory disturbances of psychosomatic origin. En HIRSCH, H.: The Family. 4th Int. Congress Psychosom. Obst. Gyn. Tel Aviv, 1974. Karger. Basilea, 1975. pág. 330.
- 64.- FONZO, D.; ANGELI, A.; SIVIERI, R.; ANDRIOLI, S.; FRAJRIA, R. y CERESA, F. (1977).- Hyperprolactinemia in girls with idiopathic precocious puberty under prolonged treatment

with cyproterone acetate. J. Clin. Endocrinol. Metab. 45: 164.

- 65.- FORBES, A.P.; HENNEMAN, P.H.; GRISWOLD, G.C. y ALBRIGHT, F. (1954).- Syndrome characterized by galactorrhea, amenorrhoea and low urinary FSH: comparison with acromegaly and normal lactation. J. Clin. Endocrinol. Metab. 14: 265.
- 66.- FRANKS, S. y JACOBS, H.S. (1983).- Hyperprolactinemia. Clin. Endocrinol. Metab. 12: 641.
- 67.- FRANKS, S.; JACOBS, H.S.; MARTIN, N. y NABARRRO, J.D. (1978).- Hyperprolactinemia and impotence. Clin. Endocrinol. 8: 277.
- 68.- FREMONT - SMITH, M. y MEIGS, J. (1948).- Menstrual dysfunction due to emotional factors. Am. J. Obst. Gynec. 55: 1037.
- 69.- FRICK, V. Psychological effects of secondary

amenorrhea. En HIRSCH, H.: The Family. 4th Int. Congress Psychosom. Obst. Gyn. Tel-Aviv, 1974. Karger. Basilea, 1975. pág. 246.

70.- FRICK, V.; LÜBKE, R.; SOMMER, K.; SCHINDLER, A.E.; KELLER, E. y GÜSER, R. (1978).- Die sekundäre Amenorrhoe: Psychosomatische Einführung. Therapiewoche 28: 9475.

71.- FRICK, V. y SCHINDLER, A.E. (1972).- Erste Ergebnisse einer Untersuchung der psychologischen, gynäkologischen und endokrinologischen Beziehungen bei sekundärer Amenorrhoe. Med. Welt 23: 1934.

72.- FRIEDSEN, 1972. Citado por BURZACO y GONZALEZ-MERLO.

73.- FRIES, H. y NILLIUS, S.J. (1973).- Psychological factors psychiatric illness and amenorrhea after oral contraceptive treatment. Acta Psychiatr. Scandinav. 49: 653.

- 74.- FRIES, H.; NILIUS, S.J. y PETERSON, F. (1974).- Epidemiology of secondary amenorrhea. II. A retrospective evaluation of etiology with special regard to psychogenic factors and weight loss. Am. J. Obst. Gynec. 118: 473.
- 75.- FRISCH, R.E. y REVELLE, R. (1970).- Height and weight at menarche and a hypothesis of critical body weight and adolescent events. Science 169: 397.
- 76.- FRISCH, R.E.; WYSHAK, G. y VINCENT, L. (1980) Delayed menarche and amenorrhea in ballet dancers. N. Engl. J. Med. 303: 17.
- 77.- FUTTERWEIT, W. Polycystic Ovarian Disease. Springel-Verlag. New York, 1984.
- 78.- GALBIS M. y MARTIN, A. (1977).- Tratamiento del síndrome amenorrea-galactorrea con bromocriptina. Simposio de Valencia. Sandoz. pág. 53.

- 79.- GALLO, M.; ROSALES, M.A.; CUENCA, C. y SALVA-TIERRA, V. (1979).- El índice psicosomático Cornell FN-2 durante el embarazo. Acta Obst. Gin. Hisp.-Lus. 27: 475.
- 80.- GARCIA-MORA, R.; JULIA, M.D.; MOMPO, E.; ALONSO, M.J.; COLINAS, G. y ROMEU, A. (1980).- Prolactinemia basal, sistematización de pruebas dinámicas empleadas en nuestro centro. Congreso Mundial de Fertilidad. Mesa Redonda, Sandoz, pág. 17.
- 81.- GARTHWAITE, T.L. y HAGEN, T.C. (1978).- Plasma prolactin-releasing factor like activity in the amenorrhea-galactorrhea syndrome. J. Clin. Endocrinol. Metab. 47: 885.
- 82.- GIVENS, J.R.; WISER, W.L.; COLEMAN, S.A.; WILROY, R.G.; ANDERSEN, R.N. y FISH, S.A. (1971).- Familial ovarian hyperthecosis: a study of two families. Am. J. Obst. Gynec. 110: 959.

- 83.- GLASS, M.R.; SHAW, R.W.; LOGAN, W.R.; EDWARDS, K. y LONDON, D.R. (1975).- An abnormality of oestrogen feed-back in amenorrhoeagalactorrhea. Brit. Med. J. 3: 274.
- 84.- GOODWIN, N.J.; VALENTI, C.; HALL, J.E. y FRIEDMAN, E.A. (1968).- Effects of uremia and chronic hemodialysis on the reproductive cycle. Am. J. Obst. Gynec. 100: 528.
- 85.- GREGORY, A.J.L. (1957).- The menstrual cycle and its disorders in psychiatric patients. J. Psychosom. Res. 2: 199.
- 86.- GRIMM, E. (1961).- Psychological tension in pregnancy. Psychosom. Med. 23: 520.
- 87.- HAESSLIN, A.C. y LAMB, E.J. (1976).- Pituitary tumors in patients with secondary amenorrhoea. Am. J. Obst. Gynec. 125: 759.
- 88.- HAUSER, G.A. Die Rolle des neurovegetativen Nervensystems in der Gynäkologia und Ge-

burtshilfe. Fortschr. Geburtsn. Gynäk. Karger. Basilea, 1960. pág. 10.

89.- HENRY, W.E. The Thematic Apperception Technique in the Study of Culture-Personality Relations. Ed. Genetic. Psychology Monograph. 1947.

90.- HEYNEMANN, T.H. (1948).- Die Nachkriegsamenorrhoe. Klin. Wschr. 26: 129.

91.- HILTMANN, N. Compendio de los test psicodiagnósticos. Ed. Kapelusz. Buenos Aires, 1962.

92.- IHALAINEN, O. (1975).- Psychosomatic aspects of amenorrhea. Acta Psychiatr. Scandinav. suppl. 262: 9.

93.- ISRAEL, S.L. Diagnosis and treatment of menstrual disorders and sterility. 5<sup>a</sup> ed. Hoeber, Harper-Row. Nueva York, 1967.

- 94.- JANIS, I.L. Psychological stress. Wiley. Nueva York, 1958.
- 95.- JAQUET, P.; GRISOLI, F. y GUIBOUT, M. (1978). Prolactin secreting tumors, endocrine status before and after surgery in 33 women. J. Clin. Endocrinol. Metab. 46, 459.
- 96.- JARETT, L.R. (1984).- Psychosocial and biological influences on menstruation: Synchrony, cycle length and regularity. Psychoneuroendocrinology. 9/1: 21.
- 97.- JONES, H.W. y JONES, G.S. Tratado de Ginecología de Novak. 10<sup>a</sup> ed. Interamericana. Mexico, 1984. pág. 737.
- 98.- KAUFFMANN, C. y MULLER, H.A. (1948).- Die Prognose unweitbedingter Menstruationss-  
törungen. Geburtsh. Frauenh. 7/8: 630.
- 99.- KANZER, E.; FAHLBUSCH, R.; LANKSCH, W.;  
ROTHE, R.; SCHERER, U.; STEINHOFF, H.; GRUM-

ME, T.H.; LANGE, S.; MEESE, W.; AULICH, A. y WENDE, S. Computerized tomography in diagnosis and follow-up examination of pituitary adenomas. En FAHTBUSCH, R. y WERDER, K.: Treatment of pituitary adenomas. First European Workshop on treatment of pituitary adenomas at Rottach-Egern. Georg. Thieme. Stuttgart, 1978. pág. 101.

100.- KELLEY, K.; DANIELS, G.E.; POE, J.; EASSER, R. y MONROE, R. (1954).- Psychological correlations with secondary amenorrhea. Psychosom. Med. 16: 129.

101.- KIM, M.H. y CHANG, F.E. (1984). Anovulación crónica. Clin. Obst. Gin. 4: 1185.

102.- KISTNER, R.W. Tratado de Ginecología. 2ª ed. Toray. Barcelona, 1983. pág. 649, 656.

103.- KLEINBERG, D.L.; NOEL, G.L. y GRANTZ, A. G. (1977).- Galactorrhea: A study of 235 cases, including 48 with pituitary tumors.

N. Engl. J. Med. 296: 589.

- 104.- KNOBIL, E. (1980).- The neuroendocrine control of the menstrual cycle. Recent. Prog. Horm. Res. 36: 53.
- 105.- KNOBIL, E. y WILDT, L. Neuroendocrine control of ovarian function in higher primates. En LEYENDECKER, G.; STOCH, H. y WILDT, L.: Brain and pituitary peptides. Karger. Munich, 1983. pág. 11.
- 106.- KROGER, W.S. y FREED, S.CH. Gynecologia Psicosomatica. Salvat. Barcelona, 1955.
- 107.- KRULISH, L.; HEFCO, P.; ILLNER, C. y READ, B.C. (1974).- The effects of acute stress on the secretion of Prolactin, FSH, LH and Growth Hormone in the normal male rat. Neuroendocrinology. 16: 293.
- 108.- LACHELIN, G.C.L.; LEBIANC, H. y YEN, S.S.C. (1976).- The inhibitory effect of dopamine

- agonist on LH release in women. J. Clin. Endocrinol. Metab. 44: 728.
- 109.- LACHELIN, G.C.L. y YEN, S.S.C. (1978).- Hypothalamic chronic anovulation. Am. J. Obst. Gynec. 130: 825.
- 110.- LEYENDECKER, G. NOCKE, W. y SCHMIDT-GOLDWITZER, M. (1977).- Klinik der hyperprolaktinaemischen Amenorrhoe. Gynäkologe. 10: 93.
- 111.- LEYENDECKER, G. (1979).- The pathophysiology of hypothalamic ovarian failure. Diagnostic and therapeutical considerations. Europ. J. Obstet. Gynec. Reprod. Biol. 9/3: 175.
- 112.- LEYENDECKER, G. (1982).- Die hypothalamische Ovarial insuffizienz. Gynäkologe. 14: 84.
- 113.- LOBO, R.A. y GOEBELSMANN, U. Incomplete 21-hydroxylase and 3 $\beta$ -ol-dehydrogenase deficiencies in hirsute women. In Proceedings

of the 62nd Annual Meeting of the Endocrine Society. Washington, DC, 1980. pág. 188 (abstr 456).

114.- LOBO, R.A. y GOEBELSMANN, U. (1982).- Effect of androgen excess on inappropriate gonadotropin secretion as found in the polycystic ovary syndrome. Am. J. Obst. Gynec. 142: 394.

115.- LOBO, R.A.; KLETZKY, O.A. y DIZEREGA, G.S. (1982).- Elevated serum bioactive luteinizing hormone (LH) concentrations in women with polycystic ovary syndrome (PCO). Fertil. Steril. (suppl.) 37: 301.

116.- LOESER, A. (1943).- Emotional shock on hormone release and endometrial development. Lancet. 1: 518.

117.- LOFTUS, T.A. (1962).- Psychogenic factors in Anovulatory Women. III. Behavioral and Psychoanalytic Aspects of Anovulatory Ame-

menorrhea. Fertil. Steril. 13: 20.

118.- MARCH, C.M.; MISHELL, D.R.; KLETZKY, O.A.;  
ISRAEL, R.; DAVAJAN, V. y NAKAMURA, R.M.  
(1979).- Galactorrhea and pituitary tumors  
in postpill and non-postpill secondary amenor-  
rhea. Am. J. Obst. Gynec. 134: 45.

119.- MARSHALL, J.C. y KELCH, R.P. (1979).- Low  
dose pulsatile gonadotropin-releasing hormone  
in anorexia nervosa: a model of human puber-  
tal development. J. Clin. Endocrinol. Metab.  
49: 712.

120.- MARWIL, T.B. (1944).- Functional amenorrhea  
in waves. U.S. Navy Med. Bull. 44: 569.

121.- MASON, J.W. (et al) (1968).- Organization  
of psychoendocrine mechanisms. Psychosom.  
Med. 30: 565.

122.- MATSUMOTO, S.; THOMA, K.; KUBO, H.; WATANABE,  
M.; HOSAKA, H. y UTSUNO, A. Environmental

menstrual disorders. Gunma J. Med. Sci.  
14: 1. Citado por ZANDER y HOLZMANN.

123.- MAUVAIS-JARVIS, P. Insuficiencia gonadotropa  
global normoprolactinémica. En MAUVAIS-  
JARVIS, P.; SITRUK-WARE, R. y LABRIE, F.:  
Medicina de la Reproducción. Ginecología  
endocrinológica. Toray. Barcelona, 1984.  
pág. 283.

124.- MAYER, A. Trastornos psicógenos de las fun-  
ciones sexuales femeninas. En SCHWARTZ,  
O.: Psicogénesis y psicoterapia de los sín-  
tomas corporales. Labor. Barcelona, 1932.  
pág. 315.

125.- MAYER, A. (1948).- Über Menstruations-  
storungen im Arbeitsdienst. Geburtsh. Frauenh.  
7/8: 457.

126.- Mc FALLS, J.A. Psychopathology and Subfe-  
cundity. Academic Press. Nueva York, 1979.

- 127.- Mc NEILLY, 1973. Citado por BURZACO y GONZALEZ-MERLO.
- 128.- MENNINGER, K. (1939).- Somatic correlations with the unconscious repudiation of femininity in women. J. Nerv. Ment. Dis. 89: 514.
- 129.- MENZER-BENARON, D.; SABBATH, J. y STURGIS, S.H. Amenorrhea. En: STURGIS, S.H. y MENZER-BENARON, D.: The gynecologic patient. A psycho-endocrine study. Grune-Stratton. Nueva York, 1962. pág. 23.
- 130.- MIRKLE, A.W.; WORLEY, R.J. y WEST, C.D. (1984).- Adrenal corticoid hyperresponsiveness in hirsute women. Fertil. Steril. 41: 575.
- 131.- MITSCHERLICH, A. (1968).- The mechanism of bi-phasic defence in psychosomatic diseases. Int. J. Psycho-Anal. 49: 236.
- 132.- MOSBACHER, E. (1914).- Funktionelle Störnu-

gen im weiblichen Genitale und Störungen im vegetativen Nervensystem. Ztschr. Geburtsh. Gynäk. 76: 426.

133.- MURRAY, H.A. Test de Apercepción Temática (T.A.T.). Manual para la aplicación. 7ª ed. Paidós. Buenos Aires, 1975.

134.- NABARRO, J.N.D. (1982).- Pituitary prolactinomas. Clin. Endocrinol. 17: 129.

135.- NAVARRO, N.; HERVAS, F.; PEREZ, M.C. y POZUELO, J. (1982).- Alteraciones del ciclo con hiperprolactinemia. Congreso Mundial de Fertilidad de Madrid. pág. 47.

136.- NOCHIMOWSKY, J. (1946).- Die Ghettoamenorrhoe. Med. Klin. 41: 347.

137.- NUNES, M.C.P.; SOBRINHO, L.G.; CALHAZ-JORGE, C. y cols. (1980).- Psychosomatic factors in patients with hyperprolactinemia and/or galactorrhea. Obstet. Gynec. 55:

591.

- 138.- OJEDA, S.R.; NEGRO-VILAR, A. y Mc CANN, S.M. (1979).- Release of PGE-2 by hypothalamic tirsure: evidence for their involvement in catecholamine induced LHRH release. Endocrinology. 104: 617.
- 139.- O'NEILL, D. (1960).- Emotions and the menstrual cycle. Practitioner. 184: 749.
- 140.- OSOFSKY, H. y FISCHER, S. (1967).- Psychological correlates of the development of amenorrhea in a stress situation. Psychosom. Med. 29: 15.
- 141.- PARKER, D.C.; ROSSMAN, L.G. y VANDERLAAN, E.F. (1973).- Sleep-related nyctohemeral and briefly episodic variation in human plasma prolactin concentrations. J. Clin. Endocrinol. Metab. 36: 1119.
- 142.- PETERS, F.; RICHTER, D. y BRECKWOLDT, M.

- (1982).- Interactions between psychosomatic conflicts and gonadotropin secretion. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 61: 439.
- 143.- PETERSON, F.; FRIES, H. y NILLIUS, S.J. (1973).- Epidemiology of secondary amenorrhea. I. incidence and prevalence rates. Am. J. Obst. Gynec. 117: 80.
- 144.- PIOTROWSKI, Z.A. (1962).- Psychogenic factors in anovulatory women. II. Psychological evaluations. Fertil. Steril. 13: 11.
- 145.- PONT, A.; SHELTON, R.; ODELL, D. y WILSON, C. (1979).- Prolactin secreting tumors in men: surgical case. Ann. Int. Med. 91: 211.
- 146.- PRILL, H.J. Gynäkologia. En el Hndbhh. der Neurosenlehre und Psychotherapie. vol. V. Urban y Schwarzenberg. Munich, 1961. pág. 206.
- 147.- PRILL, H.J. La Psicósomática en Ginecología.

En SCHWALM, M. y DÖDERLEIN, G.: Clínica Obstétrica-Ginecológica. Alhambra. Madrid, 1966. pág. 515.

148.- QUIGLEY, M.E.; SHEEHAN, K.L.; CASPER, R. F. y YEN, S.S.C. (1980).- Evidence for increased dopaminergic and opioid activity in patients with hypothalamic hypogonadotropic amenorrhea. J. Clin. Endocrinol. Metab. 50: 949.

149.- QUIGLEY, M.E. Y YEN, S.S.C. (1980).- The role of endogenous opiates on LH secretion during the menstrual cycle. J. Clin. Endocrinol. Metab. 51: 179.

150.- RABKIN, J.G. y STRUENING, E.L. (1976).- Life events, stress and illness. Science. 194: 1013.

151.- RAKOFF, A.E. (1962).- Psychogenic factors in anovulatory women. I. Hormonal patterns in women with ovarian disfunctions of psycho-

genic origin. Fertil. Steril. 13: 1.

152.- REBAR, R.; JUDD, H.L.; YEN, S.S.C.; RAKOFF, J.; VANDENBERG, G. y NAFTOLIN, F. (1976).- Characterization of the inappropriate gonadotropin secretion in polycystic ovary syndrome. J. Clin. Invest. 57: 1320.

153.- REYNIAK, J.V.; WENDF, M.; AUBERT, J.M. y STANGEL, J.J. (1980).- Incidence of hyperprolactinemia during oral contraceptive therapy. Obstet. Gynec. 55: 8.

154.- RHEINGOLD, J. The fear of being a woman. Grune-Stratton. Nueva York, 1964.

155.- RIPLEY, H. y PAPANICOLAU, G. (1942).- The menstrual cycle with vaginal smear studies in schizophrenia, depression and elation. Am. J. Psychiatr. 98: 567.

156.- RIZO, E.; DE PABLOS, I.; DEL OLMO, J. y BOTELLA, J. (1981).- Amenorrea secundaria

e hiperprolactinemia: papel de la prolactina, la FSH, y la LH, estudiadas a través de la prueba de doble sobrecarga con TRH y LHRH. Acta Gin. 38: 123.

157.- ROEMER, H. La vida sexual de la mujer y sus trastornos. En KÄSER, O. y al.: Ginecología y Obstetricia. Tomo I. "Las funciones sexuales específicas de la mujer y sus trastornos." Salvat. Barcelona, 1971. pág. 455.

158.- ROF, CARBALLO, J. Biología y Psicoanálisis. Desclée de Bouwer. Bilbao, 1972. pág. 479.

159.- ROMEU, A.; GARCIA-MORA, R.; MARTIN, A.; RODRIGUEZ, A.; ZABALA, P.A.; MOMPO, E. y BORRUEL, J.A. (1982).- Reserva hipofisaria de gonadotropinas en la hiperprolactinemia. Congreso Mundial de Fertilidad de Madrid. pág. 59.

160.- ROMEU, A.; JULIA, M.D.; MARTIN-CORTES, A.; ZABALA, P.A.; ESTEBAN, J.; DUQUE, J.A.;

GARCIA-MORA, R.; BRITO, J.D. y FILLOL, M.  
(1981).- Aspectos clínicos y diagnósticos  
en pacientes afectas de hipogonadismo, hiper-  
prolactinemia y galactorrea. Rev. Esp. Obst.  
y Gin. 40: 230.

161.- ROPERT, J.F.; QUIGLEY, M.E. y YEN, S.S.C.  
(1981).- Endogenous opiates modulate pul-  
satile luteinizing hormone release in hu-  
mans. J. Clin. Endocrinol. Metab. 52: 583.

162.- ROSENKÖTTER, L.; DE BOOR, C.; ERDELY, Z.  
y MATTHES, J. (1968).- Psychoanalytische  
Untersuchungen von Patientinnen mit sekun-  
därer Amenorrhoe. Psyche. 22: 838.

163.- ROSENKÖTTER, L.; DE BOOR, C.; ERDELY, Z.  
y MATTHES, J. (1969).- Psychoanalytische  
Untersuchungen von Patientinnen mit funk-  
tioneller Amenorrhoe. Arc. Gynäk. 207: 92.

164.- RUSSELL, J.A.O. Psychosocial aspects of  
weight loss and amenorrhea in adolescent

girls. En MORRIS, N.: Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology. 3rd. Int. Congr. Londres, 1971. Karger. Basilea, 1972. pág. 593.

165.- RUTHERFORD, R. (1965).- Emotional aspects of infertility. Clin. Obst. Gynecol. 8: 100.

166.- SALERNO, E.V. Ginecología Psicosomática. Paidós. Buenos Aires, 1968.

167.- SALMERON DE DIEGO, J.; ALONSO, C.; SANTOS, M.; SALAZAR, A. y PALACIOS, J.M. (1981).- Variaciones de la tasa plasmática de gonadotrofinas (FSH y LH) y de su respuesta al estímulo con hormona liberadora de gonadotrofinas (GnRH) ante distintos niveles plasmáticos de prolactina (PRL) en mujeres con síndrome de amenorrea-galactorrea. Med. Clin. 76: 164.

168.- SALMERON DE DIEGO, J.; GARCIA-PERIS, M.;

MORENO-ESTEBAN, B. y PATO-CASTEL, J. (1981).-  
Hiperprolactinemias. Medicine. 15: 1014.

169.- SALVATIERRA, V. (1961).- Alteraciones del  
sistema neurovegetativo en Ginecología.  
Actual. Obst. Gin. 1: 3.

170.- SALVATIERRA, V. (1982).- Galactorrea. Defini-  
ción y frecuencia. Clin. Ginec. 6: 155.

171.- SALVATIERRA, V.; DIAZ-SILES, J.; DOLZ, M.;  
FLORIDO, J. y RUIZ-REQUENA, E. (1985).-  
Respuesta de FSH y LH al estímulo agudo  
con hormona liberadora (LRH) en diversos  
tipos de hiperprolactinemia. Acta Gin. 42:  
411.

172.- SALVATIERRA, V.; MARTOS, M. y CARRETERO,  
M. (1964).- Consideraciones clínicas sobre  
la amenorrea primaria y secundaria. Actual.  
Obst. Gin. 4: 7.

173.- SASSIN, J.F.; FRANTZ, A.G.; KAPEN, S. y  
WEITZMAN, E.D. (1973).- The nocturnal rise

of human prolactin is dependent on sleep.  
J. Clin. Endocrinol. Metab. 37: 436.

- 174.- SCHINDLER, A.E.; SHIER, I.; FRICK, V.; GUN-  
DLING, F.; GOOSER, R. Y KELLER, E. Psycho-  
genic amenorrhea: endocrine evaluation and  
follow-up. En CARENZA, L.; PANCHRI, P. y  
ZICHELLA, L.: Clinical Psycho-neuroendocri-  
nology in Reproduction. Academic Press. Lon-  
dres, 1978. pág. 281.
- 175.- SCHWAB, R. y PRITCHARD, J. (1949).- Situa-  
tional stresses and extrapyramidal disease  
in different personalities. Life stress and  
Bodily disease. Ass. Research Nervous Mental  
Disease. pág. 48.
- 176.- SCHWARTZ, H. (1963).- Psychosomatic ameno-  
rrhea. Psychosomatics. 4: 333.
- 177.- SCHWARTZ, O. Psicogénesis y psicoterapia  
de los síntomas corporales. Labor. Barcelona,  
1932. pág. 315.

- 178.- SELYE, H. The physiology and pathology of exposure to stress. Acta Ind. Med. Publ. Montreal, 1950.
- 179.- SHANAN, J.; BRZENZNISKI, A.; SULMAN, F. y SHARON, M. (1965).- Active coping behavior anxiety and cortical steroid excretion in the prediction of transient amenorrhea. Behavior Sci. 10: 461.
- 180.- SHEARMAN, R.P. (1971).- Prolonged secondary amenorrhea after oral contraceptive therapy. Lancet. 2: 64.
- 181.- SHERMAN, B.M.; HALMI, K.A. y ZAMUDIO, R. (1975).- LH and FSH response to gonadotropin-releasing hormone in anorexia nervosa: effect of nutritional rehabilitation. J. Clin. Endocrinol. Metab. 41: 135.
- 182.- SINHA, 1973.- Citado por BURZACO y GONZALEZ-MERLO.

- 183.- SOBRINHO, L.G.; SOUSA, E.F. et al. (1978).- Etude de la psychodynamique de patientes portenses d'une galactorrhee non puerperale avec ou sans tumeur hypophysaire. Rev. Franc. Endocrinol. Clin. Nutr. Metab. 19: 507.
- 184.- SOMMER, B. (1978).- Stress and menstrual distress. J. Human Stress. 4: 5,41.
- 185.- SPEROFF, L.; GLASS, R.H. y KASE, N.G. Endocrinologia, Ginecologia e Infertilidad. 2ª ed. Toray. Barcelona, 1980. pág. 93.
- 186.- SPEROFF, L.; LEVIN, R.; HANING, R.V. y KASE, N.G. (1979).- A practical approach for the evaluation of women with abnormal polytomography or elevated prolactin levels. Am. J. Obst. Gynec. 135: 896.
- 187.- STIEVE, H. (1940).- Nervös-bedingte Veränderungen and den Geschlechtsorganen. Dtch. Med. Wschr. 66: 925.

- 188.- STIEVE, H. (1949).- Anatomisch nachweisbare Vorgänge im Eierstock des Menschen und ihre umweltbedingte Steuerung. Geburtch. Frauenh. 9: 639.
- 189.- SWAMEY, A.P.; WOOLF, P.D. y CESTERO, R.V. (1979).- Hypothalamic pituitary-ovarian axis in uremic women. J. Lab. Clin. Med. 93: 1066.
- 190.- SYMONDS, P.M. Manual for Symonds Picture-Story Test. Bureau of Publications. Teachers Colege, Columbia University. New York, 1949.
- 191.- TANABE, K.; GAGLIANO, P.; CHANNING, C.P.; NAKAMURA, Y.; YOSHIMURA, Y; LIZUKA, R.; FORTURRY, A.; SULEWSKI, J. y REZAI, N. (1983).- Levels of Inhibin-F activity and steroids in human follicular fluid from normal women and women with polycystic ovarian disease. J. Clin. Endocrinol. Metab. 57: 24.
- 192.- TANNER, J.M. Growth at Adolescence. 2nd ed. Blackwell Scientific Publications. Oxford. 1962.

- 193.- TIETZE, K. (1948).- Zur Genese und Prognose der Notstandamenorrhoe. Zbl. Gynäk. 70: 377.
- 194.- TIZON, J.; SALAMERO, M.; DE LA LAMA, E.; DIAZ-MUNGUIRA, J.M. y FREIXAS, J. (1978).- El uso del C.H.Q. en diversos ambulatorios y su comparación con la población general. Contribuciones Oficiales a la XVI Reunión de la Soc. Esp. de Med. Psicosom. de Granada. pág. 27.
- 195.- TOLIS, G.; SOMMA, M.; VON CAMPENHOUT, J. y FRIESEN, H. (1974).- Prolactin secretion in sixty five patients with galactorrhea. Am. J. Obst. Gynec. 118: 91.
- 196.- TOMKINS, S.S. y TOMKINS, E.J. The Thematic Apperception Test. The Theory and Technique of Interpretation. Grune-Stratton, New York, 1948.
- 197.- TRESGUERRES, J.A.F. y ESQUIFINO, A.I. (1983).-

Posibles mecanismos de interacción entre gonadotrofinas y prolactina. Acta Physiol. Lat. Am. 53: 257.

- 198.- VERMEULEN, A.; SUY, E. y RUBENS, R. (1977).- Effects of prolactin on plasma DHEA(S) levels. J. Clin. Endocrinol. Metab. 44: 1222.
- 199.- VEZINA, J.L. Prolactin-secreting pituitary adenomas: radiologic diagnosis. En ROBYN, C. y HARTER, M.: Progress in prolactin physiology and pathology. Elsevier Biomedical Press. North-Holland, 1978. pág. 351.
- 200.- VIGERSKY, R.A.; LORIAUX, D.L.; ANDERSEN, A.E.; MECKLENBURG, R.S. y VATUKAITIS, J.L. (1976).- Delayed pituitary hormone response to LRF and TRF in patients with anorexia nervosa and with secondary amenorrhea associated with simple weight loss. J. Clin. Endocrinol. Metab. 43: 893.
- 201.- WALTHARDT, M. Psychotherapie. En HALBAN

y SEITZ.: Handbuch der Frauenheilkunde.  
vol. II. Urban y Schwarzenberg. Munich,  
1924.

202.- WARREN, M.P. (1980).- The effects of exercise on puberal progression and reproductive function in girls. J. Clin. Endocrinol. Metab. 51: 1150.

203.- WEIDER, A. y cols. ( 1946 ).- The Cornell Index: a method for quickly assaying personality and psychosomatic disturbances to be used as a adjunct to interterview. Psychosom. Med. 8: 411.

204.- WENTZ, A.C. Psychogenic amenorrhea and anorexia nervosa. En GIVENS, J.R.: Endocrine causes of menstrual disorders. Year Book Publ. Chicago, 1978. pág. 87.

205.- WENTZ, A.C. (1980).- Body weight and amenorrhea. Obstet. Ginecol. 56: 482.

- 206.- WENTZ, A.C.; JONES, G.S.; ROCCO, L. y MATTEWS, R.R. (1975).- Gonadotropin response to luteinising hormone-releasing hormone administration in secondary amenorrhea and galactorrhea. Obstet. Gynecol. 45: 256.
- 207.- WESTMAN, A. (1958).- The incidence of spontaneous cure of secondary amenorrhea and oligohypomenorrhea. Acta Obst. Gynec. Scandinav. 37: 261.
- 208.- WHITEACRE, F.E. y BARRERA, B. (1944).- War amenorrhea: a clinical and laboratory study. JAMA 124: 339.
- 209.- WINTHER, N. (1946).- Menorrhoeal problems in college women. Am. J. Obst. Gynec. 52: 803.
- 210.- YEN, S.S.C. Chronic anovulation: due to CNS-hypothalamic-pituitary dysfunction. En YEN, S.S.C. y JAFFE, R.B.: Reproductive Endocrinology. Saunders. Filadelfia, 1978. pág. 353.

- 211.- YEN, S.S.C. Chronic anovulation caused by peripheral endocrine disorders. En YEN, S.S.C. y JAFFE, R.B.: Reproductive Endocrinology. Saunders. Filadelfia, 1981.
- 212.- ZABALA, P.A.; MARTIN, A.; FILLOL, M.; GARCIA-MORA, R.; ANTONIO, P.; LORENTE, D.; MARTINEZ, C. y ROMEU, A (1982).- Estudio de la función gonadotropa en pacientes hiperprolactinéicas. Rev. Esp. Obst. y Gin. 41: 128.
- 213.- ZANDER, J. y HOLZMANN, K. Trastornos del ciclo menstrual y su tratamiento. En KÄSER, O. y al.: Ginecología y Obstetricia. Tomo I. Las funciones sexuales específicas de la mujer y sus trastornos. Salvat. Barcelona, 1971. pág. 299.
- 214.- ZARATE, A.; CANALES, E.S.; SORIA, J.; GARRIDO, J.; JACOBS, L.S. y SCHALLY, A.V. (1974). La réserve sécrétoire hypophysaire dans patients avec amenorrhée associée a galactorrhée. Ann. d'Endocrinol. 35: 535.

PROTODCOLS

Paciente CARMEN TOVAR MINGORANCE Número 1

Edad: 17 Talla: 1.57 Peso: 59 Hª Clínica: Gi: 10112

Menarquia: 11 F.M. 5/35 FO: 0 Estado: soltera

MORFOGRAMA SEXUAL  
Pt: 77 At: 86 Esteril: NO Infertil: NO  
Db: 32 Dh: 36 Clase social Dismenorrea  
Media SI  
Hirsutismo: NO

Motivo Consulta: Opsomenorr. prim. Reg. Adalg.: NO

ESTUDIO HORMONAL BASICO  
FSH 1.8 LH 2.9 PRL 12.5 E-2 43.3 TSH

TEST LH-RH/TRH

	FSH	LH	PRL
Basal	1.2 ng/ml	3.0 ng/ml	14.0 ng/ml
20 minutos	1.6 "	7.6 "	48.0 "
30 minutos	1.8 "	7.8 "	39.0 "
60 minutos	1.7 "	7.4 "	23.0 "

PRUEBA DE CLOMIFENO

	Basal	Post-Clom.
FSH	1.7 ng/ml	2.1 ng/ml
LH	1.7 "	2.6 "
E-2	125 pg/ml	126.6 pg/ml

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

P. Progesterona:  
T. Zondek:  
T. Kauffman:  
T. Jayle:  
Rx Cráneo: Normal  
Tomogr. Silla Turca:  
Temperatura Basal: Bifasica  
Biop. Endometrio:  
Campimetría Visual:

EXPLORACION GENITAL

Utero: Normal  
Anejos: Normales  
Mamas: Normales  
Galactorrea: NC

A.Sex. Consciente: Ambival.      A.Sex. Inconsciente: Rech.

Inicio Act.sexual: NO      Tipo Act.sexual: NO

CUESTIONARIO GINECOLOGICO	T. A. T. (MURRAY)
Menstruación      4	Ansiedad:      5
Algia      1	Agresividad:      2
Rechazo sexual:      2	Culpabilidad:      0
Rechazo embarazo:      0	Feminidad:      6
Feminidad:      1	Inseguridad:      2
S.E.V.:      5	Depresión:      1
BLATT:      4	Rechazo:      2
Ansiedad:      9	
Cornell:      9	Lámina 2:      4
Total:      21	Lámina 7:      2

Conflictos en el desarrollo:  
Preferencia por el padre

Conflictos actuales:  
NO

CALIFICACION LH-RH  
R<sub>1</sub>

CALIFICACION TRH  
NR

Anticoncepción  
NO

Percepción embarazo (Lám 2)  
NO

ALTERACION MENSTRUAL: OPSOMENORREA

ALTERACION ENDOCRINA: DISFUNCION HIPOTALAMICA

Paciente SERGIA CRUZ GRANADOS Número 2

Edad: 18 Talla: 1.54 Peso: 38.5 Hª Clínica: Gi: 9578

Menarquia: 12 F.M. 7/90 FO: 0 Estado: soltera

MORFOGRAMA SEXUAL  
Pt: At: Esteril: NO Infertil: NO  
Db: Dh: Clase social Dismenorrea  
Media NO  
Hirsutismo: NO

Motivo Consulta: Opsomenorr. prim. Reg. Adelg.: NO

ESTUDIO HORMONAL BASICO  
FSH 1.1 LH 0.9 PRL 1.7 E-2 6.6 TSH

TEST LH-RH/TRH

	FSH	LH	PRL
Basal	1.1 ng/ml	0.9 ng/ml	1.7 ng/ml
20 minutos	2.3 "	3.8 "	23.0 "
30 minutos	2.8 "	4.5 "	26.0 "
60 minutos	3.0 "	3.9 "	12.5 "

PRUEBA DE CLOMIFENO  
Basal Post-Clom.  
FSH 0.4 ng/ml 2.0 ng/ml  
LH 0.5 " 1.1 "  
E-2 6.6 pg/ml 15.0 pg/ml

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS  
P. Progesterona:  
T. Zondek:  
T. Kauffman:  
T. Jayle:  
Rx Cráneo:  
Tomogr. Silla Turca:  
Temperatura Basal: Monofasica  
Biop. Endometrio:  
Campimetría Visual:

EXPLORACION GENITAL  
Utero: Normal  
Anejos: Normales  
Mamas: Normales  
Galactorrea: NO

A.Sex. Consciente: No expr.      A.Sex. Inconsciente: Ans.

Inicio Act.sexual: NO      Tipo Act.sexual: NO

CUESTIONARIO GINECOLOGICO	T. A. T. (MURRAY)
Menstruación                      3	Ansiedad:                              4
Algia                                      0	Agresividad:                            1
Rechazo sexual:                      3	Culpabilidad:                          0
Rechazo embarazo:                  1	Feminidad:                              6
Feminidad:                              3	Inseguridad:                            1
S.E.V.:                                    7	Depresión:                              4
BLATT:                                    3	Rechazo:                                 2
Ansiedad:                                15	
Cornell:                                 11	Lámina 2:                                3
Total:                                    23	Lámina 7:                                3

Conflictos en el desarrollo:  
NO

Conflictos actuales:  
NO

CALIFICACION LH-RH R <sub>1</sub>	CALIFICACION TRH R <sub>1</sub>
--------------------------------------	------------------------------------

Anticoncepción NO	Percepción embarazo (Lám 2) NO
----------------------	-----------------------------------

ALTERACION MENSTRUAL: OPSOMENORREA

ALTERACION ENDOCRINA: DISFUNCION HIPOTALAMICA

Paciente MAILDE BAQUERO GUZMAN Número 3

Edad: 18 Talla: 1.62 Peso: 52 Hª Clínica: Gi: 10833

Menarquia: 12 F.M. 7/30 FO: 0 Estado: soltera

MORFOGRAMA SEXUAL  
Pt:                    At:  
Db:                    Dh:  
Hirsutismo: NO

Esteril: NO      Infertil: NO  
Clase social      Dismenorrea  
Media              SI

Motivo Consulta: Amenorrea secund.      Reg. Adelg.: SI

ESTUDIO HORMONAL BASICO  
FSH 1.6    LH 1.6    PRL 3.2    E-2 28.3 TSH

TEST LH-RH/TRH

	FSH	LH	PRL
Basal	1.2ng/ml	1.7ng/ml	3.4ng/ml
20 minutos	1.5 "	3.5 "	27.7 "
30 minutos	1.9 "	4.5 "	24.0 "
60 minutos	1.8 "	3.6 "	21.0 "

PRUEBA DE CLOMIFENO

	Basal	Post-Clom.
FSH	1.4ng/ml	1.9ng/ml
LH	1.5 "	2.2 "
E-2	16.5p/ml	283.0pg/ml

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

P. Progesterona:  
T. Zondek:  
T. Kauffman:  
T. Jayle:  
Rx Cráneo:  
Tomogr. Silla Turca:  
Temperatura Basal: Bifásica  
Biop. Endometrio:  
Campimetría Visual:

EXPLORACION GENITAL

Utero: Normal  
Anejos: Normales  
Mamas: Normales  
Galactorrea: NO

A.Sex. Consciente:No expr.		A.Sex. Inconsciente:C-Ins.	
Inicio Act.sexual: NO		Tipo Act.sexual: NO	
<b>CUESTIONARIO GINECOLOGICO</b> Menstruación 4 Algia 0 Rechazo sexual: 3 Rechazo embarazo: 0 Feminidad: 2 S.E.V.: 5 BLATT: 1 Ansiedad: 12 Cornell: 12  Total: 22		<b>T. A. T. (MURRAY)</b> Ansiedad: 4 Agresividad: 4 Culpabilidad: 1 Feminidad: 6 Inseguridad: 1 Depresión: 1 Rechazo: 1  Lámina 2: 5  Lámina 7: 3	
Conflictos en el desarrollo: Mal ambiente familiar.			
Conflictos actuales: NO			
CALIFICACION LH-RH R <sub>1</sub>		CALIFICACION TRH R <sub>1</sub>	
Anticoncepción NO		Percepción embarazo (Lám 2) NO	
ALTERACION MENSTRUAL: AMENORREA SECUNDARIA			
ALTERACION ENDOCRINA: DISFUNCION HIPOTALAMICA			

Paciente FRANCISCA RUIZ LOZANO Número 4

Edad: 18 Talla: 1.57 Peso: 46 Hª Clínica: Gi: 10851

Menarquia: 13 F.M. 5/Atax FO: 0 Estado: soltera

MORFOGRAMA SEXUAL  
Pt: 74 At: 91  
Db: 30 Dh: 35  
Hirsutismo: SI

Esteril: NO Infertil: NO  
Clase social Baja Dismenorrea SI

Motivo Consulta: Opsomenorreas sec. Reg. Adalg.: NO

ESTUDIO HORMONAL BASICO  
FSH 1.5 LH 1.6 PRL 13.3 E-2 TSH

TEST LH-RH/TRH

	FSH	LH	PRL
Basal	1.5 ng/ml	1.6 ng/ml	13.3 ng/ml
20 minutos	1.3 "	1.3 "	11.9 "
30 minutos	1.4 "	1.1 "	11.2 "
60 minutos	1.3 "	1.8 "	8.2 "

PRUEBA DE CLOMIFENO  
Basal Post-Clom.  
FSH  
LH  
E-2

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS  
P. Progesterona:  
T. Zondek:  
T. Kauffman:  
T. Jayle:  
Rx Cráneo: Normal  
Tomogr. Silla Turca:  
Temperatura Basal:  
Biop. Endometrio:  
Campimetria Visual:

EXPLORACION GENITAL  
Utero: Normal  
Anejos: Normales  
Mamas: Normales  
Galactorrea: NO

A.Sex. Consciente: Positiva	A.Sex. Inconsciente: Ins-Inm
-----------------------------	------------------------------

Inicio Act.sexual: NO	Tipo Act.sexual: NO
-----------------------	---------------------

<b>CUESTIONARIO GINECOLOGICO</b> Menstruación 9 Algia 2 Rechazo sexual: 2 Rechazo embarazo: 1 Femiridad: 1 S.E.V.: 16 BLATT: 11 Ansiedad: 26 Cornell: 21  Total: 46	<b>T. A. T. (MURRAY)</b> Ansiedad: 1 Agresividad: 4 Culpabilidad: 0 Feminidad: 6 Inseguridad: 3 Depresión: 2 Rechazo: 2  Lámina 2: 5  Lámina 7: 1
--	--

Conflictos en el desarrollo: Primera hija
--

Conflictos actuales: No
----------------------------

CALIFICACION LH-RH NR
--------------------------

CALIFICACION TRH NR
------------------------

Anticoncepción NO
----------------------

Percepción embarazo (Lám 2) NO
-----------------------------------

ALTERACION MENSTRUAL: OPSOMENORREA
------------------------------------

ALTERACION ENDOCRINA: DISFUNCION HIPOTALAMICA
---

Paciente GLORIA JIMENEZ CHICO Número 5

Edad: 23 Talla: 1.60 Peso: 126 Hª Clínica: Est: 1004

Menarquia: 13 F.M. 4/30 FO: 0 Estado: casaca

MORFOGRAMA SEXUAL  
Pt: At: Esteril: SI Infertil: NO  
Db: Dh: Clase social Dismenorrea  
Media-Baja NO  
Hirsutismo: NO

Motivo Consulta: Opsomenorrea sec. Reg. Adelg.: NO  
Esterilidad prim.

ESTUDIO HORMONAL BASICO  
FSH 2.1 LH 1.8 PRL 6.2 E-2 23.3 TSH

TEST LH-RH/TRH

	FSH	LH	PRL
Basal	2.5 ng/ml	2.0 ng/ml	5.7 ng/ml
20 minutos	3.0 "	4.3 "	16.8 "
30 minutos	2.8 "	3.7 "	14.8 "
60 minutos	2.8 "	3.5 "	7.4 "

PRUEBA DE CLOMIFENO  
Basal Post-Clom.  
FSH 2.1ng/ml 3.1ng/ml  
LH 1.4 " 4.8 "  
E-2 21pg/ml 38.0pg/ml

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS  
P. Progesterona:  
T. Zondek:  
T. Kauffman:  
T. Jayle:  
Rx Cráneo: Normal  
Tomogr. Silla Turca:  
Temperatura Basal: Monofasica  
Biop. Endometrio: Prolif. pers.  
Campimetría Visual:

EXPLORACION GENITAL  
Utero: Pequeño  
Anejos: Normales  
Mamas: Normales  
Galactorrea: NO

A.Sex. Consciente: No expr. A.Sex. Inconsciente: Culpab.

Inicio Act.sexual: 16-18 a. Tipo Act.sexual: Pre-intram.

CUESTIONARIO GINECOLOGICO	T. A. T. (MURRAY)
Menstruación 4	Ansiedad: 4
Algia 3	Agresividad: 4
Rechazo sexual: 1	Culpabilidad: 3
Rechazo embarazo: 2	Feminidad: 6
Feminidad: 0	Inseguridad: 1
S.E.V.: 6	Depresión: 1
BLATT: 3	Rechazo: 0
Ansiedad: 6	Lámina 2: 1
Cornell: 4	Lámina 7: 2
Total: 16	

Conflictos en el desarrollo:  
Más de 6 hijos en la familia

Conflictos actuales:  
NO

CALIFICACION LH-RH NR	CALIFICACION TRH NR
--------------------------	------------------------

Anticoncepción NO	Percepción embarazo (Lám 2) NO
----------------------	-----------------------------------

ALTERACION MENSTRUAL: OPSOMENORREA

ALTERACION ENDOCRINA: DISFUNCION HIPOTALAMICA

Paciente JOSEFA MARCOS RAMOS			Número 6
Edad: 22	Talla: 1.60	Peso: 60	Hª Clínica: Gi: 9148
Menarquia: 14	F.M. 5/60	FO: 0	Estado: Soltera
MORFOGRAMA SEXUAL		Esteril: NO	Infertil: NO
Pt:	At:	Clase social Baja	Dismenorrea SI
Db:	Dn:		
Hirsutismo: NO			
Motivo Consulta: Opsomenorreas 1ª			Reg. Adeig.: No
ESTUDIO HORMONAL BASICO			
FSH 1.1 LH 4.1 PRL 17.5 E-2 166 TSH			
TEST LH-RH/TRH			
	FSH	LH	PRL
Basal	0.54 ng/ml	4.1 ng/ml	13.0 ng/ml
20 minutos	0.68 "	8.5 "	55.0 "
30 minutos	0.78 "	10.0 "	45.0 "
60 minutos	0.86 "	9.0 "	22.0 "
PRUEBA DE CLOMIFENO		EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS	
Basal	Post-Clom.	P. Progesterona:	
FSH		T. Zondek: Negativo	
LH		T. Kauffman:	
E-2		T. Jayle:	
		Rx Cráneo:	
		Tomogr. Silla Turca:	
		Temperatura Basal:	
		Biop. Endometrio:	
		Campimetría Visual:	
EXPLORACION GENITAL			
Utero: Normal			
Anejos: Ovarios engros			
Mamas: Normales			
Galactorrea: NO			

A. Sex. Consciente: No expr.	A. Sex. Inconsciente: NO
Inicio Act. sexual: 19-21 a.	Tipo Act. sexual: Prematrim.
<p>CUESTIONARIO GINECOLOGICO</p> <p>Menstruación 6</p> <p>Algía 2</p> <p>Rechazo sexual: 2</p> <p>Rechazo embarazo: 2</p> <p>Feminidad: 2</p> <p>S.E.V.: 3</p> <p>BLATT: 3</p> <p>Ansiedad: 5</p> <p>Cornell: 4</p> <p>Total: 19</p>	<p>T. A. T. (MURRAY)</p> <p>Ansiedad: 4</p> <p>Agresividad: 0</p> <p>Culpabilidad: 0</p> <p>Feminidad: 6</p> <p>Inseguridad: 0</p> <p>Depresión: 0</p> <p>Rechazo: 1</p> <p>Lámina 2: 6</p> <p>Lámina 7: 3</p>
<p>Conflictos en el desarrollo:</p> <p>Primera hija</p>	
<p>Conflictos actuales:</p> <p>Cambios por estudios o trabajo</p>	
<p>CALIFICACION LH-RH</p> <p>NR</p>	<p>CALIFICACION TRH</p> <p>NR</p>
<p>Anticoncepción</p> <p>NO</p>	<p>Percepción embarazo (Lám 2)</p> <p>NO</p>
<p>ALTERACION MENSTRUAL: OPSOMENORREA</p>	
<p>ALTERACION ENDOCRINA: DISFUNCION H. POTALAMICA</p>	



A. Sex. Consciente: No expr.	A. Sex. Inconsciente: Ans-D.
Inicio Act. sexual: 16-18 a.	Tipo Act. sexual: Prematrim.
<p>CUESTIONARIO GINECOLOGICO</p> <p>Menstruación 3</p> <p>Algía 3</p> <p>Rechazo sexual: 6</p> <p>Rechazo embarazo: 2</p> <p>Feminidad: 1</p> <p>S.E.V.: 10</p> <p>BLATT: 12</p> <p>Ansiedad: 35</p> <p>Cornell: 27</p> <p>Total: 54</p>	<p>T. A. T. (MURRAY)</p> <p>Ansiedad: 2</p> <p>Agresividad: 0</p> <p>Culpabilidad: 0</p> <p>Feminidad: 8</p> <p>Inseguridad: 1</p> <p>Depresión: 5</p> <p>Rechazo: 1</p> <p>Lámina 2: 5</p> <p>Lámina 7: 2</p>
<p>Conflictos en el desarrollo:</p> <p>Combinaciones</p>	
<p>Conflictos actuales:</p> <p>Problemas prematrimoniales</p>	
<p>CALIFICACION LH-RH</p> <p>R<sub>3</sub></p>	<p>CALIFICACION TRH</p> <p>NR</p>
<p>Anticoncepción</p> <p>Preservativos</p>	<p>Percepción embarazo (Lám 2)</p> <p>SI</p>
<p>ALTERACION MENSTRUAL: OPSOMENORREA</p>	
<p>ALTERACION ENDOCRINA: DISFUNCION HIPOTALAMICA</p>	



A.Sex. Consciente: No expr.	A.Sex. Inconsciente: C-Ans-D
Inicio Act. sexual: 19-21 a.	Tipo Act. sexual: Intramatrim
<p>CUESTIONARIO GINECOLOGICO</p> <p>Menstruación 4</p> <p>Algia 0</p> <p>Rechazo sexual: 1</p> <p>Rechazo embarazo: 0</p> <p>Feminidad: 1</p> <p>S.E.V.: 6</p> <p>BLATT: 5</p> <p>Ansiedad: 18</p> <p>Cornell: 13</p> <p>Total: 26</p>	<p>T. A. T. (MURRAY)</p> <p>Ansiedad: 6</p> <p>Agresividad: 2</p> <p>Culpabilidad: 1</p> <p>Feminidad: 8</p> <p>Inseguridad: 1</p> <p>Depresión: 3</p> <p>Rechazo: 3</p> <p>Lámina 2: 3</p> <p>Lámina 7: 3</p>
<p>Conflictos en el desarrollo:</p> <p>Combinaciones</p>	
<p>Conflictos actuales:</p> <p>NO</p>	
<p>CALIFICACION LH-RH</p> <p>NR</p>	<p>CALIFICACION TRH</p> <p>R<sub>1</sub></p>
<p>Anticoncepción</p> <p>NO</p>	<p>Percepción embarazo (Lám 2)</p> <p>SI</p>
<p>ALTERACION MENSTRUAL: OPSOMENORREA</p>	
<p>ALTERACION ENDOCRINA: DISFUNCION HIPOTALAMICA</p>	



A. Sex. Consciente: Negativa	A. Sex. Inconsciente: C-Agr.
Inicio Act. sexual: 26-30 a.	Tipo Act. sexual: Intramatrim
<p>CUESTIONARIO GINECOLOGICO</p> <p>Menstruación 6</p> <p>Algia 0</p> <p>Rechazo sexual: 0</p> <p>Rechazo embarazo: 1</p> <p>Feminidad: 0</p> <p>S.E.V.: 5</p> <p>BLATT: 2</p> <p>Ansiedad: 10</p> <p>Cornell: 6</p> <p>Total: 17</p>	<p>T. A. T. (MURRAY)</p> <p>Ansiedad: 1</p> <p>Agresividad: 4</p> <p>Culpabilidad: 2</p> <p>Feminidad: 6</p> <p>Inseguridad: 0</p> <p>Depresión: 1</p> <p>Rechazo: 0</p> <p>Lámina 2: 6</p> <p>Lámina 7: 2</p>
<p>Conflictos en el desarrollo:</p> <p>Muerte de la madre</p>	
<p>Conflictos actuales:</p> <p>NO</p>	
<p>CALIFICACION LH-RH</p> <p>R<sub>3</sub></p>	<p>CALIFICACION TRH</p> <p>R<sub>1</sub></p>
<p>Anticoncepción</p> <p>Preservativos</p>	<p>Percepción embarazo (Lám 2)</p> <p>NO</p>
<p>ALTERACION MENSTRUAL: OPSOMENORREA</p>	
<p>ALTERACION ENDOCRINA: DISFUNCION HIPOTALAMICA</p>	

Paciente ESPERANZA DEL POZO GAVILAN Número 10

Edad: 22 Talla: 1.74 Peso: 58.5 Hª Clínica: Gi: 9185

Menarquia: 13 F.M. 5/28 FO: 11000 Estado: soltera

MORFOGRAMA SEXUAL  
Pt: 71 At: 80  
Db: 30 Dh: 35  
Hirsutismo: NO

Esteril: NO Infertil: NO  
Clase social Media Dismenorrea NO

Motivo Consulta: Amenorr. secund. Reg. Adelg.: NO

ESTUDIO HORMONAL BASICO  
FSH 1.6 LH 1.1 PRL 1.7 E-2 100.0 TSH

TEST LH-RH/TRH

	FSH	LH	PRL
Basal	1.5 ng/ml	1.5 ng/ml	0.8 ng/ml
20 minutos	2.8 "	9.6 "	34.0 "
30 minutos	3.0 "	10.0 "	27.0 "
60 minutos	3.3 "	7.4 "	16.0 "

PRUEBA DE CLOMIFENO  
Basal Post-Clom.  
FSH  
LH  
E-2

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS  
P. Progesterona:  
T. Zondek: Positivo  
T. Kauffman: Positivo  
T. Jayle:  
Rx Cráneo:  
Tomogr. Silla Turca:  
Temperatura Basal: Bifasica  
Biop. Endometrio: E. Prolifer.  
Carpimetría Visual:

EXPLORACION GENITAL  
Utero: Normal  
Anejos: Normales  
Mamas: Normales  
Galactorrea: NO

A.Sex. Consciente: No expr.      A.Sex. Inconsciente: Ans.

Inicio Act.sexual: 16-18 a.      Tipo Act.sexual: Prematrim.

CUESTIONARIO GINECOLOGICO		T. A. T. (MURRAY)	
Menstruación	1	Ansiedad:	1
Algia	1	Agresividad:	3
Rechazo sexual:	3	Culpabilidad:	1
Rechazo embarazo:	1	Feminidad:	8
Feminidad:	3	Inseguridad:	0
S.E.V.:	3	Depresión:	2
BLATT:	4	Rechazo:	4
Ansiedad:	13	Lámina 2:	5
Cornell:	13	Lámina 7:	4
Total:	23		

Conflictos en el desarrollo:  
Combinaciones

Conflictos actuales:  
Traslado de domicilio

CALIFICACION LH-RH  
R<sub>2</sub>

CALIFICACION TRH  
R<sub>1</sub>

Anticoncepción  
Anovulatorios

Percepción embarazo (Lám 2)  
NO

ALTERACION MENSTRUAL: AMENORREA SECUNDARIA

ALTERACION ENDOCRINA: DISFUNCION HIPOTALAMICA

Paciente AMPARO CAPILLA SANCHEZ      Número 11

Edad: 22      Talla: 1,48      Peso: 42      Hª Clínica: Gi:10775

Menarquia: 12      F.M. 5/30      FO: 0      Estado: soltera

MORFOGRAMA SEXUAL  
Pt:                      At:  
Db:                      Dh:  
Hirsutismo: NO

Esteril: NO      Infertil: NO

Clase social  
Media      Dismenorrea  
NO

Motivo Consulta: Opsomenorreas sec.      Reg. Adelg.: NO

ESTUDIO HORMONAL BASICO  
FSH 1.9    LH 2.6    PRL 2.9    E-2 36    TSH

TEST LH-RH/TRH

	FSH	LH	PRL
Basal	1.9 ng/ml	2.7 ng/ml	7.8 ng/ml
20 minutos	2.6 "	9.2 "	46.7 "
30 minutos	2.9 "	10.0 "	41.1 "
60 minutos	2.9 "	9.6 "	20.3 "

PRUEBA DE CLOMIFENO

	Basal	Post-Clom.
FSH	1.9ng/ml	0.8ng/ml
LH	2.5 "	2.3 "
E-2	36 pg/ml	166.6pg/ml

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

P. Progesterona:  
T. Zondek:  
T. Kauffman:  
T. Jayle:  
Rx Cráneo:  
Tomogr. Silla Turca:  
Temperatura Basal: Bifasica  
Biop. Endometrio:  
Campimetria Visual:

EXPLORACION GENITAL

Utero: Normal  
Anejos: Normales  
Mamas: Normales  
Galactorrea: NO

A.Sex. Consciente: Negativa	A.Sex. Inconsciente: C-I-R.
Inicio Act.sexual: NO	Tipo Act.sexual: NO
<p>CUESTIONARIO GINECOLOGICO</p> <p>Menstruación 4</p> <p>Algia 0</p> <p>Rechazo sexual: 4</p> <p>Rechazo embarazo: 1</p> <p>Feminidad: 3</p> <p>S.E.V.: 10</p> <p>BLATT: 3</p> <p>Ansiedad: 12</p> <p>Cornell: 2</p> <p>Total: 32</p>	<p>T. A. T. (MURRAY)</p> <p>Ansiedad: 3</p> <p>Agresividad: 2</p> <p>Culpabilidad: 2</p> <p>Feminidad: 6</p> <p>Inseguridad: 2</p> <p>Depresión: 2</p> <p>Rechazo: 3</p> <p>Lámina 2: 2</p> <p>Lámina 7: 3</p>
<p>Conflictos en el desarrollo:</p> <p>Preferencia por el padre</p>	
<p>Conflictos actuales:</p> <p>Cambios por estudios o trabajo</p>	
<p>CALIFICACION LH-RH</p> <p>R<sub>2</sub></p>	<p>CALIFICACION TRH</p> <p>R<sub>1</sub></p>
<p>Anticoncepción</p> <p>NO</p>	<p>Percepción embarazo (Lám 2)</p> <p>NO</p>
<p>ALTERACION MENSTRUAL: OPSOMENORREA</p>	
<p>ALTERACION ENDOCRINA: DISFUNCION HIPOTALAMICA</p>	

Paciente CONCEPCION ROLDAN VARGAS

Número 12

Edad: 22

Talla: 1,60

Peso: 57

Hª Clínica: Gi: 13151

Menarquia: 10

F.M. 3/30

FO: 0

Estado: soltera

MORFOGRAMA SEXUAL

Pt: 76

At: 87

Db: 35

Dh: 35

Hirsutismo: SI

Esteril: NO

Infertil: NO

Clase social  
Baja

Dismenorrea  
NO

Motivo Consulta: B. amenor. secund.  
Hirsutismo

Reg. Adelg.: NO

ESTUDIO HORMONAL BASICO

FSH 2.4

LH 1.1

PRL 19.1

E-2 60

TSH 3.1

TEST LH-RH/TRH

	FSH	LH	PRL
Basal	1.4 ng/ml	1.7 ng/ml	17.3 ng/ml
20 minutos	2.7 "	8.3 "	45.0 "
30 minutos	3.0 "	8.9 "	38.5 "
60 minutos	3.0 "	6.4 "	12.6 "

PRUEBA DE CLOMIFENO

	Basal	Post-Clom.
FSH	2.4 ng/ml	2 ng/ml
LH	1.1 "	2.5 "
E-2	25 pg/ml	93 pg/ml

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

P. Progesterona: Positiva  
T. Zondek:  
T. Kauffman:  
T. Jayle:  
Rx Cráneo:  
Tomogr. Silla Turca:  
Temperatura Basal: Bifasica  
Biop. Endometrio:  
Campimetría Visual:

EXPLORACION GENITAL

Utero: Normal  
Anejos: Ovar. gruesos  
Mamas: Normales  
Galactorrea: NO

A.Sex. Consciente:Preocupac. A.Sex. Inconsciente:A-A-C-D

Inicio Act.sexual: 19-21 a. Tipo Act.sexual:Prematrim.

CUESTIONARIO GINECOLOGICO	T. A. T. (MURRAY)
Menstruación 5	Ansiedad: 3
Algia 4	Agresividad: 5
Rechazo sexual: 5	Culpabilidad: 3
Rechazo embarazo: 2	Feminidad: 8
Feminidad: 2	Inseguridad: 1
S.E.V.: 9	Depresión: 4
BLATT: 5	Rechazo: 2
Ansiedad: 13	
Cornell: 10	Lámina 2: 3
Total: 35	Lámina 7: 3

Conflictos en el desarrollo:  
Padre intransigente o violento

Conflictos actuales:  
NO

CALIFICACION LH-RH  
R<sub>1</sub>

CALIFICACION TRH  
NR

Anticoncepción  
Preservativos

Percepción embarazo (Lám 2)  
NO

ALTERACION MENSTRUAL: OPSOMENORREA

ALTERACION ENDOCRINA: DISFUNCION HIPOTALAMICA

Paciente M<sup>a</sup> DOLORES PARRON GARCIA Número 13

Edad: 25 Talla: 1,54 Peso: 65 H<sup>a</sup> Clínica: Est: 887

Menarquia: 15 F.M. 2/35 FO: 0 Estado: casada

MORFOGRAMA SEXUAL  
Pt: 89 At: 78  
Db: 33 Dh: 37  
Hirsutismo: NO

Esteril: NO Infertil: NO  
Clase social Media Dismenorrea NO

Motivo Consulta: B. amenorr. secund. Reg. Adelg.: NO

ESTUDIO HORMONAL BASICO  
FSH 1.9 LH 2.6 PRL 10 E-2 28.3 TSH

TEST LH-RH/TRH

	FSH	LH	PRL
Basal	1.6 ng/ml	2.3 ng/ml	10.0 ng/ml
20 minutos	2.2 "	12.5 "	42.0 "
30 minutos	2.3 "	14.0 "	31.0 "
60 minutos	2.1 "	0 "	17.2 "

PRUEBA DE CLOMIFENO

	Basal	Post-Clom.
FSH	1.5 ng/ml	1.8 ng/ml
LH	2.1 "	3.0 "
E-2	55 pg/ml	31.6 pg/ml

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

P. Progesterona:  
T. Zondek: Positivo  
T. Kauffman:  
T. Jayle:  
Rx Cráneo:  
Tomogr. Silla Turca:  
Temperatura Basal: Monofasica  
Biop. Endometrio: E. secreto  
Campimetria Visual:

EXPLORACION GENITAL

Utero: Normal  
Anejos: Normales  
Mamas: Normales  
Galactorrea: NO