

Síndrome de ovario poliquístico y calidad de vida

PCOS and quality of life

Fátima Elena García Candel¹, Eric Saucedo de la Llata², María Rosa Moraga-Sánchez³, Israel Obed Carmona-Ruiz⁴

¹Psicóloga Clínica Imar,

²Director Clínica Imar,

³Codirectora Clínica Imar,

⁴Beacon CARE Fertility Irlanda

RESUMEN

Objetivo: Determinar la calidad de vida en mujeres con SOP de acuerdo con el fenotipo de la enfermedad mediante el cuestionario de calidad de vida en SOP. **Material y método:** Diseño de encuestas, comparativo, probabilístico-aleatorio simple, en mujeres que padecen SOP de acuerdo con el fenotipo según los criterios de Rotterdam. **Resultados:** Se incluyeron 49 mujeres con SOP de las cuales se dividieron en 4 grupos de acuerdo con el fenotipo de la enfermedad. Se observaron diferencias significativas en las dimensiones de vello corporal y menstruación ($p < 0,001$ y $0,047$, respectivamente). **Conclusión:** Dado que los fenotipos del SOP difieren en sus características clínicas, se considera importante resaltar que dichas características afectan diferentes aspectos en la calidad de vida de la mujer con SOP.

Palabras clave: *Síndrome de ovario poliquístico, calidad de vida en SOP, depresión y SOP.*

Correspondencia: Israel Obed Carmona-Ruiz

israel.carmona@beaconcarefertility.ie

SOLICITUD REIMPRESIÓN: Email: fertilidad@editorialmedica.com

SUMMARY

Objective: To determine the quality of life in women with PCOS according to the phenotype of the disease using the PCOS quality of life questionnaire. **Material and method:** Simple random-probabilistic comparative survey design in women with PCOS according to the phenotype by the Rotterdam criteria. **Results:** 49 women with PCOS were included, of which they were divided into 4 groups according to the phenotype of the disease. Significant differences were observed in the dimensions of body hair and menstruation ($p < 0.001$ and 0.047 , respectively). **Conclusion:** Given that the phenotypes of PCOS differ in their clinical characteristics, it is considered important to highlight that these characteristics affect different aspects of the quality of life of women with PCOS.

Key words. Polycystic ovary syndrome, quality of life, PCOSQ, depression and PCOS.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP) es el trastorno gineco-endocrino más frecuente de mujeres en edad reproductiva y presenta además, múltiples complicaciones a corto y largo plazo (1-4). Es una de las causas más comunes de hiperandrogenismo y anovulación (lo que se traduce en hirsutismo, acné, alteraciones menstruales e infertilidad) (3); incrementa el riesgo a desarrollar síndrome metabólico, diabetes mellitus tipo 2 y enfermedad cardiovascular (5). La prevalencia varía de un 4 hasta un 29% según diferentes autores (6-11).

Un tema no muy frecuentemente abordado, sobre todo por los clínicos que tratan a las pacientes con SOP, es el hecho que los signos y síntomas típicamente asociados con la patología pueden llevar a una importante reducción en la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL), provocando alteraciones del comportamiento (12) así como un impacto emocional y sobre la satisfacción sexual de la mujer (13-15).

Instrumentos genéricos como el Cuestionario Corto (SF-36) (16) y el cuestionario por la Organización Mundial de la Salud para evaluar la calidad de vida (WHOQoL) (17) se han utilizado en mujeres con SOP (18-22). No obstante, dado el amplio espectro de la enfermedad, pueden no ser suficientemente sensibles para detectar un interés en particular del SOP (23). Por ejemplo, algo tan común en esta patología como lo son el control del peso y la fertilidad, no se pueden identificar con el WHOQoL porque no tiene ítems específicos para ello.

Dados estos antecedentes, se desarrolló en Estados Unidos un cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud en SOP (PCOSQ) (24), el cual se ha validado en varios países de habla inglesa como el Reino Unido (25) y Canadá (26) e incluso se ha traducido a Persa (27), adaptado a mujeres brasileñas (28) y también a población China (29). Al momento de escribir este trabajo, no se ha encontrado ningún cuestionario adaptado al idioma español.

SOP: ETIOPATOGENIA DE LA ENFERMEDAD

En los últimos años, se le atribuye al SOP un origen multifactorial. Además de una predisposición genética, se habla también de la influencia del medio ambiente como la dieta, el estilo de vida o la exposición a factores desencadenantes como la obesidad.

Aunque no se reconozca un factor etiológico preciso, no cabe duda de que los dos factores que mayormente influyen y se presentan como la base del síndrome, son el hiperandrogenismo y la hiperinsulinemia. Prácticamente cada signo o síntoma relacionado con el SOP tiene una relación con estas dos alteraciones metabólicas.

Se puede decir que una condición genera la otra y viceversa: las altas concentraciones de insulina en sangre reducen los valores de globulina transportadora de hormonas sexuales (SHBG) incrementando así, la biodisponibilidad de la testosterona (30, 31), y esto puede servir como un cofactor que estimula la biosíntesis adrenal y ovárica de andrógenos, lo que contribuye a concentraciones anormales de gonadotropinas (32, 33). La insulina puede además actuar directamente sobre el hipotálamo, hipófisis o ambas glándulas, y regular la liberación de gonadotropinas (34). Por su parte, el exceso de andrógenos pudiera condicionar una obesidad abdominal que favorece o resulta en resistencia a la insulina e hiperinsulinemia y éstos a su vez favorecen un mayor hiperandrogenismo (35). Así se origina un círculo vicioso donde el exceso de andrógenos y la hiperinsulinemia se estimulan el uno al otro.

SOP: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Se han propuesto diferentes criterios diagnósticos para identificar a mujeres con SOP: I) Conferencia de expertos por el National Institute of Health (NIH) en 1990 (36); II) Conferencia de expertos de la European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) y la American Society for Reproductive Medicine (ASRM) en Rotterdam, 2003 (37, 38); y III) Androgen Excess PCOS Society (AEP-COS) en 2006 (39) (ver tabla 1).

TABLA 1			
Criterios diagnósticos de SOP			
Signos y síntomas*	NIH (1990)	Rotterdam (2003)	AES (2006)
Hiperandrogenismo+	R	NR	R
Oligo o anovulación	R	NR	NR
Ovarios poliquísticos		NR	NR
R: Requerido. NR: No Requerido. * Excluir otra patología. + Hirsutismo o hiperandrogenemia bioquímica.			

Cada uno de estos criterios diagnósticos tiene diferentes fortalezas y debilidades. Se dice que los criterios Rotterdam 2003 y de la AEPCOS amplían la definición de SOP al describir otros posibles fenotipos del síndrome (39, 40).

En un consenso más reciente, por asociaciones internacionales y grupos de trabajo específicos, se reafirmó el uso de los criterios diagnósticos de Rotterdam para su diagnóstico (41).

Al realizar el diagnóstico de SOP mediante los criterios de Rotterdam (37, 38), logramos identificar cuatro fenotipos principales de SOP: A) hiperandrogenismo (clínico o bioquímico) y anovulación crónica; B) hiperandrogenismo y ovarios poliquísticos por ecografía con ciclos ovulatorios; C) anovulación crónica y ovarios poliquísticos por ecografía sin hiperandrogenismo; y D) las tres características presentes (ver tabla 2).

El identificar los fenotipos específicos tiene importante relevancia dado que las alteraciones metabólicas varían en cada grupo. Varios estudios sugieren que las mujeres con SOP diagnosticadas por los criterios del NIH, muestran un perfil con peor pronóstico que aquellas con fenotipos leves (42, 43). El grado de dislipidemia, obesidad central, resis-

tencia a la insulina, y síndrome metabólico, es mayor en aquellas mujeres con el fenotipo clásico (44).

SOP: CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida relacionada a la salud es un parámetro cuya importancia es bien reconocida especialmente en enfermedad crónica, y se relaciona con los efectos físicos, sociales y emocionales que reporta un paciente además de los tratamientos asociados que dicha enfermedad conlleva.

Dada la naturaleza de los signos y síntomas del SOP, es de esperar que produzcan un impacto negativo en la salud mental y física de las pacientes con la enfermedad (45). las mujeres con hirsutismo, por ejemplo, muestran una alta incidencia a morbilidad psicológica (46) y un miedo y ansiedad sociales (47) al compararse con mujeres control. Es bien sabido además, sobre el impacto negativo de la infertilidad en la función sexual y el comportamiento (48). Al estudiar pacientes con SOP y comparar con controles iguales en base al índice de masa corporal (IMC), se observan mayores síntomas depresivos en los pacientes con la enfermedad (49).

TABLA 2			
Fenotipos de SOP			
	Oligo-Anovulación	Hiper-androgenismo	mOP
Fenotipo A	Presente	Presente	Ausente
Fenotipo B	Ausente	Presente	Presente
Fenotipo C	Presente	Ausente	Presente
Fenotipo D	Presente	Presente	Presente
SOP: Síndrome de Ovario Poliquístico mOP: Morfología de Ovario Poliquístico			

Un meta-análisis de 5 estudios utilizando el SF-36 y tres estudios utilizando el WHOQoL en mujeres adultas, sugieren que las mujeres con SOP experimentan una menor calidad de vida comparadas a aquellas sin la enfermedad (50-52). Hubo heterogeneidad estadística en el meta-análisis para seis de los diez dominios del SF-36 y en uno de los cuatro dominios del WHOQoL. Estas herramientas genéricas incluyen características como inmovilidad, dolor y riesgo de infecciones, que no tienen relevancia en pacientes con SOP. No obstante, son las únicas herramientas que comparan calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con y sin SOP, demostrando además puntuaciones bajas en las primeras (53).

SOP Y PCOSQ/MPCOSQ: SU DESARROLLO

Como ya se ha mencionado con anterioridad, la “generalidad” de las herramientas para calidad de vida SF-36 y WHOQoL no consideran aspectos clave en mujeres con SOP. Por ello, se han desarrollado cuestionarios específicos como el PCOSQ que incluye 26 ítems repartidos en las dimensiones de emociones, vello corporal, peso, infertilidad y menstruación, así como el cuestionario modificado PCOSQ (mPCOSQ) que agrega acné (25, 53-55). Ambas herramientas han sido adaptadas y validadas en diferentes poblaciones étnicas (25-29).

El trabajo original de validación del PCOSQ (26) describe como se generó una lista preliminar de 182 ítems y una muestra de 100 pacientes los ordenó por importancia. Un análisis posterior categorizó los ítems más relevantes dentro de 5 áreas o dominios como se ha mencionado con anterioridad (emociones, vello corporal, peso, infertilidad y menstruación). Para explorar las propiedades de las mediciones del PCOSQ se realizó un estudio multicéntrico donde se incluyen 393 pacientes de manera aleatorizada en dos grupos: placebo y aquellas que reciben tratamiento con troglitazona durante un tiempo de seguimiento de 44 semanas (26).

Al término de las 44 semanas, solamente 284 pacientes completaron el estudio. Se demuestra que los cinco dominios presentan una disminución moderada a severa de la calidad de vida, destacando la dimensión del peso que es seguida por el exceso de vello corporal. El propósito del tratamiento y los grupos control fue precisamente el observar la calidad de vida tras un manejo y cambio en las características clínicas de las pacientes esperando una mejora en el cuestionario. Se detectaron cambios a favor de las pacientes que recibieron tratamiento mejorando en los dominios emociones, infertilidad y menstruación. Los autores concluyen que el estudio provee validez al cuestionario PCOSQ como un instrumento discriminativo y apoyan su uso para evaluar a pacientes con la enfermedad (26).

En el 2007, Barnard y colaboradores llevaron a cabo un estudio donde tienen como objetivo estimar la prevalencia de la depresión en mujeres con SOP en una muestra superior a las incluidas en trabajos previos, pretenden además incluir la dimensión de acné y comparar la calidad de vida con pacientes que toman medicamentos antidepresivos contra pacientes control. Su estudio incluyó una muestra de más de 1200 mujeres y cómo rasgo interesante fue la adición de la dimensión acné como subescala. A partir de esta publicación, otros trabajos y adaptaciones del cuestionario original han incluido dicha dimensión (29).

PCOSQ/MPCOSQ: SITUACIÓN ACTUAL

La calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con SOP se ve afectada por ansiedad, pobre percepción de la imagen corporal, baja autoestima, síntomas depresivos, retraso en el diagnóstico y educación e información inadecuadas por los profesionales de la salud (56, 57). Un meta-análisis reciente mostró que los dominios clave en pacientes con SOP eran el del hirsutismo, menstruación e infertilidad (58). No obstante, esto puede variar por población estudiada, etapa de la vida y factores culturales (53).

Un aspecto muy interesante, y poco estudiado, trata sobre las diferencias entre los distintos fenotipos del SOP y su prevalencia de síntomas depresivos.

En un estudio por Moran, Deeks (59), se compara el grado de depresión en mujeres con SOP diagnosticadas por distintos criterios clínicos y resaltan una sub-comparación de mujeres con SOP e infertilidad vs aquellas con problemas menstruales y de exceso de vello corporal (59). Los autores no reportan diferencias significativas entre dichos grupos de estudio (59).

Otro trabajo similar realizado en Turquía (60), compara grupos de mujeres con SOP diagnosticadas mediante los criterios NIH vs mujeres con SOP que no cumplen dichos criterios y además, contra un grupo control. Concluyen que la mitad de las mujeres con SOP presentan puntuaciones altas de depresión y en un tercio de ellas se observó un alto grado de ansiedad (60).

Otra comparación interesante es la del grupo de Panico, Messina (61) donde comparan la calidad de vida en mujeres con SOP de acuerdo con su índice de masa corporal. Concluyen que la obesidad tiene un efecto negativo en la calidad de vida y, por tanto, una pérdida de peso se asocia a una disminución del estrés psicológico (61).

Las más recientes guías internacionales para la evaluación y manejo de pacientes con SOP (50-52) resaltan la importancia del impacto adverso del SOP en la calidad de vida, informan sobre una mayor prevalencia de síntomas depre-

sivos y de ansiedad en mujeres adultas así como en adolescentes, una mayor prevalencia también sobre disfunción psicosexual, alteraciones en la imagen corporal y trastornos alimenticios asociados al SOP (50-52).

Por estos antecedentes y la gran variabilidad en los fenotipos de las mujeres con SOP, es necesario resaltar la importancia de conocer si dicho fenotipo influye de mayor o menor manera en la calidad de vida de mujeres con el padecimiento, con el propósito de adaptar y personalizar un manejo para mejorar la calidad de vida y optimizar la salud la mujer con SOP. Esto puede ser lo que haga la diferencia en el tratamiento y la insatisfacción que las mujeres con SOP expresan.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida en mujeres que padecen SOP, de acuerdo con el fenotipo de la enfermedad, medido a través del PCOSQ.

Objetivos específicos

- Medir la calidad de vida de mujeres que padecen SOP.
- Determinar diferencias en cuanto a calidad de vida de mujeres que padecen SOP según los diferentes fenotipos de la enfermedad.
- Definir la dimensión que se correlacione con mayor afectación a la calidad de vida.

MÉTODO

Se reclutaron mujeres con diagnóstico de SOP mediante los criterios que se describen más adelante. Aquellas que cumplieron los requisitos, recibieron una hoja informativa y firmaron el consentimiento. Se les hizo llegar un enlace para realizar el cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud en SOP (PCOSQ) a través de Google Forms, el cual se puntuó según se describe en el apartado correspondiente. Una vez calculado el puntaje, se realizó el análisis estadístico.

Participantes

Se incluyeron 49 mujeres con diagnóstico de SOP entre 18 y 40 años de edad, con vida sexual activa y que aceptaron participar en el estudio. Los criterios diagnósticos de SOP se consideran según Rotterdam (37, 38).

Instrumentos

Cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud en SOP (PCOSQ).

Tomando como base los cuestionarios PCOSQ y mPCOSQ, se tradujeron y adaptaron dichos cuestionarios al idioma español. Al incluir la dimensión de acné, la traducción es más fiel al cuestionario mPCOSQ. Esto fue decidido por experiencia clínica y encuestas sobre la importancia de los ítems en la vida personal de las pacientes afectas (datos por publicar). El cuestionario se puede observar en el anexo 1.

Procedimiento

Una vez cumplimentados los cuestionarios y recogidos a través de Google Forms, se exportaron los datos a una tabla Excel la cual se revisó en búsqueda de datos faltantes o errores. Para realizar el puntaje, se tomó en consideración que el cuestionario incluye 6 dimensiones distribuidas como sigue: Emociones (7 ítems), Peso (6 ítems), Vello Corporal (5 ítems), Infertilidad (3 ítems), Acné y pérdida de cabello (5 ítems) y Menstruación (5 ítems). Cada categoría tiene un puntaje que oscila entre 1 y 7 puntos (escala de Likert). Un puntaje de 7 indica que no tiene ningún problema en el ítem asociado mientras que un puntaje de 1 demuestra máximo deterioro de calidad de vida (25). Cada escala se transformó a un rango de 0 (peor calidad de vida) a 100 (mejor calidad de vida) para facilitar la medición de la calidad de vida (puntaje final = total del puntaje de cada ítem en la escala / máximo puntaje posible X 100) (25). Los datos se exportaron a SPSS para el análisis estadístico.

Diseño

Se trata de un diseño de encuestas, comparativo, probabilístico-aleatorio simple, en mujeres que padecen SOP de acuerdo con el fenotipo de la enfermedad.

Análisis de datos

Se utilizó en software IBM SPSS Statistics versión 28 para OSX (Mac). Para las características generales se hizo estadística descriptiva y para la comparación de medias de los ítems del cuestionario, Anova. Por último, se lleva a cabo un contraste *post hoc* para identificar qué grupos de observaciones difieren entre sí, mediante la prueba de Tukey.

RESULTADOS

Las características generales de las pacientes se describen en la tabla 3. Destacamos que la edad media de las pacientes fue de 32,59 años y el IMC fue de 28.29 kg/m² (sobrepeso). De las 49 pacientes que respondieron el cuestionario, 44 eran españolas y 5 extranjeras (Argentina 3, México 1, Paraguay 1).

El fenotipo y las características clínicas de las pacientes se enumeran en la tabla 4. El fenotipo A tuvo mayor prevalen-

TABLA 3	
Características generales de las pacientes con SOP	
Variable	N
Número de pacientes	49
Edad media (años)	32,59
IMC (kg/m ²)	28,29
Españolas	44 (89,8%)
Extranjeras	5 (10,2%)
SOP: Síndrome de Ovario Poliquístico IMC: Índice de Masa Corporal	

TABLA 4		
Fenotipo y características clínicas de las pacientes con SOP		
Variable		N
Fenotipo SOP	A	19 (38.8%)
	B	12 (24.5%)
	C	6 (12.2%)
	D	12 (24.5%)
Alteraciones menstruales		37 (75.5%)
Hirsutismo		43 (87.8%)
Ovarios poliquísticos por ecografía		30 (61.2%)
SOP: Síndrome de Ovario Poliquístico		

cia con un 38,8 %, seguido de los fenotipos B y D (24,5 % cada uno), siendo el menos frecuente el fenotipo C (12,2 %). Un 87,8 % de las pacientes refería alguna característica de hirsutismo y un 75,5 % de alteraciones menstruales.

En la tabla 5 podemos observar los puntajes de los 6 dominios de acuerdo con el fenotipo de las pacientes con SOP. La media de la dimensión de vello corporal obtiene el menor puntaje en los fenotipos A (hiperandrogenismo y anovulación crónica), B (hiperandrogenismo y ovarios poliquísticos por ecografía), y D (hiperandrogenismo, anovulación crónica y ovarios poliquísticos). En el caso del fenotipo C (anovulación crónica y ovarios poliquísticos), el menor puntaje se observa en la dimensión de infertilidad, seguida por la de menstruación.

La tabla 6 muestra el análisis con ANOVA y observamos diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de Vello y Menstruación.

En la tabla 7 se aprecia el análisis post hoc utilizando la prueba de Tukey y se observan las comparaciones entre grupos que resultaron significativas. Dentro de la dimensión de Vello, el fenotipo C (anovulación crónica y ovarios poliquísticos) obtuvo el mayor puntaje (81,42) y al comparar con los demás fenotipos (fenotipo A, hiperandrogenismo y anovulación crónica 29,02; B, hiperandrogenismo y ovarios poliquísticos por ecografía 31,66; y D, hiperandrogenismo, anovulación crónica y ovarios poliquísticos 41,19) se observó diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$ para cada grupo). Mientras que, en la dimensión de menstruación, solamente se observa diferencia significativa al comparar los fenotipos A y B ($p = .040$).

DISCUSIÓN

Se afirma que ha habido un cambio en el paradigma desde el reconocer al Síndrome de Ovario Poliquístico como una condición propiamente ginecológica y dermatológica, hacia el describirlo como un trastorno multi-sistémico acompañado de comorbilidades (62, 63). El impacto tan importante sobre la salud, por su alta prevalencia, obliga a reconocer y comprender este trastorno dada la amplitud de sus características clínicas que incluyen afecciones a nivel emocional, cambios de ánimo y deterioro en la calidad de vida (64-66).

Dada la heterogeneidad del SOP, diversos estudios han buscado alguna asociación entre la obesidad, el nivel de andrógenos, lípidos y la resistencia a la insulina con escalas de depresión (59, 67, 68). Los resultados son limitados. Un estudio en China observó que la escala para depresión se encontraba significativamente más alterada en mujeres con SOP e infertilidad al compararse con mujeres con SOP sin infertilidad (69). Varios estudios han evaluado la relación entre el índice de masa corporal y los síntomas depresivos en el SOP, y en dos meta-análisis se correlacionó de manera positiva (66, 70).

Bazarganipour, Taghavi (58) mostró, utilizando el PCOSQ, que las dimensiones más importantes para mujeres con SOP eran el hirsutismo, menstruación e infertilidad. Esto coincide parcialmente con los resultados expuestos en párrafos anteriores al observar diferencias significativas en las dimensiones de vello corporal y menstruación. Además, algo que se puede agregar, es que aquellas pacientes con el Fenotipo C (alteraciones menstruales y ovarios poliquísticos) no presentan deterioro en la dimensión de vello corporal según el PCOSQ y se observa al encontrar diferencia significativa al compararlo con los demás fenotipos. Es precisamente este hallazgo el propósito del trabajo y, tomando como base estos resultados, el llevar a cabo un abordaje personalizado y específico para los distintos fenotipos del SOP.

TABLA 5							
Puntaje del PCOSQ por fenotipo							
Fenotipo SOP		Emociones	Peso	Vello corporal Infertilidad		Acné	Mens-truación
A	Media	58.21	40.60	29.02	47.11	50.07	38.19
	N	19	19	19	19	19	19
	DS	17.66	21.31	19.03	25.93	24.30	16.47
B	Media	57.65	51.98	31.66	50.39	51.66	57.14
	N	12	12	12	12	12	12
	DS	11.58	30.31	20.14	35.37	23.44	23.33
C	Media	62.92	66.26	81.42	34.92	70.00	37.61
	N	6	6	6	6	6	6
	DS	26.80	25.66	22.91	30.21	17.77	17.46
D	Media	57.14	57.93	41.19	45.63	54.28	45.71
	N	12	12	12	12	12	12
	DS	11.04	27.86	16.50	30.95	15.74	16.96
Total	Media	58.39	50.77	39.06	46.06	53.93	44.60
	N	49	49	49	49	49	49
	DS	15.92	26.67	24.99	29.56	21.83	19.65

PCOSQ: Cuestionario de calidad de vida relacionado con la salud en SOP.
SOP: Síndrome de Ovario Poliquístico.
DS: Desviación estándar.

Tabla 6		
Análisis mediante ANOVA		
Dimensión	F	p
Emociones	.186	0.905
Peso	2.012	0.126
Vello	12.102	<0.001
Infertilidad	.364	0.779
Acné	1.354	0.269
Menstruación	2.866	0.047

F: Estadístico F
Significancia estadística: $p < 0.05$

Además de las diferencias que pueden presentar las mujeres con SOP dados los factores culturales, sociales, edad, etapa de la vida en que se encuentren (53), se considera que el fenotipo también influye de manera importante pudiendo afectar alguna dimensión de mayor manera que otras. Se puede inferir que a una adolescente le preocupen más los aspectos estéticos y las dimensiones de vello/acné tengan mayor relevancia por sobre otras como la de infertilidad, la cual puede ser la prioridad en una mujer con SOP de me-

diana edad. No obstante, una adolescente que presente el fenotipo C no tendría por qué presentar un puntaje alterado en dicho dominio puesto que no presenta estas alteraciones (lo observado en el presente trabajo).

Como ya se ha mencionado con anterioridad, al momento de escribir este texto no se encuentran trabajos que comparen los fenotipos propiamente descritos a través de los criterios de Rotterdam, 2003 (37, 38), y sus diferencias en cuanto a la calidad de vida utilizando el PCOSQ. Debido al número de pacientes incluidas, se sugiere realizar estudios con una muestra mayor. Además, es imperativo establecer diferencias según la raza, edad y aspectos culturales y sociales de las mujeres para poder hacer un manejo adecuado y específico que ayude a mejorar su calidad de vida.

Una correcta evaluación de la enfermedad es fundamental para detectar y priorizar las áreas de afectación en la calidad de vida de cada mujer y hay que resaltar la necesidad de múltiples evaluaciones y seguimiento ya que dichas dimensiones pueden cambiar dependiendo la etapa de la vida en que se encuentra la paciente. Todo esto nos llevará a mejorar la calidad de vida y optimizar la salud de la mujer con SOP. Esto puede ser lo que haga la diferencia en el manejo y la insatisfacción que las mujeres con SOP expresan.

TABLA 7

Contraste post hoc mediante test de Tukey

Variable Fenotipo SOP dependiente	Fenotipo compara-do		Diferencia media	p	Intervalo de confianza 95%	
Puntaje Emociones	A	B	.56391	1.000	-15.5178	16.6457
		C	-4.70820	.927	-25.1320	15.7156
		D	1.07411	.998	-15.0076	17.1559
	B	A	-.56391	1.000	-16.6457	15.5178
		C	-5.27211	.917	-27.0788	16.5346
		D	.51020	1.000	-17.2949	18.3153
	C	A	4.70820	.927	-15.7156	25.1320
		B	5.27211	.917	-16.5346	27.0788
		D	5.78231	.894	-16.0244	27.5890
	D	A	-1.07411	.998	-17.1559	15.0076
		B	-.51020	1.000	-18.3153	17.2949
		C	-5.78231	.894	-27.5890	16.0244
Puntaje Peso	A	B	-11.38262	.634	-36.8339	14.0687
		C	-25.66834	.163	-57.9915	6.6549
		D	-17.33500	.279	-42.7863	8.1163
	B	A	11.38262	.634	-14.0687	36.8339
		C	-14.28571	.689	-48.7974	20.2260
		D	-5.95238	.942	-34.1311	22.2263
	C	A	25.66834	.163	-6.6549	57.9915
		B	14.28571	.689	-20.2260	48.7974
		D	8.33333	.917	-26.1784	42.8451
	D	A	17.33500	.279	-8.1163	42.7863
		B	5.95238	.942	-22.2263	34.1311
		C	-8.33333	.917	-42.8451	26.1784
Puntaje Vello	A	B	-2.64411	.982	-21.5387	16.2504
		C	-52.40602*	<.001	-76.4021	-28.4099
		D	-12.16792	.327	-31.0625	6.7266
	B	A	2.64411	.982	-16.2504	21.5387
		C	-49.76190*	<.001	-75.3827	-24.1411
		D	-9.52381	.621	-30.4431	11.3955
	C	A	52.40602*	<.001	28.4099	76.4021
		B	49.76190*	<.001	24.1411	75.3827
		D	40.23810*	<.001	14.6173	65.8589
	D	A	12.16792	.327	-6.7266	31.0625
		B	9.52381	.621	-11.3955	30.4431
		C	-40.23810*	<.001	-65.8589	-14.6173

CONCLUSIONES

Para concluir, el SOP es una enfermedad que se reconoce como factor de riesgo para trastornos psicológicos que van desde depresión hasta trastornos alimenticios, disfunción sexual y ansiedad entre otros. Se observan diferencias sig-

nificativas en las dimensiones de vello corporal y menstruación, medidas por el PCOSQ, al compararse los distintos fenotipos del SOP. Esto pudiera explicarse dada la heterogeneidad que presentan clínicamente las mujeres que padecen el trastorno.

TABLA 7 continuación

Contraste post hoc mediante test de Tukey

Variable dependiente	Fenotipo SOP	Fenotipo compara-do	Diferencia media	p	Intervalo de confianza 95%	
Puntaje infertilidad	A	B	-3.27903	.991	-32.9614	26.4033
		C	12.19716	.824	-25.4995	49.8938
		D	1.48287	.999	-28.1995	31.1652
	B	A	3.27903	.991	-26.4033	32.9614
		C	15.47619	.735	-24.7728	55.7252
		D	4.76190	.980	-28.1013	37.6251
	C	A	-12.19716	.824	-49.8938	25.4995
		B	-15.47619	.735	-55.7252	24.7728
		D	-10.71429	.893	-50.9633	29.5347
	D	A	-1.48287	.999	-31.1652	28.1995
		B	-4.76190	.980	-37.6251	28.1013
		C	10.71429	.893	-29.5347	50.9633
Puntaje acné	A	B	-1.59148	.997	-22.8357	19.6527
		C	-19.92481	.214	-46.9050	7.0553
		D	-4.21053	.952	-25.4547	17.0337
	B	A	1.59148	.997	-19.6527	22.8357
		C	-18.33333	.337	-47.1402	10.4736
		D	-2.61905	.991	-26.1398	20.9017
	C	A	19.92481	.214	-7.0553	46.9050
		B	18.33333	.337	-10.4736	47.1402
		D	15.71429	.473	-13.0926	44.5212
	D	A	4.21053	.952	-17.0337	25.4547
		B	2.61905	.991	-20.9017	26.1398
		C	-15.71429	.473	-44.5212	13.0926
Puntaje menstruación	A	B	-18.94737*	.040	-37.2444	-6.503
		C	.57644	1.000	-22.6608	23.8137
		D	-7.51880	.694	-25.8158	10.7782
	B	A	18.94737*	.040	.6503	37.2444
		C	19.52381	.169	-5.2868	44.3344
		D	11.42857	.443	-8.8292	31.6863
	C	A	-.57644	1.000	-23.8137	22.6608
		B	-19.52381	.169	-44.3344	5.2868
		D	-8.09524	.820	-32.9058	16.7153
	D	A	7.51880	.694	-10.7782	25.8158
		B	-11.42857	.443	-31.6863	8.8292
		C	8.09524	.820	-16.7153	32.9058

Significancia estadística: $p < 0.05$

BIBLIOGRAFÍA

1. Azziz R, Marin C, Hoq L, Badamgarav E, Song P. Health care-related economic burden of the polycystic ovary syndrome during the reproductive life span. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2005;90(8):4650-8.
2. Carmina E, Lobo RA. Polycystic ovary syndrome (PCOS): arguably the most common endocrinopathy is associated with significant morbidity in women. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 1999;84(6):1897-9.
3. Carmina E, Rosato F, Janni A, Rizzo M, Longo RA. Extensive clinical experience: relative prevalence of different androgen excess disorders in 950 women referred because of clinical hyperandrogenism. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2006;91(1):2-6.
4. Essah PA, Nestler JE. The metabolic syndrome in polycystic ovary syndrome. *Journal of endocrinological investigation*. 2006;29(3):270-80.
5. Amsterdam EA-SrPCWG. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS). *Human reproduction*. 2012;27(1):14-24.
6. Knochenhauer ES, Key TJ, Kahsar-Miller M, Waggoner W, Boots LR, Azziz R. Prevalence of the polycystic ovary syndrome in unselected black and white women of the southeastern United States: a prospective study. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 1998;83(9):3078-82.
7. Asuncion M, Calvo RM, San Millan JL, Sancho J, Avila S, Escobar-Morreale HF. A prospective study of the prevalence of the polycystic ovary syndrome in unselected Caucasian women from Spain. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2000;85(7):2434-8.
8. Azziz R, Woods KS, Reyna R, Key TJ, Knochenhauer ES, Yildiz BO. The prevalence and features of the polycystic ovary syndrome in an unselected population. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2004;89(6):2745-9.
9. Lauritsen MP, Bentzen JG, Pinborg A, Loft A, Forman JL, Thuesen LL, et al. The prevalence of polycystic ovary syndrome in a normal population according to the Rotterdam criteria versus revised criteria including anti-Müllerian hormone. *Human reproduction*. 2014.
10. Michelmore KF, Balen AH, Dunger DB, Vessey MP. Polycystic ovaries and associated clinical and biochemical features in young women. *Clinical endocrinology*. 1999;51(6):779-86.
11. Carmona-Ruiz IO, Saucedo-de la Lata E, Moraga-Sanchez MR, Romeu-Sarro A. [Polycystic ovary syndrome: is there a rise in the prevalence?]. *Ginecol Obstet Mex*. 2015;83(12):750-9.
12. Bazarganipour F, Ziaei S, Montazeri A, Foroozanfard F, Kazemnejad A, Faghihzadeh S. Health-related quality of life in patients with polycystic ovary syndrome (PCOS): a model-based study of predictive factors. *J Sex Med*. 2014;11(4):1023-32.
13. Barnard L, Ferriday D, Guenther N, Strauss B, Balen AH, Dye L. Quality of life and psychological well being in polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod*. 2007;22(8):2279-86.
14. McCook JG, Reame NE, Thatcher SS. Health-related quality of life issues in women with polycystic ovary syndrome. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;34(1):12-20.
15. Trent ME, Rich M, Austin SB, Gordon CM. Fertility concerns and sexual behavior in adolescent girls with polycystic ovary syndrome: implications for quality of life. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2003;16(1):33-7.
16. Ware JE, Jr., Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473-83.
17. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Soc Sci Med*. 1998;46(12):1569-85.
18. Elsenbruch S, Hahn S, Kowalsky D, Offner AH, Schedlowski M, Mann K, et al. Quality of life, psychosocial well-being, and sexual satisfaction in women with polycystic ovary syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*. 2003;88(12):5801-7.
19. Elsenbruch S, Benson S, Hahn S, Tan S, Mann K, Pleger K, et al. Determinants of emotional distress in women with polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod*. 2006;21(4):1092-9.
20. Lipton MG, Sherr L, Elford J, Rustin MH, Clayton WJ. Women living with facial hair: the psychological and behavioral burden. *J Psychosom Res*. 2006;61(2):161-8.
21. Coffey S, Bano G, Mason HD. Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome: a comparison with the general population using the Polycystic Ovary Syndrome Questionnaire (PCOSQ) and the Short Form-36 (SF-36). *Gynecol Endocrinol*. 2006;22(2):80-6.
22. Wong E, Cronin L, Griffith L, Irvine EJ, Guyatt GH. Problems of HRQL assessment: how much is too much? *J Clin Epidemiol*. 2001;54(11):1081-5.
23. Jones GL, Hall JM, Balen AH, Ledger WL. Health-related quality of life measurement in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 2008;14(1):15-25.
24. Cronin L, Guyatt G, Griffith L, Wong E, Azziz R, Futterweit W, et al. Development of a health-related quality-of-life questionnaire (PCOSQ) for women with polycystic ovary syndrome (PCOS). *J Clin Endocrinol Metab*. 1998;83(6):1976-87.
25. Jones GL, Benes K, Clark TL, Denham R, Holder MG, Haynes TJ, et al. The Polycystic Ovary Syndrome Health-Related Quality of Life Questionnaire (PCOSQ): a validation. *Hum Reprod*. 2004;19(2):371-7.
26. Guyatt G, Weaver B, Cronin L, Dooley JA, Azziz R. Health-related quality of life in women with polycystic ovary syndrome, a self-administered questionnaire, was validated. *J Clin Epidemiol*. 2004;57(12):1279-87.
27. Bazarganipour F, Ziaei S, Montazeri A, Faghihzadeh S, Frozanfard F. Psychometric properties of the Iranian version of modified polycystic ovary syndrome health-related quality-of-life questionnaire. *Hum Reprod*. 2012;27(9):2729-36.
28. Hashimoto DM, Schmid J, Martins FM, Fonseca AM, Andrade LH, Kirchengast S, et al. The impact of the weight status on subjective symptomatology of the Polycystic Ovary Syndrome: a cross-cultural comparison between Brazilian and Austrian women. *Anthropol Anz*. 2003;61(3):297-310.
29. Ou HT, Wu MH, Lin CY, Chen PC. Development of Chinese Version of Polycystic Ovary Syndrome Health-Related Quality of Life Questionnaire (Chi-PCOSQ). *PLoS One*. 2015;10(10):e0137772.
30. Nestler JE, Powers LP, Matt DW, Steingold KA, Plymate SR, Rittmaster RS, et al. A direct effect of hyperinsulinemia on serum sex hormone-binding globulin levels in obese women with the polycystic ovary syndrome. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 1991;72(1):83-9.
31. Pugeat M, Crave JC, Elmidani M, Nicolas MH, Garoscio-Cholet M, Lejeune H, et al. Pathophysiology of sex hormone binding globulin (SHBG): relation to insulin. *The Journal of steroid biochemistry and molecular biology*. 1991;40(4-6):841-9.
32. Azziz R, Ehrmann DA, Legro RS, Fereshetian AG, O'Keefe M, Ghazzi MN, et al. Troglitazone decreases adrenal androgen levels in women with polycystic ovary syndrome. *Fertility and sterility*. 2003;79(4):932-7.
33. Nestler JE, Jakubowicz DJ. Decreases in ovarian cytochrome P450c17 alpha activity and serum free testosterone after reduction of insulin secretion in polycystic ovary syndrome. *The New England journal of medicine*. 1996;335(9):617-23.

34. Adashi EY, Hsueh AJ, Yen SS. Insulin enhancement of luteinizing hormone and follicle-stimulating hormone release by cultured pituitary cells. *Endocrinology*. 1981;108(4):1441-9.
35. Escobar-Morreale HF, San Millan JL. Abdominal adiposity and the polycystic ovary syndrome. *Trends Endocrinol Metab*. 2007;18(7):266-72.
36. Zawadzki JK DA. Diagnostic criteria for polycystic ovary syndrome: towards a rational approach. In: Merriam GR e, editor. *Polycystic ovary syndrome* Boston, MA: Blackwell Scientific Publications; 1992. p. 377-84.
37. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertility and sterility*. 2004;81(1):19-25.
38. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome (PCOS). *Human reproduction*. 2004;19(1):41-7.
39. Azziz R, Carmina E, Dewailly D, Diamanti-Kandarakis E, Escobar-Morreale HF, Futterweit W, et al. Positions statement: criteria for defining polycystic ovary syndrome as a predominantly hyperandrogenic syndrome: an Androgen Excess Society guideline. *The Journal of clinical endocrinology and metabolism*. 2006;91(11):4237-45.
40. Broekmans FJ, Knauff EA, Valkenburg O, Laven JS, Eijkemans MJ, Fauser BC. PCOS according to the Rotterdam consensus criteria: Change in prevalence among WHO-II anovulation and association with metabolic factors. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*. 2006;113(10):1210-7.
41. Goodman NF, Cobin RH, Futterweit W, Glueck JS, Legro RS, Carmina E. American Association of Clinical Endocrinologists, American College of Endocrinology, and Androgen Excess and Pcos Society Disease State Clinical Review: Guide to the Best Practices in the Evaluation and Treatment of Polycystic Ovary Syndrome - Part 1. *Endocr Pract*. 2015;21(11):1291-300.
42. Fauser BC, Tarlatzis BC, Rebar RW, Legro RS, Balen AH, Lobo R, et al. Consensus on women's health aspects of polycystic ovary syndrome (PCOS): the Amsterdam ESHRE/ASRM-Sponsored 3rd PCOS Consensus Workshop Group. *Fertility and sterility*. 2012;97(1):28-38 e25.
43. Ehrmann DA. Polycystic ovary syndrome. *The New England journal of medicine*. 2005;352(12):1223-36.
44. Conway G, Dewailly D, Diamanti-Kandarakis E, Escobar-Morreale HF, Franks S, Gambineri A, et al. The polycystic ovary syndrome: a position statement from the European Society of Endocrinology. *European journal of endocrinology / European Federation of Endocrine Societies*. 2014;171(4):P1-29.
45. Coffey S, Mason H. The effect of polycystic ovary syndrome on health-related quality of life. *Gynecol Endocrinol*. 2003;17(5):379-86.
46. Barth JH, Catalan J, Cherry CA, Day A. Psychological morbidity in women referred for treatment of hirsutism. *J Psychosom Res*. 1993;37(6):615-9.
47. Sonino N, Fava GA, Mani E, Belluardo P, Boscaro M. Quality of life of hirsute women. *Postgrad Med J*. 1993;69(809):186-9.
48. Downey J, Yingling S, McKinney M, Husami N, Jewelewicz R, Maidman J. Mood disorders, psychiatric symptoms, and distress in women presenting for infertility evaluation. *Fertil Steril*. 1989;52(3):425-32.
49. Weiner CL, Primeau M, Ehrmann DA. Androgens and mood dysfunction in women: comparison of women with polycystic ovarian syndrome to healthy controls. *Psychosom Med*. 2004;66(3):356-62.
50. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod*. 2018;33(9):1602-18.
51. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*. 2018;110(3):364-79.
52. Teede HJ, Misso ML, Costello MF, Dokras A, Laven J, Moran L, et al. Recommendations from the international evidence-based guideline for the assessment and management of polycystic ovary syndrome. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2018;89(3):251-68.
53. Dokras A, Stener-Victorin E, Yildiz BO, Li R, Ottey S, Shah D, et al. Androgen Excess- Polycystic Ovary Syndrome Society: position statement on depression, anxiety, quality of life, and eating disorders in polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*. 2018;109(5):888-99.
54. Malik-Aslam A, Reaney MD, Speight J. The suitability of polycystic ovary syndrome-specific questionnaires for measuring the impact of PCOS on quality of life in clinical trials. *Value Health*. 2010;13(4):440-6.
55. Taghavi SA, Bazarganipour F, Montazeri A, Kazemnejad A, Chaman R, Khosravi A. Health-related quality of life in polycystic ovary syndrome patients: A systematic review. *Iran J Reprod Med*. 2015;13(8):473-82.
56. Deeks AA, Gibson-Helm ME, Paul E, Teede HJ. Is having polycystic ovary syndrome a predictor of poor psychological function including anxiety and depression? *Hum Reprod*. 2011;26(6):1399-407.
57. Hollinrake E, Abreu A, Maifeld M, Van Voorhis BJ, Dokras A. Increased risk of depressive disorders in women with polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*. 2007;87(6):1369-76.
58. Bazarganipour F, Taghavi SA, Montazeri A, Ahmadi F, Chaman R, Khosravi A. The impact of polycystic ovary syndrome on the health-related quality of life: A systematic review and meta-analysis. *Iran J Reprod Med*. 2015;13(2):61-70.
59. Moran LJ, Deeks AA, Gibson-Helm ME, Teede HJ. Psychological parameters in the reproductive phenotypes of polycystic ovary syndrome. *Hum Reprod*. 2012;27(7):2082-8.
60. Akdag Cirik D, Dilbaz B, Aksakal S, Kotan Z, Ozelci R, Akpınar F, et al. Do anxiety and depression statuses differ in different polycystic ovary syndrome phenotypes? *Turk J Med Sci*. 2016;46(6):1846-53.
61. Panico A, Messina G, Lupoli GA, Lupoli R, Cacciapuotì M, Moscatelli F, et al. Quality of life in overweight (obese) and normal-weight women with polycystic ovary syndrome. *Patient Prefer Adherence*. 2017;11:423-9.
62. Teede HJ, Misso ML, Deeks AA, Moran LJ, Stuckey BG, Wong JL, et al. Assessment and management of polycystic ovary syndrome: summary of an evidence-based guideline. *Med J Aust*. 2011;195(6):S65-112.
63. Legro RS, Arslanian SA, Ehrmann DA, Hoeger KM, Murad MH, Pasquali R, et al. Diagnosis and treatment of polycystic ovary syndrome: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013;98(12):4565-92.
64. Barry JA, Kuczmierczyk AR, Hardiman PJ. Anxiety and depression in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod*. 2011;26(9):2442-51.
65. Dokras A, Clifton S, Futterweit W, Wild R. Increased risk for abnormal depression scores in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2011;117(1):145-52.
66. Veltman-Verhulst SM, Boivin J, Eijkemans MJ, Fauser BJ. Emotional distress is a common risk in women with polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis of 28 studies. *Hum Reprod Update*. 2012;18(6):638-51.
67. Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(3):220-9.

-
- 68. Livadas S, Chaskou S, Kandaraki AA, Skourletos G, Economou F, Christou M, et al.** Anxiety is associated with hormonal and metabolic profile in women with polycystic ovarian syndrome. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 2011;75(5):698-703.
- 69. Shi X, Zhang L, Fu S, Li N.** Co-involvement of psychological and neurological abnormalities in infertility with polycystic ovarian syndrome. *Arch Gynecol Obstet*. 2011;284(3):773-8.
- 70. Cooney LG, Lee I, Sammel MD, Dokras A.** High prevalence of moderate and severe depressive and anxiety symptoms in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod*. 2017;32(5):1075-91.

Anexo 1

Cuestionario de calidad de vida en SOP (PCOSQ)

	Cuántas veces durante las últimas dos semanas te ha pasado que:							
	Todo el tiempo	Casi todo el tiempo	Una buena parte de mi tiempo	En algunas ocasiones	Muy pocas veces	Casi nunca	Nunca	
Emociones								
Baja autoestima por tener SOP								
Consciente de tener SOP								
De mal humor por tener SOP								
Deprimida por tener SOP								
Preocupada por tener SOP								
Con miedo a tener cáncer								
No sientes control sobre tu diagnóstico de SOP								
Peso								
Problemas para mantener tu peso ideal								
Preocupada por tener sobre peso								
Frustración al no bajar de peso								
Problemas controlando tu peso								
No te sientes sexy por el sobrepeso								
Con miedo a tener Diabetes								
Infertilidad								
Preocupada por tener problemas de infertilidad								
Triste por problemas de infertilidad								
Miedo a no tener hijos								

PCOSQ (Continuación).

nexo 1

uestionario de calidad de vida en SOP (PCOSQ)

	Cuántas veces durante las últimas dos semanas te ha pasado que:							
	Todo el tiempo	Casi todo el tiempo	Una buena parte de mi tiempo	En algunas ocasiones	Muy pocas veces	Casi nunca	Nunca	
nociones								
aja autoestima por tener SOP								
onsciente de tener SOP								
e mal humor por tener SOP								
eprimida por tener SOP								
eocupada por tener SOP								
on miedo a tener cáncer								
o sientes control sobre tu diagnóstico								
e SOP								
SO								
oblemas para mantener tu peso ideal								
eocupada por tener sobre peso								
ustración al no bajar de peso								
oblemas controlando tu peso								
o te sientes sexy por el sobrepeso								
on miedo a tener Diabetes								
fertilidad								
eocupada por tener problemas de								
fertilidad								
iste por problemas de infertilidad								
edo a no tener hijos								

COSQ (Continuación).
