



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA

“TÍTULO”

“EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES PORTADORAS DE  
TRASTORNOS PREMENSTRUALES EN EL HGZ NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

T E S I S

QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE POSGRADO EN LA  
ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

DRA. RAMOS TORRES MIRIAM MARLENE

DIRECTOR DE TESIS:

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

MÉDICO FAMILIAR

ASESOR:

DR. DE LA FUENTE RODRÍGUEZ ROBERTO FELIPE

MÉDICO PSIQUIATRA

DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO

ENCARGADO DE LA COORDINACIÓN CLÍNICA JEFE DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
DEL HGZ/UMF NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO” IMSS

CD. DE MÉXICO, D. F. NOVIEMBRE 2010

NO. DE REGISTRO: R-2011-3605-19



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

**EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES PORTADORAS DE TRASTORNOS PREMENSTRUALES EN EL HOSPITAL GENERAL DE ZONA NÚMERO 8 “DOCTOR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**AUTORES:** Dra. Ramos Torres Miriam Marlene, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto, Dr. De La Fuente Rodríguez Roberto Felipe. Instituto Mexicano del Seguro Social.

**OBJETIVOS:** Evaluar la funcionalidad familiar en pacientes portadoras de trastornos premenstruales derechohabientes en el HGZ/UMF No. 8.

**METODOLOGÍA:** Se realizó un estudio descriptivo y transversal. En pacientes entre 20-45 años de edad con el Test de Steiner y el Apgar Familiar, en caso de catalogarse como Síndrome Disfórico Premenstrual, se aplicó el cuestionario de Beck para depresión.

**RESULTADOS:** Se estudió una muestra total de 139 mujeres. 99 (71.2%) de 20-35 años y 40 (28.8%) entre 36-45 años. Asintomáticas: 2 (50%) familia funcional y 2 (50%) moderada disfunción familiar. Síntomas premenstruales: 28 (90.3%) familia funcional, 2 (6.5%) moderada disfunción familiar, 1 (3.2%) familia altamente disfuncional. Síndrome premenstrual leve: 8 (100%) familia funcional. Síndrome Premenstrual moderado: 28 (75.7%) familia funcional, 9 (24.3%) moderada disfunción familiar. Síndrome Premenstrual Grave: 37 (82.2%) familia funcional, 4 (8.9%) moderada disfunción familiar, 4 (8.9%) familia altamente disfuncional. SDPM se encontró: 7 (50%) con familia funcional, 2 (14.3%) moderada disfunción familiar y 5 (35.7%) familia altamente disfuncional.

**CONCLUSIONES:** 79.1% de las familias fueron funcionales. En el Síndrome Premenstrual grave o SDPM la disfuncionalidad alta fue de 8.9% y 35.7% respectivamente, en contraste con las pacientes asintomáticas o con síntomas leves. El SDPM ocurre en el 10.1%, encontrando 92.8% con síntomas depresivos.

**PALABRAS CLAVE:** SÍNDROME PREMENSTRUAL, SÍNDROME DISFÓRICO PREMENSTRUAL, FUNCIONALIDAD FAMILIAR, APGAR FAMILIAR, DEPRESIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UMF NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”  
DELEGACIÓN 3 SUROESTE

---

DR. FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO  
Director Médico del Hospital General de Zona / Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Dr.  
Gilberto Flores Izquierdo”

---

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO  
Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General de Zona /  
Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UMF NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”  
DELEGACIÓN 3 SUROESTE

---

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud del Hospital General de Zona /  
Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

---

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona /  
Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

---

DR. JESÚS ANDRÉS GONZÁLEZ ZEPEDA

Profesor Adjunto de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona /  
Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UMF NO. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”  
DELEGACIÓN 3 SUROESTE

DIRECTOR DE TESIS

---

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

Especialista en Medicina Familiar del Hospital General de Zona / Unidad de Medicina Familiar No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

ASESOR

---

DR. ROBERTO FELIPE DE LA FUENTE RODRÍGUEZ

Especialista en Psiquiatría y Jefe de Salud Mental de la Unidad de Medicina Familiar No. 22  
“Unidad Independencia”

## ÍNDICE

	PÁGINAS
ANTECEDENTES	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
JUSTIFICACIÓN	29
OBJETIVOS	30
HIPÓTESIS	31
MATERIALES Y MÉTODOS	32
TIPO DE ESTUDIO	32
DISEÑO DEL INVESTIGACIÓN	33
POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO	34
MUESTRA	35
CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN	36
VARIABLES	37
DISEÑO ESTADÍSTICO	41
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	42

	PÁGINAS
MÉTODOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	43
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS	44
CRONOGRAMA	45
RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	47
CONSIDERACIONES ÉTICAS	48
RESULTADOS	49
DISCUSIÓN	75
CONCLUSIONES	78
BIBLIOGRAFÍA	80
ANEXOS	82

## ANTECEDENTES

Históricamente, los cambios existentes durante la fase luteínica o progestacional del ciclo menstrual, han sido tema de controversia según los diferentes contextos socio-culturales.

A modo de ejemplo mencionaremos las interpretaciones que le infieren cierto carácter mítico, moral o social: en la Biblia la mujer menstruante es considerada un ser impuro que no debe ser tocado por un hombre; un docente de ginecología explicaba que la menstruación era el llanto del útero no fecundado; y algunas leyes laborales interpretan a la menstruación como una enfermedad (día femenino).

Aunque parezca una patología de reciente connotación médica, las primeras descripciones del Síndrome Disfórico Premenstrual las realiza Hipócrates en el año 600 a. C. En el siglo XI, Trotula de Salerno considera que “hay muchas mujeres jóvenes suficientes que se curan con la menstruación” y durante el renacimiento se han reportado cambios psicológicos relacionados a la menstruación.

Sin embargo, el concepto de Síndrome de Tensión Premenstrual fue propuesto por Robert Frank en 1931. La condición fue definida como Síndrome Premenstrual (SPM) en 1950. La Psiquiatría reconoce al SPM como probable patología psiquiátrica a partir de 1980, lo estandariza en los años 90 y solo a partir del este siglo propone terapéuticas novedosas para la misma.

Tras la edición del DSM-III-R en 1987 (manual universal de diagnóstico psiquiátrico realizado en consenso por la Asociación Americana de Psiquiatría) este trastorno se involucra de forma más contundente en la psiquiatría bajo la denominación de Trastorno Disfórico de la Fase Lútea, y posteriormente en el DSM-IV en 1994, bajo la nomenclatura de Síndrome Disfórico Premenstrual (SDPM) como un criterio propuesto para estudios posteriores. Por otra parte, llama la atención que en los manuales como el CIE-10 (manual realizado por consenso de la Asociación Mundial de Psiquiatría, pero no tan difundido como el anterior) no sea aun contemplado como trastorno, evidenciándose en la bibliografía diferencias tanto en su interpretación, como también en su definición. (1)

## CONCEPTOS RELACIONADOS AL CICLO MENSTRUAL

La naturaleza, duración y gravedad de los síntomas relacionados al ciclo menstrual constituye el diagnóstico de trastornos relacionados a éste. El seguimiento diario con calendario es necesario y beneficioso para identificar cuando inician y terminan, para observar los cambios en los patrones de síntomas clínicos, y para comprender la naturaleza de los síntomas y si causan alteración.

Se sabe que varios trastornos mentales (trastornos depresivo mayor, trastorno de pánico, trastorno esquizofrénico y bulimia nerviosa) o enfermedades médicas (cefalea migrañosa, asma y epilepsia) empeoran en la fase premenstrual del ciclo menstrual. Este fenómeno es

llamado “exacerbación premenstrual”. Las mujeres que la experimentan tienen quejas importantes en la fase posmenstrual del ciclo.

#### LA EVIDENCIA SOBRE EL CICLO MENSTRUAL Y TRASTORNOS DEL HUMOR

1. Aumento en admisión a hospitales psiquiátricos durante el periodo premenstrual: Algunos clínicos han reportado un aumento en admisiones psiquiátricas durante el periodo premenstrual y menstrual. Dalton reportó que un tercio de mujeres con trastorno depresivo habían tenido admisión hospitalaria durante la menstruación. Jacobs y Charles mostraron que 47% de las admisiones psiquiátricas fueron durante el periodo menstrual. En un estudio de Abramowitz y cols., se reportó que las mujeres depresivas se presentaron para tratamiento psiquiátrico un día antes de su menstruación o el primer día de sangrado.
2. La relación entre conducta suicida y el ciclo menstrual: La conducta suicida puede ser afectada por el ciclo premenstrual. Sin embargo, las conclusiones respecto a la conducta suicida y cierto periodo del ciclo menstrual, resulta controversial, por problemas metodológicos. (2)

Es necesario diferenciar: Los Síntomas Premenstruales (SP), el Síndrome Premenstrual (SPM) y el Síndrome Disfórico Premenstrual (SDPM).

Los síntomas premenstruales son padecidos por el 75% de las mujeres en edad reproductiva. Este incluye predominantemente síntomas somáticos, como hipersensibilidad mamaria distensión abdominal, retención hídrica generalizada, acompañado de leves variaciones en el estado de ánimo. Este grupo de síntomas no representa una entidad patológica y afectan de manera leve el desempeño habitual.

El Síndrome Premenstrual (SPM) se define como un patrón de síntomas emocionales, conductuales y físicos que se presentan el periodo premenstrual y que remiten al iniciarse la menstruación, generalmente el segundo día, incluye: tensión mamaria, edema, distensión abdominal, cefalea y cambios de humor o sensación de tensión emocional. Esta sintomatología afecta moderadamente en el desempeño habitual de la mujer aunque los cambios de humor no son tan severos como para obligar a un tratamiento farmacológico regular. Este síndrome no es reconocido por el DSM-IV. El SPM afecta a un 30-40% de mujeres en edad reproductiva

El Síndrome Disfórico Premenstrual (SDPM) se caracteriza clínicamente por alteraciones graves del estado de ánimo, con depresión, irritabilidad, angustia y marcada labilidad emocional, llegando a una alteración notoria e invalidante del desempeño habitual. (3)

#### EPIDEMIOLOGÍA

Aproximadamente del 70-90% de las mujeres en edad reproductiva en la experiencia de los Estados Unidos presentar por lo menos algunos síntomas molestos durante la fase premenstrual de su ciclo, este porcentaje se puede extrapolar a 43-55 millones de mujeres (anual). Entre el 20 y 40% de este grupo (12-25 millones) tienen síntomas lo suficientemente

molestos para calificar como SPM. Además, se estima que 3-10% (2-5 millones) tiene síntomas con suficiente gravedad para clasificarse como SDPM. Los trastornos menstruales pueden afectar a la mujer en cualquier etapa de su vida reproductiva iniciando alrededor de los 14 años o 2 años después de su menarca y persistir hasta alrededor de los 51 años, cuando la menopausia normalmente ocurre. Según Halbreich y sus colegas, en EU, las mujeres tienen aproximadamente 481 ciclos menstruales. Con un ajuste promedio de 22 meses por los dos embarazos y los periodos posparto, muchas de las mujeres en realidad experimentan 459 ciclos durante sus años fértiles. Las mujeres con SDPM tienen síntomas premenstruales graves en un promedio de 6.4 días por ciclo, lo que se extrapola a una vida total aproximada de 2,938 días, equivalentes a aproximadamente 8 años. Así el SPM o el SDPM pueden causar angustia o incluso deterioro del funcionamiento en una fracción significativa de la vida de la mujer. Incluso después del tratamiento que alivia los síntomas, ya que la anormalidad fisiológica subyacente persiste por lo que los síntomas pueden reaparecer al interrumpir el tratamiento.

Parece probable que muchas mujeres con SPM y SDPM pueden ser mal diagnosticadas, ya que los síntomas pueden parecerse a trastornos orgánicos o empeorar afecciones psiquiátricas (aumento premenstrual) y a menudo no recibir la asesoría adecuada para sus preocupaciones. En una investigación de funcionamiento psicosocial pre-tratamiento en las mujeres con SDPM, las puntuaciones en varias escalas durante la fase folicular fueron similares a las de la comunidad, mientras que durante la fase lútea fueron similares a las puntuaciones de mujeres con trastorno depresivo.

La alta prevalencia de los trastornos premenstruales y su impacto negativo en la calidad de vida de las mujeres ha sido difícil para pacientes y sus médicos. Debido a que los síntomas son tan variados, y porque no existe una prueba específica endocrinológica que demuestra un trastorno premenstrual por lo que puede pasar desapercibida o ser mal diagnosticada como otra condición. Sin embargo, los criterios diagnósticos han hecho posible cuantificar con más objetividad lo somático, emocional y comportamental que causa malestar a largo plazo para muchas mujeres.

Además de interferir con la calidad de vida, el SPM y SDPM pueden tener consecuencias económicas directas e indirectas. Los costos directos por visitas frecuentes a consulta externa, referencias a segundo nivel de atención, pruebas de laboratorio y tratamiento; los indirectos, que son más difíciles de cuantificar, por lo general son vistos en términos de pérdida de productividad en el trabajo (“presentismo”) y de salarios por ausentismo. (4)

Wittchen y cols. (2002) llevó a cabo un amplio estudio epidemiológico de mujeres de 14-29 años en Alemania mediante entrevistas de diagnóstico. Encontraron una prevalencia de SDPM a los 12 meses de 5.8% (en consonancia con las tasas de 10.3% en otros estudios) y 18.6% se encontraron con síntomas debajo del umbral (diagnóstico de SPM). Las tasas de trastornos de ansiedad comórbidos (especialmente estrés postraumático), trastornos del humor, trastornos somatomorfos y dependencia a la nicotina fueron altas, sólo el 26.5% no tenía otro trastorno mental. El diagnóstico se mantuvo estable durante 48 meses y las

pacientes con SDPM eran más propensas que aquellas sin desarrollo de un nuevo episodio depresivo. También presentaron mayor utilización de los servicios de salud, lo que sugiere una morbilidad considerable.

Un estudio comunitario de mujeres entre 36-44 años en EU, encontró una tasa similar para SDPM, asociándose a nivel educativo bajo, historia de depresión mayor, tabaquismo y trabajar fuera de casa. La prevalencia no difiere con otros países y culturas, incluyendo México. (5) Respecto a nuestro país, existen datos escasos sobre la prevalencia de esta patología, sin embargo Pavía en el 2009 la encontró de 27.3%, difiriendo considerablemente de la reportada en bibliografía internacional de 3-11.2%. (18)

Las mujeres con criterios para SDPM reciben el código diagnóstico 311 Trastorno Depresivo No Especificado. Las mujeres con menor gravedad de la sintomatología son consideradas portadoras de SPM. The American College of Obstetrics and Gynecology Practice Guidelines (ACOG) y la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) sugieren que el criterio diagnóstico para SPM requiere un mínimo de 1 síntoma premenstrual. (6)

## ETIOLOGÍA

Las hormonas reproductivas muestran relación con los cambios en el estado de ánimo, ansiedad, tensión intrapsíquica y labilidad emocional. Los cambios de las hormonas ováricas pueden influenciar la acumulación de serotonina en el cerebro y la disponibilidad de los receptores y además están conectadas con el metabolismo de otros neurotransmisores. Otro hallazgo muestra que los esteroides gonadales influyen significativamente en el sistema nervioso central. El ciclo menstrual se acompaña de cambios sustanciales en los niveles hormonales.

Del inicio del ciclo hasta la ovulación, los niveles de estrógeno se aumentan hasta diez veces. Por el contrario en la segunda mitad del ciclo de los niveles de progesterona se incrementa hasta treinta veces más que los niveles de inicio del ciclo. Antes de la propia menstruación los niveles de ambos esteroides están disminuyendo. Los esteroides están limitados a las hormonas gonadotropinas hipofisarias, gonadoliberina hipotalámica, que están acompañadas por cambios de dopamina, endorfina y en el sistema serotoninérgico. Durante el ciclo menstrual las emociones pueden cambiar (en la segunda mitad: estado de ánimo depresivo, irritabilidad) el comportamiento sexual, las funciones cognitivas y percepción sensorial.

Comparando mujeres con SPM y mujeres sin esos síntomas se encontraron diferencias significativas como regulación anormal de la serotonina en trombocitos, cambios a nivel de melatonina, y beta-endorfinas, cambios en la respuesta del cortisol, trastornos de la función tiroidea, cambios en la concentración de magnesio en eritrocitos, trastornos en la liberación de hormona de crecimiento y trastornos del sueño.

El SPM puede ser causado o empeorado por estrés, factores genéticos selectos, edad (más frecuente mayores de 30 años), números de hijos, abuso de alcohol, uso excesivo de azúcar o cafeína. (7)

La etiología del SPM aún es desconocida, pudiendo ser compleja y multifactorial. El rol de las hormonas ováricas no es claro, pero los síntomas casi siempre desaparecen cuando la ovulación es suprimida. Los cambios en los niveles hormonales puede influenciar sobre neurotransmisores como la serotonina, pero los niveles de hormonas sexuales son típicamente normales en mujeres con SPM. Alguna evidencia sugiere que la patología está relacionada a la sensibilidad a la progesterona en mujeres con deficiencia de serotonina. Este mecanismo puede no explicar todos los casos, porque algunas pacientes no responden al tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). La deficiencia en las prostaglandinas relacionadas a la incapacidad para convertir ácido linoleico a precursores de las mismas, puede estar envuelta en el SPM. Factores genéticos también pueden jugar un rol importante, demostrado con la tasa mayor de concordancia en gemelas monocigóticas que en dicigóticas.

#### FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo para desarrollar SDPM son una historia previa de trastornos afectivos y el antecedente de SPM en familiares.

La relación entre SDPM y otros desórdenes psiquiátricos es compleja debido a que una alta proporción de mujeres que padece SDPM tiene historia previa de trastornos del humor porque las mujeres con un desorden del humor subyacente reportan magnificación de los síntomas o aparición de nuevos síntomas en la fase premenstrual.

Algunos autores sugieren que el SDPM puede predecir una futura depresión mayor. Estudios familiares han identificado una concordancia en tasas de síntomas premenstruales entre miembros de la familia con un parentesco de primer grado y las pacientes con SDPM. (8)

#### FISIOPATOLOGÍA

Los estrógenos tienen un profundo impacto sobre el estado de ánimo y sobre el sistema neurotransmisor trimonoaminérgico (TMMS) y por lo tanto pueden ser considerados como un modulador trimonoaminérgico. Los estrógenos también modulan la actividad de otros neurotransmisores, incluyendo al Ácido Gama-Aminobutírico (GABA) y glutamato. Varios de los efectos estrogénicos sobre diversos sistemas neurotransmisores parecen ser resultado de la unión del estrógeno a los receptores nucleares de la hormona, conocidas como estrógenos-receptores. Los receptores de estrógenos también pueden salir en las membranas celulares neurales, pero aún no han sido bien caracterizados. Sin embargo, está bien establecido que los receptores nucleares ligando específico para estrógeno son transformados en factores de transcripción ligando-activados cuando el estrógeno se une a ellos y así modulan la expresión de genes.

Los receptores estrogénicos difieren de tejido a tejido y pueden diferir entre las zonas cerebrales. En adición a varios subtipos de estrógeno-receptores, también hay receptores nucleares de hormonas para progesterona y andrógenos, así como de otros esteroides como glucocorticoides y mineralocorticoides. A diferencia de los receptores de neurotransmisores que se encuentran localizados sobre la membrana, los receptores ligando-activados de los estrógenos están localizados en el núcleo celular neuronal, así el estrógeno debe penetrar la membrana para encontrarlos, se sitúan cerca de los genes que influyen en el estrógeno (elementos de respuesta de estrógeno). La activación de elementos de respuesta estrogénica requiere del receptor “dimerización”, cuando el estrógeno se une a ellos, forma un factor de transcripción activo capaz de convertir los estrógenos en elementos de respuesta. Una vez los receptores de estrógeno son activados como factores de transcripción, ellos activan la expresión génica en la neurona mediante la unión de los elementos de respuesta estrogénica en el Ácido Desoxirribonucleico (ADN) de la misma.

Los productos génicos que son regulados por el estrógeno incluye factores tróficos como el Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (BDNF), así como la síntesis de neurotransmisores y metabolismo de enzimas y varios receptores de neurotransmisores. Evidencias dramáticas de propiedades tróficas de los estrógenos pueden ser observadas en hipotálamo y en neuronas hipocampales, en animales de experimentación (hembras en edad adulta) en cuestión de días y a través de un solo ciclo ovárico. Durante la fase temprana del ciclo, los niveles de estradiol aumentan, causando formación de espinas dendríticas específicamente en las neuronas piramidales en el hipocampo y en neuronas del hipotálamo ventromedial. La administración de progesterona potencializa la formación de espinas dendríticas por lo que la densidad de las espinas es la más grande cuando ambas hormonas alcanzan un pico justo después de la primera mitad del ciclo. Sin embargo, una vez que los niveles estrogénicos caen significativamente y la progesterona continúa en aumento, al encontrarse sola esta última desencadena una regulación a la baja de las espinas dendríticas al final del ciclo menstrual.

Una hipótesis explica en mecanismo de esta formación cíclica y pérdida de espinas dendríticas relacionadas con estrógenos, ya que regulan su formación al activar las neuronas y al inactivarlas revirtiendo este proceso, conocido como formación espinas dendríticas “activo-dependiente”. Como los niveles de estrógenos aumentan y descienden durante el ciclo ovárico, pueden causar un correspondiente ciclo en vez de la activación continua de neuronas en ciertas áreas cerebrales. La activación cíclica se explica porque los estrógenos ejercen una influencia de inhibitoria cíclica sobre las interneuronas GABA.

Cuando los estrógenos activan neuronas piramidales, esas neuronas liberan glutamato. Como los niveles estrogénicos aumentan durante la primera mitad del ciclo menstrual, también lo hace la activación neuronal piramidal por glutamato de otras neuronas piramidales así como los niveles de estrógenos que caen en la segunda mitad del ciclo ovárico, las células piramidales pierden su activación.

Al inicio del ciclo ovárico, los niveles estrogénicos son bajos, así que GABA está activo y por

ello inhibe a las neuronas piramidales. Cuando los estrógenos aumentan durante la primera mitad del ciclo el GABA es progresivamente inhibido, causando desinhibición progresiva de las neuronas piramidales. Esta desinhibición libera glutamato.

Los niveles estrogénicos tienen una fluctuación muy amplia durante el ciclo de vida femenino en relación a varios tipos de eventos reproductivos. Estos cambios se asocian a la aparición o recurrencia de episodios depresivos mayores. En el hombre, la incidencia de depresión aumenta en la pubertad y es esencialmente constante durante toda su vida, a pesar de que la testosterona disminuye lentamente a partir de los veinticinco años de edad. Por el contrario, en las mujeres, la incidencia de depresión es un espejo de sus cambios estrogénicos en su ciclo de vida. Es decir, como los estrógenos aumentan durante la pubertad, la incidencia de depresión se incrementa, después en la menopausia, desciende de nuevo. Así las mujeres tienen la misma frecuencia de depresión que los hombres antes de la pubertad y después de la menopausia. Sin embargo en su edad reproductiva, cuando los estrógenos son altos y cíclicos, la incidencia de depresión es dos a tres veces mayor que en el hombre.

A lo largo de los años reproductivos, muchas mujeres experimentan irritabilidad, durante la fase lútea tardía justo antes del sangrado menstrual; sin embargo si esto es realmente incapacitante, puede tratarse de un trastorno del estado de ánimo (SDPM). (7)

Jacobs y cols. Demostraron que existen diferencias significativas en los niveles hormonales de mujeres con SDPM y mujeres sanas, encontrando estradiol libre y porcentaje libre del mismo significativamente bajos y concentraciones de Globulina Transportadora de Hormonas Sexuales (SHBG) significativamente altos en pacientes con SDPM comparado con control asintomático. Los estrógenos aparecen para ejercer acción en áreas de cerebro importantes para aprendizaje, memoria, emociones y estado afectivo y sensibilidad al dolor. Los estrógenos estimulan un incremento significativo en los receptores de dopamina (D<sub>2</sub>) en el tejido estriado del cerebro, y un aumento en la densidad del 5-hidroxitriptamina (5-HT<sub>2A</sub>) uniéndose a nivel de lóbulo frontal, cíngulo y corteza olfatoria primaria, áreas concernientes al estado de ánimo y comportamiento. Los niveles altos de SHBG pueden limitar la biodisponibilidad de Estradiol E<sub>2</sub> en el cerebro, hígado y otros tejidos y de manera final afecta el estado de ánimo. (9)

Las características esenciales de este trastorno consisten en la presencia de síntomas del tipo de estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad, labilidad emocional y pérdida del interés por cualquier actividad. Estos síntomas han venido apareciendo regularmente durante la última semana de la fase lútea de la mayoría de los ciclos menstruales del último año. Los síntomas empiezan a remitir durante los primeros días de la menstruación (inicio de la fase folicular) y han desaparecido siempre en el transcurso de la semana posterior a la hemorragia menstrual.

Es necesario que en la semana precedente al inicio de la menstruación haya una evidente afectación de las relaciones sociales y laborales. Este deterioro del comportamiento social

puede traducirse en discusiones conyugales y conflictos con la familia y los amigos.

Si bien las mujeres que presentan simultáneamente dismenorrea y SDPM solicitan más ayuda terapéutica que las que padecen otros trastornos, estas últimas representan la gran mayoría.

Los síntomas premenstruales pueden iniciarse a cualquier edad después de la menarca, si bien el inicio suele situarse en la segunda o tercera décadas de la vida. Las mujeres que solicitan ayuda terapéutica suelen encontrarse entre los 30 años. La menopausia acostumbra a poner fin al trastorno. Aunque los síntomas no aparecen todos los meses, sí lo hacen en la mayoría de ellos. En algunos meses los síntomas pueden ser más acusados. Las mujeres suelen declarar que los síntomas empeoran a medida que pasan los años, para finalmente remitir con la llegada de la menopausia.

#### CRITERIOS DE INVESTIGACIÓN PARA SÍNDROME DISFÓRICO PREMENSTRUAL SEGÚN LA ASOCIACIÓN AMERICANA DE PSIQUIATRÍA (DSM-IV)

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas durante la mayor parte del día de la última semana de la fase lútea de la mayoría de los ciclos menstruales del último año, que empiezan a remitir 2 días después del inicio de la fase folicular y que desaparecen completamente en la semana siguiente a la menstruación, teniendo en cuenta que al menos uno de estos síntomas debe ser alguno de los cuatro primeros:

- (1) Estado de ánimo deprimido, sentimientos de desesperanza e ideas de autodesaprobación acusadas
- (2) Ansiedad, tensión, sensación de agobio o de estar «al límite»
- (3) Labilidad emocional evidente (p. ej., ataques de tristeza, llanto o hipersensibilidad ante el rechazo)
- (4) Enfado, irritabilidad o aumento de conflictos interpersonales de forma acusada y persistente
- (5) Pérdida del interés por las actividades cotidianas (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones)
- (6) Sensación subjetiva de dificultad para concentrarse
- (7) Letargia, fatigabilidad fácil o falta evidente de energía
- (8) Cambios significativos del apetito, atracones o antojos por determinadas comidas
- (9) Hipersomnia o insomnio
- (10) Sensación subjetiva de estar rebasada o fuera de control
- (11) Otros síntomas físicos como hipersensibilidad o aumento del tamaño mamario, dolores de cabeza, molestias articulares o musculares, sensación de hinchazón o ganancia de peso

B. Estas alteraciones interfieren acusadamente con el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o las relaciones interpersonales (p. ej., evitación de actividades sociales, disminución de la productividad y eficiencia en el ámbito laboral o académico).

C. La alteración no representa una simple exacerbación de síntomas de otro trastorno, por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno de angustia, trastorno distímico o trastorno de la personalidad (si bien en ocasiones el Trastorno Disfórico Premenstrual se añade también a cualquiera de estos trastornos).

D. Los Criterios A, B y C deben ser corroborados por técnicas de valoración diaria y prospectiva de los síntomas en al menos dos ciclos sintomáticos consecutivos. (El diagnóstico puede establecerse provisionalmente a la espera de dicha confirmación.) (10)

#### EFFECTOS DEL SÍNDROME PREMENSTRUAL

En el estudio de Hylan, 8-16% de las mujeres sintomáticas perdieron su empleo en el año precedente y 5-8% de las que no han perdido su empleo han tenido que ausentarse más de 14 días en el año anterior. Las mujeres sintomáticas sin tratamiento acuden con mayor frecuencia a los servicios de salud y pierden el empleo más frecuentemente que las asintomáticas. Un estudio de mujeres en Turquía mostró que las mujeres con SDPM tuvieron mayor actitud negativa ante la menstruación que los controles.

Los estudios epidemiológicos confirman lo de trabajos anteriores, con poblaciones seleccionadas: las mujeres con SDPM tienen mayor repercusión afectiva, pero la relación precisa entre SPM/SDPM y otros trastornos del estado de ánimo no está clara. El SPM se diferencia de la depresión con la presencia de sus síntomas que incluyen los físicos (mastalgia, cefalea, edema etc.) y los psicológicos, siendo mayormente reportada la irritabilidad en lugar de un estado de ánimo depresivo. (5)

La carga del SDPM resulta de la gravedad de los síntomas, la cronicidad y el impacto en el trabajo, las relaciones sociales y actividades. Se ha estimado que las mujeres con SDPM pierden alrededor de 3.8 años de sus años productivos. Un estudio prospectivo de 1194 mujeres mostró que las mujeres con SDPM fueron más susceptibles de perder horas de trabajo, tener un deterioro en su productividad, limitaciones de rol y menor efectividad. Borenstein y colaboradores han publicado estudios que examinan la funcionalidad y el uso de servicio en 436 mujeres con calendario prospectivo de sus síntomas por 2 ciclos, confirmaron que el SPM disminuyó significativamente su calidad de vida y su productividad en el trabajo, aumentó el ausentismo laboral, empeoró las relaciones interpersonales y aumentó las visitas a los proveedores de salud, comparado con el grupo control. Estos autores también reportaron una tasa de ausentismo del 14% y una reducción en la productividad de 15%, el SDPM se asoció con un costo de 4,333 dólares por paciente por año. El peso económico está relacionado con el auto-reporte de disminución de la productividad más que con costo directo de cuidado de salud, sin embargo se reporta un incremento en el uso de los servicios de salud y uso de medicamentos de prescripción y terapia alternativa. (6)

## VISIÓN FEMENINA

Estudios cualitativos de la percepción de las mujeres en relación al SPM, revelaron que creen que la mayor parte de su género experimenta cambios premenstruales, que en al menos 50% garantiza el diagnóstico de esta patología. Ellas sienten que los médicos generales están mal equipados para hacer frente a estos problemas. Muchas mujeres creen que los síntomas del SPM tienen causa biológica y rechazan las atribuciones de la situación de angustia, por lo tanto culpan a “esta cosa que se hace cargo de mi” para problemas interpersonales, abuso, violencia y otros resultados negativos durante la fase luteínica de su ciclo menstrual. (5)

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DEPRESIÓN CON EMPEORAMIENTO PREMENSTRUAL Y SDPM CON DIAGNÓSTICO ADICIONAL

Algunos investigadores examinaron la manera de diferenciar si el empeoramiento de la depresión en el periodo premenstrual demuestra un simple proceso o dos procesos (una secundaria a la otra). Definiendo la fluctuación en entre la fase lútea tardía del ciclo menstrual y fase posmenopáusica parece fácil; sin embargo, si la diferencia es pequeña, los métodos estadísticos son insuficientes para detectar esta fluctuación. No existen criterios para explicar si el trastorno depresivo mayor es secundario al SDPM o una depresión existente se ha agravado durante el periodo premenstrual.

Simplemente si en el eje I empeoran los trastornos menstruales durante el periodo premenstrual, puede ser llamado exacerbación premenstrual; si los síntomas de la nueva enfermedad (p.e. Irritabilidad y síntomas físicos) ocurren durante el periodo premenstrual el SDPM debe ser considerado. Los expertos sugieren que la diferenciación entre ambas entidades puede ser fácilmente mediante el uso de calendario diario prospectivo de los síntomas. Sin embargo cuando existe superposición de criterios la diferenciación entre ambos trastornos mentales no es fácil. Seis de los criterios para el trastorno depresivo mayor también son diagnósticos para el SDPM. (2)

## TRATAMIENTO

El American College Obstetrics Gynecology (ACOG) acordó en 2000, sobre la base de la evidencia disponible en aquel momento, unas recomendaciones que, curiosamente, priman los tratamientos que no gozaban de apoyo científico suficiente, pero que se consideraban clínicamente mejores entre las alternativas disponibles. Dichas recomendaciones se dividen en 3 grupos, según el nivel del apoyo científico que tienen, para concluir con los 3 pasos en que debe estructurarse la aproximación clínica que, según el ACOG, empieza por los tratamientos más livianos, aunque de menor nivel de evidencia. Se trata, por tanto, de una «intuición clínica compartida», solo parcialmente respaldada por hechos experimentalmente comprobados.

En el 2003 el American Family Physician (AAFP) y el ACOG, consideran que a todas las pacientes con SPM inicialmente se debe ofrecer tratamiento no farmacológico, incluidos

los tratamientos sociopsicológicos, como son: educación de la paciente, terapia de apoyo y cambios de conducta. Aun así, no han llegado a un consenso en cuanto a la definición del PMS o de sus características diagnósticas. Tampoco se han adaptado las recomendaciones de tratamiento a la evidencia disponible. (11)

Ahora los estudios sistemáticos de los tratamientos han eliminado las fluctuaciones hormonales con la supresión ovulatoria o la “corrección” de la disregulación de neurotransmisores con antidepresivos o medicamentos ansiolíticos.

Otros tratamientos se han dirigido a supuestas deficiencias de vitaminas o minerales o la mejora de síntomas específicos premenstruales. Diferentes modalidades de tratamiento pueden tratar perfiles de síntomas específicos, pero el tratamiento rara vez ha evaluado la eficacia para ansiedad específica, estado de ánimo, de comportamiento y los síntomas somáticos.

#### ANTICONCEPTIVOS ORALES

Los anticonceptivos orales (AO) han sido prescritos por ginecólogos y clínicos de cuidado primario para el tratamiento de SPM a pesar había pocos estudios que avalen su eficacia hasta hace poco. Dos estudios aleatorizados controlados en mujeres con SPM confirmado reportaron falta de eficacia con AO mono o trifásicos. En estudios de cohorte realizados a mujeres sin SPM o SDPM definido han reportado que los AO no alteran el estado de ánimo en la mayoría de ellas, en un subconjunto existe mejora en los síntomas premenstruales y en otro la agudización de los mismos. Después de la introducción en los 90's de AO con etinilestradiol 30 mcg y una progesterona (drospirenona 3mg), se empezó a reportar en los cohortes de población no clínica mejora en el estado de ánimo y en la calidad de vida durante la fase lútea. Además, un régimen extendido de 6 meses con AO se asocia a menores síntomas físicos y emocionales premenstruales que el normal 21/7 con administración mensual.

Un estudio controlado aleatorizado comparó los AO contra placebo en 82 mujeres con SDPM reportando que ambos mejoraron los síntomas premenstruales y que los AO fueron significativamente efectivos que el placebo en la disminución de antojos de comida, aumento de apetito y acné. Sin embargo, 2 estudios recientes de YAZ (Bayer), con AO con etinilestradiol 20 mcg y drospirenona 3mg, administrados por 24 días de píldoras activas y 4 días de intervalo (24/4), han reportado superioridad al reducir los síntomas físicos y emocionales premenstruales comparados con placebo.

En el 2006, YAZ fue aprobada por la FDA para el tratamiento del SDPM en mujeres que desean anticoncepción oral. La eficacia de este anticonceptivo para reducir los síntomas premenstruales puede deberse a su administración en un régimen 24/4, ya que brinda mayor estabilidad en los niveles hormonales y reduce los síntomas adversos que pueden ocurrir durante el retiro del sangrado.

## MEDICAMENTOS ANTIDEPRESIVOS

Los estudios sobre tratamiento con Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina (ISRS) y el SDPM han sugerido una tasa de eficacia similar a la obtenida en el trastorno depresivo mayor, con una respuesta del 60-70% de mujeres en comparación con 30% de respuesta al placebo. La dosis efectiva de ISRS para SDPM es similar o ligeramente menor que la dosis recomendada para el tratamiento de trastorno depresivo mayor.

Una revisión sistemática incluyó 12 estudios con dosis continuas (ciclo completo) de fluoxetina, sertralina, paroxetina, citalopram y fluvoxamina y 4 con dosis intermitente (diario durante la fase lútea) de sertralina y citalopram. La revisión sistemática de éstos concluye que ambas dosis tienen eficacia similar. Un meta-análisis reciente sobre ISRS incluyó 2964 mujeres y concluyó que la dosis continua es más efectiva que la dosis intermitente para el tratamiento de SPM o SDPM.

Un estudio controlado randomizado comparó **fluoxetina** 20mg al día, 60mg al día y placebo en 277 mujeres por más de 6 meses. Ambos fluoxetina 20mg y 60 mg al día fueron más eficaces que el placebo en reducir los síntomas emocionales, conductuales y físicos, sin embargo la dosis de 20mg fue mejor tolerada. Este fue uno de los primeros estudios en señalar un inicio de acción rápido y la mejora de síntomas premenstruales con ISRS. Otro estudio grande involucró **sertralina** a dosis flexible, hasta 150 mg al día, durante más de 3 meses, y la dosis media diaria de 110mg fue más eficaz que el placebo en la reducción de los síntomas premenstruales y la mejora en el funcionamiento psicosocial en 243 mujeres. Dos grandes estudios aleatorizados han demostrado, en comparación con placebo durante 3 meses, la administración continua de **paroxetina** de liberación prolongada 12.5 mg o 25mg al día tuvieron una eficacia superior en la reducción del estado de ánimo premenstrual y los síntomas físicos en 313, 119 y 359, 120 mujeres con SDPM. En ambos estudios, la paroxetina de 25mg al día fue más eficaz. Estudios realizados con posteridad a la revisión por Dimmock y cols., han establecido además la eficacia de la administración intermitente de fluoxetina, sertralina y paroxetina durante la fase lútea. Estudios que incluyen la administración intermitente han informado la ausencia de síntomas al retirar los ISRS en las dosis administradas. Se ha establecido la hipótesis de que no ocurre síndrome de abstinencia por la falta de exposición prolongada al mismo. Incluso cuando los ISRS se interrumpen de manera súbita el primer día de menstruación, la acción terapéutica de dosis intermitente continúa para aliviar los síntomas que se extienden en los primeros días de la menstruación. La **FDA** ha aprobado el uso de administración continua e intermitente de fluoxetina, sertralina y paroxetina de acción prolongada para las mujeres con SDPM, con recomendaciones específicas de dosificación. El primer estudio controlado con placebo realizado con **escitalopram** recientemente informó que la administración intermitente de 20mg diarios fue superior al placebo en 158 mujeres con SDPM.

La mejora de los síntomas desde el primer ciclo en la mayoría de los ensayos con ISRS a dosis continua, así como la eficacia de la administración intermitente, sugiere la forma más rápida y diferente mecanismo de acción de los ISRS en el SDPM, en comparación con el

trastorno depresivo mayor, donde los ISRS pueden tardar de 3-6 semanas para ser efectivos.

Un aumento en la alopregnanolona (ALLO) es una hipótesis para explicar la rápida mejoría de los síntomas premenstruales con ISRS, por lo tanto puede que no sea necesaria la administración inicial antes de la ovulación. Los pocos estudios que han examinado la administración de ISRS durante la fase lútea, pero después de la ovulación, han arrojado resultados contradictorios.

Otros antidepresivos también se han estudiado en mujeres con SPM y SDPM. Los primeros estudios controlados aleatorizados informaron la eficacia con **clomipramina** (antidepresivo tricíclico con gran acción serotoninérgica) a diario a dosis de 130 mg y con dosificación durante la fase lútea. La dosis diaria de **venlafaxina** de liberación inmediata informó ser superior al placebo en la reducción de los síntomas emocionales y físicos del SDPM en 157 mujeres. Tres estudios aleatorizados controlados han comparado antidepresivos ISRS, no serotoninérgicos y placebo y cada uno ha demostrado eficacia específica de los ISRS sobre los otros dos. La superioridad selectiva de los antidepresivos serotoninérgicos para el SDPM es compatible con el postulado de la implicación de disfunción de serotonina. Muchas mujeres informan de la recurrencia de síntomas premenstruales después de la interrupción de ISRS, por lo que deciden tomarlos a largo plazo. La mayoría de los ensayos con ISRS se han hecho con 3 meses de duración y son pocos los estudios que sugieren el mantenimiento durante 1 a 2 años, no existen recomendaciones basadas en evidencia para tratamiento a largo plazo. Se necesitan estudios para identificar si algunas mujeres desarrollan tolerancia a los ISRS en el tiempo, haciendo necesario aumentar la dosis o cambiar a otro medicamento, y si algunas mujeres quedan en remisión durante un periodo de tiempo después de la interrupción de ISRS. La mayoría de estudios con tratamiento de corta duración no ha dado información sobre los potenciales efectos adversos con el uso de ISRS a largo plazo. Anecdóticamente, muchas mujeres reportan aumento de peso y disfunción sexual después del uso del antidepresivo a largo plazo para SDPM. La dosis intermitente puede mejorar la función sexual durante las semanas que el ISRS no se toma, pero aún no está claro si existe o no menor aumento de peso. Estudios futuros deberán comparar sistemáticamente la eficacia y los factores predictivos de respuesta de dosis de ISRS de inicio, fase lútea y diaria continua en mujeres con SDPM.

#### OTROS MEDICAMENTOS

Alprazolam 0.25mg al día, o dos veces al día (durante fase lútea) ha informado ser más eficaz que el placebo en la mayoría de los estudios, pero no en todos. Se usa principalmente para la tensión premenstrual y la irritabilidad, tiene una tasa de eficiencia más baja que los ISRS. Los informes iniciales de algunos estudios han comunicado la eficacia con antiinflamatorios no esteroideos, doxiciclina, naltrexona y atenolol. Se ha informado que la bromocriptina disminuye la sensibilidad mamaria premenstrual y un estudio informó que la espirolactona disminuyó síntomas emocionales y físicos

premenstruales.

#### MODIFICACIONES DEL ESTILO DE VIDA

Las modificaciones al estilo de vida que pueden aliviar los síntomas premenstruales pueden obtenerse por talleres de autoayuda o profesionales dirigidos a psicoeducación: Una intervención grupal durante 18 semanas haciendo hincapié en la dieta, ejercicio y un replanteamiento positivo de las percepciones de la mujer respecto a su ciclo menstrual fue superior al grupo control en la reducción síntomas premenstruales. No está claro que las modificaciones al estilo de vida sean más útiles porque se ha realizado pocos estudios al respecto.

Las recomendaciones dietéticas incluyen el aumento de consumo de carbohidratos complejos, refrigerios o comidas frecuentes, reducción de azúcar refinada y edulcorantes artificiales y la disminución en la ingesta de cafeína. Se plantea la hipótesis de que la ingesta de carbohidratos complejos puede mantener un nivel constante de glucosa que puede disminuir los antojos de alimentos premenstruales y aumentar la disponibilidad de triptófano en el cerebro para la síntesis de serotonina.

La terapia cognitiva (TC) es reportada consistentemente como tratamiento eficaz para las mujeres con SPM. Dos estudios prospectivos en las mujeres con SPM informaron superioridad de la TC individual para reducir los síntomas premenstruales en comparación con la centrada en la terapia farmacológica. La relajación ha tenido pocos estudios sistemáticos en el SPM, un único estudio aleatorizado controlado informó que la terapia de relajación fue superior al mejorar los síntomas de manera gráfica. El ejercicio no ha sido probado en una muestra de mujeres con SPM o SDPM, pero es recomendado para el tratamiento al mejorar los síntomas premenstruales al realizarlo regularmente en las mujeres en general, tanto aeróbico como anaeróbico.

#### SUPLEMENTOS DIETÉTICOS

El calcio 600mg dos veces al día se comparó con placebo en 466 mujeres con SDPM, se informó un 48% de eficacia para reducir la tasa de síntomas emocionales y físicos (a excepción de fatiga e insomnio), en comparación con un 30% para el placebo. La eficacia de calcio se redujo ligeramente en las mujeres que estaban tomando anticonceptivos orales.

Una revisión de los primeros estudios la vitamina B6 informó sobre la falta de eficacia para SPM. Un estudio reciente informó que 80 mg al día de piridoxina fue superior al placebo en el alivio de la ansiedad y los síntomas de estado de ánimo premenstrual, pero no en los síntomas físicos. Dos estudios controlados aleatorizados pequeños han sugerido la eficacia de magnesio, pero otros estudios han fallado en la documentación de deficiencia de magnesio en mujeres con SDPM o la mejora de los síntomas premenstruales con el suplemento de este en comparación con placebo. Un estudio controlado aleatorizado informó eficacia superior de triptófano, en comparación con el placebo, en mujeres con SDPM y uno de los primeros estudios que sugerían la eficacia de la vitamina E merece replicación. Algunos ensayos se han realizado con multivitamínicos. Varios de los

suplementos contenían cantidades de vitaminas que superaron la dosis diaria recomendada, y como revisión, los resultados de estos estudios han sido variados. Se ha reportado que los síntomas físicos premenstruales han mejorado con la ingesta de pescado e isoflavonas de soya. (12)

Un meta-análisis de 29 estudios, incluyó 2 964 mujeres con un intervalo de confianza (IC) del 95% 0.31-0.51, lo que sugiere una fuerte asociación entre el uso de ISRS y una reducción en los síntomas del SPM / SDPM. Los estudios de dosis intermitente arrojaron una estimación menor del efecto del tratamiento (IC 95% 0.45-0.68) en comparación con los estudios de dosis continua (IC 95% 0.18-0.42).

La fluoxetina, sertralina y paroxetina son los ISRS más estudiados para SPM / SDPM. No se encontraron diferencias significativas en el efecto relativo y todos fueron asociados con mejoría de los síntomas, excepto fluvoxamina, que sólo cuenta con pequeño estudio que cumplió los criterios de inclusión, con amplios rangos de IC para la posibilidad de beneficio o no beneficio. (13)

La familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso Salud-Enfermedad. Las funciones económica, biológica, educativa y de satisfacción de necesidades afectivas y espirituales que desempeña el grupo familiar son de marcada importancia; ya que a través de ellas se desarrollan valores, creencias, conocimientos, criterios, juicios, que determinan la salud de los individuos y del colectivo de sus integrantes. También la enfermedad de uno de sus miembros afecta la dinámica de este grupo familiar. (14)

En general se reconoce que la familia es la institución social básica en el seno de la cual se determinan el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad. Constituye la forma más simple de organización en la que dos o más individuos se asocian para compartir metas comunes y funciones.

Según Maslow, el comportamiento humano está motivado, controlado e incluido por una jerarquía de necesidades, que son:

Fisiológicas: Aire, agua, alimentos, sexualidad.

Seguridad: Orden, normas para guiar los propios actos y sentirse libre de temores y amenazas.

Sociales: Amor, afecto, sentimientos de pertenencia y contacto humano.

Estima: Respeto de uno mismo, logros, obtención del respeto de los demás.

Realización personal: Satisfacción de la capacidad personal (necesidad de superación, realización del potencial propio, etc.)

Es prioritaria la satisfacción inicial de las necesidades fisiológicas, al menos parcialmente, antes de buscar las necesidades subsecuentes, ya que de ello depende en gran medida la salud biológica del individuo. Deben ser cumplidas de manera conjunta y recíproca dentro del contexto del grupo familiar, y complementadas posteriormente con otras instituciones sociales. En gran medida, la homeostasis familiar está en función del estado de bienestar biológico, psicológico y social que guarden sus integrantes, lo cual favorece el mantenimiento de una unión estable durante un cierto lapso de tiempo, con el fin de favorecer el desarrollo saludable de los hijos, así como el cumplimiento de las funciones más diversas.

Fundamentalmente son dos las funciones que asume la familia: asegurar la supervivencia de sus miembros y forjar sus cualidades humanas. En ningún caso debe contentarse con satisfacer sólo las necesidades biológicas, ya que eso no basta para el completo desarrollo del individuo, que tiene necesidad de aportaciones intelectuales y afectivas. De acuerdo con lo anterior, las funciones específicas de la familia son las siguientes:

- Asegurar la subsistencia de cada uno de sus miembros a través de la protección biopsicosocial de cada uno de ellos, lo cual implica proporcionar abrigo, alimento y seguridad física.

- Promover el afecto, la unión y la solidaridad social a fin de mantener la capacidad de relación con otros seres humanos.

- A través de la socialización, es posible:

- \*Favorecer el desarrollo de la identidad personal ligada a la identidad familiar, de manera que se asegure la integridad psíquica y se facilite el adiestramiento de los miembros de la familia en las tareas de participación social y el enfrentamiento de nuevas experiencias.

- \*Moldear el rol sexual condicionado por la imagen de integridad y madurez de los padres, para favorecer la maduración y la ulterior relación sexual de los hijos.

- \*Educar y estimular el aprendizaje, la iniciativa y la realización creativa de los miembros de la familia en forma individualizada.

- Proporcionar nuevos miembros a la sociedad a través de la reproducción, con el fin de garantizar la supervivencia de la especie.

- Determinar la posición sociocultural de sus integrantes, de manera tal que la familia perpetúe sus tradiciones, así como las circunstancias y valores de sus miembros más viejos para transmitirlos a los jóvenes.

La familia debe satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias de sus miembros, fomentar la libre relación entre ellos, permitir y estimular la individuación a través de respeto y del reconocimiento de cada uno de sus integrantes y mantener la unión y la solidaridad en la familia con un sentido positivo de la libertad.

Estas funciones están estrechamente relacionadas, son interdependientes y se deben cumplir en la familia como conjunto y unidad; confirman la idea de que el grupo familiar es un sistema en el que ninguna de sus partes puede ser afectada sin que ocurran repercusiones en el resto del mismo.

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades en sus miembros. Con base en el cumplimiento eficaz de sus funciones, o en su incumplimiento, se habla de familia funcional o disfuncional, respectivamente. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas. Es aquella en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha constante, no obstante lo cual presenta aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro respecto a otro. Por lo tanto, la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre los miembros de la familia que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde, además el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.

La manera en que el sistema familiar considera la amplia gama de los sentimientos humanos es de importancia básica para su propio bienestar; por ello, explorar cómo son los patrones familiares referentes a la expresión emotiva y al compromiso familiar y cuáles son los sentimientos expresados en la familia permite conocer el grado de satisfacción que resulta de vivir dentro del grupo familiar.

Existe un equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior de ella; este equilibrio denominado por Jackson como homeostasis familiar, opera por medio de mecanismos relativamente automáticos e involuntarios. Cuando esta homeostasis familiar se ve amenazada, la familia puede tratar de mantener el equilibrio haciendo que un miembro de ella, desarrolle síntomas, se enferme o comience a expresar el conflicto. De esta forma surge el denominado paciente identificado, a quien se le designa así en vez de llamarlo por el rol idiosincrásico que los demás le han dado: el enfermo, el malo, el culpable, etc. La familia determina que es éste miembro del grupo que necesita ayuda; sus síntomas pueden constituir una expresión de la disfunción familiar, y cumplen con la función de mantener la homeostasis del grupo, es decir, el equilibrio en las relaciones familiares. Es por ello que el síntoma es reforzado por la familia misma.

La disfunción familiar puede manifestarse por medio de los síntomas en sus integrantes. Por ejemplo, el conflicto estimado, no resuelto entre la pareja o entre padres e hijos, se puede presentar al médico familiar como depresión en un adulto, lesión física en la esposa, síntomas somáticos en adultos o niños, problemas de conducta o trastornos de simulación en los adolescentes.

Gran parte de los trastornos psicosociales tienen su origen en la disfunción familiar. Los miembros de familias disfuncionales suelen:

- Utilizar muy frecuentemente los servicios de salud.
- Denotar incongruencia entre el sufrimiento de su padecimiento y la naturaleza relativamente menor de sus síntomas.
- En el caso de pacientes adultos, hacerse acompañar innecesariamente por un familiar.
- Difícilmente encontrarle sentido a su problema actual.
- Consultar por síntomas vagos e inespecíficos, conflictos emocionales o de relación, o por manifestación somatoformes o trastornos por ansiedad. (15)

A pesar de que la sintomatología del SPM y el SDPM ha sido reconocida por años, recientemente se ha examinado sistemáticamente el nivel de impacto funcional. Las mujeres con SDPM reportan impacto social y reducción en su calidad de vida y ello ocurre durante la fase lútea. La gravedad es similar a la vista en mujeres con distimia y en algunos ámbitos se aproxima al trastorno depresivo mayor, llegando a presentar ideación suicida durante la fase luteínica. Pearlstein y colaboradores (2000) encontraron que las mujeres con SDPM tienen peores puntuaciones que las mujeres con distimia en el rubro parental de la Escala Auto-reporte de Reajuste social (Escala de Holmes para Crisis Familiares), concordando con una gran encuesta telefónica en la que las mujeres sintomáticas reportaron mayor impacto funcional en el hogar, sin embargo el impacto ocupacional es también significativo. (5)

En una elevada proporción, estas situaciones no son detectadas ni tratadas médicamente en forma adecuada, quizás por la formación biomédica tradicional que soslaya los aspectos psicosociales del proceso salud-enfermedad y constituyen indicios que deben alertar al médico sobre la conveniencia de trabajar en el contexto personal e interpersonal, más que en el contexto clinicopatológico.

El Apgar Familiar es un instrumento de medición del funcionamiento familiar sencillo, rápido y fácil de aplicar, no es una medida objetiva de la función familiar, aunque sí del grado de satisfacción que percibe el paciente al evaluar la función de su sistema familiar. La definición de los componentes del Apgar familiar son los siguientes:

- Adaptabilidad (adaptation) o apoyo y solidaridad: capacidad de utilizar recursos intrafamiliares y extrafamiliares para resolver situaciones de crisis.
- Participación (partnership) o compañerismo: capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones.
- Crecimiento (growth): capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familia en forma madura, permitiendo la individualización y separación de los miembros de la familia.
- Afecto (affection): capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la

familia y de demostrar distintas emociones, tanto de bienestar como de emergencia.

-Resolución (resuelve): capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia. (15)

Concebir a la familia como sistema implica que ella constituye una unidad, una integridad, por lo que no podemos reducirla a la suma de las características de sus miembros, o sea, la familia no se puede ver como una suma de individualidades, sino como un conjunto de interacciones. Esta concepción de la familia como sistema, aporta mucho en relación con la causalidad de los problemas familiares, los cuales tradicionalmente se han visto de una manera lineal (causa-efecto) lo cual es un enfoque erróneo, pues en una familia no hay un "culpable", sino que los problemas y síntomas son debidos precisamente a deficiencias en la interacción familiar, a la disfuncionalidad de la familia como sistema. El funcionamiento familiar debe verse no de manera lineal, sino circular, o sea, lo que es causa puede pasar a ser efecto o consecuencia y viceversa. El enfoque sistémico nos permite sustituir el análisis causa-efecto por el análisis de las pautas y reglas de interacción familiar recíproca, que es lo que nos va a permitir llegar al centro de los conflictos familiares y por tanto a las causas de la disfunción familiar.

A la hora de hablar de funcionamiento familiar encontramos que no existe un criterio único de los indicadores que lo miden. Algunos autores plantean que la familia se hace disfuncional cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros. Otros autores señalan como características disfuncionales la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.

Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de éstos, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar. Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros" (fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital) de manera tal que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, (por ejemplo: la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo.

Si la familia establece estrategias disfuncionales ante las situaciones de cambio, como la rigidez y la resistencia, esto provoca una enquistación de los conflictos y por tanto, comienzan a aparecer síntomas que atentan contra la salud y el desarrollo armónico de sus miembros. Por lo tanto, la principal característica que debe tener una familia funcional es que promueva un desarrollo favorable a la salud para todos sus miembros, para lo cual es imprescindible que tenga: jerarquías claras, límites claros, roles claros y definidos,

comunicación abierta y explícita y capacidad de adaptación al cambio. (16)

Dentro de los factores familiares, muchos trabajos ponen de manifiesto que un número importante de consultas por trastornos de conducta, somatizaciones y signos y síntomas mal definidos en general, se deben a alteraciones de la función familiar. Otros autores, han relacionado los acontecimientos vitales estresantes y los problemas psicosociales con el origen de crisis y disfunción familiar.

El problema radica en la necesidad de reconocer los trastornos psíquicos subyacentes mediante un abordaje biopsicosocial. A veces la falta de reconocimiento se puede atribuir a las características y formación del médico de Atención Primaria, basada en conceptos biomédicos tradicionales; otras, se pueden atribuir a la actitud del paciente que no considera adecuado consultar con su médico este tipo de problemas. Asimismo otro tipo de problema añadido, sería la falta de indicadores, que permitan relacionar la consulta con los problemas psicosociales. Por último, no debemos de olvidar los factores relacionados con la propia organización de los servicios sanitarios, entre ellos con la accesibilidad, que facilitarían o impedirían el uso de los mismos. (17)

La evolución natural del SDPM transcurre como un cuadro crónico y limitante en el desarrollo de una persona, que frecuentemente se asocia con tasas de morbilidad. Con el transcurso del tiempo se va haciendo evidente el deterioro en el área de las relaciones y en lo laboral; se ven especialmente afectadas la pareja, la familia y la capacidad de eficiencia, aun cuando se conserven las funciones cognitivas. El SDPM aumenta el riesgo de trastorno depresivo mayor, depresión posparto y de otros cuadros del espectro serotoninérgico, si no es tratado a tiempo y cuya recaída es muy probable, si se suspende el tratamiento. (18)

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

¿Cómo repercuten los trastornos premenstruales en el funcionamiento familiar en pacientes adscritas al HGZ/UMF No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

## JUSTIFICACIÓN

Siendo congruentes con el perfil del egresado de la especialidad de Medicina familiar, que señala el compromiso de proporcionar atención médica eficiente, eficaz y oportuna con énfasis en la prevención, además de ejercer con el principio de humanismo, considerando la dignidad de la persona y la integridad biopsíquica en interacción constante con su entorno social y su familia, con las políticas de la OMS y de la OPS, así como el Plan Nacional de Salud 2007-2012, dónde se señala la trascendencia de implementar estrategias y programas de prevención de las enfermedades, con el propósito de generar en la población la cultura de la salud y por consiguiente la optimización de todos los recursos que se invierten en el cuidado de ésta, es conveniente realizar este estudio, debido a que los trastornos mentales afectan cientos de millones de personas y, si de no tratarse, crea una enorme carga de sufrimiento, discapacidad y pérdida económica. Aún a pesar del potencial tratamiento exitoso de los trastornos mentales, sólo una pequeña minoría de los que lo necesitan, reciben el más básico de los tratamientos. Integrar los servicios de salud mental en el cuidado primario de salud es el más viable camino para cerrar la brecha terapéutica y garantizar que la gente obtenga la salud mental que necesita. El cuidado primario para la salud mental es asequible y su inversión podría traer grandes beneficios. La depresión en México es considerada una enfermedad emergente, actualmente su prevalencia es de 4.5% y esto aunado al hecho de que el Síndrome Disfórico Premenstrual es clasificado como un trastorno depresivo no especificado, explica la relevancia de la realización del presente estudio, además de que no existen estudios previos o existen muy pocos realizados en nuestro medio, sobre todo para poder brindar un abordaje holístico desde el primer nivel de atención, tomando en cuenta la familia y el entorno socio-cultural de la paciente. Es primordial, además, poder relacionar la presencia del SDPM con disfuncionalidad para comprobar el posible efecto de la patología sobre la familia o viceversa.

## **OBJETIVOS**

### **GENERAL:**

-Evaluar la funcionalidad familiar en pacientes portadoras de trastornos premenstruales en el HGZ/UMF No. 8 del Instituto Mexicano del Seguro Social “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

### **ESPECÍFICOS:**

- Relacionar la presencia de trastornos premenstruales con disfunción familiar
- Calcular la frecuencia de síndrome disfórico premenstrual
- Relacionar la presencia de síndrome disfórico premenstrual con depresión

## **HIPÓTESIS\***

### **VERDADERA:**

Las pacientes con trastornos premenstruales tienen disfunción familiar

### **NULA:**

Los pacientes con trastornos premenstruales no tienen disfunción familiar

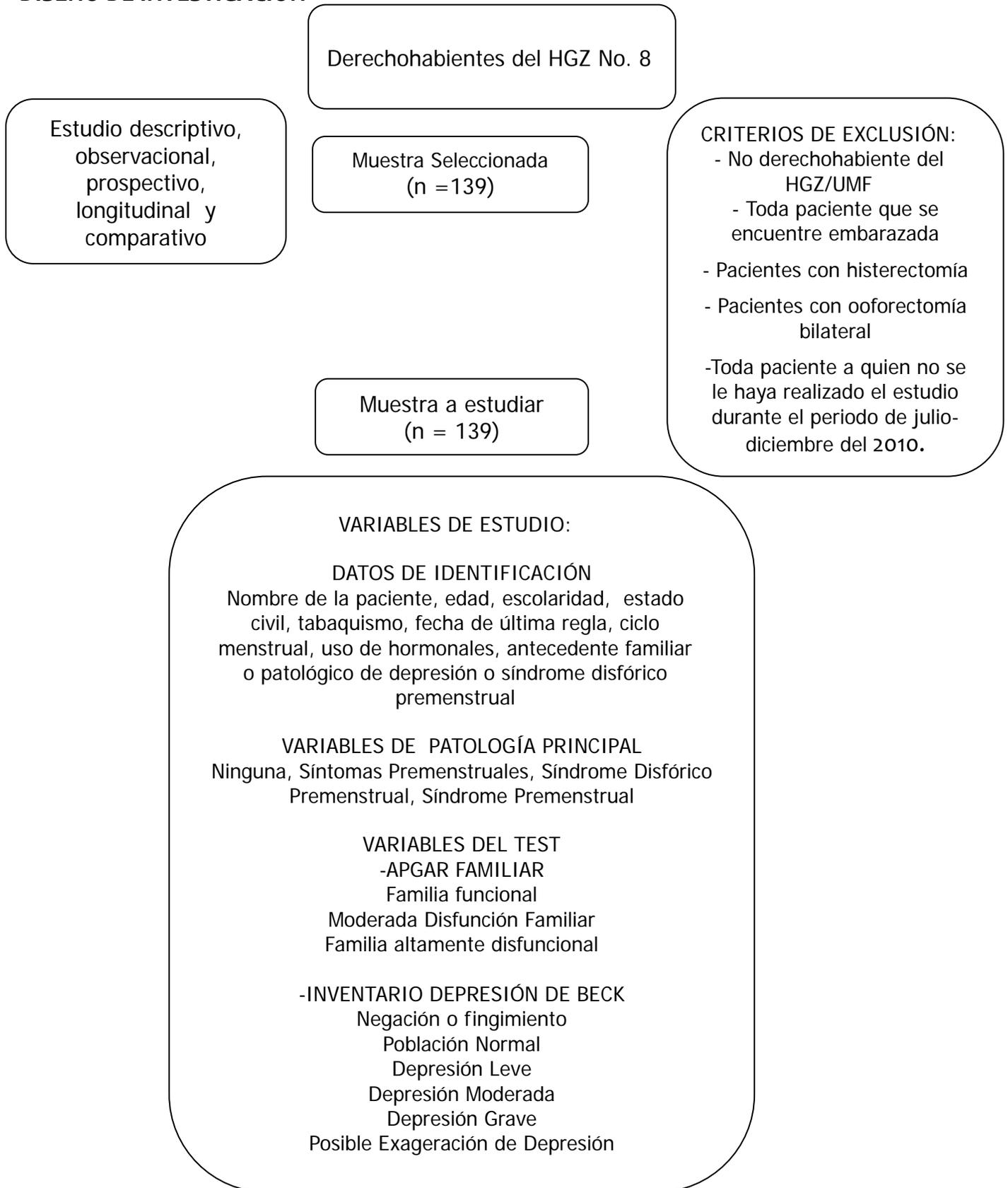
\*Se realiza con fines pedagógicos.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **Tipo de estudio:**

Se realizará un estudio descriptivo, observacional, prospectivo, transversal y comparativo.

## DISEÑO DE INVESTIGACIÓN



## **POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO**

### **POBLACIÓN**

El universo de investigación está constituido por la población adscrita al HGZ/UMF No. 8, “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” de julio a diciembre del 2010.

### **UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN**

Se realizará el estudio en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8, “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” durante el año 2010, Colonia Tizapán, San Angel México, D.F.

## MUESTRA

Pacientes en edad reproductiva que acudan al HGZ/UMF No. 8, en el periodo comprendido de julio a diciembre del 2010.

El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia. Requerirá 139 pacientes, con un intervalo de confianza de 95%, con una proporción del 0.10, con una amplitud del intervalo de confianza de 0.10.

Mediante la siguiente fórmula:

$$N = \frac{4Z^2 P(1-P)}{W^2}$$

Donde:

N= Número total de individuos requeridos

Z= Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P= Proporción Esperada

(1 - P) = Nivel de confianza

W= Amplitud del intervalo de confianza

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Mujeres entre 20 y 45 años de edad que sean derechohabientes del HGZ/UMF No. 8 que se encuentren en consulta externa de Medicina Familiar

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes no derechohabientes del HGZ/UMF
- Pacientes del HGZ/UMF No. 8 que se encuentren embarazadas
- Pacientes con histerectomía
- Pacientes que cuenten con ooforectomía bilateral
- Paciente a quien no se le haya realizado el estudio durante el periodo de julio-diciembre del 2010.

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Pacientes que no deseen participar en el estudio
- Pacientes con test de Steiner o Apgar Familiar incompleto
- Pacientes con test de Steiner con criterios para síndrome disfórico premenstrual que no contesten de manera completa el cuestionario de Beck

## **VARIABLES**

### **VARIABLES GENERALES DE LA ENCUESTA APLICATIVA**

- 1- Nombre de la paciente
- 2- Edad
- 3- Escolaridad
- 4- Ocupación
- 5- Estado civil
- 6- Tabaquismo
- 7- Menarca
- 8- Ciclo menstrual
- 9- Fecha de última regla
- 10- Anticonceptivos
- 11- Antecedentes Heredo-Familiares o Patológicos de Síndrome Disfórico Premenstrual o Depresión, Depresión durante el embarazo, Depresión posparto.

### **DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES**

#### **DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

- 1- Nombre de la paciente: Nombre de la entrevistada
- 2- Edad: Años cumplidos al momento del estudio
- 3- Escolaridad: Preparación escolar al momento del estudio
- 4- Ocupación: Actividad que realiza al momento del estudio
- 5- Estado civil: Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco que establece ciertos derechos y deberes.
- 6- Tabaquismo: Hábito de fumar positivo
- 7- Menarca: Fecha de primera menstruación
- 8- Ciclo menstrual: Periodicidad entre menstruaciones y duración de la misma
- 9- Fecha de última regla: Día inicial de sangrado más reciente.
- 10- Anticonceptivos: Uso de hormonales (orales, inyectables, subdérmicos etc)
- 11- Antecedentes Heredo-Familiares o Patológicos de Síndrome Disfórico Premenstrual o Depresión, Depresión durante el embarazo, Depresión posparto: Enfermedad previa diagnosticada en familiares o en la paciente (Síndrome Disfórico Premenstrual o Depresión)

## **VARIABLES DE PATOLOGÍA PRINCIPAL Y DEL TEST**

### **Independiente**

#### **-TRASTORNOS PREMENSTRUALES:**

Ningún Síntoma Premenstrual: Ausencia de síntomas premenstruales

Síntomas Premenstruales: Incluyen predominantemente síntomas somáticos, como hipersensibilidad mamaria distensión abdominal, retención hídrica generalizada, acompañado de leves variaciones en el estado de ánimo. Este grupo de síntomas no representa una entidad patológica y afectan de manera leve el desempeño habitual

Síndrome Premenstrual: Se define como un patrón de síntomas emocionales, conductuales y físicos que se presentan el periodo premenstrual y que remiten al iniciarse la menstruación, generalmente el segundo día. incluye: tensión mamaria, edema, distensión abdominal, cefalea y cambios de humor o sensación de tensión emocional. Esta sintomatología afecta moderadamente en el desempeño habitual de la mujer aunque los cambios de humor no son tan severos.

Síndrome disfórico premenstrual: Se caracteriza clínicamente por alteraciones graves del estado de ánimo, con depresión, irritabilidad, angustia y marcada labilidad emocional, llegando a una alteración notoria e invalidante del desempeño habitual.

### **Dependiente**

#### **-FUNCIONALIDAD FAMILIAR:**

Familia funcional: Es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa.

Familia disfuncional: Cuando no se tiene la capacidad de asumir cambios, es decir, cuando la rigidez de sus reglas le impide ajustarse a su propio ciclo y al desarrollo de sus miembros o la incompetencia intrafamiliar y el incumplimiento de sus funciones básicas.

-DEPRESIÓN: Estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día.

### DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES (CARACTERÍSTICAS GENERALES)

NOMBRE DE VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
NOMBRE DEL PACIENTE	Cualitativa	Textual	Nombre de la paciente
ESCOLARIDAD	Cualitativa	Nominal	1= Analfabeta 2= Primaria 3= Licenciatura 4= Preparatoria / carrera técnica 5= Licenciatura 6= Posgrado
EDAD	Cuantitativa	Nominal	1= 20-35 años 2= 36-45 años
OCUPACIÓN	Cualitativa	Nominal	1= Empleada 2= Desempleada 3= Estudiante
ESTADO CIVIL	Cualitativa	Nominal	1=Soltera 2= Unión libre 3=Casada 4= Viuda 5=Divorciada
FECHA DE ULTIMA REGLA	Cuantitativa	Continua	Fecha de última regla
CICLO MENSTRUAL	Cuantitativa	Continua	Ciclo menstrual
TABAQUISMO	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1=Positivo 2=Negativo
MENARCA	Cuantitativa	Continua	1= 9-12 años 2= 13-16 años
HORMONALES	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1= Positivo 2= Negativo
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE SDPM	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1= Positivo 2= Negativo
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES O PATOLÓGICOS DE DEPRESIÓN / DEPRESIÓN POSPARTO / DURANTE EMBARAZO	Cualitativa	Nominal (dicotómica)	1= Positivo 2= Negativo

**DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES  
ENFERMEDAD**

NOMBRE DE VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES
SÍNTOMAS	Cualitativa	Nominal	1= Premenstruales 6= Ninguno
SÍNDROME PREMENSTRUAL	Cualitativa	Intervalo	2=Leve 3=Moderado 4=Grave
SÍNDROME DISFÓRICO PREMENSTRUAL	Cualitativa	Nominal	5=Si
FUNCIONALIDAD FAMILIAR  Según Apgar Familiar	Cuantitativa	Intervalo	1= 7-10 Familia Funcional 2= 4-6 Moderada Disfunción Familiar 3= 0-3 Familia Altamente Disfuncional
DEPRESIÓN  Según Inventario de Depresión de Beck	Cuantitativa	Intervalo	1= 0-4 Negación / fingimiento 2= 5-9 Población Normal 3= 10-18 Depresión Leve 4= 19-29 Depresión Moderada 5= 30-63 Depresión Grave 6= >40 Exageración

## **DISEÑO ESTADÍSTICO**

El análisis estadístico se llevará a cabo a través del programa SPSS 12 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizará medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. El tipo de muestra es representativa y se calculó a través de su prevalencia. Posteriormente la información será organizada y analizada en tablas de frecuencia, porcentajes y gráficas con el fin de lograr un mejor entendimiento de la misma.

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se realizará un cuestionario que comprende una ficha de identificación de la paciente y posteriormente se aplicará el TEST PSST Premenstrual Symptoms Screening Tool, desarrollado por Steiner e investigadores de la Universidad de McMaster, refleja y traslada categóricamente los criterios del DSM-IV con grados de severidad, es un instrumento útil para medir la gravedad e impacto de los síntomas premenstruales, además establece rápidamente si una mujer cualifica para Síndrome Disfórico Premenstrual, es confiable y ha sido validado al castellano.

El cuestionario de APGAR FAMILIAR fue diseñado en 1978 por Smilkstein con el propósito de evaluar la funcionalidad familiar, el acrónimo Apgar hace referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve). Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia, y constituye un instrumento válido y fiable.

El inventario de DEPRESIÓN DE BECK, fue desarrollado como una escala para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo frases autoevaluativas, ha sido adaptada al castellano y validada. \*Todos los instrumentos se encuentran en el apartado anexos.

## **MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se revisarán los cuestionarios del Test de Steiner, para determinar para categorizar a cada paciente según su sintomatología como: Ninguna, Síntomas Premenstruales, Síndrome Premenstrual leve, moderado o grave o Síndrome Disfórico Premenstrual, en caso de cumplir criterios. Posteriormente se aplicará el Apgar Familiar para identificar si se trata de una familia funcional, moderadamente disfuncional o altamente disfuncional.

A las pacientes catalogadas con Síndrome Disfórico Premenstrual se les aplicará el cuestionario de Beck para Depresión.

Se enfocará la revisión principalmente a la frecuencia de Síndrome Disfórico Premenstrual su relación con disfunción familiar y depresión. (Los instrumentos se encuentran en el apartado anexos).

## **MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS**

Se utilizarán instrumentos previamente validados. La paciente requerirá saber leer y escribir para poder contestar el cuestionario, el cual será aplicado de manera individual para cada paciente.

La aplicación del Test de Steiner será por el investigador previamente capacitado, posteriormente se administrará el cuestionario de Apgar Familiar y Beck, en caso de que la paciente tenga alguna pregunta sobre algún ítem se aclarará mediante un diccionario del la real academia de la lengua.

Se calculó la muestra mediante su frecuencia y es significativa. Ninguno de los investigadores involucrados en el presente estudio presenta conflicto de interés para el desarrollo del mismo.

Los datos aportados por los encuestados serán contestados sin ningún tipo de presión por parte del aplicador del cuestionario, ni tampoco se sugerirán respuestas que impliquen efecto tendencioso para las mismas.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO**  
**DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL**  
**JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS**  
**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8**  
**EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**TÍTULO DEL PROYECTO:**  
**EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS**  
**PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**2009**

FECHA	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
OBJETIVOS		X										
HIPÓTESIS		X										
PROPÓSITOS		X										
DISEÑO METODOLÓGICO		X										
ANÁLISIS ESTADÍSTICO		X	X									
CONSIDERACIONES ÉTICAS			X									
RECURSOS			X									
BIBLIOGRAFÍA			X									
ASPECTOS GENERALES			X									
ACEPTACIÓN			X									

**2010-2011**

FECHA	M A R	A B R	M A Y	J U N	J U L	A G O	S E P	O C T	N O V	D I C	E N E	F E B
PRUEBA PILOTO				X								
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO				X								
RECOLECCIÓN DE DATOS					X	X	X	X	X	X		
ALMACENAMIENTO DE DATOS										X		
ANÁLISIS DE DATOS										X		
DESCRIPCIÓN DE DATOS										X		
DISCUSIÓN DE DATOS										X		
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO											X	
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL											X	
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO												X
PUBLICACIÓN												X

## **RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:**

### **Humanos**

- Un investigador
- Un asesor clínico
- Un asesor metodológico

### **Físicos y materiales**

- Hojas con el Test de Steiner, Apgar Familiar y cuestionario de Beck
- Lápices
- Bolígrafos
- Gomas
- Computadora con programa office
- Programa estadístico SPSS 12 WINDOWS
- Impresora
- Libros
- Internet

### **Financiamiento**

- Los disponibles por el investigador

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

La presente investigación se realizará de acuerdo a lo establecido en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, esencialmente los principios básicos de 6, 7 y 9 además del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México. Esta actividad no presentará ningún tipo de riesgo físico o mental. Se integra la carta de consentimiento informado del protocolo de investigación, la cual se encuentra en los anexos.

## RESULTADOS

Se estudió una muestra total de 139 mujeres en edad reproductiva derechohabientes de la UMF / HGZ No. 8 para evaluar la funcionalidad familiar y su relación con trastornos premenstruales.

Los rangos de edad fueron divididos en dos grupos: 99 (71.2%) de 20-35 años y 40 (28.8%) entre 36-45 años. (Ver tabla y gráfico 1)

La escolaridad fue: 11 (7.9%) primaria, 30 (21.6%) secundaria, 55 (39.6%) preparatoria o nivel técnico, 34 (24.5%) licenciatura y 9 (6.5%) posgrado. (Ver tabla y gráfico 2)

La ocupación de las pacientes fue: 79 (56.8%) empleadas, 48 (34.5%) desempleadas o amas de casa (34.5%), 12 (8.6%) estudiantes. (Ver tabla y gráfico 3)

Respecto al estado civil se encontraron 56 (40.3%) solteras, 22 (15.8%) en unión libre, 53 (38.1%) casadas, 8 (5.8%) divorciadas. (Ver tabla y gráfico 4)

En el rubro de uso de tabaco en 34 (24.5%) se reportó positivo y en 105 (75.5%) negativo. (Ver tabla y gráfico 5)

La menarca fue clasificada en dos grupos según la edad de inicio encontrando 70 (50.4%) entre los 9-12 años y 69(49.6) entre los 13-16 años. (Ver tabla y gráfico 6)

Se determinó el uso de hormonales en las pacientes encontrando 13 (9.4%) con uso habitual y 126 (90.6%) sin uso de los mismos. (Ver tabla y gráfico 7)

En ninguna paciente se encontró el antecedente heredo-familiar de Síndrome Disfórico Premenstrual. Sin embargo, en 9 (6.5%) se encontraron antecedentes heredo-familiares o patológicos de depresión, depresión posparto o durante el embarazo. (Ver tabla y gráfico 8)

Se clasificaron las pacientes según los síntomas presentados en el Test de Steiner: 4 (2.9%) ningún síntoma, 31 (22.3%) con síntomas premenstruales, 8 (5.8%) con Síndrome Premenstrual Leve, 37 (26.6%) Moderado, 45 (32.4%) grave y 14 (10.1%) con Síndrome Disfórico Premenstrual. (Ver tabla y gráfico 9)

La funcionalidad familiar fue clasificada según el Apgar Familiar obteniendo 110 (79.1%) familia funcional, 19 (13.7%) moderada disfunción familiar, 10 (7.2%) familia altamente disfuncional. (Ver tabla y gráfico 10)

Las pacientes que cumplieron criterios para Síndrome Disfórico Premenstrual contestaron el inventario de Beck para depresión encontrando: 13 (92.8%) síntomas depresivos y 1 (7.2%) sin síntomas depresivos. (Ver tabla y gráfico 11)

#### TRASTORNOS PREMENSTRUALES Y EDAD

Se encontró con síntomas premenstruales 22 (71%) de 20-35 años, 9 (29%) de 36-45 años, Síndrome Premenstrual leve 8 (100%) de 20-35 años; Síndrome Premenstrual moderado 25 (67.6%) de 20-35 años, 12 (32.4%) de 36-45 años; Síndrome Premenstrual grave 32 (71.1%) de 20-35 años, 13 (28.9%) de 36-45 años. Síndrome Disfórico Premenstrual 10 (71.4%) de 20-35 años, 4 (28.6%) de 36-45 años. Ninguno 2 (50%) de 20-35 años, 2 (50%) de 36-45 años. (Ver tabla y gráfico 12)

#### TRASTORNOS PREMENSTRUALES Y ESCOLARIDAD

Se encontró pacientes con síntomas premenstruales: 3 (9.7%) primaria, 7 (22.6%) secundaria, 13 (41.9%) preparatoria o nivel técnico, 6 (19.4%) licenciatura, 2 (6.5%) posgrado. Con síndrome premenstrual leve: 4 (50%) preparatoria o nivel técnico, 2 (25%) licenciatura, 2 (25%) posgrado. Síndrome premenstrual moderado: 4 (10.4%) primaria, 8 (21.6%) secundaria, 12 (32.4%) preparatoria o nivel técnico, 11 (29.7%) licenciatura, 2 (5.4%) posgrado. Pacientes con síndrome premenstrual grave: 3 (6.7%) primaria, 13 (28.9%) secundaria, 18

(40%) preparatoria, 11 (24.4%) preparatoria o nivel técnico. Las mujeres con síndrome disfórico premenstrual 1 (7.1%) primaria, 2 (14.3%) secundaria, 6 (42.9%) preparatoria o nivel técnico, 4 (28.6) licenciatura, 1 (7.1%) posgrado. En el caso de mujeres asintomática 2 (50%) preparatoria o nivel técnico y 2 (50%) posgrado (Ver tabla y gráfico 13)

#### TRASTORNOS PREMENSTRUALES Y OCUPACIÓN

Se encontró con síntomas premenstruales 18 (58.1%) empleadas, 9 (29%) desempleadas o amas de casa, 4 (12.9%) estudiantes. Síndrome premenstrual leve 4 (50%) empleada, 4 (50%) desempleada o ama de casa. Síndrome premenstrual moderado 19 (51.4%) empleadas, 15 (40.5%) desempleadas o amas de casa, 3 (8.1%) estudiantes. Síndrome Premenstrual Grave 25 (55.6%) empleadas, 15 (33.3%) desempleadas o amas de casa, 5 (11.1%) estudiantes. Síndrome Disfórico Premenstrual 9 (64.3%) empleadas, 5 (35.7%) desempleadas o amas de casa. Pacientes asintomáticas 4 (100%) empleadas. (Ver tabla y gráfico 14)

#### TRASTORNOS PREMENSTRUALES Y ESTADO CIVIL

Se encontraron mujeres asintomáticas 2 (50%) solteras, 2 (50%) casadas. Pacientes con síntomas premenstruales 13 (41.9%) solteras, 2 (6.5%) en unión libre, 3 (9.7%) divorciadas. Con Síndrome Premenstrual leve 3 (37.5%) solteras, 5 (62.5%) casadas. En las pacientes con Síndrome Premenstrual moderado 13 (35.1%), 6 (16.2%) De las pacientes con Síndrome Disfórico Premenstrual 7 (50%) eran solteras, 3 (21.4%) se encontraban en unión libre, 3 (21.4%) eran casadas y 1 (7.1%) era divorciada. (Ver tabla y gráfico 15)

#### TRASTORNOS PREMENSTRUALES Y USO DE TABACO

La categoría de pacientes asintomáticas: 4 (100%) sin antecedente de uso de tabaco. En las mujeres con síntomas premenstruales: 8 (25.8%) con uso positivo, 23 (74.2%) negativo. En el Síndrome Premenstrual leve 4 (50%) positivo, 4 (50%) negativo. Síndrome Premenstrual moderado 10 (27%) positivo, 27 (73%) negativo. En pacientes con Síndrome Premenstrual grave 9 (20%) positivo, 36 (80%) negativo. En el caso de mujeres con Síndrome Disfórico Premenstrual 3 (21.4%) positivo y 11 (78.6%) negativo. (Ver tabla y gráfico 16)

#### TRASTORNOS PREMENSTRUALES Y USO DE HORMONALES

En el grupo con síntomas premenstruales: 3 (9.7%) con uso de de hormonales, 28 (90.3%) sin uso de los mismos. En las pacientes con síndrome premenstrual moderado: 6 (16.2%) con uso de hormonales, 31 (83.8%) sin uso. En el Síndrome Premenstrual grave: 4 (8.9%) con uso habitual, 41 (91.1%) sin uso. En las mujeres asintomáticas, con Síndrome

Premenstrual leve y Síndrome Disfórico Premenstrual: 4 (100%), 8 (100%) y 14 (100%) respectivamente, no se encontró uso hormonal habitual. (Ver tabla y gráfico 17)

#### TRASTORNOS PREMENSTRUAL Y ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES O PATOLÓGICOS DE DEPRESIÓN, DEPRESIÓN POSPARTO O DURANTE EL EMBARAZO

Se encontró con síntomas premenstruales 1 (3.2%) con antecedente positivo, 30 (96.8%) negativo. Las pacientes con síndrome premenstrual leve y ninguna sintomatología 8 (100%) y 4 (100%) respectivamente, no presentaron antecedentes. En mujeres con Síndrome Premenstrual moderado 2 (5.4%) con antecedente positivo, 35 (94.6%) con antecedente negativo. En el caso de Síndrome Premenstrual grave 4 (8.9%) con antecedente positivo, 41 (91.1%) con antecedente negativo. De las pacientes con Síndrome Disfórico Premenstrual 2 (14.3%) presentaron antecedente positivo y 12 (85.7%) no lo presentaron. (Ver tabla y gráfico 18)

#### ESTADO CIVIL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Se encontró en el grupo de solteras: 45 (80.4%) familia funcional, 6 (10.7%) moderada disfunción familiar, 5 (8.9%) familia altamente disfuncional. Pacientes en unión libre: 15 (68.2%) con familia funcional, 4 (18.2%) con moderada disfunción familiar, 3 (13.6%) con familia altamente disfuncional. En la pacientes casadas: 45 (84.9%) con familia funcional, 7 (13.2%) con moderada disfunción familiar, 1 (1.9%) con familia altamente disfuncional. En divorciadas: 5 (62.5%) con familia funcional, 2 (25%) con moderada disfunción familiar y 1 (12.5%) con familia altamente disfuncional. (Ver tabla y gráfico 19)

#### TRASTORNOS PREMENSTRUALES Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Se encontró en el grupo de mujeres asintomáticas: 2 (50%) familia funcional y 2 (50%) moderada disfunción familiar. En síntomas premenstruales: 28 (90.3%) con familia funcional, 2 (6.5%) con moderada disfunción familiar, 1 (3.2%) con familia altamente disfuncional. En pacientes con Síndrome premenstrual leve: 8 (100%) con familia funcional. Las pacientes con Síndrome Premenstrual moderado presentaron: 28 (75.7%) familia

funcional, 9 (24.3%) moderada disfunción familiar. El grupo perteneciente a Síndrome Premenstrual grave presentó: 37 (82.2%) familia funcional, 4 (8.9%) moderada disfunción familiar, 4 (8.9%) familia altamente disfuncional. Respecto a las pacientes con Síndrome Disfórico Premenstrual se encontró: 7 (50%) con familia funcional, 2 (14.3%) moderada disfunción familiar y 5 (35.7%) familia altamente disfuncional. (Ver tabla 20 y gráficos 20, 21 y 22)



## EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

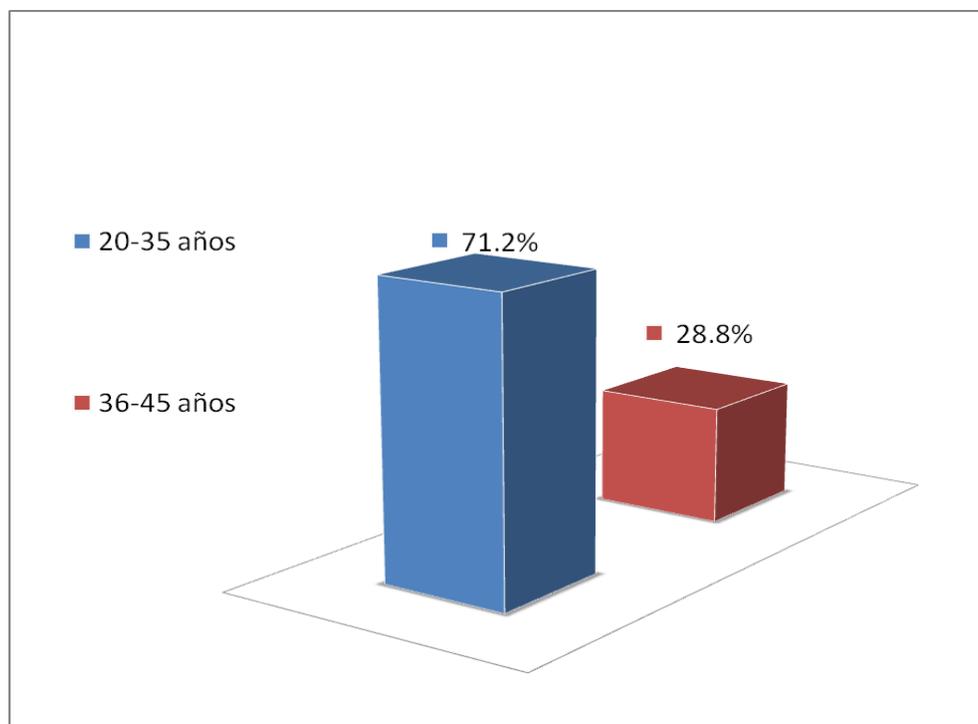
### DATOS DEMOGRÁFICOS

TABLA 1: EDAD

	Frecuencia	Porcentaje Válido
20-35 años	99	71.2%
36-45 años	40	28.8%

GRÁFICO 1

n=139



FUENTE: Cédula de recolección

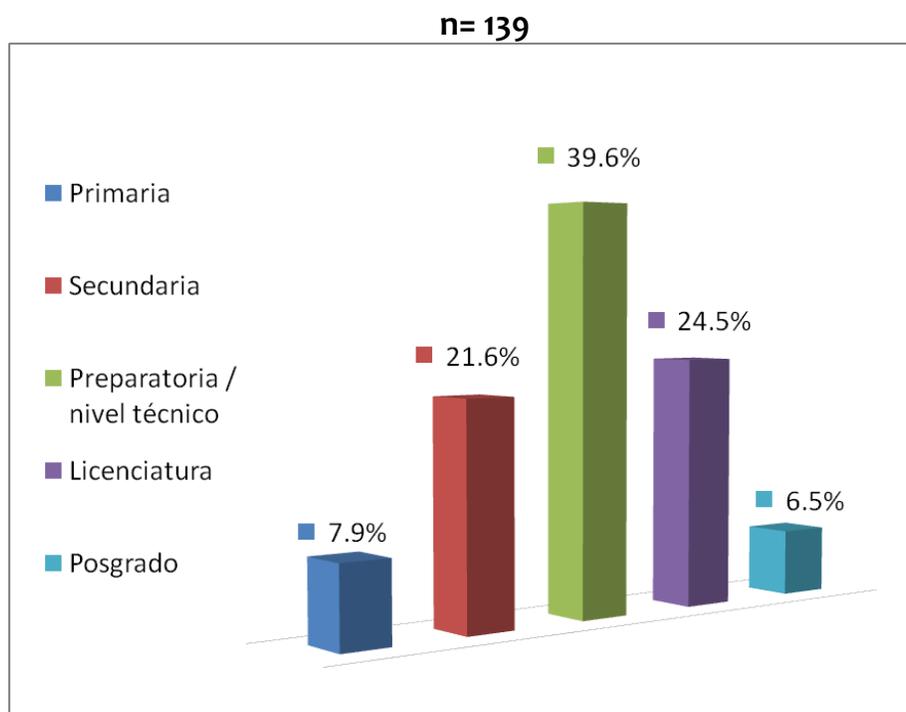


EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

TABLA 2: ESCOLARIDAD

	Frecuencia	Porcentaje Válido
Primaria	11	7.9%
Secundaria	30	21.6%
Preparatoria / nivel técnico	55	39.6%
Licenciatura	34	24.5%
Posgrado	9	6.5%

GRÁFICO 2



FUENTE: Cédula de recolección

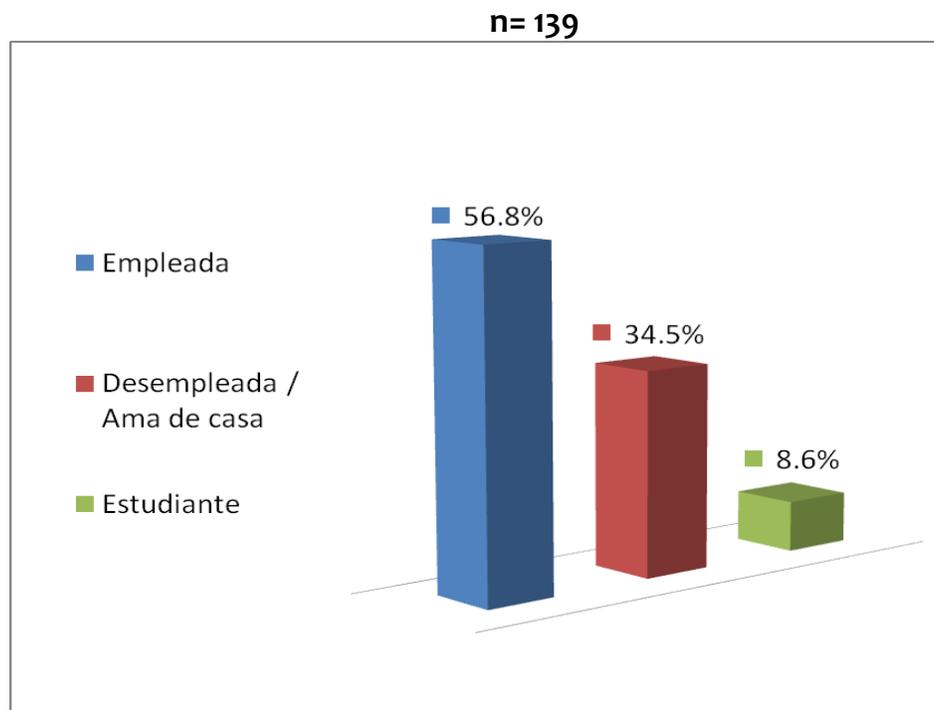


## EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 "GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

**TABLA 3: OCUPACIÓN**

	Frecuencia	Porcentaje Válido
Empleada	79	56.8%
Desempleada / Ama de casa	48	34.5%
Estudiante	12	8.6%

**GRÁFICO 3**



**FUENTE: Cédula de recolección**



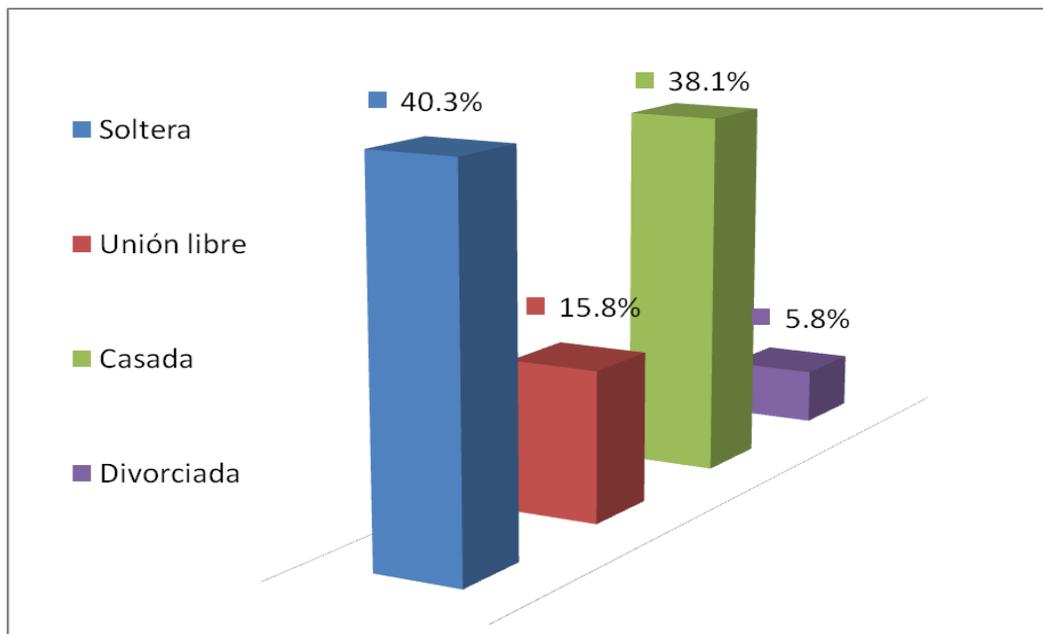
EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

TABLA 4: ESTADO CIVIL

	Frecuencia	Porcentaje Válido
Soltera	56	40.3%
Unión libre	22	15.8%
Casada	53	38.1%
Divorciada	8	5.8%

GRÁFICO 4

n= 139



FUENTE: Cédula de recolección



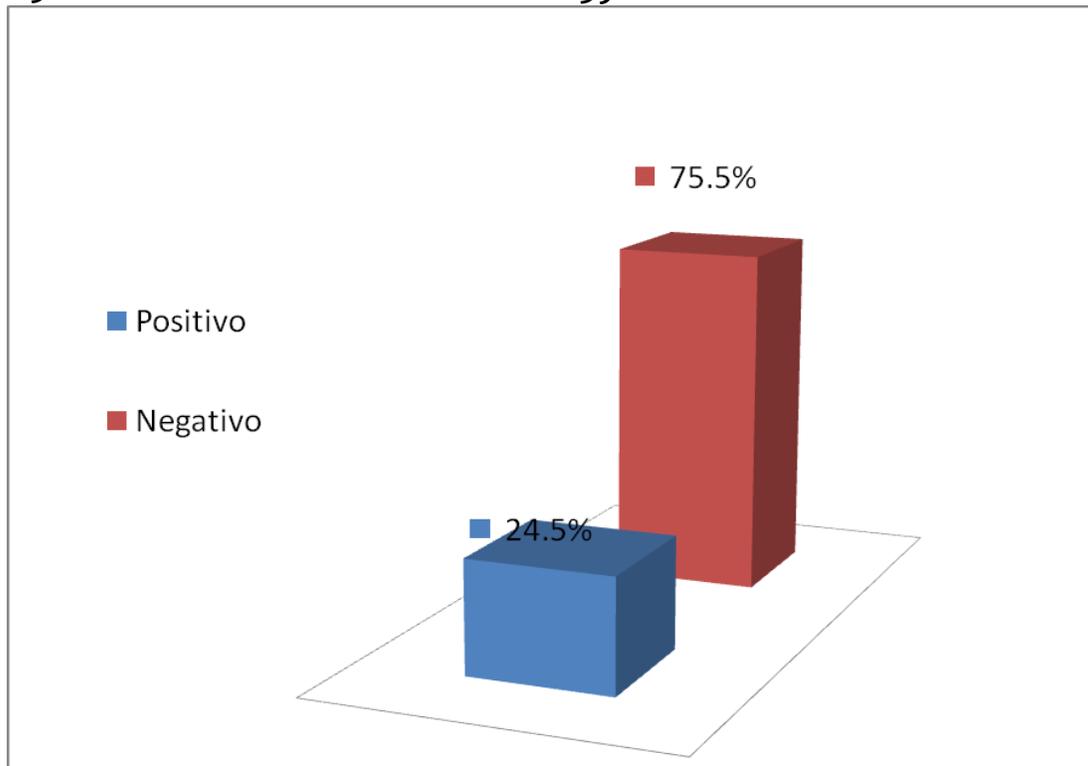
EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

**TABLA 5: USO DE TABACO**

	Frecuencia	Porcentaje Válido
Positivo	34	24.5%
Negativo	105	75.5%

**GRÁFICA 5**

n= 139



**FUENTE: Cédula de recolección**



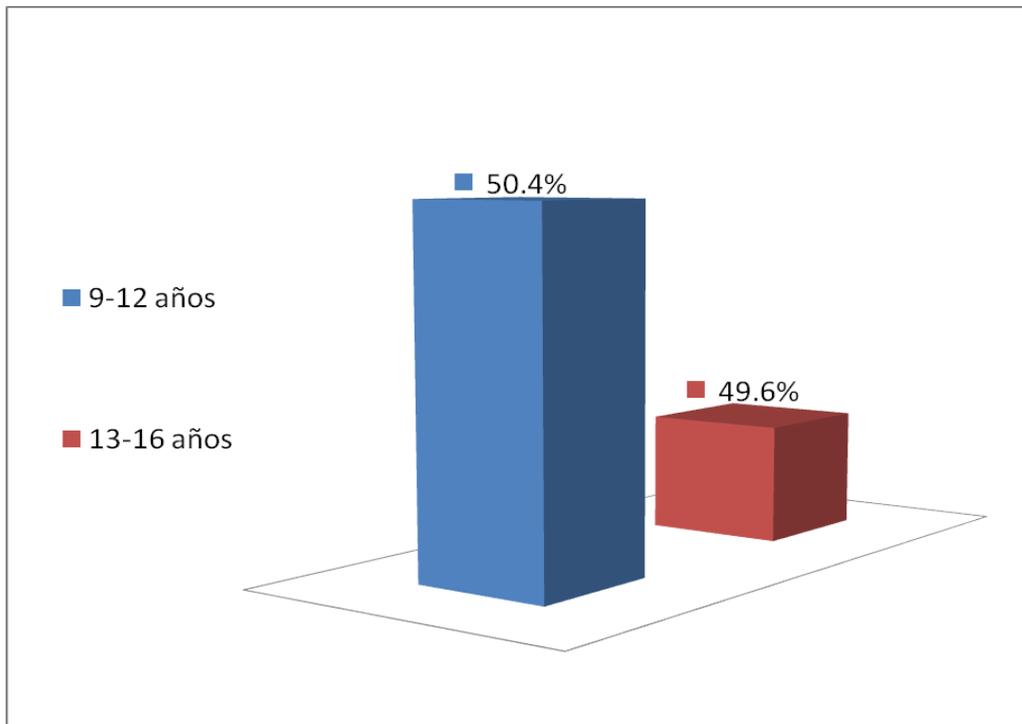
EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

**TABLA 6: EDAD DE MENARCA**

	Frecuencia	Porcentaje Válido
9-12 años	70	50.4%
13-16 años	69	49.6%

**GRÁFICO 6**

n= 139



**FUENTE: Cédula de recolección**



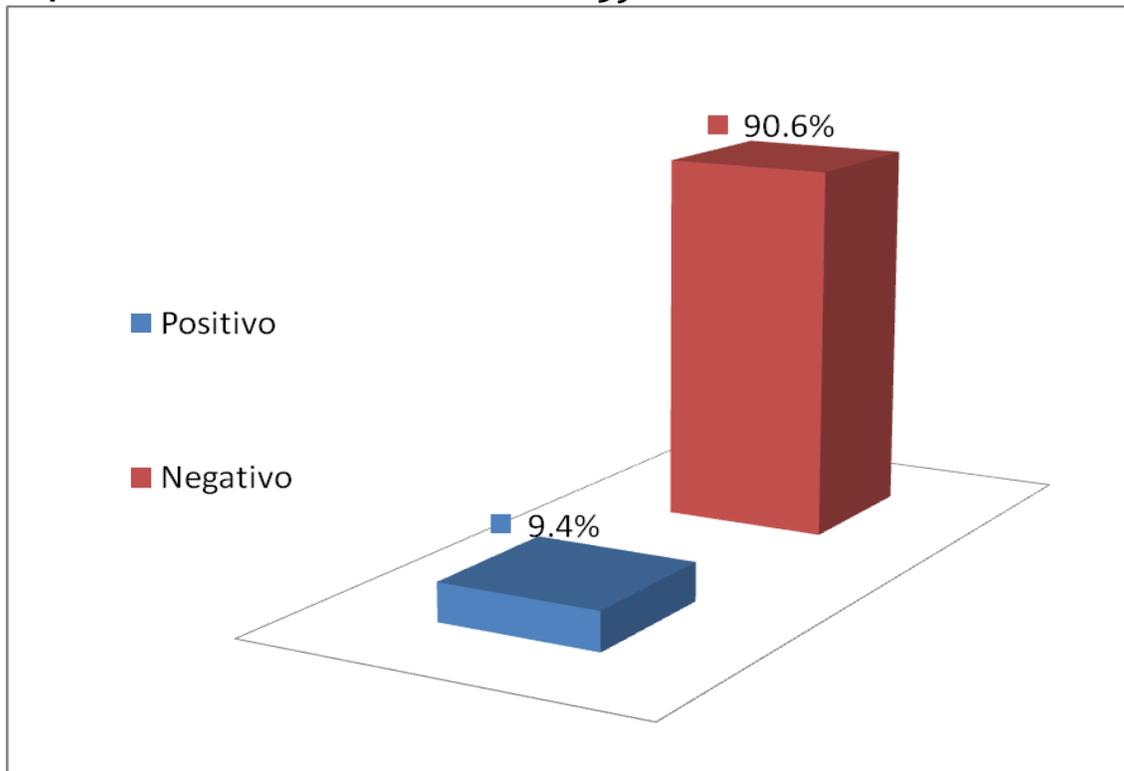
EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

TABLA 7: USO DE HORMONALES

	Frecuencia	Porcentaje Válido
Positivo	13	9.4%
Negativo	126	90.6%

GRÁFICO 7

n= 139



FUENTE: Cédula de recolección



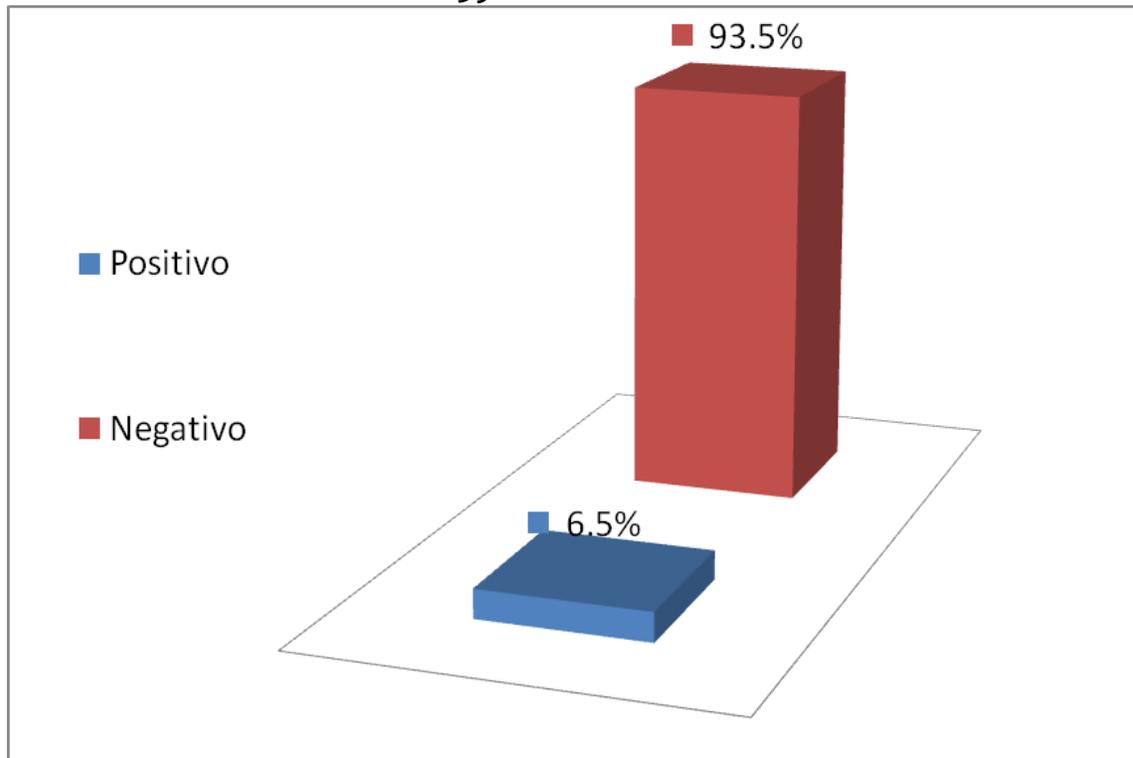
EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS  
PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

**TABLA 8: ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES O PATOLÓGICOS DE DEPRESIÓN,  
DEPRESIÓN POSPARTO O DURANTE EL EMBARAZO**

	Frecuencia	Porcentaje Válido
Positivo	9	6.5%
Negativo	130	93.5%

**GRÁFICO 8**

n= 139



FUENTE: Cédula de recolección



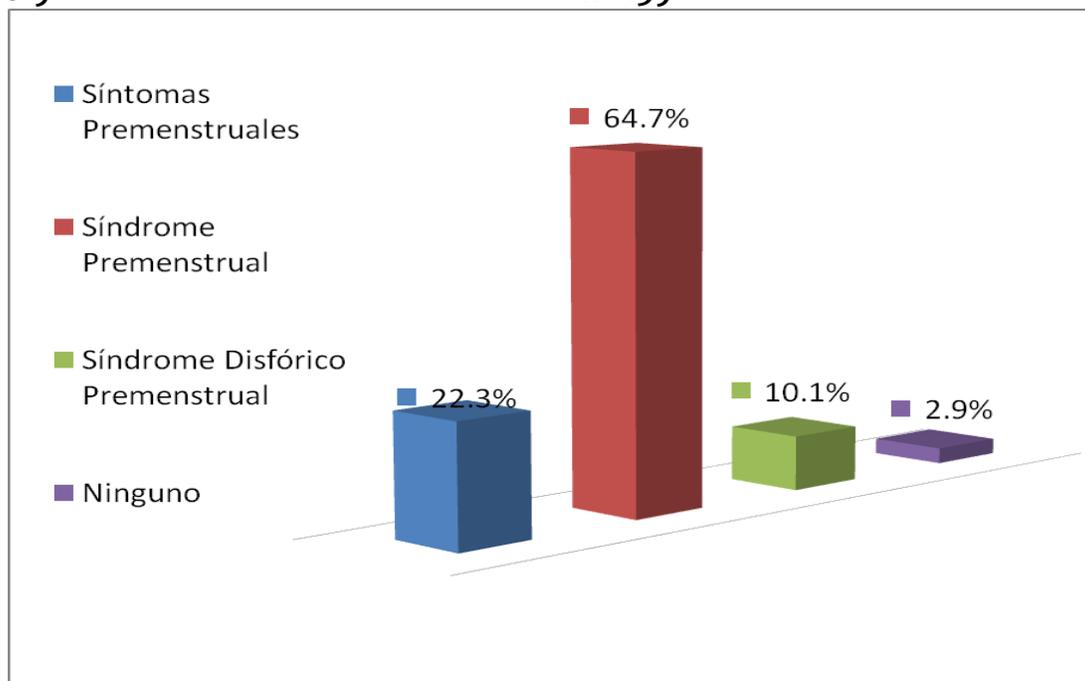
EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

**TABLA 9: TRASTORNOS PREMENSTRUALES**

	Frecuencia	Porcentaje Válido
Síntomas Premenstruales	31	22.3%
Síndrome Premenstrual Leve	8	5.8%
Síndrome Premenstrual Moderado	37	26.6%
Síndrome Premenstrual Grave	45	32.4%
Síndrome Disfórico Premenstrual	14	10.1%
Ninguno	4	2.9%

**GRÁFICO 9**

**n= 139**



**FUENTE: Test de Steiner**



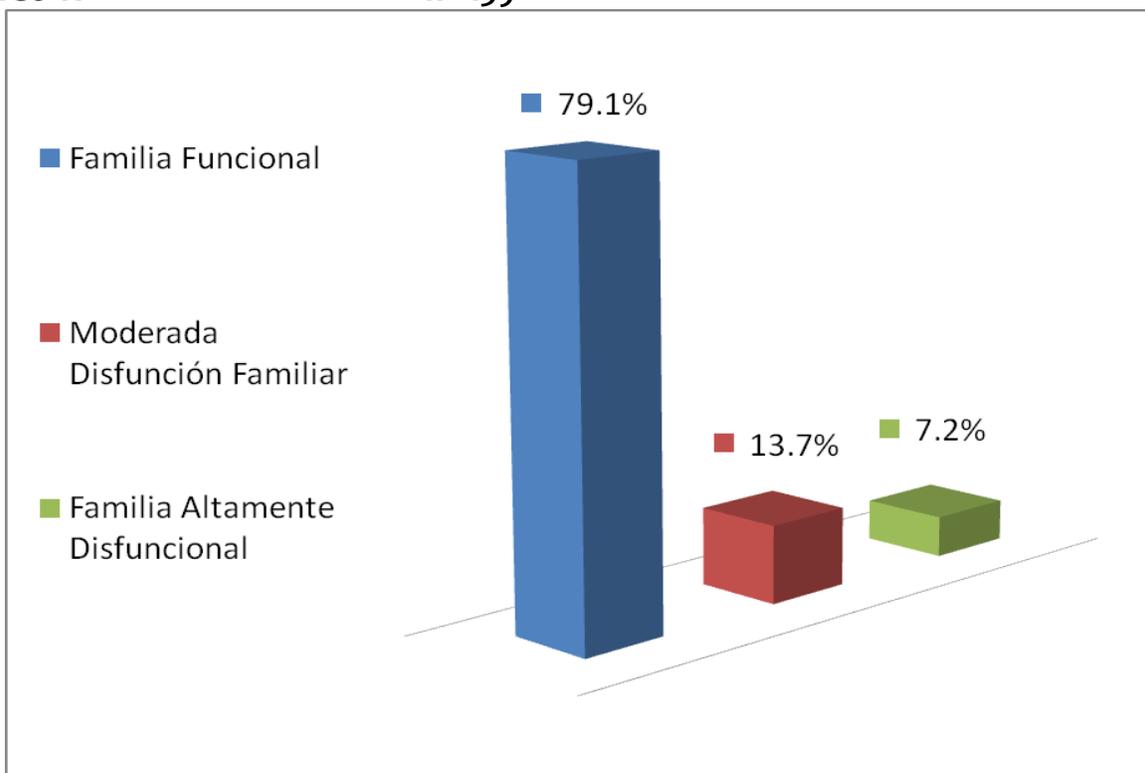
EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS  
PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

**TABLA 10: FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

	Frecuencia	Porcentaje Válido
Familia Funcional	110	79.1%
Moderada Disfunción Familiar	19	13.7%
Familia Altamente Disfuncional	10	7.2%

**GRÁFICO 10**

**n= 139**



**FUENTE: Apgar Familiar**



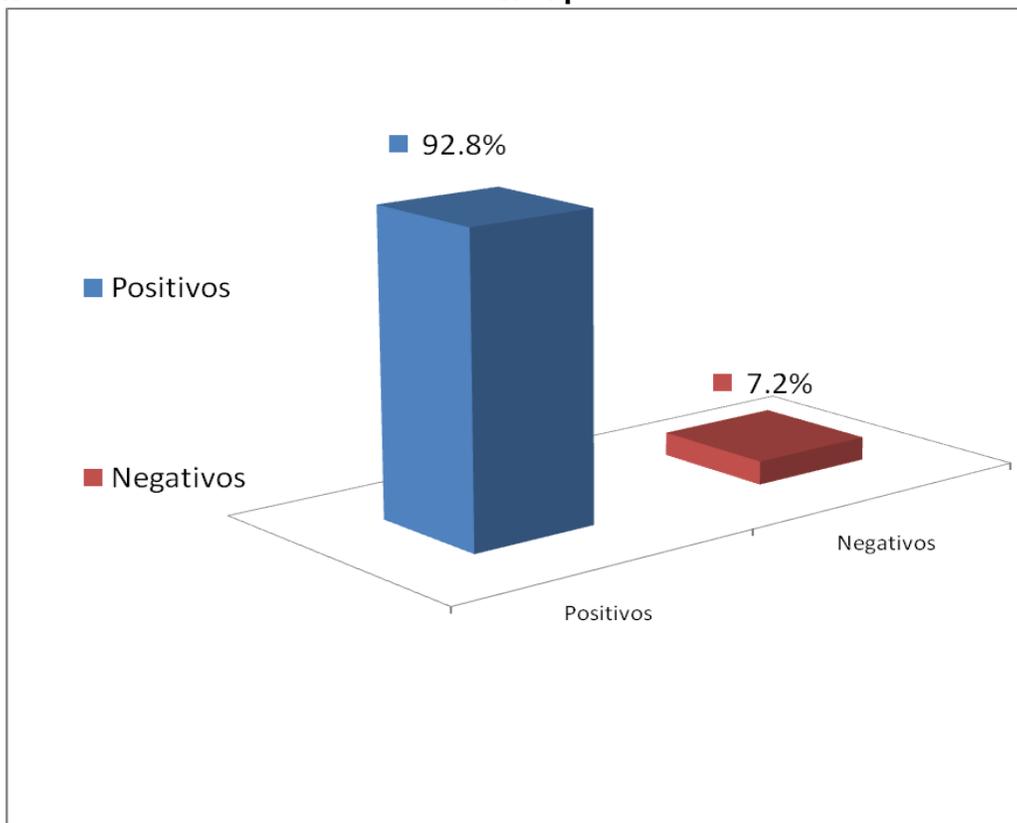
EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS  
PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

**TABLA 11: SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES CON SÍNDROME DISFÓRICO  
PREMENSTRUAL**

	Frecuencia	Porcentaje Válido
Positivos	13	92.8%
Negativos	1	7.2%

**GRÁFICO 11**

**n= 14**



**FUENTE: Inventario de Beck**



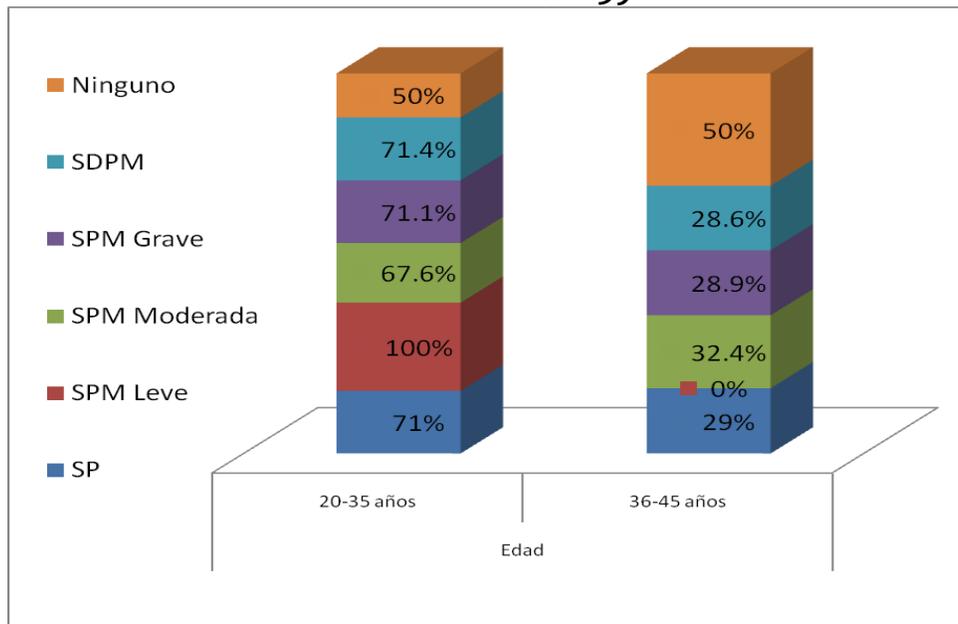
EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

**TABLA 12 TRASTORNOS PREMENSTRUALES Y EDAD**

	Edad	
	20-35 años	36-45 años
Síntomas Premenstruales	22 71%	9 29%
Síndrome Premenstrual Leve	8 100%	0 0%
Síndrome Premenstrual Moderado	25 67.6%	12 32.4%
Síndrome Premenstrual Grave	32 71.1%	13 28.9%
Síndrome Disfórico Premenstrual	10 71.4%	4 28.6%
Ninguno	2 50%	2 50%

**GRÁFICO 12**

n= 139



FUENTE: Cédula de identificación y Test de Steiner

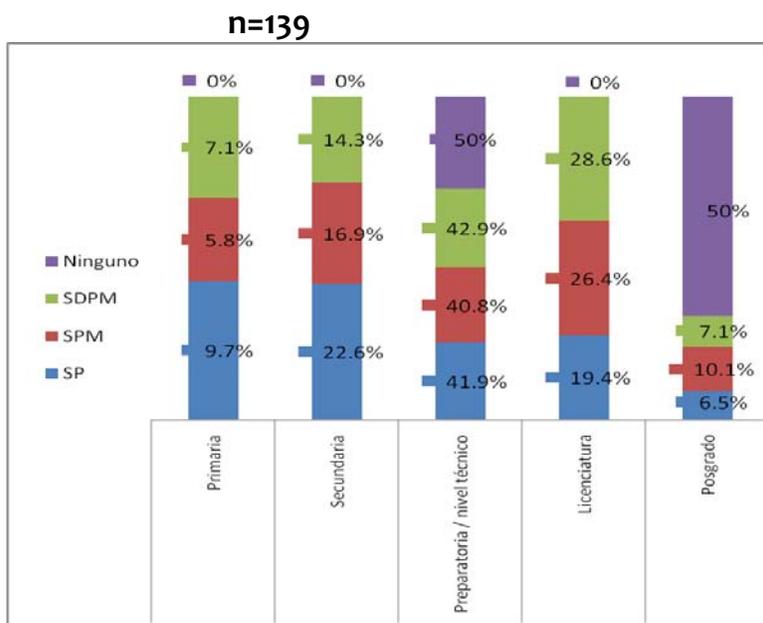


EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

**TABLA 13: TRASTORNOS PREMENSTRUALES Y ESCOLARIDAD**

	Escolaridad				
	Primaria	Secundaria	Preparatoria / nivel técnico	Licenciatura	Posgrado
Síntomas Premenstruales	3 9,7%	7 22,6%	13 41,9%	6 19,4%	2 6,5%
Síndrome Premenstrual Leve	0 ,0%	0 ,0%	4 50,0%	2 25,0%	2 25,0%
Síndrome Premenstrual Moderado	4 10,8%	8 21,6%	12 32,4%	11 29,7%	2 5,4%
Síndrome Premenstrual Grave	3 6,7%	13 28,9%	18 40,0%	11 24,4%	0 ,0%
Síndrome Disfórico Premenstrual	1 7,1%	2 14,3%	6 42,9%	4 28,6%	1 7,1%
Ninguno	0 ,0%	0 ,0%	2 50,0%	0 ,0%	2 50,0%

**GRÁFICO 13**



FUENTE: Cédula de identificación y Test de Steiner

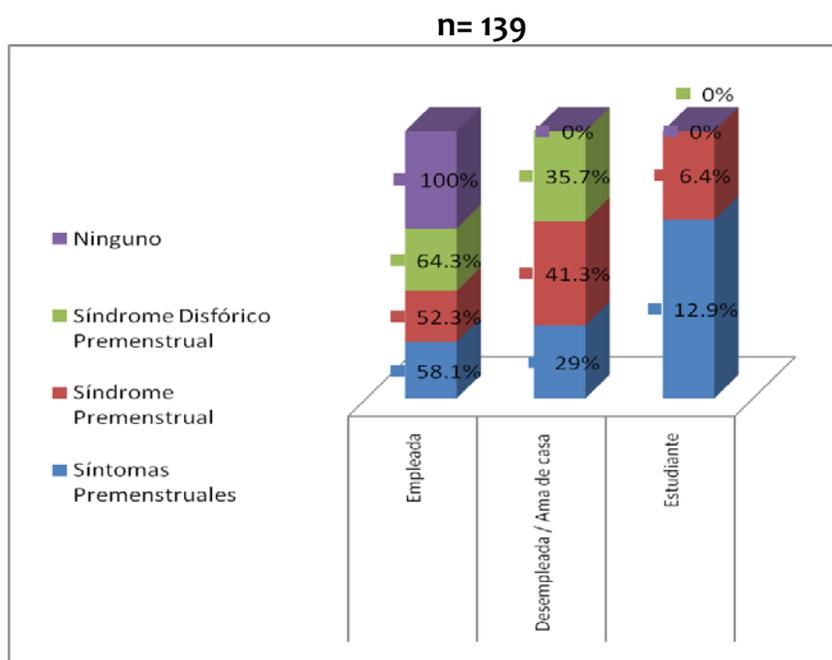


EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

**TABLA 14: TRASTORNOS PREMENSTRUALES Y OCUPACIÓN**

	Ocupación		
	Empleada	Desempleada / Ama de casa	Estudiante
Síntomas Premenstruales	18	9	4
	58,1%	29,0%	12,9%
Síndrome Premenstrual Leve	4	4	0
	50,0%	50,0%	,0%
Síndrome Premenstrual Moderado	19	15	3
	51,4%	40,5%	8,1%
Síndrome Premenstrual Grave	25	15	5
	55,6%	33,3%	11,1%
Síndrome Disfórico Premenstrual	9	5	0
	64,3%	35,7%	,0%
Ninguno	4	0	0
	100,0%	,0%	,0%

**GRÁFICO 14**



**FUENTE: Cédula de identificación y Test de Steiner**

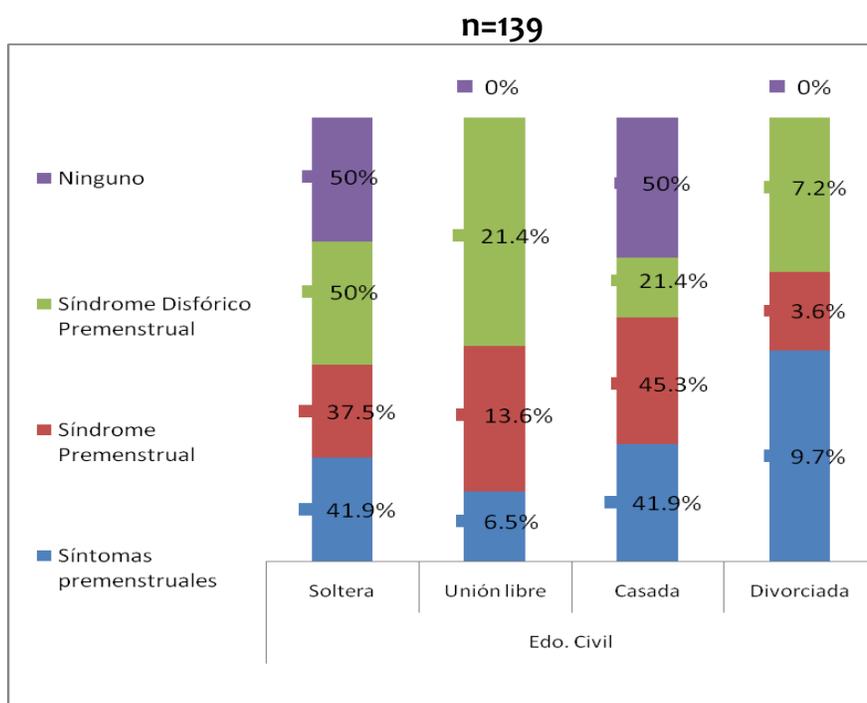


EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

**TABLA 15: TRASTORNOS PREMENSTRUALES Y ESTADO CIVIL**

	Edo. Civil			
	Soltera	Unión libre	Casada	Divorciada
Síntomas Premenstruales	13	2	13	3
	41.9%	6.5%	41.9%	9.7%
Síndrome Premenstrual Leve	3	0	5	0
	37.5%	0%	62.5%	0%
Síndrome Premenstrual Moderado	13	6	14	4
	35.1%	16.2%	37.8%	10.8%
Síndrome Premenstrual Grave	18	11	16	0
	40%	24.4%	35.6%	0%
Síndrome Disfórico Premenstrual	7	3	3	1
	50%	21.4%	21.4%	7.1%
Ninguno	2	0	2	0
	50%	0%	50%	0%

**GRÁFICO 15**



**FUENTE: Cédula de identificación y Test de Steiner**

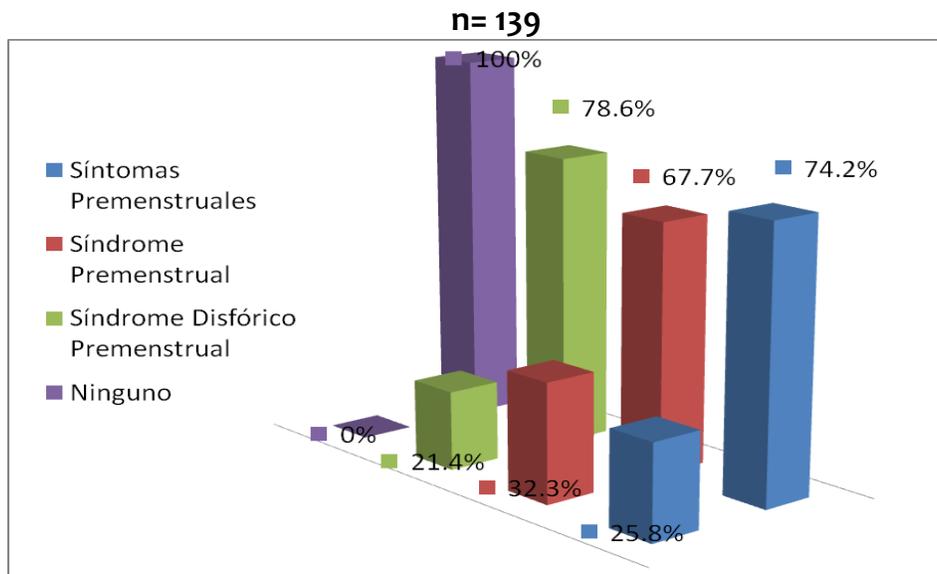


EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

**TABLA 16: TRASTORNOS PREMENSTRUALES Y USO DE TABACO**

	Tabaquismo		Total
	Positivo	Negativo	
Síntomas Premenstruales	8 25.8%	23 74.2%	31 100%
Síndrome Premenstrual Leve	4 50%	4 50%	8 100%
Síndrome Premenstrual Moderado	10 27%	27 73%	37 100%
Síndrome Premenstrual Grave	9 20%	36 80%	45 100%
Síndrome Disfórico Premenstrual	3 21.4%	11 78.6%	14 100%
Ninguno	0 0%	4 100%	4 100%

**GRÁFICO 16**



**FUENTE: Cédula de identificación y Test de Steiner**



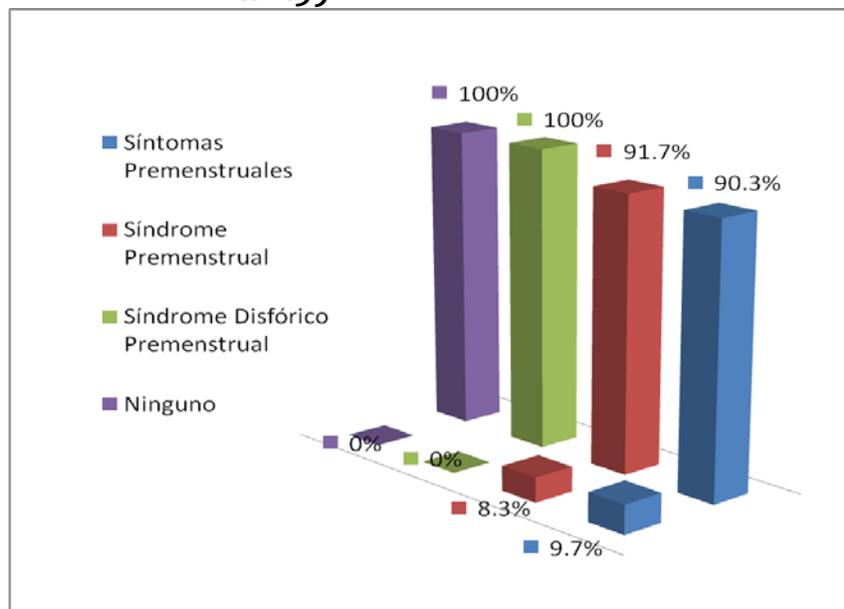
EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

**TABLA 17: TRASTORNOS PREMENSTRUALES Y USO DE HORMONALES**

	Hormonales	
	Positivo	Negativo
Síntomas Premenstruales	3 9.7%	28 90.3%
Síndrome Premenstrual Leve	0 0%	8 100%
Síndrome Premenstrual Moderado	6 16.2%	31 83.8%
Síndrome Premenstrual Grave	4 8.9%	41 91.1%
Síndrome Disfórico Premenstrual	0 0%	14 100%
Ninguno	0 0%	4 100%

**GRÁFICO 17**

n= 139



FUENTE: Cédula de identificación y Test de Steiner

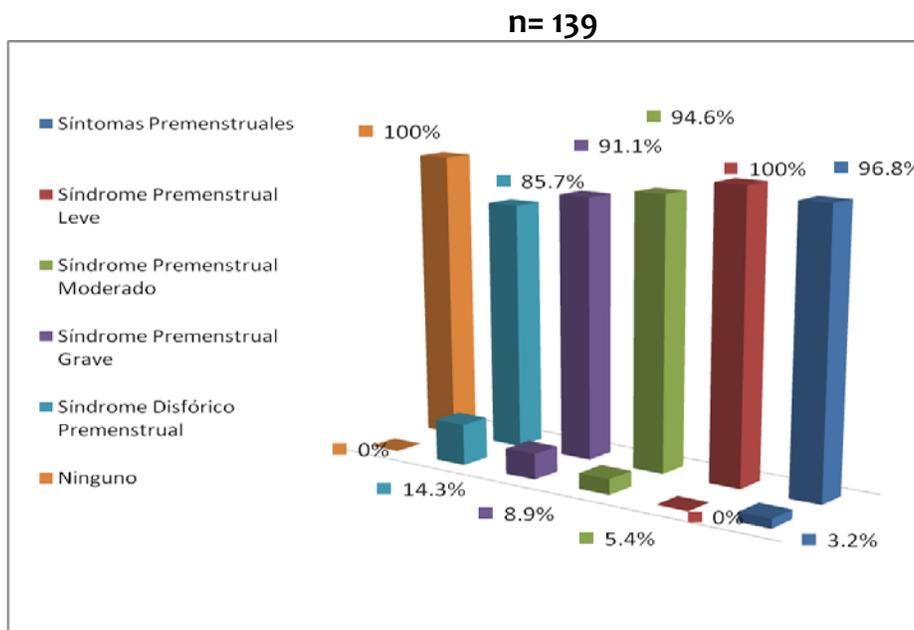


EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

**TABLA 18: TRASTORNOS PREMENSTRUALES Y ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES O PATOLÓGICOS DE DEPRESIÓN, DEPRESIÓN POSPARTO Y DURANTE EL EMBARAZO**

	AHF Depresión/posparto/embarazo	
	Positivo	Negativo
Síntomas Premenstruales	1 3.2%	30 96.8%
Síndrome Premenstrual Leve	0 0%	8 100%
Síndrome Premenstrual Moderado	2 5.4%	35 94.6%
Síndrome Premenstrual Grave	4 8.9%	41 91.1%
Síndrome Disfórico Premenstrual	2 14.3%	12 85.7%
Ninguno	0 0%	4 100%

**GRÁFICO 18**



FUENTE: Cédula de identificación y Test de Steiner

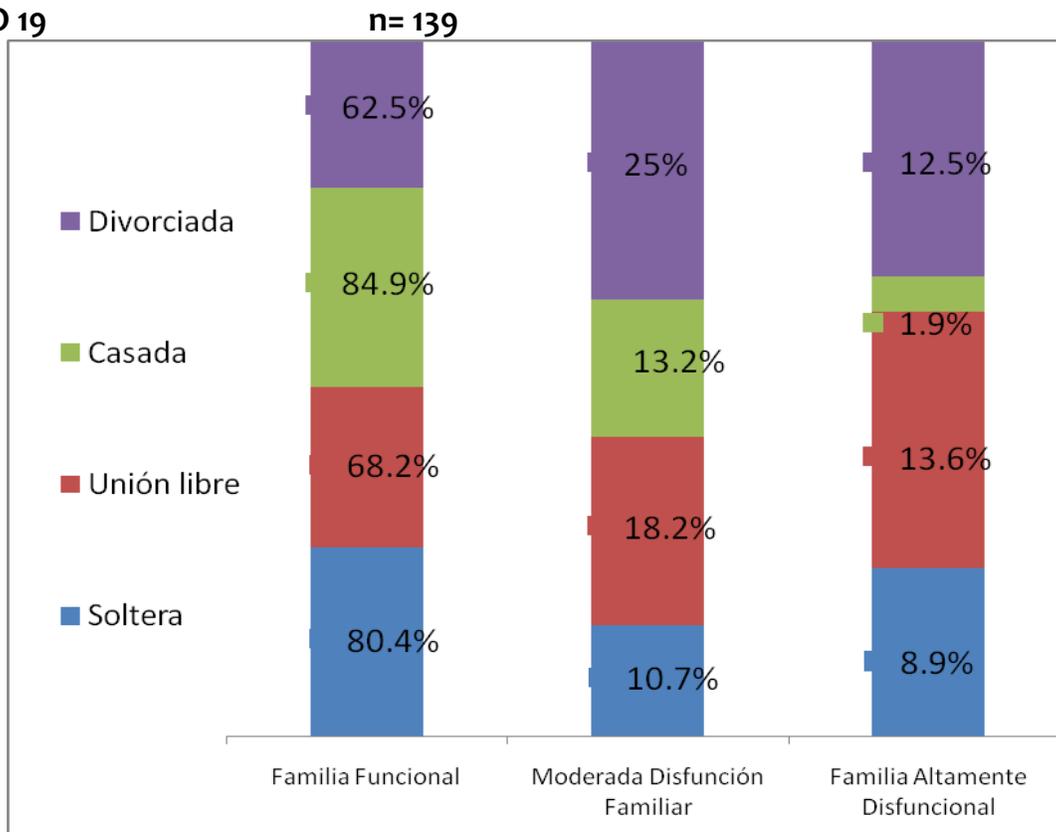


EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS  
PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

**TABLA 19: ESTADO CIVIL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

	Familia Funcional	Moderada Disfunción Familiar	Familia Altamente Disfuncional
Soltera	45	6	5
	80.4%	10.7%	8.9%
Unión libre	15	4	3
	68.2%	18.2%	13.6%
Casada	45	7	1
	84.9%	13.2%	1.9%
Divorciada	5	2	1
	62.5%	25%	12.5%

**GRÁFICO 19**



**FUENTE: Cédula de Identificación y Apgar Familiar**

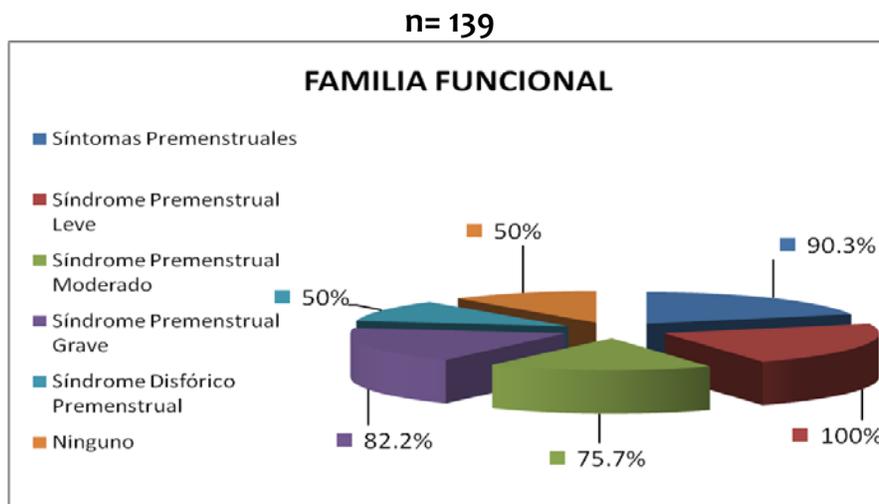


EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

**TABLA 20: TRASTORNOS PREMENSTRUALES Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR**

	Funcionalidad		
	Familia Funcional	Moderada Disfunción Familiar	Familia Altamente Disfuncional
Síntomas Premenstruales	28 90.3%	2 6.5%	1 3.2%
Síndrome Premenstrual Leve	8 100%	0 0%	0 0%
Síndrome Premenstrual Moderado	28 75.7%	9 24.3%	0 0%
Síndrome Premenstrual Grave	37 82.2%	4 8.9%	4 8.9%
Síndrome Disfórico Premenstrual	7 50%	2 14.3%	5 35.7%
Ninguno	2 50%	2 50%	0 0%

**GRÁFICO 20**



FUENTE: Cédula de Identificación y Apgar Familiar



EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON TRASTORNOS PREMENSTRUALES EN EL HGZ/UMF NO. 8 “GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

GRÁFICO 21 TRASTORNOS PREMENSTRUALES Y MODERADA DISFUNCIÓN FAMILIAR

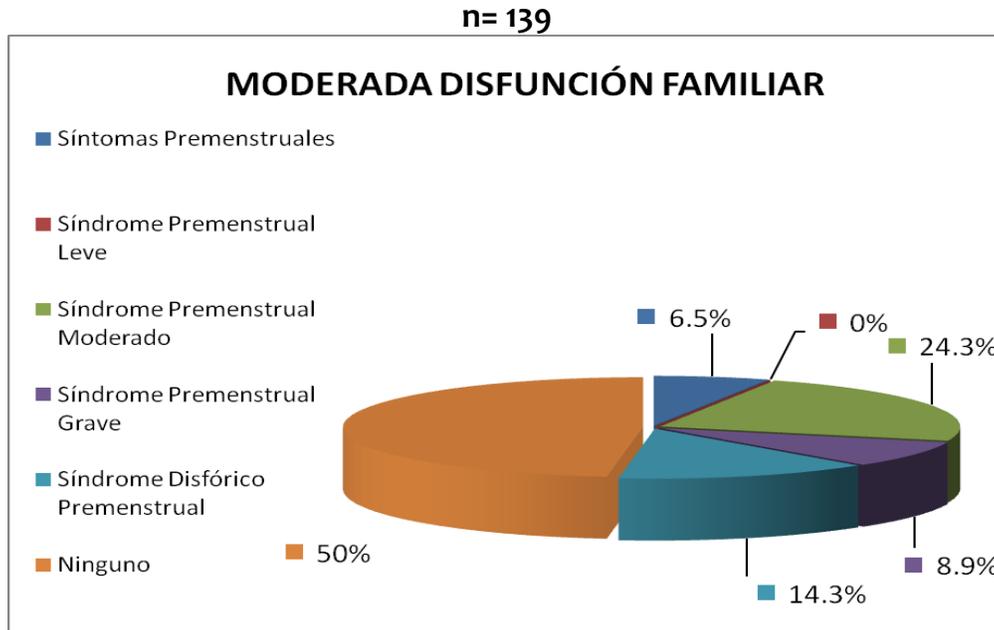
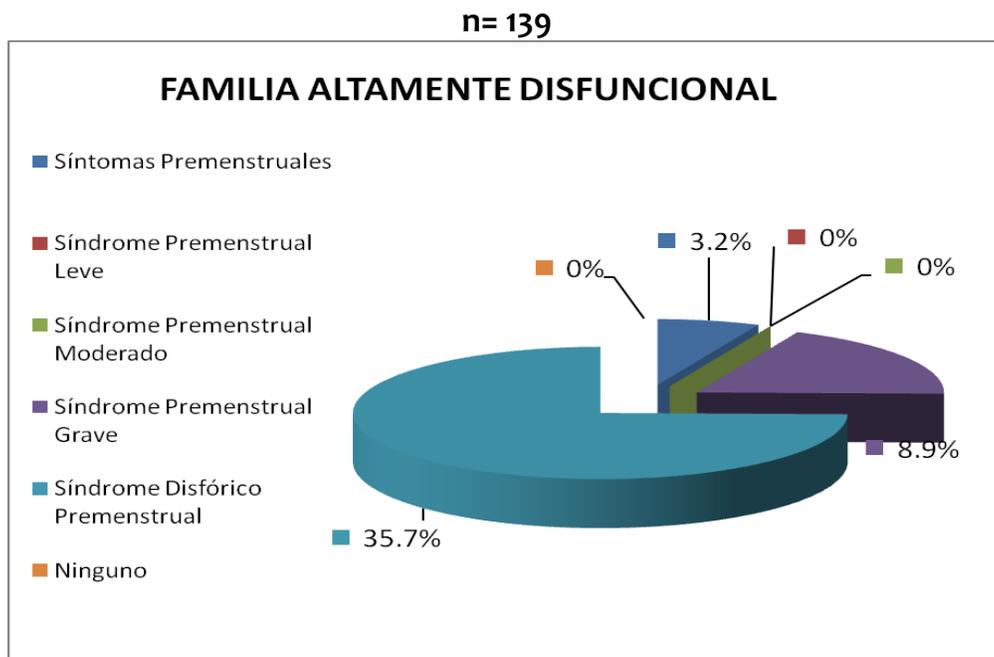


GRÁFICO 22 TRASTORNOS PREMENSTRUALES Y FAMILIA ALTAMENTE DISFUNCIONAL



FUENTE: Cédula de identificación y Apgar Familiar

## DISCUSIÓN

La frecuencia de trastornos premenstruales en nuestro estudio fue de 97.2%, refiriéndonos específicamente al Síndrome Premenstrual fue de 21.6% y al Síndrome Disfórico Premenstrual 10.1%. Estos datos son similares a los encontrados en la literatura internacional, como en el estudio de Mishell (4) donde se encontró que 70-90% de las mujeres en edad reproductiva experimentan síntomas molestos durante la fase premenstrual de su ciclo, entre el 20-45% presentan SPM y 3-10% SDPM. Sin embargo la frecuencia de síntomas premenstruales fue de 22.3% lo que difiere considerablemente a la referida por Perarnau de 75% (2), esto puede ser debido a las diferencias en las muestras en estudio.

La relación entre factores genéticos o historia de depresión y el diagnóstico de Síndrome Disfórico Premenstrual en nuestra población fue de 14.3%, en contraste con las pacientes que presentaron Síndrome Premenstrual leve o incluso ninguna sintomatología con antecedentes negativos, coincidiendo con los estudios de Pearlstein y Dickerson (6,7).

Respecto a la edad (mayor de 30 años) comentada por Dickerson (7), como causa o empeoramiento del síndrome premenstrual se encontró concordancia de predominio de trastornos premenstruales; las pacientes asintomáticas se distribuyeron en los dos rangos de edad establecidos (20-35 años y 36-45 años). Vale la pena mencionar que una posible limitación de nuestro estudio se debió a que la muestra estuvo integrada de manera predominante por mujeres de 20-35 años (71.2%), a pesar de que la toma de la misma fue aleatoria, motivo por el que los trastornos premenstruales se concentraron en este grupo de edad.

El Síndrome Disfórico Premenstrual se distribuyó en todos los niveles escolares establecidos, encontrando un mayor porcentaje en pacientes con nivel bachillerato o

técnico (42.9%), sin embargo es importante ver que el porcentaje encontrado en nivel primaria y posgrado fueron iguales (7.1%), motivo por lo que este estudio difiere de lo establecido por Henshaw (5) quien menciona que el nivel escolar básico es un factor de riesgo para el SDPM. Las pacientes asintomáticas se distribuyeron al 50% en nivel bachillerato o técnico y posgrado, pudiendo mostrar una protección para sintomatología premenstrual, sin embargo no se encontró a ninguna de estas pacientes en el nivel licenciatura como sería esperado. Como se mencionó anteriormente, la escolaridad con mayor porcentaje en la muestra estudiada fue preparatoria o bachillerato motivo por lo que puede haber un aumento considerable de trastornos premenstruales en este nivel.

El tabaquismo se ha asociado al Síndrome Disfórico Premenstrual según Henshaw (5), en nuestro estudio es importante hacer notar que las pacientes con Síntomas Premenstruales, Síndrome Premenstrual y Síndrome Disfórico Premenstrual son fumadoras, acorde a lo establecido por la autora, encontrando una asociación con trastornos premenstruales, pero no específicamente con SDPM, en cambio, las pacientes no fumadoras no presentaron sintomatología premenstrual, lo cual podría explicarse por no presentar exposición a la nicotina y por ello no tener efecto antiestrogénico secundario.

Nuestro estudio coincide con Pearlstein (5), quien encontró peor puntuación en las mujeres con Síndrome Disfórico Premenstrual en la Escala de Holmes para crisis familiares en el rubro parental, ya que según el Apgar familiar en estas pacientes existe una alta disfuncionalidad familiar (35.7%). Por otro lado también es concordante con Pavía (18) quien afirma que con el paso del tiempo se va haciendo evidente el deterioro en el área de las relaciones, especialmente en la pareja y la familia.

Es importante resaltar que las pacientes con SDPM se presentan constantemente a los servicios de salud, sin encontrar una causa exacta de su malestar, como ya se mencionó previamente es importante que la familia proporcione satisfacción, individualidad y bienes materiales a sus miembros para poder tener un máximo desarrollo, sin embargo en este tipo de pacientes se encuentra una disfuncionalidad alta o una satisfacción pobre respecto a su familia, que puede surgir de dos vertientes: que la misma patología como se ha mencionado ocasione interacción negativa y conducta inadecuada que provoca conflictos

conyugales y de familia o que la familia para lograr la homeostasis esté propiciando que ese miembro suyo enferme, sin embargo en este estudio sale de los objetivos establecidos, motivo por lo que sería una buena propuesta para estudios posteriores. Por otra parte, sería importante conocer en qué rubro (social, familiar o conyugal) encuentran mayores problemas, para poder intervenir de una manera más consciente respecto a su malestar.

Es inconcebible que estas pacientes sean tomadas por sus médicos familiares como visitadoras asiduas y exigentes, se debe iniciar con difusión de la patología para poder realizar un escrutinio adecuado y sobre todo mejorar la calidad de vida de estas mujeres, ya que a pesar del peso de la enfermedad, responde de manera adecuada a medicamentos, además así se podrá lograr una mejor funcionalidad familiar o en su caso mayor satisfacción de la paciente al respecto, encontrando un equilibrio en la dinámica familiar y por lo tanto la salud familiar que es nuestro objetivo primordial.

## CONCLUSIONES

Los trastornos premenstruales en nuestro estudio ocurren en el 97.2% de la mujeres en edad reproductiva, de éstos el Síndrome Disfórico Premenstrual ocurre en el 10.1% teniendo una repercusión importante en la calidad de vida.

La mayoría de las familias de las pacientes de este estudio fue funcional (79.1%), sin embargo es notorio el aumento de disfuncionalidad familiar entre mayor sea la afectación del trastorno premenstrual, ya que en pacientes con Síndrome Premenstrual grave o Síndrome Disfórico premenstrual la disfuncionalidad alta fue de 8.9% y 35.7% respectivamente, en contraste con las pacientes asintomáticas, con síntomas premenstruales o síndrome premenstrual leve quienes no contaron con este tipo de disfuncionalidad. Sin embargo es interesante hacer notar que las pacientes con síndrome premenstrual moderado tuvieron un mayor porcentaje de moderada disfunción familiar respecto a pacientes con síndrome premenstrual grave. Esto puede deberse a que la afectación en pacientes con síndrome premenstrual moderado puede variar en diferentes niveles de disfunción, pudiendo llegar a repercutir de una manera más intensa en su entorno familiar según el estado anímico.

Es importante destacar que en las pacientes con Síndrome Disfórico Premenstrual se encontraron síntomas depresivos en un 92.8%, sin poder especificar si fueron una causa para la exacerbación sintomatológica premenstrual o una consecuencia de la misma al presentar interacción negativa con su entorno y por lo tanto deterioro de calidad de vida.

Algo primordial es señalar que ninguna de las pacientes de la muestra contó con el antecedente heredo-familiar de Síndrome Disfórico Premenstrual, esto ocurre debido al subdiagnóstico de la patología, ya que los médicos de atención primaria la desconocen y aunque estas mujeres se vuelven visitantes asiduas a los servicios de salud, no se toma en

cuenta el aspecto psico-social y familiar, enfocando la atención al aspecto biológico e incrementando secundariamente los gastos en estudios adicionales, tratamientos y envíos a segundo nivel de atención, sin encontrar la causa exacta del padecimiento. Por ello resulta viable que haya campañas de difusión de esta enfermedad que pueden presentar las mujeres en edad reproductiva llevándolas a un deterioro significativo del comportamiento social y familiar como lo demostró este estudio. Por ello el tema explorado en este trabajo merece la atención de investigadores, clínicos, administradores y la sociedad en su conjunto.

## REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFÍA

1. Márquez, A. Trastorno disfórico premenstrual. *Rev Endoc Gin Reprod.* 2007; 10: 36-45
2. Akdenis, F; Karadag, F. Does the menstrual cycle affect mood disorders? *Turk J Psychiat.* 2006; 17(4): 101-109
3. Perarnau, M; Fasulo, S; García, A; Doña, D. Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en estudiantes universitarias adolescentes. *Fundam Human.* 2007; Vol. VIII, 2 (16): 153-163
4. Mishell, D. Premenstrual disorders: epidemiology and disease burden. *Americ J Manag Care.* 2005; 11(16 Supl): S473-S479
5. Henshaw, Carol; PMS: diagnosis, aetiology, assessment and management. *Adv Psychiat Treat.* 2007; 13:139–146.
6. Pearlstein, T; Steiner, M; Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update. *Rev Psychiat Neurosci.* 2008; 33(4): 291-301
7. Dickerson, I; Mazyck, P; Hunter, M. Premenstrual syndrome. *Am Fam Physician.* 2003; 67(8) :1743-1752
8. Zukov, I; Ptacek, R; Raboch, J; Domluvilá, D ; Kuzelová, H; Fischer, S y cols. Premenstrual dysphoric disorder –review of actual findings about mental disorders related to menstrual cycle and possibilities of their therapy. *Prague Medic Report.* 2010; 111(1): 2–24
9. Thys-Jacobs, S; Don McMahon, D; Bilezikian, J. Differences in free estradiol and sex hormone-binding globulin in women with and without premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008; 93(1): 96–102
10. Asociación Americana de Psiquiatría. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. 1ra. ed. Masson Elsevier; 2003
11. Campagne, DM ; Campagne, G. Nuevos parámetros clínicos del síndrome premenstrual. *Prog Obstet Ginecol.* 2006; 49(9): 493-511

12. Pearlstein, T; Steiner, M. PMDD: burden of illness and treatment update. *Rev Psychiatr Neurosci* 2008; 33(4): 291-301
13. Shah, N; Jones, J; Aperi, J; Shemtov, R; Karne, A; Borenstein, J. Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: A Meta-Analysis. *Obstet Gynecol.* 2008; 111(5): 1175–1182
14. Alegre, Y; Suárez, M. Instrumentos de atención a la familia: el familiograma y el APGAR familiar. *RAMPA.* 2006; 1(1): 48-57.
15. Huerta, JL. La familia en el proceso salud-enfermedad. México: Alfil; 2005
16. Herrera, P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Rev Cub Med Gen Integr.* 1997; 13(6): 591-595
17. Varela, F. Disfunción familiar en hiperfrecuentadores de atención primaria. *Med Fam (And).* 2000; 1(2): 141-144
18. Pavía, N; Civeira, L; Rosado, A. Síndrome disfórico premenstrual de docentes preescolares en Mérida, Yucatán. *Ginecol Obstet Mex.* 2009; 77(4): 185-190.

## ANEXOS

### Anexo 1

#### CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES

Nombre: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Escolaridad: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Tabaquismo: \_\_\_\_\_  
Menarca: \_\_\_\_\_ FUR: \_\_\_\_\_ Ciclo menstrual: \_\_\_\_\_ Anticonceptivos: \_\_\_\_\_  
AHF SDPM: \_\_\_\_\_  
AHF Depresión / Posparto / Embarazo \_\_\_\_\_

En los últimos tres meses, ¿Ha experimentado que los siguientes síntomas premenstruales se inicien durante la semana anterior de la menstruación y remitan unos días después de la aparición de la menstruación?

TEST DE STEINER PSST (SÍNTOMAS)	NADA	POCO	REGULAR	MUCHO
1. Enojo / Hostilidad /Irritabilidad				
2. Ansiedad / Tensión				
3. Ganas de llorar/ Estar sensible / Sensibilidad al rechazo				
4. Depresión / Desesperación / Sentimiento de tristeza				
5. (a) Pérdida de interés en el trabajo				
(b) Pérdida de interés en casa				
(c) Pérdida de interés en la vida social				
6. Dificultad para concentrarse				
7. Fatiga / Falta de energía				
8. Apetito excesivo / Antojos de comida				
9. (a) Insomnio				
(b) Mayor necesidad de dormir				
10. Sentirse desbordada, abrumada / Pérdida de control				
11. Síntomas físicos: Sensibilidad o dolor mamario, dolores de cabeza, musculares, retención de líquidos, aumento de peso				

<b>Sus síntomas han interferido con:</b>	<b>NINGUNO</b>	<b>LEVE</b>	<b>MODERADA</b>	<b>SEVERA</b>
A. Eficiencia / Productividad en el trabajo				
B. Relaciones con compañeros de trabajo				
C. Relaciones con familiares				
D. Su vida social				
E. Sus responsabilidades en casa				

<b>APGAR FAMILIAR</b>	<b>CASI SIEMPRE</b>	<b>ALGUNAS VECES</b>	<b>CASI NUNCA</b>
¿Está satisfecha con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con usted en la resolución de ellos?			
¿Su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
¿Está usted satisfecha de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

## Anexo 2

### CUESTIONARIO DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor como se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1.  No me siento triste.  
 Me siento triste.  
 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.  
 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
  
2.  No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.  
 Me siento desanimado respecto al futuro.  
 Siento que no tengo que esperar nada.  
 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
  
3.  No me siento fracasado.  
 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.  
 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.  
 Me siento una persona totalmente fracasada.
  
4.  Las cosas me satisfacen tanto como antes.  
 No disfruto de las cosas tanto como antes.  
 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.  
 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
  
5.  No me siento especialmente culpable.  
 Me siento culpable en bastantes ocasiones.  
 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.  
 Me siento culpable constantemente.
  
6.  No creo que esté siendo castigado.  
 Me siento como si fuese a ser castigado  
  
 Espero ser castigado.  
 Siento que estoy siendo castigado.

7.  No estoy decepcionado de mí mismo.  
 Estoy decepcionado de mí mismo.  
 Me da vergüenza de mí mismo.  
 Me detesto.
8.  No me considero peor que cualquier otro.  
 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.  
 Continuamente me culpo por mis faltas.  
 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9.  No tengo ningún pensamiento de suicidio.  
 A veces pienso en suicidarme pero no lo cometería.  
 Desearía suicidarme.  
 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10.  No lloro más de lo que solía.  
 Ahora lloro más que antes.  
 Lloro continuamente.  
 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera.
11.  No estoy más irritado de lo normal en mí.  
 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
 Me siento irritado continuamente.  
 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12.  No he perdido el interés por los demás.  
 Estoy menos interesado en los demás que antes.  
 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.  
 He perdido todo el interés por los demás.
13.  Tomo decisiones más o menos con lo siempre he hecho.  
 Evito tomar decisiones más que antes.  
 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.  
 Ya me es imposible tomar decisiones.
14.  No creo tener peor aspecto que antes.  
 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.  
 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.  
 Creo que tengo un aspecto horrible.

15.  Trabajo igual que antes.  
 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.  
 Tengo que obligarme mucho para hacer algo.  
 No puedo hacer nada en absoluto.
16.  Duermo tan bien como siempre.  
 No duermo tan bien como antes.  
 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.  
 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17.  No me siento más cansado de lo normal.  
 Me canso más fácilmente que antes.  
 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.  
 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18.  Mi apetito no ha disminuido.  
 No tengo tan buen apetito como antes.  
 Ahora tengo mucho menos apetito.  
 He perdido completamente el apetito.
19.  Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.  
 He perdido más de 2 kilos y medio.  
 He perdido más de 4 kilos.  
 He perdido más de 7 kilos.
20.  No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.  
 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.  
 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.  
 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.
21.  No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.  
 Estoy menos interesado por el sexo que antes.  
 Estoy mucho menos interesado por el sexo.  
 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

