



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ”

“Presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual *provisional* en pacientes usuarias de Hospitalización Continua del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante el periodo comprendido de septiembre del 2016 a enero del 2017”

Presenta la Tesis para obtener el Diploma de Especialista en Psiquiatría

Dra. María Teresa Alcántara Garcés

Dra. Cecilia Bautista Rodríguez

Asesor Teórico

Dra. Josefina Patricia Anzaldo Juárez

Asesor Metodológico

Dra. Miriam Estrada Martínez

Asesor Teórico Adjunto

Ciudad de México, Junio, 2017.



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.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia.

A mis amigas y amigos.

A las pacientes.

ÍNDICE

Agradecimientos	
Resumen	5
Introducción	6
Marco teórico	
Antecedentes y marco conceptual	7
Método	
Justificación	20
Planteamiento del problema	21
Pregunta de investigación	22
Objetivos	22
General	
Específico	
Hipótesis	23
Tipo de estudio	23
Variables	23
Muestreo	24
Criterios de selección	24
Inclusión	
Exclusión	
Eliminación	
Procedimiento	26
Consideraciones éticas	30
Resultados y análisis estadístico	31
Discusión	41

Conclusiones	47
Referencias bibliográficas	49
Anexos	52

Resumen

Introducción: El ciclo hormonal femenino genera una serie de cambios somáticos, cognitivos, conductuales y afectivos que, de acuerdo a su gravedad, puede llegar a determinar una vulnerabilidad cíclica a lo largo de la vida de la mujer. Llegar a un estado mórbido secundario a ello, involucra la necesidad de atención por parte de los profesionales en la salud mental; específicamente, el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDP) como una entidad ya categorizada en el DSM-5 y la importancia de su diagnóstico dentro del tercer nivel de atención de la salud mental para lograr un manejo integral en las pacientes. **Objetivo:** Se identificó la presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual en pacientes internadas en Hospitalización Continua del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” partiendo de la nulidad de registro de dicho diagnóstico en el departamento de estadística de la institución y lo discordante con la bibliografía reportada. **Material y métodos:** A través de un estudio descriptivo observacional y transversal, que se realizó en un periodo de 5 meses comprendido entre el mes de septiembre del 2016 al mes de enero del 2017, se aplicaron los criterios del DSM-5 para Trastorno Disfórico Premenstrual *provisional* a las pacientes internadas Hospitalización Continua del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. **Resultados:** de un total de 848 de pacientes hospitalizadas en el periodo de estudio, 446 se encontraron en edad reproductiva, de ellas 15 pacientes integraron algún trastorno premenstrual y 3 de ellas integraron el Trastorno Disfórico premenstrual *provisional*. **Conclusiones:** Parte de las pacientes usuarias de esta institución, tienen una potencial comorbilidad con algún trastorno premenstrual mismo que no es diagnosticado; por lo que se vuelve un área de oportunidad para ampliar el manejo integral.

Palabras clave: Ciclo menstrual, Síndrome premenstrual, Trastorno Disfórico Premenstrual.

Introducción

Las hormonas son una de las principales sustancias reguladoras para la homeostasis de los seres vivos; en el hombre y específicamente en el ciclo vital femenino, se ha demostrado que los estrógenos y la progesterona tienen un profundo impacto a distintos niveles de regulación de los neurotransmisores GABA, Glutamato y el sistema de neurotransmisión trimonoaminérgico así como en sus dianas, las cuales varían de un tejido a otro e incluso, de una región cerebral a otra. Ante esto, la expresión de esta regulación se observa a través de la conducta, del afecto y de la cognición; aunado a una serie de expresiones somáticas que pueden ser un síntoma para una persona y condicionar la pérdida de la funcionalidad. Específicamente, los Trastornos Premenstruales son una entidad clínica que se caracteriza por síntomas físicos y emocionales instaurados en los días previos a la menstruación y que ceden al inicio de la misma; generando disfunción a distintos niveles en la vida de la mujer, lo que compete a una intervención por parte de los profesionales de la salud mental, específicamente la Psiquiatría.

El acercamiento al tema en el ámbito nacional es limitado e inexistente estadísticamente en esta institución, por lo que el presente trabajo tiene por objetivo, a través de un diseño descriptivo observacional de corte transversal, identificar la presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual *provisional* de acuerdo al DSM-5, en pacientes internadas Hospitalización Continua del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” durante un periodo de 5 meses, con la finalidad de aportar evidencia estadística respecto a la presencia de los Trastornos Premenstruales dentro de la institución, siendo el punto de inicio para generar nuevas hipótesis, a partir de las cuales se de apertura a futuras líneas de investigación dentro del tercer nivel de atención de la salud mental.

Marco teórico

Antecedentes y Marco Conceptual.

El término de *Tensión menstrual* fue establecido en 1931 para describir la condición médica que incluiría una serie de síntomas psiquiátricos como la irritabilidad, labilidad afectiva, depresión y ansiedad; que se presentaban durante la última semana de la fase lútea y comenzaban a disminuir al inicio de la menstruación; en el año de 1953 se renombraría como *Síndrome Premenstrual*. El grupo de trabajo que construyó el DSM-III comenzó con la idea de incluir en esta clasificación a patologías relacionadas con la menstruación, a partir de entonces existen comités a favor y comités en contra de esta inclusión. En 1987 se publicó el DSM-III dentro del cual no se incluyó a esta entidad clínica como un trastorno oficial, sino que se incluyó dentro de la sección llamada “Apéndice A” bajo el nombre de *Trastorno disfórico de la fase lútea tardía* (LLPDD por sus siglas en inglés); siendo modificado el término en 1988 y renombrándose como *Trastorno Disfórico Premenstrual* (TDP), el cual fue así incluido en el DSM-IV. Es hasta el año 2013, en la publicación del DSM-5, que el TDP es incluido dentro del apartado de los Trastornos depresivos; sin embargo, continúa la controversia entre los grupos de trabajo. [1][2]

Dentro de la investigación científica se desarrollaron estudios y se mantienen líneas de investigación, que han permitido estimar la epidemiología, proponer teorías que expliquen la fisiopatología y la expresión clínica; se han generado grupos de trabajo para el diagnóstico y el tratamiento del TDP sin embargo, aún existe una larga brecha a recorrer acerca del tema

¹ Zachar P, Kendler K. A Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders History of Premenstrual Dysphoric Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2014; 202(4).

² Endicott J. History, evolution, and diagnosis of premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61.

pues los paradigmas persisten y se suman. Bajo una perspectiva más estrecha, el acercamiento al tema en el ámbito nacional es limitado, la única información disponible se encuentra sustentada en el banco de tesis de la Universidad Nacional Autónoma de México, misma que durante la búsqueda arroja que no hay ningún trabajo realizado con población que recibe atención psiquiátrica en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. [3]

Si se aborda el tema bajo otra perspectiva, la población económicamente activa a nivel mundial involucra indudablemente la participación de la mujer; ciertamente existen factores que pueden modificar su participación ya sea por cuestiones sociales, cívicas, morales, éticas, ideológicas, o una cuestión médica como es la condición fisiopatológica de la vulnerabilidad hormonal. Esto puede derivar en una gravedad que genere disfunción a distintos niveles; uno de ellos es la disminución de la productividad laboral, el ausentismo laboral por la necesidad de solicitud de atención médica, circunstancia que repercute en pérdidas económicas y, de acuerdo al modelo de Carga Global de la Enfermedad 2010, se estima que el peso de la discapacidad para el SPM y para el TDP es de 0.5, esto se traduce en 1400 días o 3.83 años de discapacidad (DALY por su siglas en inglés) para cada mujer. [4] Hasta el momento, no hay cifras concluyentes de estimación a nivel nacional.

Desde una perspectiva teórica, las hormonas son una de las principales sustancias reguladoras de la homeostasis de los seres vivos; en los seres humanos y específicamente en el ciclo vital femenino, se ha demostrado que los estrógenos y la progesterona tienen un profundo impacto a distintos niveles de regulación de los neurotransmisores ácido γ -aminobutírico (GABA),

³ *Bibliotecas UNAM. www.dgbiblio.unam.mx (accessed).*

⁴ Wang H, Dwyer-Linndgren L, Lofgren K, Rajaratnam J, Marcus J, Levin-Rector, et al. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380.

glutamato y el sistema de neurotransmisión compuesto por las aminas adrenalina, noradrenalina y serotonina, así como en sus dianas, las cuales varían de un tejido a otro, incluso de una región cerebral a otra. [5] [6]

La mujer se encuentra bajo este clima hormonal desde la pubertad hasta la menopausia con subsecuentes interacciones neurofisiológicas. Es ya sabido que las modificaciones o desequilibrios hormonales tienen repercusiones en la regulación de los procesos implicados en el estado de ánimo, la cognición y la conducta [7]; y existe evidencia concerniente al aumento de la prevalencia de los trastornos afectivos en la mujer asociados a periodos de la vida reproductiva durante los cuales son sensibles (o vulnerables) a síntomas afectivos como es el caso del periodo premenstrual, el embarazo, el parto y la menopausia. [8] [9] Esta condición se vuelve una realidad al considerarla como un tema en el ámbito de la Psiquiatría, [10] sin embargo, se suma a la etiología multifactorial de la fisiopatología de los síntomas afectivos, además del estrés psicosocial, las características de la personalidad, entre otros [11].

Dentro de la evidencia científica que sustenta la fisiopatología del TDP, se describe 1) una disregulación de los esteroides gonadales (estrógenos y progesterona), 2) la sensibilidad aumentada de los receptores a estos esteroides gonadales frente a un flujo

⁵ Duval F, Martínez J, Félix G., Hassen R. Bases neurobiológicas de vulnerabilidad psiquiátrica a lo largo de las etapas de la vida hormonal de la mujer. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2010; 48(4): 292-306.

⁶ Martinez P, Rubinow D, Nieman L, Koziol D, Morrow A, Schiller C et. al. 5 α -Reductase Inhibition Prevents the Luteal Phase Increase in Plasma Allopregnanolone Levels and Mitigates Symptoms in Women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Neuropsychopharmacology* 2016; 41(10):1093-1102.

⁷ Bosman R, Jung S, Miloserdov K, Schoevers R, Rot M. Daily symptom ratings for studying premenstrual dysphoric disorder: A review. *Journal of Affective Disorders* 2016; 189(1):43-53.

⁸ Duval F, Martínez J, Félix G., Hassen R. Bases neurobiológicas de vulnerabilidad psiquiátrica a lo largo de las etapas de la vida hormonal de la mujer. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2010; 48(4): 292-306.

⁹ Altemus M. Hormone-specific psychiatric disorders: do they exist?. *Arch Womens Ment Health* 2010; 13.

¹⁰ Epperson C, Steiner M, Hartlage S, Eriksson E, Schmidt P, Jones I, Yonkers K. Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. *Am J Psychiatry* 2012; 165(5).

¹¹ Hantsoo L, Epperson C. Premenstrual Dysphoric Disorder: Epidemiology and Treatment. *WOMEN'S MENTAL HEALTH* 2015; 17.

hormonal regulado, y 3) la disregulación del sistema de neurotransmisión trimonoaminérgico: serotonina (5HT), norepinefrina (NE) y dopamina (DA). [¹²][¹³][¹⁴] Por un lado, está demostrado que los estrógenos tienen influencia en el ánimo por el efecto sobre este sistema así como sobre GABA y Glutamato. Durante la fase folicular, existe más cantidad de estrógenos que de progesterona, la mayor actividad estrogénica disminuye la actividad de la enzima monoaminoxidasa (MAO) con lo que aumenta la disponibilidad de serotonina y su efecto sobre estructuras diana; durante la fase lútea, se cuantifica mayor cantidad de progesterona que de estrógenos teniendo como efecto menor disponibilidad de serotonina sustentando la teoría de que, de acuerdo a la variabilidad de la serotonina disponible, la consecuencia es que hay una mayor susceptibilidad sintomática.

Una segunda teoría que se ha investigado, es la que respecta a la progesterona y sus derivados: la alopregnanolona y la pregnanolona; que son dos esteroides neuroactivos que funcionan como moduladores alostéricos positivos en el sistema de neurotransmisión inhibitorio gabaérgico, principalmente en la subunidad GABA-A del receptor. [¹⁵]

Algunos estudios reportan que hay disminución de la alopregnanolona en la fase lútea en mujeres con TDP [¹⁶]; sin embargo, en otros estudios no hay evidencia de una diferencia.

¹² Yonkers K, Kornstein S, Gueorguieva R, Merry B, Van Steenburgh K, Altemus M. Symptom-Onset Dosing of Sertraline for the Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2015; 72(10).

¹³ Blehar M, DePaulo J, Gershon E, Reich T, Simpson S, Numberger J. Women with bipolar disorder: findings from the NIMH Genetics Initiative sample. *Psychopharmacology Bulletin* 1998; 34(3): 239-243.

¹⁴ Kiesner J, Granger D. A lack of consistent evidence for cortisol dysregulation in premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2016; 65.

¹⁵ Martinez P, Rubinow D, Nieman L, Koziol D, Morrow A, Schiller C et. al. 5 α -Reductase Inhibition Prevents the Luteal Phase Increase in Plasma Allopregnanolone Levels and Mitigates Symptoms in Women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Neuropsychopharmacology* 2016; 41():1093-1102.

¹⁶ Freeman E, Frye C, Rickels K, Martin P, Smith S. Allopregnanolone levels and symptom improvement in severe premenstrual syndrome. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 16(5).

Se describe en otras líneas de investigación que ante la exposición aguda a la alopregnanolona, a un corto plazo tras la exposición hay una disminución de la ansiedad; sin embargo, ante una exposición crónica y a concentraciones elevadas de alopregnanolona puede producir disminución de la exposición y unión al receptor GABA-A, así como el desacoplamiento del receptor de varios moduladores alostéricos, lo que tiene como resultado un aumento de la ansiedad. [17] Entonces, los efectos de los metabolitos de la progesterona en el estado de ánimo y del comportamiento parecieran ser bifásicos, ya que ante altas concentraciones de pregnanolona y alopragnanolona, a un tiempo corto se observan efectos ansiolíticos, sedantes, antiepilépticos y anestésicos [18]. En una extrapolación teórica, durante el periodo en el que los niveles sanguíneos más bajos, similares a los observados durante la fase lútea, la alopregnanolona puede causar ansiedad, agresión, comportamiento impulsivo y el estado de ánimo negativo en mujeres predispuestas. [19]

Los estudios sustentados en la neuroimagen, específicamente Tomografía por Emisión de Positrones (PET) e Imagen por Resonancia Magnética (IRM) realizados en mujeres con diagnóstico establecido de SPM o TDP que han sido comparados con los estudios de mujeres en quienes se les ha descartado dichos diagnósticos, se ha observado que los niveles de GABA se encuentran disminuidos en la región del cíngulo anterior y en la corteza prefrontal de las mujeres con TDP y SPM. [20] Esta evidencia es consistente con el

¹⁷ Gunn B, Brown A, Lambert J, Belelli D. Neurosteroids and GABA(A) Receptor Interactions: A Focus on Stress. *Front Neurosci* 2011; 5(0).

¹⁸ Lopez L, Kaptein A, Helmerhorst F. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *The Cochrane Collaboration* 2012; (2).

¹⁹ Martinez P, Rubinow D, Nieman L, Koziol D, Morrow A, Schiller C et. al. 5 α -Reductase Inhibition Prevents the Luteal Phase Increase in Plasma Allopregnanolone Levels and Mitigates Symptoms in Women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Neuropsychopharmacology* 2016; 41(0):1093-1102.

²⁰ Baller E, Wei S, Kohn P, Rubinow D, Alarcon G, Schmidt P, Berman K. Abnormalities of Dorsolateral Prefrontal Function in Women With Premenstrual Dysphoric Disorder: A Multimodal Neuroimaging Study. *Am J Psychiatry* 2013; 170(3): 305-314.

hecho de que los circuitos de la corteza prefrontal dorsolateral son cruciales para las funciones cognitivas, emocionales y sociales afectadas en el TDP.

En contraparte, existen estudios [²¹] en los que independientemente de la fase del ciclo menstrual, se observan síntomas compatibles con el TDP. Estos resultados son de especial interés, ya que algunas de las anomalías neurofuncionales fueron observadas después del periodo de menstruación, que teóricamente es el periodo en el que las mujeres con TDP no presentan sintomatología. Esta observación puede ser consistente con una vulnerabilidad o susceptibilidad neuronal subyacente aún no definida.

Finalmente, hasta el momento no existe evidencia única y concluyente al respecto por lo que persiste, hasta hoy en día, la necesidad de continuar con líneas de investigación que permitan unificar o no las teorías antes expuestas así como abordar los paradigmas al respecto.

El ciclo hormonal femenino se integra por la fase folicular, la ovulación, la fase lútea y la menstruación, dicho ciclo tiene una duración aproximada de 28 días. Durante la fase folicular hay un predominio en la sangre de la hormona foliculoestimulante (FSH) y de los estrógenos; conforme se acerca el día 14 del ciclo se eleva la hormona luteinizante (LH) y su pico máximo condiciona que se libere el óvulo (ovulación) de uno de los ovarios de la mujer; tras la liberación se aumentan los niveles de progesterona y declinan los niveles de estrógenos y de FSH, entrando el ciclo en la fase luteinizante; al no haber fecundación del óvulo ni

²¹ Ducasse D, Jaussent I, Olié E, Guillaume S, López-Castroman J, Courtet P. Personality Traits of Suicidality Are Associated with Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in a Suicidal Women Sample. *PLoS ONE* 2016; 11(2).

implantación en el endometrio, inicia la fase menstrual para continuar con la fase folicular y mantener el ciclo menstrual. [22]

El ciclo hormonal femenino genera una serie de cambios somáticos, cognitivos, conductuales y afectivos que, de acuerdo a su gravedad, puede llegar a determinar una vulnerabilidad de carácter dinámico a lo largo de la vida de la mujer. En el ámbito de la medicina, esta serie de cambios han sido identificados y establecidos en condiciones clínicas que, de acuerdo a la óptica utilizada, se vuelve materia de diferentes especialidades, una de ellas es la Psiquiatría; su importancia se consolida actualmente en la inclusión de los trastornos relacionados a la menstruación dentro del DSM-5 y la existencia de grupos de trabajo con representación internacional como es la Sociedad Internacional para Trastornos Premenstruales (ISPMD por sus siglas en inglés), quien hasta el momento establece una serie de características sintomáticas que se incluyen dentro del complejo de los trastornos premenstruales (PMD por sus siglas en inglés) [23] la cuales incluyen:

- Síntomas que ocurren en ciclos ovulatorios.
- Síntomas inespecíficos que pueden ser somáticos y/o psicológicos.
- El número de los síntomas es inespecífico.
- Los síntomas se encuentran ausentes después de la menstruación y antes de la ovulación.
- Los síntomas recurren en la fase lútea.
- Los síntomas deben ser cuantificados prospectivamente (como mínimo en 2 ciclos).

²² Cirillo P, Freitas R, Bevilaqua C, Rodriguez J, Egidio A. Bipolar disorder and Premenstrual Syndrome or Premenstrual Dysphoric Disorder comorbidity: a systematic review. *Rev Bras Psiquiatr* 2012; 34(): 467-479.

²³ Kadian and O'Brien, Premenstrual syndrome and Management; *Royal College of Obstetricians and Gynaecologist* 2007.

- Los síntomas deben causar una discapacidad significativa en el trabajo, la escuela, actividades sociales, relaciones interpersonales.

Estipulan también la presencia de *variantes* dentro del complejo de los trastornos premenstruales las cuales son:

- 1) Exacerbación premenstrual: los síntomas somáticos o psicológicos subyacentes a un trastorno que empeoran en el periodo premenstrual.
- 2) Trastornos premenstruales debidos a una actividad que no es la ovulación: la sintomatología resultante de una actividad ovárica que no es la ovulación.
- 3) Trastornos premenstruales inducidos por la progesterona: la sintomatología resultante de la administración exógena de progesterona.
- 4) Trastornos premenstruales con ausencia de menstruación: la sintomatología que surge de una actividad ovárica continua, a pesar de que la menstruación ha sido suprimida.

Este grupo de trabajo, publicó en julio del 2016 una *subdivisión* de los trastornos premenstruales de acuerdo al predominio de los síntomas:

- a) Predominantemente psicológico.
- b) Predominantemente somático.
- c) Mixto

Específicamente, el Síndrome Premenstrual (SP) es una entidad clínica que se caracteriza por síntomas físicos y emocionales instaurados en los días previos a la

menstruación [24] y que desaparecen al término de ésta. Aproximadamente, el 90% de las mujeres alguna vez ha padecido los cambios premenstruales pero no en todas existe una repercusión sintomática o de funcionalidad; se ha estipulado que de acuerdo a la gravedad sintomática se puede integrar un trastorno psiquiátrico cuando existe como circunstancia determinante el que genere disfunción a distintos niveles en la vida de la mujer (personal, familiar, social y en su caso más grave, disfunción global) durante la edad reproductiva; siendo esto una importante varianza a considerar en el ámbito de la salud mental pues el abordaje clínico, específicamente el tratamiento, lo toma como base para realizar o no una intervención, especialmente farmacológica. [25]

El Trastorno Disfórico Premenstrual (TDP) es una condición médica que se presenta en mujeres de edad reproductiva y se caracteriza por la presencia de síntomas cognitivos, afectivos, somáticos y conductuales que suceden en la fase lútea del ciclo hormonal femenino de manera consecutiva y desaparecen en la menopausia. [26] El especial énfasis que es incluido en esta definición se relaciona con el predominio de la sintomatología psicológica. [27]

El Colegio Americano de Ginecología y Obstetricia (ACOG por sus siglas en inglés) publicó en el año 2000 los criterios diagnósticos para integrar el síndrome premenstrual:

- A. Por lo menos uno de los siguientes síntomas afectivos o somáticos que se encuentran presentes 5 días antes de la menstruación en los últimos 3 periodos

²⁴ Cirillo P, Fraitas R, Bevilacqua C, Rodriguez J, Egidio A. Bipolar disorder and Premenstrual Syndrome or Premenstrual Dysphoric Disorder comorbidity: a systematic review. *Rev Bras Psiquiatr* 2012; 34(4): 467-479.

²⁵ Ducasse D, Jaussent I, Olié E, Guillaume S, López-Castroman J, Courtet P. Personality Traits of Suicidality Are Associated with Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in a Suicidal Women Sample. *PLoS ONE* 2016; 11(2).

²⁶ Ducasse D, Jaussent I, Olié E, Guillaume S, López-Castroman J, Courtet P. Personality Traits of Suicidality Are Associated with Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in a Suicidal Women Sample. *PLoS ONE* 2016; 11(2).

²⁷ Kadian and O'Brien, Premenstrual syndrome and Management; *Royal College of Obstetricians and Gynaecologist* 2007.

menstruales: depresión, ataques de ira, ansiedad, irritabilidad, confusión, aislamiento social, aumento de la sensibilidad en las mamas, distensión abdominal, dolor, edema de extremidades.

- B. Los síntomas desaparecen 4 días después de iniciar la menstruación y no aparecen sino hasta el día 13 del ciclo menstrual.
- C. Las pacientes sufren una identificada disfunción social y laboral.

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión [28] se pone el acento en la severidad e impacto en la calidad de vida y funcionalidad para saber si una mujer integra o no el diagnóstico de Trastorno Disfórico Premenstrual. A continuación se citan los criterios establecidos:

- A. En la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a *mejorar* unos días después del inicio de la menstruación y hacerse *mínimos* o desaparecer en la semana después de la menstruación.
- B. Uno (o más) de los síntomas siguientes han de estar presentes:
 - 1. Labilidad afectiva intensa (p.ej., cambios de humor, de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
 - 2. Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales.
 - 3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.

²⁸ American Psychiatric Association. DSM-5. 2010; (): <http://www.dsm5.org>

4. Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

C. Uno (o más) de los síntomas siguientes también han de estar presentes, hasta llegar a un total de *cinco* síntomas cuando se combinan con los síntomas del Criterio B.

1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).
2. Dificultad subjetiva de la concentración.
3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
5. Hipersomnia o insomnio.
6. Sensación de estar agobiada o sin control.
7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso.

Nota: los síntomas de los criterios A-C se han de haber cumplido durante la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior.

D. Los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas (p. ej., evitación de actividades sociales, disminución de la productividad y la eficiencia en el trabajo, la escuela o en casa).

E. La alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, el

trastorno depresivo persistente (distimia) o un trastorno de personalidad (aunque puede coexistir con cualquiera de estos).

- F. El criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos (**Nota:** el diagnóstico se puede hacer de forma provisional antes de esta confirmación)
- G. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).

Procedimientos de registro: si los síntomas no se han confirmado mediante evaluaciones diarias prospectivas de al menos dos ciclos sintomáticos, se debería indicar “provisional” después del nombre del diagnóstico (es decir, Trastorno Disfórico Premenstrual, *provisional*).

A diferencia de otras entidades psiquiátricas, el Trastorno Disfórico Premenstrual es el único trastorno psiquiátrico que se diagnostica de manera prospectiva según los criterios antes mencionados; para ello, a través del tiempo diversos grupos de trabajo han desarrollado cuestionarios para establecer valoraciones diarias de los síntomas: *Cyclicality Diagnoser (CD)*, *Premenstrual Tension Syndrome Self Rating scales (PMTS-SR)*, *Calendar of Premenstrual Experiences (COPE)*, *Prospective Record of the Impact and Severity of Menstrual Symptomatology (PRISM)*, *Daily Rating Form (DRF)*, *Daily Assessment Form (DAF)*, *Daily Record of Severity of Problems (DRSP)*, *Daily Symptoms Report (DRS)*, *Premenstrual Assessment Form (PAF)*, *Premenstrual Symptoms Screening Tool (PSST)*, *Menstrual Distress Questionnaire (MDQ)*. En el año 2015 (Bosman et. al.), se publicó una revisión sistemática acerca de los estudios que utilizaron alguno de los diarios previamente citados para establecer

el diagnóstico de TDP definitivo; respecto a ello, concluyen la existencia de una variabilidad en la detección sintomática, una limitación de las características psicométricas de los cuestionarios ya que sólo en muy pocos casos fueron reportadas y, finalmente, se concluye que el *DRSP* es el cuestionario utilizado con mayor frecuencia en los estudios incluidos, mismo que recomienda la Sociedad Internacional para Trastornos Premenstruales. [²⁹] A nivel nacional, no hay un cuestionario validado para la población mexicana de tal suerte que los estudios realizados en población mexicana (tesis de grado y posgrado) presentan dicha limitación estadística.

La utilidad clínica de los criterios antes mencionados permite que los clínicos mantengamos abierta la mirada hacia una condición médica poco considerada en la práctica cotidiana pero con una evidencia sintomática existente; se reporta en la literatura que el síndrome premenstrual afecta alrededor del 75% de las mujeres pero solamente del 3% al 8% tendrían una perturbación grave de la calidad de vida [³⁰] [³¹].

De acuerdo al Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos, el abordaje terapéutico se establece desde cambios en el estilo de vida incluyendo realizar ejercicio aeróbico, la práctica de terapias de relajación, los cambios en la dieta (mayor ingesta de carbohidratos complejos, disminuir el consumo de sal, grasas y azúcar); se describe el empleo de algunos suplementos alimenticios como el calcio, magnesio y vitamina E, pero la evidencia al respecto es muy limitada. Dentro de la investigación, diversos estudios reportan con el manejo a base de 1) antidepresivos inhibidores de la recaptura de serotonina siendo ésta la

²⁹ Bosman R, Jung S, Miloserdov K, Schoevers R, Rot M. Daily symptom ratings for studying premenstrual dysphoric disorder: A review. *Journal of Affective Disorders* 2016; 189(4):43-53.

³⁰ Ducasse D, Jaussent I, Olié E, Guillaume S, López-Castroman J, Courtet P. Personality Traits of Suicidality Are Associated with Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in a Suicidal Women Sample. *PLoS ONE* 2016; 11(2).

³¹ Kadian and O'Brien, Premenstrual syndrome and Management; *Royal College of Obstetricians and Gynaecologist* 2007.

primera línea terapéutica (fluoxetina, sertralina, paroxetina y escitalopram); 2) supresión de la ovulación (análogos de la hormona gonadotropina coriónica humana, terapia estrogénica), sin embargo, se reportan efectos a largo plazo como atrofia vaginal, riesgo cardiovascular y osteoporosis, con ésta última [³²][³³].

Método

Justificación

El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez es el hospital de máxima concentración para manejo intrahospitalario de la población con trastornos psiquiátricos a nivel nacional, cuenta con 300 camas destinadas para el manejo intrahospitalario de trastornos psiquiátricos; durante el periodo de 5 meses comprendido de septiembre del 2016 a enero del 2017 dentro del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, el departamento de Estadística reportó un total de 848 mujeres hospitalizadas. Durante este periodo no se reportó a ninguna paciente con el diagnóstico de Trastorno Disfórico Premenstrual o Síndrome Premenstrual.

En la literatura se arrojan datos (aún inconsistentes) respecto a la presentación clínica del SPM o TDP como entidad única, ya que también hay una coexistencia con otros trastornos psiquiátricos: en un 31% con trastornos afectivos y 25% con trastorno de ansiedad; así mismo, se ha identificado en algunas investigaciones que, en comparación con las mujeres que se encuentran en otras fases del ciclo menstrual, las mujeres con SPM y TDP que se encuentran en la fase premenstrual presentan altas tasas de atención con calidad de urgencia

³² Yonkers K, Kornstein S, Gueorguieva R, Merry B, Van Steenburgh K, Altemus M. Symptom-Onset Dosing of Sertraline for the Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2015; 72(10):

³³ Kadian and O'Brien, Premenstrual syndrome and Management; *Royal College of Obstetricians and Gynaecologist* 2007.

por presentar ideación suicida e intento suicida. Otros estudios sostienen que las mujeres con SPM o TDP tienen mayor susceptibilidad de experimentar exacerbación de la sintomatología de otros trastornos psiquiátricos y, debido a estas recaídas regulares reportadas durante la fase premenstrual, las mujeres pueden tener una expresión más severa de la evolución de los trastornos psiquiátricos comorbidos. [³⁴][³⁵][³⁶][³⁷][³⁸]

En consideración de lo anteriormente expuesto, toma relevancia estadística y epidemiológica el estudio y abordaje de un trastorno psiquiátrico en el tercer nivel de atención de la salud mental ya que puede ser considerado como el punto de partida para continuar el abordaje científico del mismo, complementación diagnóstica, intervención integral en las pacientes, así como para dar apertura a futuras líneas de investigación; en este campo, se proyecta el presente trabajo como el inicio del sustento teórico y cuantitativo de dicho diagnóstico en esta institución.

Planteamiento del problema

La nulidad en el registro epidemiológico del SPM o el TDP dentro de esta institución puede considerarse como un tema de subdiagnóstico que puede llegar a limitar el abordaje realizado a las pacientes durante la terapéutica intrahospitalaria, ya que se vuelve estrecho el enfoque clínico del manejo así como el plan terapéutico establecido a las pacientes. Conocer

³⁴ Cirillo P, Freitas R, Bevilaqua C, Rodriguez J, Egidio A. Bipolar disorder and Premenstrual Syndrome or Premenstrual Dysphoric Disorder comorbidity: a systematic review. *Rev Bras Psiquiatr* 2012; 34(): 467-479

³⁵ Dueñas J, Lete I, Bermejo R, Arbat A, Pérez-Campos E, Martínez-Salmeán J. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a representative cohort of Spanish women of fertile age. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011; 156(1): .

³⁶ Caraveo J, Medina M, Rascón M, Villatoro J, Martínez A, Gómez M. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental* 1996; 19(3): .

³⁷ Karadag F, Akdeniz F, Erten E, Pirildar S, Yucel B, Polat A, Atmaca M. Menstrually related symptom changes in women with treatment-responsive bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2004; 6(3): .

³⁸ Sylvéén SM, Ekselius L, Sundström-Poromaa I, Skalkidou A. Premenstrual syndrome and dysphoric disorder as risk factors for postpartum depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92:178-184

en las pacientes el diagnóstico de algún trastorno premenstrual toma relevancia a distintos niveles; sin embargo, es clara la complejidad de esta circunstancia en pacientes que tienen un trastorno psiquiátrico establecido.

Pregunta de investigación

¿Es posible identificar la presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual *provisional* en pacientes usuarias de los servicios de Hospitalización Continua del Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez” durante un periodo de 5 meses entre septiembre del 2016 y enero 2017?;

Objetivos

General

Determinar la presencia del TDP *provisional* dentro de la población femenina que se encuentran hospitalizada durante un periodo de 5 meses.

Específicos

- Conocer si existe subdiagnóstico del TDP *provisional* en pacientes hospitalizadas en dicha institución durante la temporalidad de realización de este estudio.
- Identificación del TDP *provisional* como un diagnóstico complementario.

Hipótesis

- Existe una deficiencia diagnóstica en el área de hospitalización del HPFBA respecto a la identificación del TDP *provisional*, circunstancia que conduce a una falta de complementación diagnóstica.

Tipo de estudio

Observacional, descriptivo de corte transversal.

Variables

- La variable “edad” se define como la edad cronológica en años, pertenece a una escala de medición de relación y se estipuló en años de 18 a 40, se constituye una variable de tipo independiente.
- La variable “escolaridad” está definida como un conjunto de cursos que una persona sigue en un establecimiento docente; pertenece a una escala de medición ordinal, estableciéndose como: ninguna, primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura, posgrado; se constituye una variable de tipo independiente.
- La variable “ocupación” está definida como el trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa; pertenece a una escala de medición nominal: ama de casa, estudiante, empleado, comerciante, profesionista; se constituye una variable de tipo independiente.
- El Trastorno Disfórico Premenstrual, en su definición conceptual, se trata de un trastorno perteneciente a los trastornos depresivos del DSM-5, que se presenta en mujeres de edad reproductiva y se caracteriza por la

presencia de síntomas cognitivos, afectivos, somáticos y conductuales que suceden en la fase lútea del ciclo hormonal femenino de manera consecutiva y desaparecen en la menopausia. Como definición operacional, se trata de un conjunto de signos y síntomas que presentan las mujeres entre los 18 y 40 años de edad y que condicionan cambios físicos, cognitivos, emocionales y conductuales que son motivo de disfunción en la vida diaria durante la fase lútea.

- El Síndrome Premenstrual, en su definición conceptual, se trata de una entidad patológica que se caracteriza por la presencia de síntomas físicos, emocionales y conductuales durante el periodo premenstrual y que desaparecen durante o al final de la menstruación. Definido de manera operacional, es un conjunto de signos y síntomas que presentan las mujeres entre 18 y 40 años de edad durante la fase premenstrual y que no ocasionan disfunción.

Muestreo

No probabilístico, intencional por cuota, ya que el procedimiento es informal, se trabajará con aquellas pacientes que cumplan con los criterios de inclusión y deseen participar en el estudio durante el periodo establecido.

Criterios de selección

CRITERIOS DE INCLUSIÓN
Mujeres que se encuentren hospitalizadas durante el periodo de septiembre del 2016 a enero del 2017 en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Pacientes con ciclos menstruales regulares.
Mujeres entre 18 y 40 años de edad.
Pacientes que durante el último año no han recibido tratamiento farmacológico con antidepresivos Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina.
Pacientes sin uso de tratamiento hormonal.
Pacientes que no estén embarazadas ni en periodo de lactancia.
Pacientes que sepan leer y escribir.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Consumo activo de drogas ilegales en los últimos 3 meses.
Pacientes que no aceptan participar en el estudio.
Pacientes con ciclos menstruales irregulares.
Pacientes con ciclos anovulatorios.
Pacientes que cursen con embarazo actual.
Pacientes con patología ginecológica aguda o crónica identificada.
Pacientes que cursen con síntomas psicóticos al momento de la entrevista.
Pacientes que hayan recibido tratamiento farmacológico con Inhibidores Selectivos de la Recaptura de Serotonina o tratamiento hormonal en el último año.
Pacientes con diagnóstico de retraso mental.
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN
No completar los instrumentos de medición.
La paciente no acepta firmar el consentimiento informado.
La paciente desea abandonar el estudio.

Procedimiento

La Estadística es la ciencia cuyo objetivo es reunir una información cuantitativa concerniente a individuos, grupos, series de hechos, etc., y deducir de ello, gracias al análisis de estos datos, unos significados precisos o unas previsiones para el futuro. [39] Partiendo de esta definición, la recolección de los datos para esta tesis se basó en la aplicación de los criterios de inclusión y de exclusión como parte del método aplicado, la premisa para el desarrollo de estos criterios fue obtener una muestra lo más apegada a la descripción clínico-teórica del Trastorno Disfórico Premenstrual *provisional*, de tal manera que la sintomatología que integra este diagnóstico en las pacientes no fuese desencadenada por otras patologías psiquiátricas y no psiquiátricas.

Inicialmente, se realizó la presentación del protocolo de tesis con el título “Presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual *provisional* en pacientes usuarias de Hospitalización Continua del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante un periodo comprendido de septiembre del 2016 a enero del 2017”, ante el comité de Investigación y el comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez. Tras su aprobación se solicitó la autorización por escrito de los jefes de hospitalización de esta institución para entrevistar a las pacientes y consultar el expediente clínico.

La obtención de la muestra se realizó durante el periodo estipulado previamente; al inicio y a través del consentimiento informado escrito, se les solicitó a las pacientes que cursaron internamiento en hospitalización continua, su consentimiento para la participación en el estudio; esto se realizó a través de un abordaje personal con la autora; tras la aceptación

³⁹ www.spssfree.com

se realizó una revisión del expediente clínico y una breve historia clínica ginecológica a las pacientes (*Anexo 1*) para obtener datos sociodemográficos y la información necesaria para la aplicación de los criterios de inclusión, exclusión y eliminación ya mencionados. A las pacientes que cumplieron con estos, se les realizó una entrevista escrita (*Tabla 1*) en donde se interroga la presencia o no de la sintomatología que integra el TDP *provisional* de acuerdo al DSM-5.

Durante el periodo de aplicación se hospitalizaron 848 mujeres, de todas ellas, 446 mujeres se encuentran dentro del rango de edad establecido para este estudio; mediante la revisión del expediente clínico y la entrevista directa se seleccionó a 15 mujeres que cumplieron con los criterios antes expuestos; a estas pacientes se les realizó una entrevista en la que incluye los criterios de DSM-5 para diagnóstico de Trastorno Disfórico Premenstrual *provisional* representada en la siguiente tabla:

ENCUESTA PARA IDENTIFICAR CAMBIOS EN SU PERSONA DURANTE SU CICLO MENSTRUAL		
<p>INSTRUCCIONES: MENCIONE LA RESPUESTA CON LA QUE SE IDENTIFIQUE MÁS, NO IMPORTA SI ES MUCHO O POCO, SI A USTED LE PASA MARQUE <input type="checkbox"/> SI, SI A USTED NO LE PASA MARQUE <input type="checkbox"/> NO.</p> <p><i>ES IMPORTANTE QUE RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS.</i></p>		
<p>EN EL ÚLTIMO AÑO DE SU VIDA, HA SENTIDO QUE UNA SEMANA ANTES DE SU MENSTRUACIÓN USTED:</p>		
1.- ¿TIENE CAMBIOS DE HUMOR, POR EJEMPLO QUE SE SIENTA TRISTE O LLOROSA O QUE TENGA MAYOR SENSIBILIDAD AL RECHAZO?	SI	NO
2.- ¿SE ENCUENTRA CON IRRITABILIDAD INTENSA, POR EJEMPLO CON MÁS ENFADO DE LO NORMAL O CON AUMENTO DE LOS CONFLICTOS CON OTRAS PERSONAS?	SI	NO

3.- ¿SU ESTADO DE ÁNIMO SE ENCUENTRA MUY DEPRIMIDO, LLEGA A TENER DESESPERANZA O IDEAS DE AUTODESPRECIO?	SI	NO
4.- ¿IDENTIFICA MAYOR ANSIEDAD O SE SIENTE MÁS TENSA O CON LOS NERVIOS DE PUNTA?	SI	NO
5.- ¿NOTA QUE DISMINUYE SU INTERÉS POR SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS?	SI	NO
6.- ¿LE CUESTA MÁS TRABAJO LOGRAR CONCENTRARSE?	SI	NO
7.- ¿HAY UNA FALTA DE ENERGÍA INTENSA O QUE SE CANSA MÁS RÁPIDO?	SI	NO
8.- ¿NOTA QUE SU APETITO CAMBIA O QUE TIENE ANTOJOS ESPECÍFICOS?	SI	NO
9.- ¿SIENTE ALTERACIÓN EN SU SUEÑO YA SEA QUE DUERMA MÁS O QUE DUERMA MENOS?	SI	NO
10.- ¿SIENTE DEMASIADA PREOCUPACIÓN AL GRADO DE SENTIR QUE PIERDE EL CONTROL DE SÍ MISMA, COMO SI ESTUVIERA AGOBIADA?	SI	NO
11.- ¿SU CUERPO SUFRE CAMBIOS COMO POR EJEMPLO DOLOR O HINCHAZÓN DE MAMAS, DOLOR EN LAS ARTICULACIONES O LOS MÚSCULOS, SIENTE QUE SE HINCHA O QUE AUMENTA DE PESO?	SI	NO
12.- ESTOS CAMBIOS SON TAN INTENSOS QUE INTERFIEREN EN: A) ACTIVIDADES SOCIALES, CON AMIGOS, LA PAREJA, LA FAMILIA. B) SU RENDIMIENTO EN EL TRABAJO. C) SU DESEMPEÑO EN LA ESCUELA. D) SUS ACTIVIDADES DE LA CASA.	SI	NO
13.- ¿CUANDO EMPIEZA A REGLAR DISMINUYEN LOS SÍNTOMAS QUE MARCÓ CON LA PALABRA SI ?	SI	NO
14.- ¿CUANDO DEJA DE REGLAR SE LE QUITAN LOS SÍNTOMAS QUE MARCÓ CON LA PALABRA SI ?	SI	NO

Tabla 1

Como ya se especificó previamente, con la entrevista aplicada a la población seleccionada para el estudio se indaga la presencia o no de la sintomatología que integra el TDP. Así, durante la aplicación de la encuesta se realizó énfasis en la temporalidad especificada en el criterio A de DSM-5, misma que se sustenta en los ítems 13 y 14: en la mayoría de los ciclos menstruales, al menos cinco síntomas han de estar presentes en la última semana antes del inicio de la menstruación, empezar a *mejorar* unos días después del inicio de la menstruación y hacerse *mínimos o desaparecer* en la semana después de la menstruación.

Los síntomas incluidos en el criterio B y C del DSM-5 para TDP se exploraron a través de los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 y 11: labilidad afectiva intensa; irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de conflictos interpersonales; estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio; ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta; disminución del interés por las actividades habituales; dificultad subjetiva de la concentración; letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía; cambio importante en el apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos; hipersomnias o insomnio; sensación de estar agobiada o sin control; síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de hinchazón o aumento de peso.

El criterio D del DSM-5 para TDP fue explorado a través del ítem 12: los síntomas se asocian a malestar clínicamente significativo o interferencia en el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o la relación con otras personas.

El criterio E y G se valoraron por medio de preguntas establecidas en la información obtenida por medio de una historia clínica realizada y la revisión del expediente clínico: la alteración no es simplemente una exacerbación de los síntomas de otro trastorno, como el trastorno de depresión mayor, el trastorno de pánico, trastorno depresivo persistente (distimia), trastorno de personalidad; y los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (droga, medicamento u otro tratamiento) o a otra afectación médica.

El criterio F no se incluye en esta investigación por lo que los resultados obtenidos se incluyen dentro de la especificación de Trastorno Disfórico Premenstrual *provisional*: el criterio A se ha de confirmar mediante evaluaciones diarias prospectivas durante al menos dos ciclos sintomáticos (Nota: el diagnóstico puede hacerse provisional antes de esta confirmación).

Consideraciones éticas

La información se obtuvo directamente de las pacientes, con las normas éticas establecidas para el manejo de la información, con especial énfasis en la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico; y de acuerdo a lo dispuesto en la Ley General de Salud en materia para la Investigación en Salud; con base en lo anterior, este estudio se encuentra dentro de la categoría de investigación con riesgo mínimo.

El manejo de la información personal de las pacientes incluidas en el estudio, especialmente el nombre y número de expediente clínico se mantiene en anonimato, manejado bajo confidencialidad y únicamente para fines del desarrollo de esta investigación, conociéndose dicha información únicamente por la autora.

Se diseñó un consentimiento informado (*Anexo 2*) mediante el cual se provee una descripción completa de lo concerniente a esta investigación, mismo documento que se entregó a las pacientes para autorizar su participación y se esclarecieron las dudas surgidas al respecto.

Con los resultados obtenidos, se realizó una base de datos para futuras líneas de investigación, el sustento de los resultados para las pacientes que integraron el diagnóstico se plasmó, mediante una nota informativa, en el correspondiente expediente clínico; así mismo, se brindó información psicoeducativa del tema.

Finalmente, bajo ninguna circunstancia existió remuneración económica por la participación en el estudio, absorbiéndose los gastos por la autora.

Resultados y análisis estadístico

Los parámetros estadísticos se obtuvieron a través del análisis de los datos con frecuencias, porcentajes y medidas de tendencia central (media aritmética y moda) en el programa Excel.

Los resultados obtenidos muestran un total de 848 mujeres hospitalizadas en el periodo de la selección de la muestra, de ellas, 446 mujeres se encuentran dentro de la edad reproductiva y que fue la edad establecida para la selección de la muestra, representando el 52.59% del total (*Figura 1*). En la *Figura 2* se grafica el número de pacientes entre 18 y 40 años de edad que estuvieron hospitalizadas en cada mes.

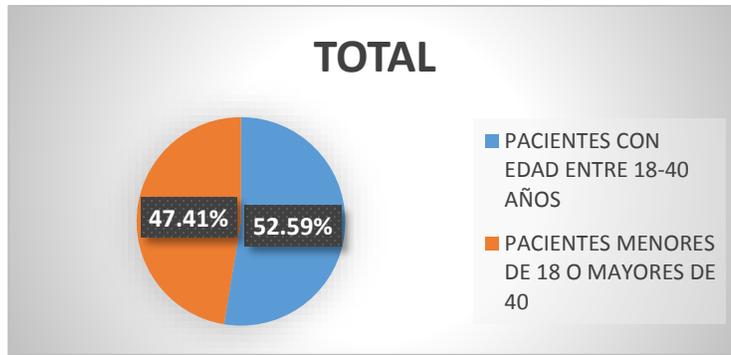


Figura 1

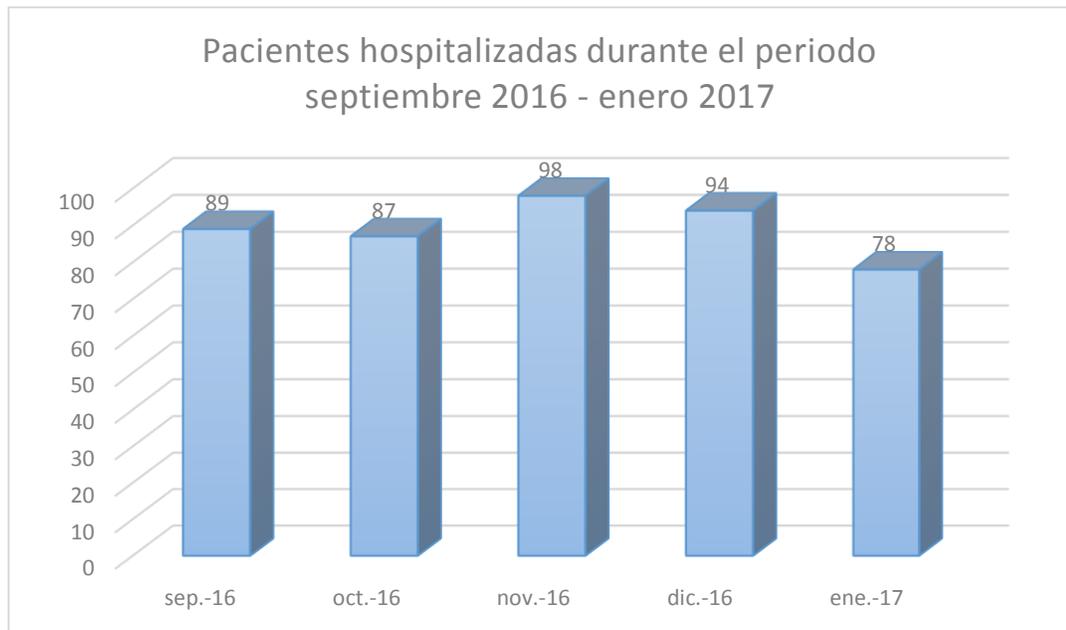


Figura 2

De esta población, el tamaño de la muestra obtenida corresponde a un total de 15 pacientes (n=15) representando el 3.33% de la población (*Figura 3*).

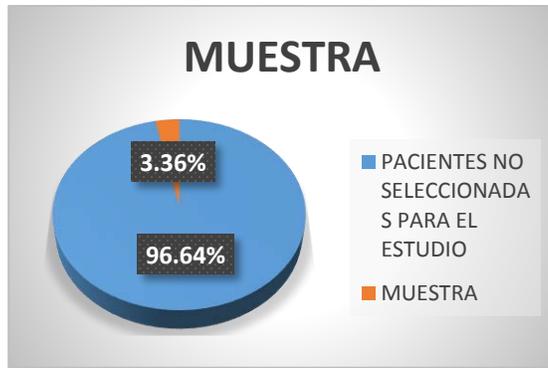


Figura 3

El porcentaje total de la muestra, relacionado con todas las mujeres hospitalizadas durante el periodo en el que se realizó el estudio es del 1.77% (Figura 4).

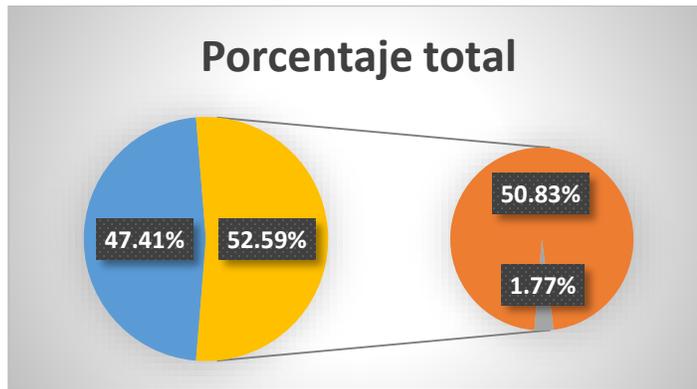


Figura 4

Respecto a los diez diagnósticos más frecuentes se encuentran los siguientes en orden de frecuencia: en primer lugar Trastornos de la Personalidad en 104 pacientes (23.3%); en segundo lugar Esquizofrenia en 83 pacientes (18.6%); en tercer lugar Trastorno Bipolar en 66 pacientes (14.7%); en cuarto lugar Trastorno Depresivo en 38 pacientes (8.5%); en quinto lugar Retraso Mental (RM) en 32 pacientes (7.1%); en sexto lugar Trastorno esquizoafectivo en 25 pacientes (5.6%); en séptimo lugar Trastorno Mental secundario a enfermedad médica o lesión cerebral (TMSEM) con 24 pacientes (5%); en octavo lugar Trastorno psicótico secundario a alguna sustancia (PPSUSTANCIA) en 21 pacientes (4.7%); en noveno lugar

Episodio depresivo en 14 pacientes (3.1%); y en décimo lugar Trastorno psicótico agudo transitorio (TPAGUDO) en 10 pacientes (2.2%) (Figura 5).

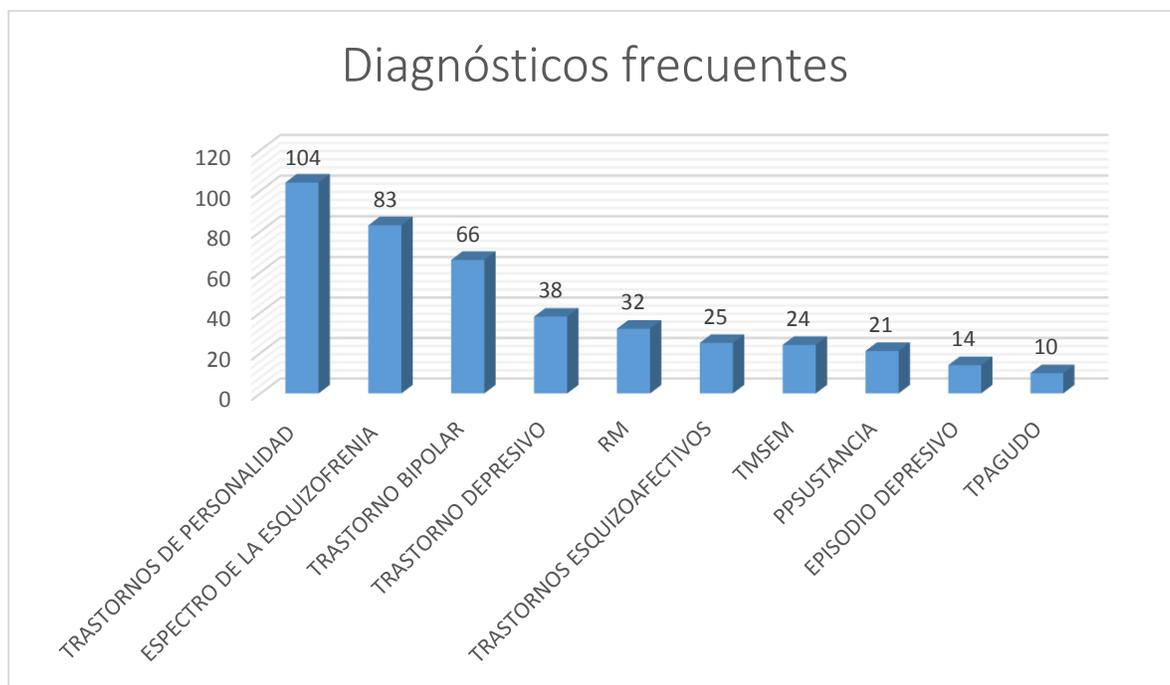


Figura 5

En el análisis de la muestra obtenida, se cuantificó el número de pacientes que coincidieron en los distintos síntomas que se buscaron, así en la *Figura 6* se grafican los resultados obtenidos estableciéndose en el eje de las *X* el síntoma con la siguiente asignación: cambios de humor graficado con el número 1, la irritabilidad intensa graficado con el número 2, el estado de ánimo muy deprimido graficado con el número 3, la ansiedad graficado con el número 4, la disminución de interés por actividades cotidianas graficado con el número 5, la dificultad para la concentración graficado con el número 6, la falta de energía intensa graficado con el número 7, los cambios de apetito graficado con el número 8, la presencia de alteraciones en el sueño graficado con el número 9, la preocupación intensa graficado con el número 10, la presencia de cambios corporales graficado con el número 11, los cambios

corporales son tan intensos que interfieren en actividades cotidianas graficado con el número 12, durante la menstruación disminuye la sintomatología graficado con el número 13, finalmente, los síntomas desaparecen al término de la menstruación graficado con el número 14:

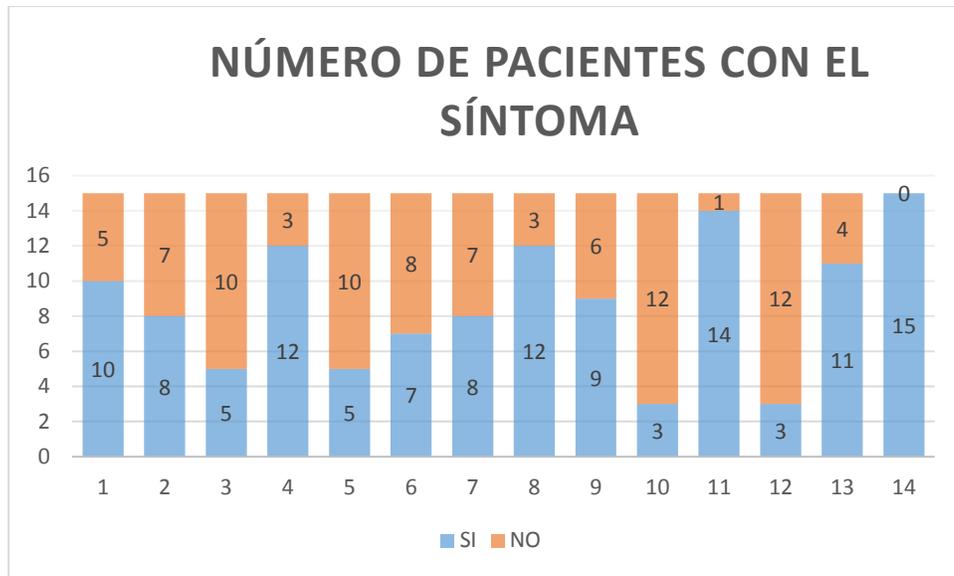


Figura 6

La descripción graficada para cada síntoma se describe a continuación:

Los cambios de humor están presentes en 10 pacientes lo que representa el 67%,



Figura 7

La irritabilidad intensa está presente en 8 pacientes siendo el 53%,

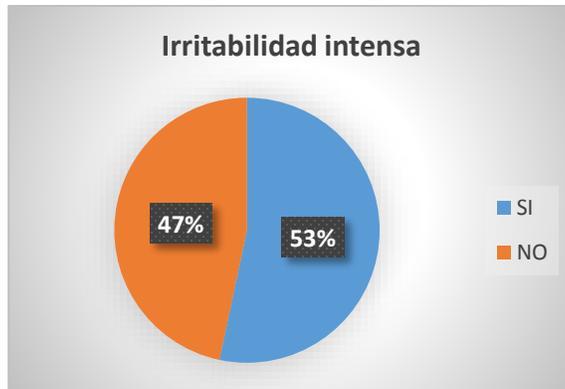


Figura 8

El estado de ánimo muy deprimido se encuentra presente en 5 pacientes siendo el 33%,

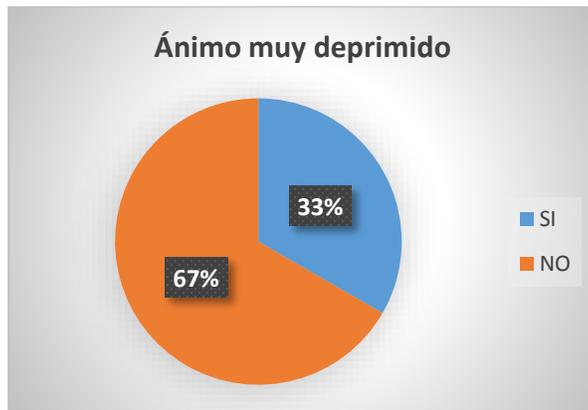


Figura 9

La ansiedad se encuentra presente en 12 pacientes representando el 80%,

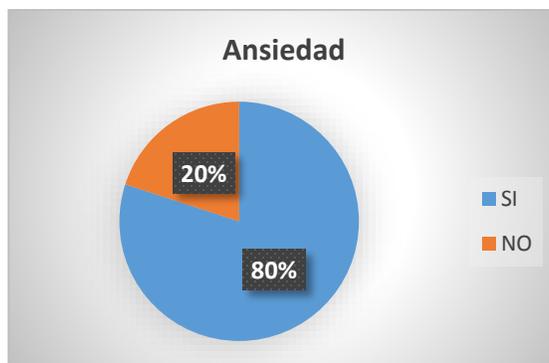


Figura 10

La disminución de interés por actividades cotidianas se encuentra en 5 pacientes siendo el 33%,



Figura 11

La dificultad para la concentración se encuentra en 7 pacientes representando un 47%,



Figura 12

La falta de energía intensa está presente en 8 pacientes siendo el 53%,

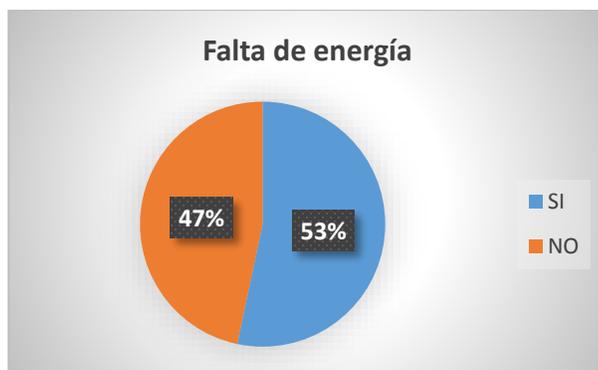


Figura 13

Los cambios de apetito se encuentran en 12 pacientes con un porcentaje del 80%,

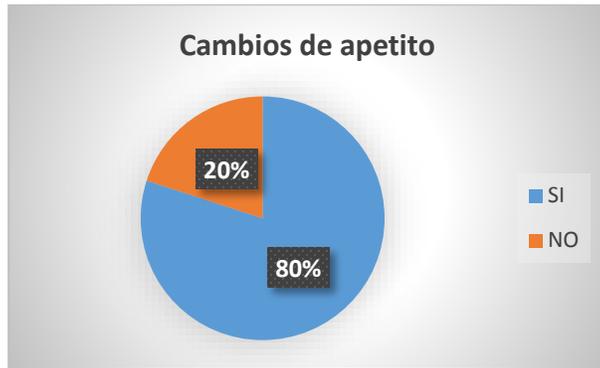


Figura 14

La presencia de alteraciones en el sueño se encuentra presente en 9 pacientes siendo el 60%,



Figura 15

La preocupación intensa se encuentra presente en 3 pacientes con representación en del 20%,



Figura 16

La presencia de cambios corporales presente en 14 pacientes siendo el 93%,



Figura 17

La presencia de los cambios corporales son tan intensos que interfieren en actividades cotidianas presente en 3 pacientes siendo el 20%,



Figura 18

Durante la menstruación disminuye la sintomatología presente en 11 pacientes siendo el 73%,

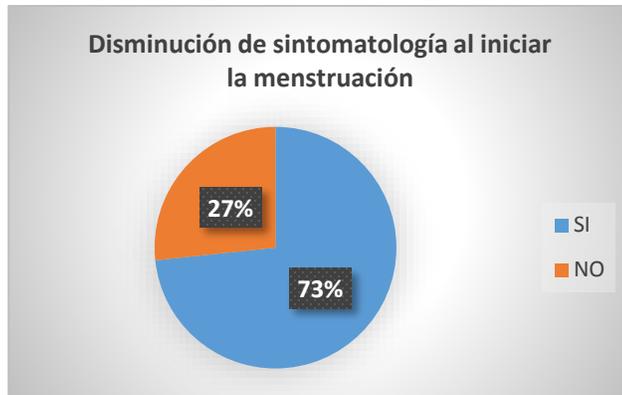


Figura 19

Finalmente, los síntomas desaparecen al término de la menstruación en 15 pacientes representando el 100%,



Figura 20

Respecto a los datos sociodemográficos obtenidos, la edad promedio fue de 30.2 años, pero se grafican en los siguientes grupos etarios,

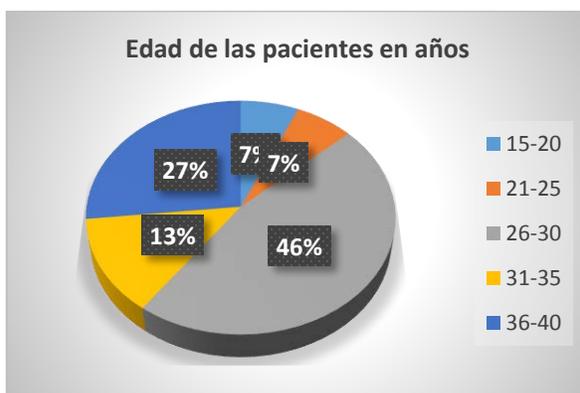


Figura 21

El nivel de escolaridad de las pacientes en un promedio de 14.8 años de estudio; la ocupación resultó en 20% de las pacientes son amas de casa, el 40% empleada, el 13% comerciantes, el 13% son profesionistas, el 7% son estudiantes, finalmente el 7% sin ocupación,

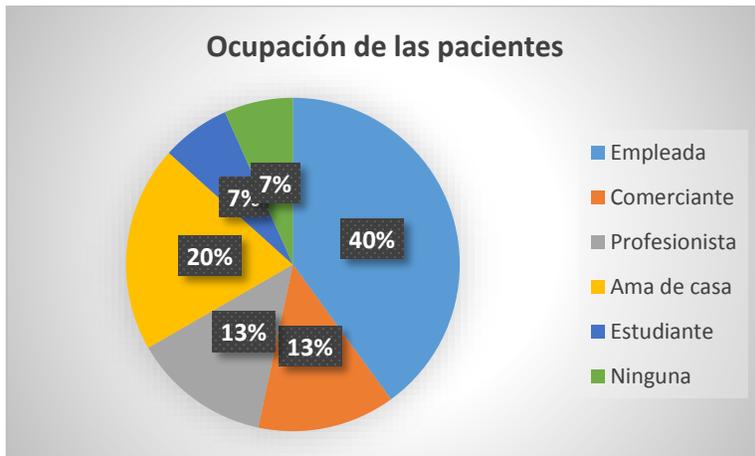


Figura 22

El estado civil fue en su mayoría soltera representando el 80%, casada representando el 7%, en unión libre el 7% y divorciada el 6%,

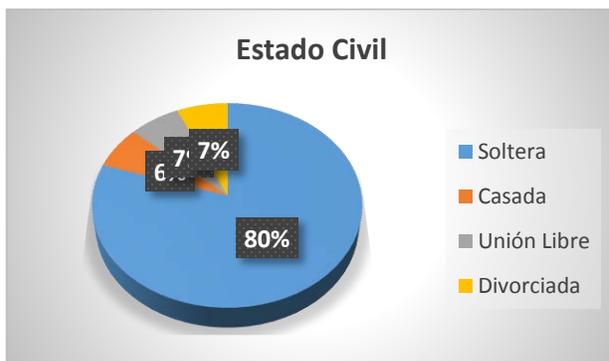


Figura 23

Discusión

En el ámbito de la salud mental, es aún tema de controversia la aceptación de la sintomatología relacionada al ciclo menstrual femenino como parte de un diagnóstico psiquiátrico; se expone en distintas bibliografías la falta de consistencia diagnóstica derivada de una ausencia de homogeneidad en las características psicométricas de los instrumentos hasta ahora disponibles; por otro lado, los síntomas que integran el TDP no son medibles, circunstancia que limita la objetividad necesaria en la práctica médica. Sin embargo, se trata de una condición que ha sido identificada en la práctica clínica, y que ha sido necesaria su inclusión dentro de la psiquiatría por la evidente observación clínica de la afectación en diferentes esferas en la vida de la mujer, por lo que el abordaje científico nos ha permitido correlacionar dichas afectaciones con cambios neuroanatómicos, neurobioquímicos, hormonales y psicosociales que dan mayor sustento a la existencia de dicho diagnóstico, pero es muy cierto que hay muy poca información con una suficiente contundencia estadística que nos permita aceptar una clara relación causa-efecto; hasta el momento continúan siendo teorías explicativas que se aproximan al fenómeno desde diferentes líneas de investigación.

A nivel mundial, la prevalencia del TDP es del 3% al 8% con el uso de los criterios diagnósticos de DSM-5 y con una variabilidad en el tipo de cuestionario utilizado para corroborar prospectivamente el diagnóstico. Hasta el momento no hay una estadística confiable a nivel nacional. Dentro del HPFBA, el Trastorno Disfórico Premenstrual *provisional* no fue dado como diagnóstico a las pacientes internadas durante el periodo de la toma de la muestra (información obtenida del departamento de Estadística de la institución); sin embargo, los resultados obtenidos en esta investigación sustentan que existe la presencia de mujeres portadoras de dicho trastorno en el hospital. De la muestra obtenida, el 100%

tiene sintomatología que integra Síndrome Premenstrual y el 20% integra el diagnóstico de TDP *provisional*. De la sintomatología interrogada, se busca que la paciente identifique cambios emocionales, cognitivos, conductuales y somáticos que le impidan el desarrollo de su cotidianeidad; así, los resultados arrojaron que los síntomas con mayor frecuencia fueron los síntomas físicos (dolor e hinchazón) los cuales están presentes en un 93%, seguidos de aumento de ansiedad y cambios en el apetito presentes en el 80%; posteriormente los cambios de humor se presentaron en un 60%; la falta de energía se presentó en el 57%; la presencia de irritabilidad intensa fue en el 53%, la disminución por el interés en actividades cotidianas se presentó en el 33%; el exceso de preocupación se presentó en el 20% de las pacientes. Estos resultados (por las características de este estudio) permiten únicamente realizar especulaciones e inferencias que puedan concretarse en futuras hipótesis de trabajo; bajo tal premisa, la relevancia de los resultados obtenidos permite hipotetizar de manera inicial si el síntoma cardinal en cada paciente puede conducir a buscar (de manera intencionada) la presencia de diferentes trastornos psiquiátricos y, así, ampliar la línea de posibilidades diagnósticas considerando al SPM/TDP como parte de ellas. Dentro de la literatura se describe que no hay factores sociodemográficos que tomen relevancia estadística para el SPM/TDP, solo un estudio arrojó datos aún no reproducidos pero estadísticamente significativos [⁴⁰], respecto a la nuliparidad o multiparidad asociada a este trastorno, ya que en conjunto se tornan un factor informativo para la asociación con la depresión postparto. Particularmente, en esta investigación no se incluyó la variable antes mencionada.

⁴⁰ Sylvén SM, Ekselius L, Sundström-Poromaa I, Skalkidou A. Premenstrual syndrome an dysphoric disorder as risk factors for postpartum depression, *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92:178-184.

La temporalidad y el carácter cíclico de la sintomatología en relación al ciclo hormonal femenino, son un punto angular para integrar el diagnóstico de TDP además de que es un recurso que permite diferenciar de manera minuciosa con otros trastornos del afecto. Es de notar que los resultados obtenidos durante la investigación, coinciden con lo reportado en la bibliografía; la frecuencia de mejoría de la sintomatología en relación con el inicio de la menstruación resultó en el 73% y la sintomatología desapareció tras el término de la menstruación en el 100% de la muestra. Sin embargo, el criterio que permite integrar o no el diagnóstico de TDP, corresponde a la disfuncionalidad que genera la sintomatología, éste criterio mantiene una controversia estadística pues su medición es completamente subjetiva. En este estudio se interrogó si la sintomatología es tan intensa que llega a interferir en el trabajo, escuela, en casa o en otras actividades (sociales, de amigos, de pareja o la familia); el resultado arrojó que la afectación se encuentra en el 20% de las pacientes; este resultado permite exponer algunas ideas al respecto, por ejemplo, ¿es posible medir la funcionalidad de una manera diferente?, ¿existe un síntoma en específico de los que integran el TDP, que condicione la interferencia con la vida cotidiana?, ¿el acoplamiento del paciente con el síntoma a lo largo de la vida puede condicionar la falta de reconocimiento del mismo? Dichas ideas salen del campo de esta investigación.

Como ya he citado antes, distintas bibliografías sustentan evidencia que relaciona al SPM/TDP como un factor de riesgo o con una fuerte asociación de comorbilidad para otros trastornos psiquiátricos siendo encabezados por los trastornos del afecto; la relevancia de considerar que en el tercer nivel de atención de la salud mental exista el sustento teórico-clínico a través de la identificación de dichos diagnósticos, torna plausible el acercamiento clínico de las pacientes bajo un enfoque integrativo e intencionado, no sólo exclusivo. Surgen

entonces nuevas hipótesis con los resultados obtenidos: dentro de las pacientes que se incluyen en la muestra, aquellas que tienen síntomas afectivos plenamente identificados en un diagnóstico ¿puede identificarse, bajo una perspectiva longitudinal, las asociaciones identificadas en la literatura?, ¿en las pacientes que sustentan esta investigación se integra el SPM/TDP previo al diagnóstico psiquiátrico establecido?, ¿esto lograría una influencia en el abordaje terapéutico?

Los límites de la investigación se vuelven evidentes para profundizar en lo antes expuesto, pero es viable iniciar, dentro de la institución, con el desarrollo de líneas de investigación de lo descrito en la literatura a partir de los resultados obtenidos de esta tesis.

La utilidad clínica de la identificación de los trastornos premenstruales dentro de la consulta psiquiátrica toma relevancia de tener como base un sustento científico de su asociación con otras patologías psiquiátricas. Es necesario puntualizar que existe una potencial minimización de la sintomatología premenstrual (no de los síntomas relacionados durante la fase de la menstruación) que deja lugar a múltiples inferencias alejadas del ámbito científico y con un importante acercamiento al aspecto socio-cultural; por tanto, únicamente subrayo la circunstancia de la falta de reconocimiento de los síntomas presentes durante esta fase premenstrual, establecer la posibilidad de extender (por la parte médica) la manera de abordar el síntoma de una paciente en relación con la ciclicidad hormonal, comenzar a tener la integración de esta vulnerabilidad hormonal con otras patologías psiquiátricas buscando un mejor tratamiento para las pacientes.

La entrevista psiquiátrica es una herramienta que permite obtener, definir y caracterizar un síntoma; tomando en cuenta lo expuesto previamente, realizar la semiología

en relación con los trastornos premenstruales encamina la posibilidad de integrar y redimensionar el abordaje clínico psiquiátrico. Los resultados del presente trabajo permiten sustentar que se vuelve necesario considerar incluir, de una manera más intencionada, una serie de preguntas que acerquen o descarten la posibilidad diagnóstica de algún trastorno premenstrual; de tal suerte, la propuesta que propongo al respecto es tratar de comenzar con un acercamiento a este nivel como parte del interrogatorio para las pacientes que reciben atención en el HPFBA a través de dos acciones; la primera consiste en una sensibilización a través de la información y permitirle a la paciente adquirir una mayor información respecto a una circunstancia fisiológica, tras lo cual logren identificar aquello que se aleja de la homeostasis del ciclo menstrual. La segunda acción es fomentar que tengan un registro de los síntomas que logre identificar como limitantes de su vida cotidiana durante cada ciclo menstrual.

Tomo como base el Folleto Educativo para Pacientes elaborado por el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos emitido en el 2010, que contiene las siguientes características: se encuentra diseñado para ayudar a las pacientes respecto a la salud de la mujer. El nivel de dificultad de la lectura de la serie, basado en la fórmula Fry, corresponde al grado escolar de 6º a 8º y el finalmente, el folleto tiene una calificación “superior” de acuerdo al instrumento de Evaluación de Idoneidad de Materiales (*Suitability Assesment of Materials* [SAM]).

De acuerdo a esta propuesta, se abre la posibilidad de que en aquellas pacientes que inician su atención psiquiátrica en el HPFBA se identifique un momento de la entrevista clínica que permita sustraer el síntoma a través de una sensibilización, y posteriormente, a través de una explicación a la paciente para que logre mantener un registro de síntomas en el

que se le solicite escribir *diariamente* en un calendario (físico o electrónico) los síntomas que le causen molestia; una vez identificados, asignarles un valor que califique su intensidad (leve [1], moderado [2], severo [3]) de tal manera que si hay algún día en que no hay ningún síntoma, se pueda quedar el espacio en [0]. La propuesta continúa en mantener esta rutina de llenar su calendario diariamente durante un periodo de 2 o 3 meses para posteriormente analizar la información por el médico tratante y conocer si existe o no un trastorno premenstrual para continuar con el abordaje correspondiente.

Finalmente, expongo la posibilidad de educar a las pacientes en una condición fisiológica que puede fácilmente pasar desapercibida, pero que genera un impacto en la vida diaria; si bien el tercer nivel de atención de la salud mental se encuentra lejos de la promoción y prevención, considero que no es excluyente, por lo que la información sustentada en esta tesis puede ser el punto de partida para inclusiones del tema tratado en los programas de los servicios que trabajan ligados al primer y segundo nivel de atención.

Conclusiones

Existe bibliografía que documenta los cambios en la mujer correspondientes al ciclo menstrual, de acuerdo a su gravedad se pueden convertir en un síntomas y formar parte de un trastorno premenstrual los cuales son clasificados por la Sociedad Internacional de Trastornos Premenstruales y en el DSM-5.

Los resultados de los estudios que buscan correlacionar la etiología son aún inconsistentes sin embargo, se unifican en alteraciones a nivel hormonal, neurobiológico, neurobioquímico y psicosocial.

En el tercer nivel de atención de la salud mental en México, la información disponible respecto a este tema es limitada, específicamente en el HPFBA no existe registro del trastorno en las pacientes hospitalizadas durante el periodo de la toma de la muestra, el resultado de esta tesis sustenta lo contrario. A partir de ello, se muestran resultados estadísticos que permiten integrar algún Trastorno Premenstrual en las pacientes que se atienden en esta institución, proponiéndose como un factor a considerar en el abordaje de la paciente.

Por las características metodológicas, este estudio tiene limitaciones importantes; sin embargo, logra generar resultados que permiten establecer diferentes hipótesis y que se proponen como el punto de partida para futuras investigaciones dentro de la institución para beneficio de las pacientes. Una segunda aportación, es la propuesta de la búsqueda sintomática intencionada por parte del médico tratante a través de informar y alentar la autoevaluación del síntoma en las pacientes.

Referencias bibliográficas

1. Altemus M. Hormone-specific psychiatric disorders: do they exist?. *Arch Womens Ment Health* 2010; 13(): .
2. American Psychiatric Association. DSM-5. 2010; (): <http://www.dsm5.org> .
3. Baller E, Wei S, Kohn P, Rubinow D, Alarcon G, Schmidt P, Berman K. Abnormalities of Dorsolateral Prefrontal Function in Women With Premenstrual Dysphoric Disorder: A Multimodal Neuroimaging Study. *Am J Psychiatry* 2013; 170(3): 305-314.
4. *Bibliotecas UNAM*. www.dgbiblio.unam.mx (accessed).
5. Blehar M, DePaulo J, Gershon E, Reich T, Simpson S, Nurnberger J. Women with bipolar disorder: findings from the NIMH Genetics Initiative sample. *Psychopharmacology Bulletin* 1998; 34(3): 239-243.
6. Bosman R, Jung S, Miloserdov K, Schoevers R, Rot M. Daily symptom ratings for studying premenstrual dysphoric disorder: A review. *Journal of Affective Disorders* 2016; 189():43-53.
7. Caraveo J, Medina M, Rascón M, Villatoro J, Martínez A, Gómez M. La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental* 1996; 19(3): .
8. Cirillo P, Fraitas R, Bevilaqua C, Rodriguez J, Egidio A. Bipolar disorder and Premenstrual Syndrome or Premenstrual Dysphoric Disorder comorbidity: a systematic review. *Rev Bras Psiquiatr* 2012; 34(): 467-479.
9. Ducasse D, Jaussent I, Olié E, Guillaume S, López-Castroman J, Courtet P. Personality Traits of Suicidality Are Associated with Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in a Suicidal Women Sample. *PLoS ONE* 2016; 11(2): .
10. Dueñas J, Lete I, Bermejo R, Arbat A, Pérez-Campos E, Martínez-Salmeán J. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a representative cohort of Spanish women of fertile age. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2011; 156(1): .
11. Duval F, Martínez J, Félix G., Hassen R. Bases neurobiológicas de vulnerabilidad psiquiátrica a lo largo de las etapas de la vida hormonal de la mujer. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2010; 48(4): 292-306.

12. Endicott J. History, evolution, and diagnosis of premenstrual dysphoric disorder. *J Clin Psychiatry* 2000; 61(): .
13. Epperson C, Steiner M, Hartlage S, Eriksson E, Schmidt P, Jones I, Yonkers K. Premenstrual dysphoric disorder: evidence for a new category for DSM-5. *Am J Psychiatry* 2012; 165(5): .
14. Fornaro M, Perugi G. The impact of premenstrual dysphoric disorder among 92 bipolar patients. *Eur Psychiatry* 2010; 25(8): .
15. Freeman E, Frye C, Rickels K, Martin P, Smith S. Allopregnanolone levels and symptom improvement in severe premenstrual syndrome. *J Clin Psychopharmacol* 2002; 16(5): .
16. Gunn B, Brown A, Lambert J, Belelli D. Neurosteroids and GABA(A) Receptor Interactions: A Focus on Stress. *Front Neurosci* 2011; 5(): .
17. Hantsoo L, Epperson C. Premenstrual Dysphoric Disorder: Epidemiology and Treatment. *WOMEN'S MENTAL HEALTH* 2015; 17(): .
18. Kadian and O'Brien, Premenstrual syndrome and Management; *Royal College of Obstetricians and Gynaecologist* 2007.
19. Karadag F, Akdeniz F, Erten E, Pirildar S, Yucel B, Polat A, Atmaca M. Menstrually related symptom changes in women with treatment-responsive bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2004; 6(3): .
20. Kiesner J, Granger D. A lack of consistent evidence for cortisol dysregulation in premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2016; 65(): .
21. Lopez L, Kaptein A, Helmerhorst F. Oral contraceptives containing drospirenone for premenstrual syndrome. *The Cochrane Collaboration* 2012; (2): .
22. Martinez P, Rubinow D, Nieman L, Koziol D, Morrow A, Schiller C et. al.. 5 α -Reductase Inhibition Prevents the Luteal Phase Increase in Plasma Allopregnanolone Levels and Mitigates Symptoms in Women with Premenstrual Dysphoric Disorder. *Neuropsychopharmacology* 2016; 41():1093-1102.
23. Sylvén SM, Ekselius L, Sundström-Poromaa I, Skalkidou A. Premenstrual syndrome and dysphoric disorder as risk factors for postpartum depression, *Acta Obstet Gynecol Scand* 2013; 92:178-184.
24. Wang H, Dwyer-Linndgren L, Lofgren K, Rajaratnam J, Marcus J, Levin-Rector, et al.. Age-specific and sex-specific mortality in 187 countries, 1970-2010: a

systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet* 2012; 380(): .

25. Yonkers K, Kornstein S, Gueorguieva R, Merry B, Van Steenburgh K, Altemus M. Symptom-Onset Dosing of Sertraline for the Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2015; 72(10):
26. Zachar P, Kendler K. A Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders History of Premenstrual Dysphoric Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2014; 202(4).

Anexos

Anexo 1

HISTORIA CLÍNICA GINECOLÓGICA				
NOMBRE:		EXPEDIENTE:		
EDAD:	ESCOLARIDAD:	OCUPACIÓN:	LUGAR DE RESIDENCIA:	ESTADO CIVIL:
¿A QUÉ EDAD MENSTRUÓ POR PRIMERA VEZ?:				
¿CUANDO FUE SU ÚLTIMA MENSTRUACIÓN?				
¿CADA CUANDO MENSTRUA USTED?				
¿SU MENSTRUACIÓN ES REGULAR O IRREGULAR?				
¿LE HAN PRACTICADO ALGUNA CIRUGÍA?				
¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD CRÓNICA?				
¿ACTUALMENTE TOMA ALGÚN MEDICAMENTO? ¿CUÁL?				
EN LOS ÚLTIMOS 3 MESES, ¿HA UTILIZADO ALGUNA DROGA?				
¿QUÉ MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZA? 1. NINGUNO 2. CONDÓN 3. PASTILLAS 4. DIU 5. INYECCIONES 6. OTRO, ¿Cuál?				
<i>GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN</i>				

Anexo 2

 		<p>SECRETARÍA DE SALUD COORDINACIÓN DE INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD HOSPITAL PSIQUIÁTRICO “FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ” COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p>			
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO					
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN					
Nombre del estudio:		“Presencia del Trastorno Disfórico Premenstrual <i>provisional</i> en pacientes usuarias de Hospitalización Continua del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez durante un periodo comprendido de septiembre del 2016 a enero del 2017”			
Lugar y fecha:		Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”. INICIO: Septiembre 2016, TERMINO: Enero 2017.			
Justificación y objetivo del estudio:		Determinar si el Trastorno Disfórico Premenstrual se encuentra en pacientes internadas en el Hospital Psiquiátrico “Fray Bernardino Álvarez”.			
Procedimientos:		Se aplicarán los criterios del DSM-5 para Trastorno Disfórico Premenstrual a pacientes de la Consulta Externa.			
Posibles riesgos y molestias:		Ninguno.			
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:		Posible mejora en el entendimiento de la enfermedad.			
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:		Al término de la aplicación del instrumento se le dará a conocer al participante el resultado.			
Participación o retiro:		Cada integrante tendrá la libertad de retirarse si así lo deseara.			
Privacidad y confidencialidad:		Todos los resultados se tratarán con confidencialidad			
Disponibilidad de tratamiento médico en pacientes:		No aplica.			
Beneficios al término del estudio:		Conocer el resultado de la aplicación del instrumento, así como orientación sobre el resultado.			
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:					
Investigador Responsable:		María Teresa Alcántara Garcés. Médico Residente de 3er año de Psiquiatría			
Colaboradores:		Dra. Josefina Patricia Anzaldo Juárez/Dra. Cecilia Bautista Rodríguez/Dra. Miriam Estrada Martínez			
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse directamente con el investigador responsable, la Dra. María Teresa Alcántara Garcés al correo electrónico: garcesmaria8@gmail.com					
<hr/> Nombre y firma del sujeto		<hr/> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento			
<hr/> Testigo 1. Nombre y firma		<hr/> Testigo 2. Nombre y firma			