



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

HOSPITAL DE PSIQUIATRÍA MORELOS DE LA CIUDAD DE MÉXICO
UNIDAD MÉDICA COMPLEMENTARIA DE ALTA ESPECIALIDAD
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**ASOCIACIÓN ENTRE EL GRADO DE SATISFACCIÓN SEXUAL Y EL
DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL**

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

DRA. KAREN DEL RAZO RODRÍGUEZ

TUTORA PRINCIPAL:

DRA. VIRGINIA BARRAGÁN PÉREZ

DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

CIUDAD DE MÉXICO, OCTUBRE 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

ÍNDICE

MARCO TEÓRICO.....	4
Trastorno disfórico premenstrual (TDPM).....	4
Definición	4
Presentación clínica y diagnóstico.....	5
Etiología	7
Tratamiento.....	7
Satisfacción sexual	7
Definición	7
Factores asociados con la satisfacción sexual.....	8
ANTECEDENTES	9
JUSTIFICACIÓN	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	19
Objetivos generales:	19
Objetivos específicos:	19
DEFINICIÓN DE VARIABLES.....	20
INSTRUMENTOS.....	25
a. Escala de Detección de Síntomas Premenstruales (PSST)	25
b. Inventario de Satisfacción Sexual de Álvarez-Gayou-Millan.....	26
HIPÓTESIS	27
MATERIAL Y MÉTODOS	27
Diseño del estudio:	27
Población de estudio:.....	27
Procedimiento:	30
Análisis Estadístico:	31
CONSIDERACIONES ÉTICAS	31
RESULTADOS	33
Características sociodemográficas (SD).....	33
Características clínicas (GO)	34
Satisfacción sexual	34
Asociación entre el TDPM y las variables SD y GO	35
Asociación entre la satisfacción sexual y las variables SD y GO	38
Asociación entre el TDPM y la satisfacción sexual.....	40
DISCUSIÓN.....	41
Alcances y limitaciones del estudio:	45
CONCLUSIONES.....	47
REFERENCIAS	48
ANEXOS.....	52

RESUMEN

Introducción: El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) es definido como un conjunto de síntomas emocionales, comportamentales y somáticos incapacitantes los cuales se presentan de forma recurrente durante la fase lútea del ciclo menstrual. La gravedad y la naturaleza crónica de este trastorno conduce a un deterioro en la vida diaria de las mujeres en edad fértil, en las relaciones familiares, el desempeño laboral y la función sexual; causando gran malestar entre quienes lo padecen. El TDPM se encuentra infradiagnosticado y como consecuencia directa, poco o mal tratado, favoreciendo la automedicación. Por otro lado, la satisfacción sexual es considerada como una respuesta afectiva que surge de la evaluación subjetiva de las dimensiones positivas y negativas asociadas con la relación sexual. Se ha observado un impacto negativo de los síntomas premenstruales sobre la satisfacción sexual, aunque la asociación entre estas variables ha sido poco estudiada.

Objetivo general: Determinar la asociación entre el grado de satisfacción sexual y el trastorno disfórico premenstrual.

Metodología: Estudio transversal, observacional y descriptivo en mujeres de 16 a 49 años de edad usuarias del Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México, evaluadas entre marzo y mayo de 2021. La muestra estuvo conformada por dos grupos de 32 integrantes cada uno: mujeres con TDPM y mujeres sin el trastorno. Se aplicaron las escalas de Detección de síntomas premenstruales de Steiner y cols. (PSST)³³ y el Inventario de satisfacción sexual de Álvarez-Gayou-Millán.³⁴ Los datos se analizaron con la prueba chi cuadrada de Pearson (χ^2) mediante del programa IBM SPSS Statistics V.23.

Resultados: El 57.8% de mujeres reportó tener un grado de satisfacción alto, de ellas, 56.3% eran del grupo con TDPM y 59.4% del grupo sin TDPM. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el TDPM y la satisfacción sexual. Con respecto a las variables medidas, se encontraron asociaciones estadísticamente significativas ($p < 0.05$) entre el TDPM y el nivel educativo de bachillerato, así como entre el grado de satisfacción sexual y tener un empleo.

Conclusiones: No se encontró asociación del TDPM con el grado de satisfacción sexual, pero las investigaciones actuales distan de ser definitivas; sin embargo, se identificaron características sociodemográficas y clínicas como el nivel educativo, ocupación y el uso de métodos anticonceptivos que, si bien no resultaron significativas, sí podrían estar relacionadas con la satisfacción sexual, por lo que se sugiere retomarlas en estudios posteriores.

MARCO TEÓRICO

La fascinación por el *misterioso* funcionamiento del cuerpo femenino, históricamente, ha sido tema de debate científico y político desde 1900 a. C., según diferentes contextos socio-culturales. Durante muchos siglos, el ciclo menstrual ha tenido connotaciones negativas para las mujeres.¹ A modo de ejemplo se mencionan las interpretaciones que le infieren cierto carácter mítico, moral o social: en Egipto, se creía que las mujeres estaban eliminando impurezas y eran prohibidas en los templos durante la menstruación. En la Biblia la mujer menstruante es considerada un ser impuro que no debe ser tocado por un hombre. Inclusive Platón en 360 a. C., comparó el útero con una criatura que "deambula por el cuerpo de la mujer, bloqueando los conductos, obstruyendo la respiración y causando enfermedades".¹

Se ha sostenido, de forma generalizada, que las mujeres eran incompetentes o inestables durante el periodo menstrual, con la consiguiente exclusión de oportunidades en la educación, empleo y puestos de influencia; en la actualidad, esta visión se ha diversificado. En tiempos modernos, ha habido un progreso en el conocimiento gracias al entendimiento del papel que juegan las hormonas sexuales femeninas en el ciclo menstrual y las alteraciones del ánimo relacionadas con la menstruación, las cuales son un problema importante para algunas mujeres.²

Trastorno disfórico premenstrual (TDPM)

Definición

Antes de la década de 1980, prácticamente no había investigaciones que exploraran la afección a la que ahora nos referimos como trastorno disfórico premenstrual (TDPM). No fue hasta 1984 que un grupo liderado por David Rubinow se convirtió en el primero en estudiar de manera rigurosa y prospectiva las fluctuaciones del estado de ánimo y del comportamiento en el TDPM, demostrando un patrón ciclante. Este hallazgo fue un hito para el campo de la psiquiatría. Se demostró un mecanismo biológico causal que podría explicar los síntomas de las pacientes, suceso poco común en el área de la psiquiatría para aquel entonces.¹

En la actualidad, los trastornos premenstruales consisten en síntomas psiquiátricos y somáticos que se desarrollan dentro de la fase lútea del ciclo menstrual, afectan el funcionamiento diario normal de las mujeres y se resuelven poco después de la menstruación. Las especialidades de psiquiatría y ginecología han desarrollado diagnósticos superpuestos pero distintos, el síndrome premenstrual (SPM) y el TDPM, que denominan como trastornos premenstruales.³

El trastorno disfórico premenstrual es definido como un conjunto de síntomas emocionales, comportamentales y somáticos e incapacitantes, los cuales se presentan de forma recurrente durante la fase lútea del ciclo menstrual (la fase lútea comienza

después de la ovulación y termina con el inicio de la menstruación), comprometiendo la calidad de vida y productividad de quien los padece, así como un deterioro en el funcionamiento de las relaciones interpersonales y en el desempeño laboral y social; causando gran malestar entre las mujeres en edad fértil.⁴

Es importante delimitar que el TDPM es diferente del síndrome premenstrual (SPM) que no es patológico y es frecuente en mujeres ciclantes. Esta delimitación permite abordar las alteraciones premenstruales para no confundir variables fisiológicas normales con patología ciclante. Si bien no todas las mujeres con síndrome premenstrual tienen trastorno disfórico premenstrual, todas las mujeres con TDPM también presentan SPM.⁵

Los síntomas psicológicos y somáticos premenstruales se encuentran en un continuo de gravedad. Se estima que alrededor del 80% de las mujeres experimentan al menos un síntoma premenstrual leve; entre el 10% y el 15% experimenta síntomas premenstruales de moderados a graves y aproximadamente el 5% cumple con los criterios de diagnóstico del (TDPM), la forma más grave del síndrome premenstrual.²

La prevalencia del SPM oscila entre el 20 y el 40% y para el TDPM, entre el 3 y el 8% en mujeres en edad fértil. En un metaanálisis se encontró que el síndrome premenstrual afecta aproximadamente a la mitad de la población femenina en todo el mundo, con la prevalencia más baja en Suiza (10%) y la más alta en Irán (98%).⁶

Presentación clínica y diagnóstico

Si bien se ha reportado el inicio del TDPM en cualquier momento después de la menarca, su prevalencia aumenta entre la tercera y cuarta década de la vida, con tendencia a presentar síntomas más intensos al aproximarse a la edad menopáusica, pero que ceden después de la misma en el 70% de los casos. No se ha investigado si existe agravamiento o mejoría de la sintomatología premenstrual posterior al parto, con el uso o suspensión de anticonceptivos orales o al ser sometido a procedimientos quirúrgicos ginecológicos.^{7,8}

La variabilidad de los criterios diagnósticos y de las escalas de medida utilizadas (registros prospectivos, encuestas autoadministradas o heteroadministradas, cuestionarios retrospectivos), el tiempo de registro, los sesgos de memoria, la motivación individual en la respuesta a encuestas autoadministradas, el nivel cultural y otros factores explican las cifras de prevalencia muy variadas.²

Actualmente, el criterio diagnóstico más liberal se encuentra en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados, décima revisión, de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10), en la que se cumple el “Síndrome de tensión premenstrual” si al menos un síntoma premenstrual está presente, sin especificación de severidad y sin requisito de calificaciones prospectivas. La CIE-11 clasifica a las alteraciones premenstruales en el Capítulo 16 correspondiente a

“Enfermedades del sistema genitourinario”. Debido a esto, bajo el criterio de la CIE-11, el TDPM no se utiliza en investigación o diagnóstico clínico, porque no está definido por ningún criterio específico y carece de especificación de la gravedad.^{9, 10.}

La Asociación Psiquiátrica Americana, mediante el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales en su cuarta versión (DSM IV), había intentado clasificar y definir esta condición mediante un criterio específico e incluyó el TDPM en el Apéndice B "Conjuntos de criterios y ejes proporcionados para estudio adicional".⁹

En 2012, un comité de expertos internacionales en fisiopatología y tratamiento del trastorno disfórico premenstrual presentó al Comité Ejecutivo del DSM-5 una revisión actual y dio su recomendación para la inclusión del TDPM en dicho manual, clasificándolo como categoría diagnóstica completa.¹¹

Al definir el TDPM, los síntomas del estado de ánimo son clave. Tanto el diagnóstico según DSM-IV como el DSM-5 se basan en que los síntomas se deben presentar durante la última semana previa al inicio de la menstruación, empezar a mejorar a los pocos días del inicio de la misma, siendo mínimos o ausentes durante las semanas posteriores y deben estar presentes en la mayoría de los ciclos del año pasado. Al menos cinco síntomas físicos, afectivos y/o conductuales deben estar presentes, incluyendo al menos un síntoma clave/básico (marcada labilidad afectiva, irritabilidad, estado depresivo o ansiedad); los otros síntomas incluyen disminución en el interés de actividades usuales, dificultad para concentración, pensamientos de autocrítica, poca energía, cambios en patrón de sueño o apetito y sensación de perder el control, que a menudo se caracterizan por un aumento de los conflictos interpersonales. La aparición de los síntomas debe confirmarse mediante calificaciones diarias prospectivas para 2 ciclos menstruales, hasta entonces se hace el diagnóstico confirmatorio, de lo contrario es un diagnóstico presuntivo.² Tomando en cuenta lo anterior, el TDPM se encuentra infradiagnosticado y como consecuencia directa, poco o mal tratado, favoreciendo la automedicación.¹²

El DSM-5 marca la presencia de una clara asociación de los síntomas ya descritos con un “malestar clínicamente significativo” o interferencia con el trabajo, la escuela, las actividades habituales o las relaciones con los demás; asociándose con una disminución significativa de la calidad de vida. Se establecen características entre tres tipos diferentes de deterioro: ocupacional (en el trabajo, en el hogar o en la escuela), recreativo (en actividades sociales y pasatiempos) e interpersonal (en las relaciones con otros). Estudios previos han comparado la prevalencia de estos tres tipos de deterioro, siendo significativamente mayor el grado de disfunción en las relaciones interpersonales (relaciones de pareja o con los hijos) en comparación con mujeres diagnosticadas con trastorno depresivo mayor o distimia, donde se muestra una mayor afectación en áreas recreativas y ocupacionales.¹³

Durante al menos 70 años, la literatura profesional ha vinculado la sintomatología premenstrual sólo con síntomas psicoemocionales, sin abordar el tema de cómo la sexualidad de la mujer puede verse influenciada por la presencia del síndrome premenstrual o del trastorno disfórico premenstrual.¹⁴

Etiología

Respecto a la etiología del trastorno disfórico premenstrual, actualmente no existe un consenso, aunque los factores biológicos, genéticos, psicológicos, ambientales y sociales parecen jugar un papel muy importante. Existen teorías respecto a la etiología y fisiopatología del TDPM que incluyen una respuesta diferente (mujeres con mayor vulnerabilidad) a las fluctuaciones normales de las hormonas sexuales (progesterona, estradiol y GnRH) y que incluyen al sistema serotoninérgico y GABAérgico, el neuroesteroide alopregnenolona como metabolito de la progesterona a nivel de sistema nervioso central, alteraciones en el metabolismo del calcio, hormonas tiroideas, prolactina, cortisol y melatonina; así como cambios en la fase lútea que involucran a los circuitos cerebrales relacionados con las funciones emocional y cognitiva.¹⁵

Tratamiento

En cuanto al tratamiento, el objetivo es aliviar los síntomas premenstruales somáticos y afectivos. Los factores que deben tenerse en cuenta incluyen la gravedad de los síntomas, la respuesta a tratamientos anteriores, las necesidades de anticoncepción, los planes de concepción y las preferencias de modalidad de tratamiento.

Los tratamientos más sistemáticamente estudiados se han enfocado en la corrección de la desregulación de neurotransmisores o neuroesteroides con antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), o la eliminación de las fluctuaciones hormonales mediante la supresión de la ovulación (análogos de GnRH). Existe una escasez relativa de datos sobre otros tratamientos farmacológicos. Se ha descubierto que los cambios en el estilo de vida, que incluyen comidas pequeñas y equilibradas, frecuentes, ricas en carbohidratos complejos y bajas en sal; grasas y cafeína, ejercicio regular, dejar de fumar, restricción de alcohol y sueño regular, pueden ser útiles como manejo no farmacológico para el TDPM.²

Satisfacción sexual

Definición

Lawrance & Byers en 1995, definieron a la satisfacción sexual como "una respuesta afectiva que surge de la evaluación subjetiva de las dimensiones positivas y negativas asociadas con la relación sexual". La satisfacción sexual puede abarcar múltiples significados para las personas, dependiendo de sus experiencias vividas y su

subjetividad. Se incluye el grado de gratificación y bienestar que se evidencia a través de las reacciones emocionales y la comunicación verbal y no verbal con la pareja. Las personas que mantienen relaciones sexuales satisfactorias, alcanzan una mejor calidad de vida en general, situación que les permite tomar decisiones más certeras, estabilidad emocional, felicidad sexual en el ámbito de la pareja y soluciones de problemas afectivos y funcionales.^{16,17}

La satisfacción sexual es un derecho humano y se considera un componente clave de una sexualidad sana y positiva; es fundamental para el desarrollo de una sexualidad saludable durante toda la vida y cuyos cimientos están arraigados en la adolescencia. Los beneficios de desarrollar una sexualidad satisfactoria incluyen el disfrute de experiencias físicas y emocionales gratificantes a lo largo de la vida.¹⁸

La satisfacción sexual, por otro lado, es un constructo multidimensional que incluye factores físicos, fisiológicos y emocionales. La investigación con adultos y adolescentes ha coincidido en la conveniencia de explorarla de manera integral, a través de marcos interpretativos y modelos ecológicos. En este sentido, se hipotetiza que el desarrollo individual se ve afectado por la interacción entre las características individuales y las condiciones ambientales y sociales, que se organizan en cuatro niveles interrelacionados: microsistema, mesosistema, exosistema y el macrosistema.^{17,18}

De forma breve, el microsistema se refiere a las características propias de cada individuo como el género, edad, lugar de residencia, padecer enfermedades crónicas o trastornos psiquiátricos incluyendo el manejo de los mismos, consumo de sustancias (alcohol, tabaco, etc.), rasgos de personalidad, autoestima, orientación sexual, entre otras. El siguiente nivel corresponde al mesosistema el cual se centra en las relaciones de pareja y los aspectos asociados con asertividad sexual, la comunicación, funcionamiento sexual, infertilidad y otras disfunciones sexuales que se pudiesen presentar. El tercer nivel es el exosistema, el cual comprende las relaciones familiares, el apoyo social, el estatus económico y las situaciones estresantes en el ámbito familiar, laboral o financiero. Finalmente, el macrosistema involucra factores culturales y sociales como la ideología política, creencias religiosas y espiritualidad.¹⁸

Factores asociados con la satisfacción sexual

La satisfacción sexual está influenciada por algunos factores psicosomáticos (síntomas depresivos y de ansiedad), así como factores relacionados con la pareja como la trascendencia del vínculo afectivo satisfactorio. De los componentes de la satisfacción sexual, se ha investigado que el amor y la comunicación parecen ser igualmente relevantes para mujeres y hombres, resaltando la importancia que se otorga al aspecto afectivo en la relación sexual, siendo de menor peso los aspectos físicos del placer erótico y el orgasmo.¹⁶

La correlación de factores socioeconómicos, del estilo de vida y reproductivos con la satisfacción sexual se ha ido revelando en varios estudios, destacando poca actividad física, consumo de tabaco y alcohol, nivel educativo bajo, número de embarazos, partos o abortos; mala relación con la pareja, no tener pareja sexual fija, disfunciones sexuales en la pareja como eyaculación precoz y disfunción eréctil.¹⁹

Álvarez y cols. (2015), mencionan que la satisfacción sexual está compuesta por 6 factores: el factor afectivo referente a la presencia de estados emocionales diversos, el factor de bienestar que está relacionado con lograr una sensación agradable y placentera; el factor erotismo se refiere a la respuesta sexual desencadenada; el factor respeto y responsabilidad en relación a la consideración recibida y proporcionada por la pareja; el factor de estímulos sensoriales relacionado con la participación de los órganos de los sentidos y el factor de comunicación referente a la expresión de los propios sentimientos y a la percepción de los sentimientos de la pareja.¹⁶

La presencia de síntomas mentales y físicos afectan las relaciones sociales de las parejas de forma leve a severa. Los trastornos del estado de ánimo afectan el sentido de la persona de sí misma, del mundo en el que vive y de quienes están conectados con ella de tal manera que problemas como la ansiedad, el estrés, la depresión, la agresión y la ira, suelen ser la razón de la mayoría de las disputas y divorcios. Como resultado, se presenta una alteración en la vida de pareja.¹⁹

La satisfacción conyugal incluye los sentimientos objetivos de felicidad, placer, satisfacción y alegría que experimentan las parejas en todas las dimensiones de la vida, como las relaciones de pareja, la situación económica y los hijos. La satisfacción conyugal existe cuando el estado existente en las relaciones de pareja es consistente con el estado esperado. Parece que de entre los índices relacionados con la satisfacción conyugal, se encuentran el ajuste personal, la formación de los aspectos de pareja, satisfacción sexual, el nivel de ingresos, la educación y la edad para contraer matrimonio.¹⁹

Finalmente, y con base en lo anterior, es importante señalar que los trastornos menstruales no sólo deben verse como un problema exclusivo de la mujer o como un fenómeno estático, sino que son el resultado de la interacción continua de factores materiales, discursivos e intrapsíquicos con el entorno familiar como escenario principal de operaciones.²⁰

ANTECEDENTES

El TDPM, como ya se señaló en párrafos anteriores, se trasladó recientemente a una categoría de diagnóstico completa en el DSM-5. Este trastorno se caracteriza por

síntomas psicológicos como la irritabilidad, labilidad emocional, ansiedad y depresión, así como síntomas somáticos que incluyen edema, aumento de peso, mastalgia, cefalea, síncope y parestesias. Los síntomas a menudo ocurren en la última semana antes de la menstruación y se reducen durante la menstruación. Estos síntomas tienen efectos negativos en el trabajo, la escuela y las actividades sociales.^{21, 22}

Según diferentes investigaciones, la prevalencia de los trastornos premenstruales varía considerablemente según la metodología y los instrumentos de evaluación utilizados. La prevalencia mundial del trastorno disfórico premenstrual oscila entre el 3% y el 8%, con una variabilidad entre culturas y grupos étnicos.

En Bulgaria, se realizó un estudio transversal en 350 mujeres de 18 a 50 años de edad, con el objetivo de medir la prevalencia del TDPM en dicha población. Se encontró que el 32.1% de las mujeres participantes cumplían criterios para algún trastorno premenstrual, de las cuales el 16.7% presentaban síntomas premenstruales moderados a severos, considerándolos como trastorno disfórico premenstrual. Los autores concluyeron que se encontró una prevalencia mayor a la reportada mundialmente, asociándolo a las diferencias en el contexto sociocultural y étnico de la población de estudio.²³

El desafío para realizar el diagnóstico y la clasificación del trastorno disfórico premenstrual es distinguir a las mujeres que necesitan tratamiento de las que no tienen relevancia clínica. La herramienta de detección de síntomas premenstruales (PSST) es un cuestionario de detección rápida y eficaz, así como un punto de partida importante para una evaluación adicional. Henz y cols. en 2017 realizaron en Rio Grande do Sul, Brasil un estudio transversal que incluyó 127 mujeres entre 20 y 45 años de edad con síntomas de síndrome premenstrual y menstruaciones cíclicas, donde se les evaluó en términos de peso, altura e índice de masa corporal; se les solicitó responder el módulo de estado de ánimo del cuestionario de evaluación de trastornos mentales en atención primaria (PRIME-MD). Se encontró que el 30% de las mujeres, se negaron a participar en el estudio porque no querían llenar un registro diario de síntomas premenstruales; mostrando buena aceptación para la realización del PSST. El mantenimiento de registros diarios de síntomas puede incluso causar resistencia a futuras ofertas de tratamiento. Por tanto, concluyen que el PSST debe considerarse como una herramienta de detección, recomendando que los casos positivos de síndrome premenstrual o trastorno disfórico premenstrual diagnosticados por PSST se evalúen más a fondo mediante el diario de síntomas premenstruales (DRSP).²⁴

Aproximadamente del 70 al 90% de las mujeres en edad reproductiva experimentan al menos algún grado de sintomatología premenstrual. Se han realizado trabajos previos que demuestran que el deterioro promedio y la reducción de la calidad de vida que se

encuentran en el trastorno disfórico premenstrual son similares en gravedad a los del trastorno distímico y no mucho más bajos que los del trastorno depresivo mayor.¹⁵

La morbilidad asociada con el trastorno disfórico premenstrual se debe a la gravedad de los síntomas, la cronicidad, la angustia emocional resultante o el deterioro en el trabajo, las relaciones interpersonales y las actividades diarias. Se han realizado estudios con el objetivo de identificar los factores demográficos y menstruales asociados, uno de ellos es el realizado por Raval y cols. (2016), en 529 estudiantes de 17-30 años de edad en la India, mediante un estudio transversal donde compararon los síntomas premenstruales más comunes utilizando el cuestionario PSST. Se encontró que el TDPM estaba asociado con un grupo de edad relativamente joven (20 años de edad), sin encontrar diferencias significativas con respecto a la residencia, la religión y el estado civil, destacando una mayor tasa de TDPM/SPM en mujeres que estudiaban carreras con niveles altos de estrés. Se encontró una diferencia significativa con una mayor cantidad de días de sangrado en comparación con quienes presentaban síntomas leves o inexistentes. Respecto al deterioro funcional, el más significativo fue el relacionado con la eficiencia y productividad laboral o escolar, reportándolo en un 46.8%, seguido del deterioro en sus relaciones interpersonales con amigos, compañeros de clase o trabajo.²²

Con el objetivo de estudiar la gravedad y los determinantes sociodemográficos y dietéticos del síndrome premenstrual, en 2012, Oral y cols. realizaron un estudio transversal en 236 estudiantes de medicina de la Universidad Ataturk en Erzurum, Turquía; las cuales no padecían ninguna patología metabólica ni psiquiátrica y no utilizaban anticonceptivos orales ni psicofármacos. El 5.5% reportaron sintomatología premenstrual grave con un promedio de días de sangrado mayor a 6 días, así como ciclos irregulares en un 35%. No se encontró relación entre las variables sociodemográficas y la gravedad de los síntomas premenstruales, excepto con los hábitos nutricionales, es decir, los niveles más altos de carbohidratos y el consumo de comida chatarra se relacionaron con puntuaciones más altas de los síntomas premenstruales.²⁵

En 2019, Bhuvanewari y cols. realizaron un estudio transversal en una universidad de mujeres en la localidad de Puducherry en la India, aplicaron cuestionarios autoadministrados a 300 estudiantes de 18 a 22 años de edad de las carreras de ciencias con la finalidad de analizar los factores dietéticos y del estilo de vida asociados con el SPM/TDPM. Se recopiló el perfil sociodemográfico y detalles del ciclo menstrual de cada participante, así como la evaluación de la sintomatología menstrual mediante la Shortened Premenstrual Assessment Form (SPAF) y una lista de síntomas basada en los criterios del DSM-5 para el TDPM. No se encontraron variaciones importantes respecto a la edad de la menarca y duración del ciclo menstrual siendo mayoritariamente de características regulares. Los factores del estilo de vida como la actividad física, el

consumo de cafeína y el consumo de dulces y comida chatarra tuvieron una asociación significativa con el SPM y TDPM, aunque señalaron como limitante el no haber utilizado métodos estrictos para medir las características de la dieta, la actividad física y otros factores del estilo de vida.²⁶

Por otro lado, se han reportado variaciones respecto al perfil de presentación de sintomatología premenstrual grave según la edad. Al respecto, el estudio publicado por Folgado y cols. en 2018, categorizó las características sociodemográficas y gineco-obstétricas en una población de 45 mujeres de 18 a 45 años que acudieron a un hospital en la localidad de Valencia, España. El perfil de las participantes que reportaron sintomatología premenstrual grave correspondió con mujeres jóvenes menores de 25 años, estudiantes y con nivel educativo de licenciatura. Los autores analizaron la muestra por rangos de edad, encontrando que el 41.2% de las mujeres de 26 a 35 años de edad, rango de edad en la que el TDPM suele debutar, estuvieron desempleadas; observándose lo opuesto a medida que incrementó la edad, es decir, el 66.8% de las mujeres mencionaron tener un empleo.¹²

En cuanto al efecto de los síntomas premenstruales en la vida diaria, en un estudio citado por Karimiankakolaki y cols., se revela que las mujeres que padecían TDPM no solían buscar asistencia médica a pesar del deterioro en su funcionalidad, y muchas de las que buscaban atención médica, no obtuvieron una respuesta adecuada a sus demandas.²⁷

Se han realizado varios estudios sobre el impacto de los trastornos premenstruales en la vida de las parejas y la satisfacción conyugal; Shaadmadi y cols. (2018), investigaron las consecuencias del trastorno disfórico premenstrual en la vida de 240 parejas y la intensidad de los síntomas premenstruales; encontrando que temas como el aumento de conflictos, divorcios y la disminución de la comunicación en la familia fueron los problemas más frecuentes.¹⁹

El impacto en el entorno personal o familiar de las mujeres con sintomatología premenstrual y la gravedad de la misma, se exploraron en algunos estudios, como el realizado por Fehlner y cols. encontrando evidencia del impacto negativo en la satisfacción general con la pareja; así como del apoyo percibido de la pareja masculina respecto a la gravedad de los síntomas premenstruales, es decir, las mujeres que percibían estar en una relación infeliz, informaron síntomas premenstruales más graves que las mujeres que se percibían en relaciones felices. La semana antes de que comenzara la menstruación se denominó la "fase vulnerable", donde era más probable que se produjera un cambio en la satisfacción existente en la relación o sentimientos de sobrecarga.²⁰

De acuerdo con los resultados obtenidos por Karimiankakolaki y cols. sobre la relación entre el TDPM y la satisfacción conyugal, se encontró que las mujeres con este trastorno estaban más insatisfechas, en comparación con las personas no afectadas. La mayoría de las mujeres con SPM/TDPM se quejan de que los hombres no se dan cuenta de sus condiciones de salud física y psicológica en el período premenstrual, por lo tanto, esta falta de conocimiento conduce a la impaciencia, el estrés y la contradicción, que finalmente resulta en la ruptura de la relación.²⁷ Por lo anterior, dichos autores reportaron la existencia de una correlación directa entre el estrés y el trastorno disfórico premenstrual.²⁷

Se ha comparado la relación entre parejas antes y después de la menstruación, mostrando niveles reducidos de satisfacción marital en el período premenstrual.²⁷ En consecuencia, la gravedad de los síntomas premenstruales se ha asociado con mayores niveles de insatisfacción según lo investigado por Karimiankakolaki y cols. en 2019.

La investigación sobre la satisfacción sexual es limitada; sin embargo, Nowosielski y cols. citan que en estudios previos se encontró que las mujeres con TDPM estaban más insatisfechas con las relaciones maritales y sexuales. La correlación de factores socioeconómicos, del estilo de vida y reproductivos con la satisfacción sexual fue revelada en este estudio, destacando una baja actividad física, consumo de tabaco y alcohol, nivel educativo bajo, nivel socioeconómico bajo y el número de embarazos, partos o abortos espontáneos. La baja satisfacción sexual se asoció significativamente con una mala relación con la pareja, el no tener pareja sexual fija y la presencia de disfunción sexual de la pareja como disfunción eréctil o eyaculación precoz.¹⁴

Asimismo, se han encontrado que el consumo excesivo de alcohol se ha relacionado con una mayor probabilidad de presentar alteraciones en la satisfacción sexual en función de la cantidad ingerida de alcohol; esto es, una ingesta limitada se relacionó con un aumento subjetivo de la satisfacción sexual.

Por último, Nowosielski y cols. han sugerido una asociación positiva entre el uso de anticonceptivos (anticonceptivos orales y dispositivos intrauterinos) y la satisfacción sexual. Sin embargo, estas asociaciones difieren según el tipo de método anticonceptivo; también se han informado algunas diferencias culturales. La influencia de la edad en la satisfacción sexual sigue siendo una cuestión sin resolver. Nowosielski y cols. citan que las mujeres de mayor edad tienen más probabilidades de sufrir disfunciones sexuales y otros afirman que no parece estar relacionada con la edad.¹⁴

JUSTIFICACIÓN

Dentro de los trastornos premenstruales, el SPM es el más leve y común, observado en hasta el 75% de las mujeres.²⁸ La prevalencia estimada del TDPM, la forma de presentación más grave del síndrome premenstrual, es aproximadamente del 3% al 8% durante la edad reproductiva. Sepede y cols. refieren que en muestras comunitarias de mujeres jóvenes, se ha reportado una prevalencia de hasta el 17.6%, cifra que varía de acuerdo al método de tamizaje aplicado, así como las características de la población de estudio.²⁸

De acuerdo a la Encuesta Intercensal (EIC) realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el año 2015, se estimó una población total de 119,938,473 habitantes, de los cuales, alrededor del 27.3% de las mujeres se encuentran entre los 15-49 años de edad, rango calificado por la Organización Mundial de la Salud como correspondiente a la edad reproductiva. Tomando en cuenta estos datos y la prevalencia estimada del TDPM a nivel mundial, se podría estimar que la cantidad de mujeres afectadas por el TDPM en México se encontraría en un rango de 504,900 a 1,346,400.²⁹

En México, se ha reportado una prevalencia del TDPM hasta del 27.3%, describiendo una mayor frecuencia de síntomas físicos, seguido de los síntomas afectivos o conductuales. Sin embargo, a pesar del deterioro en la funcionalidad de quienes lo padecen, no hay evidencia de la búsqueda de tratamiento médico o farmacológico por parte de las afectadas. Lo anterior ejemplifica la presencia de un porcentaje mayor de prevalencia al registrado en la bibliografía, siendo la única cifra descrita en población mexicana a la fecha.³⁰

El inicio del TDPM suele ser durante la adolescencia tardía o adultez temprana, pero el trastorno a menudo se diagnostica después de muchos años de síntomas no reconocidos y no tratados, con un impacto significativamente negativo en la calidad de vida.²⁸ La gravedad y la naturaleza crónica y ciclante del TDPM conduce a un deterioro en las actividades de la vida diaria de la mujer, el desempeño laboral, las relaciones familiares y la función sexual.²¹

El número de estudios realizados sobre el TDPM va en aumento, sin embargo, se necesitan más estudios para caracterizar a las mujeres con TDPM, describiendo las variables sociodemográficas asociadas y estimando la magnitud de los efectos de este trastorno en la vida diaria de las afectadas, con el fin de favorecer el acceso oportuno al tratamiento, probar la efectividad del mismo, así como diseñar posibles estrategias de prevención que mejoren la calidad de vida de quienes sufren este trastorno.²¹

De los tres tipos de disfunción asociada al TDPM (ocupacional, recreacional e interpersonal), existe evidencia de que el deterioro interpersonal puede ser una

característica particularmente fuerte y significativa del mismo, seguido de un deterioro tanto en el ámbito recreativo como en el ocupacional. En estudios previos se ha encontrado que la presencia significativa de síntomas emocionales se asocia a una mayor alteración en las relaciones de pareja y con los hijos, repercutiendo en la función sexual.^{13, 31}

Pocos estudios han evaluado el impacto de la sintomatología premenstrual grave en la función sexual femenina y el malestar relacionado con la sexualidad. Algunos de ellos han reportado un riesgo dos veces mayor en mujeres con TDPM o sintomatología premenstrual grave, de presentar mayor insatisfacción en las relaciones maritales y sexuales en comparación con mujeres sanas. De igual manera, se ha descrito como un factor de riesgo importante para presentar alguna disfunción sexual dada la recurrencia de los síntomas a lo largo de la etapa reproductiva de la mujer, sin describir la naturaleza y características de la misma.³¹

Los tabúes religiosos y culturales en torno a la vivencia de la sexualidad en las relaciones de pareja han limitado la búsqueda de servicios de atención médica para tratar problemas sexuales, perpetuando la disfunción al no recibir tratamiento específico. En la práctica clínica, es posible evaluar los problemas sexuales en pacientes diagnosticados con TDPM o sintomatología premenstrual grave con la finalidad de limitar el deterioro interpersonal, ocupacional y recreacional, incluso, se podría ampliar el estudio de mujeres con disfunciones sexuales primarias al someterse a pruebas de tamizaje para TDPM.³¹

Según estos hallazgos previos, no se pueden ignorar los efectos de los síntomas emocionales, físicos y conductuales en la vida diaria, las actividades sociales y en las relaciones interpersonales de las mujeres afectadas. Si se realiza un mayor reconocimiento y descripción de los síntomas y su impacto, se podrían desarrollar programas educativos o de tamizaje para ayudar a identificar a las mujeres y parejas susceptibles a fin de mejorar su calidad de vida.²⁷

Por tanto, el conocer y describir las características asociadas al TDPM en nuestra población, permitirá un mayor acercamiento y comprensión del tema, aportando datos relevantes y novedosos que, sin duda, servirán para identificar oportunamente este trastorno y las disfunciones asociadas al mismo. Este estudio pretende sentar las bases para realizar estudios extensos sobre este fenómeno en el país, de forma que ayude a desarrollar estrategias de detección y tratamiento oportuno, con la finalidad de reducir el impacto del TDPM en la satisfacción sexual de las mujeres mexicanas; así como reconocer los factores que pudieran estar influyendo en la vivencia y percepción de la sexualidad femenina.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los síntomas premenstruales se encuentran en un continuo de gravedad. Se ha estimado que del 70 al 90% de las mujeres en edad reproductiva experimentan al menos algún grado de sintomatología premenstrual, siendo el 80% de forma leve y aproximadamente el 5% la forma más grave del SPM, que se conoce como TDPM.²

El TDPM es una afección de salud mental prevalente que afecta el bienestar físico y psicológico de las mujeres, sin embargo, está infradiagnosticado. La anamnesis y el análisis cuidadoso con respecto a la sintomatología premenstrual deben ser una norma aplicable en todas las pacientes que se presentan con un psiquiatra.¹⁵

Actualmente se considera que la prevalencia mundial del TDPM es del 3 al 8%. Lanza di Scalea y cols. señalan que el estudio de la prevalencia del TDPM en muestras comunitarias ha sido desafiante debido a los estrictos criterios del DSM-5 que incluyen la medición prospectiva de los síntomas, la exclusión de otros trastornos psiquiátricos, físicos y la evaluación del deterioro funcional. La mayoría de las estimaciones de prevalencia se han realizado sin el requisito de dichas evaluaciones prospectivas.² Según lo descrito por estos autores, en América del Norte y Europa, secundario a la variabilidad cultural, la prevalencia se reporta del 2% en mujeres japonesas de 15 a 49 años de edad; en algunos otros países hasta del 10%, con mayores estimaciones de prevalencia en el extremo superior de este rango de edad. Contrario a lo reportado en países del medio oriente y América del Sur, donde se han observado cifras de prevalencia más altas en adolescentes que oscilan del 20-30%.²

Las cifras en adultos han sido poco consistentes en varios continentes y poblaciones étnicas, reportando mayor predominio de síntomas emocionales en algunas poblaciones y en otras de síntomas físicos.²

Se debe considerar que el diagnóstico de TDPM se puede realizar utilizando criterios no sólo del DSM-5, sino también criterios de la CIE-10 y el Colegio Americano de Obstetras y Ginecólogos (ACOG, por sus siglas en inglés), teniendo como resultado una importante variabilidad de los criterios diagnósticos, de las escalas de medida utilizadas y el tiempo de registro; a todo esto se agregan los sesgos de memoria, la motivación individual en la respuesta a encuestas autoadministradas, el nivel cultural y otros factores que exponen las dificultades para realizar el diagnóstico confirmatorio o presuntivo y por consiguiente, las cifras de prevalencia tan variadas.²

El inicio del TDPM suele ser durante la adolescencia tardía o adultez temprana, pero el trastorno a menudo se diagnostica después de muchos años de síntomas no reconocidos y no tratados, con un impacto significativamente negativo en la calidad de vida.²⁸

El desafío para realizar el diagnóstico y la clasificación del trastorno disfórico premenstrual es distinguir a las mujeres que necesitan tratamiento de las que no tienen relevancia clínica.²⁴

Se han realizado trabajos previos que demuestran que el deterioro promedio y la reducción de la calidad de vida que se encuentran en el TDPM son similares en gravedad a los del trastorno distímico y no mucho más bajos que los del trastorno depresivo mayor.¹³

Las investigaciones recientes han evidenciado un papel relevante de los síntomas premenstruales en la vida diaria de las mujeres. Sus efectos van desde un deterioro leve hasta una incapacidad total para realizar actividades laborales durante la fase aguda de los síntomas. Se ha estimado que el daño económico resultante de los costos indirectos causados por el SPM y el TDPM está relacionado a una disminución de la productividad o incluso a la ausencia total al trabajo.²⁰

Siguiendo esta misma línea, Fehlner y cols., en 2018, reportaron que un elevado número de mujeres que padecían SPM/TDPM presentaron alteraciones en el trabajo o la escuela (36%), menor productividad (58%), alteraciones en la vida social (44%) o un impacto negativo en la vida familiar (44%) secundario a la sintomatología. Se observó que la gravedad de los síntomas afectivos/emocionales está asociada con el deterioro social, mientras que los síntomas físicos están relacionados con mayor deterioro ocupacional.^{20,32}

Esto se relaciona con el “malestar clínicamente significativo” reportado en el DSM-5, asociándose una disfunción significativa en las relaciones interpersonales (relaciones de pareja o con los hijos) en comparación con mujeres diagnosticadas con trastorno depresivo mayor o distimia, donde se muestra una mayor afectación en áreas recreativas y ocupacionales, según lo reportado por Schmalenberger y cols. en 2017.¹³

La sintomatología premenstrual se ha vinculado sólo con síntomas psicoemocionales, sin abordar el tema de cómo la sexualidad de la mujer puede verse influenciada por la presencia del SPM/TDPM. Aunque los comportamientos sexuales de las mujeres varían durante el ciclo menstrual, se ha encontrado afectación sólo en el interés sexual expresado verbalmente; sin embargo, aún no se ha establecido el impacto de los síntomas premenstruales (SPM y TDPM) en la satisfacción sexual, las disfunciones y los comportamientos sexuales.¹⁴

La función sexual en mujeres está influenciada por factores hormonales, psicológicos, socioculturales, así como de la propia relación de pareja, influyendo significativamente en la satisfacción sexual. Se ha descrito que las mujeres que padecían alguna alteración premenstrual que limitaba su funcionalidad sexual no solían buscar asistencia médica y

muchas de las que buscaban atención médica, no obtuvieron una respuesta adecuada a sus demandas.²⁷

A pesar de la importancia de la satisfacción sexual, muy pocos estudios la han examinado, así como los factores que ayudan a potenciarla o disminuirla.¹⁸

Esto trae consigo una afectación grave en las relaciones interpersonales, cobrando mayor importancia la relación de pareja, debido a la trascendencia del establecimiento de un vínculo afectivo satisfactorio, el cual no se suele realizarse de forma adecuada, así como la presencia de síntomas emocionales y conductuales que suelen afectar la comunicación de la pareja, pudiendo ser una razón de la mayoría de las disputas y divorcios.¹⁹

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la asociación entre el grado de satisfacción sexual y la presencia de trastorno disfórico premenstrual?

Objetivos generales:

Determinar la asociación entre el grado de satisfacción sexual y el trastorno disfórico premenstrual.

Objetivos específicos:

- Explorar las características sociodemográficas y clínicas asociadas con el TDPM.
- Conocer el grado de satisfacción sexual en el grupo de participantes.
- Explorar las características sociodemográficas y clínicas asociadas con el grado de satisfacción sexual.
- Comparar el grado de satisfacción sexual en el grupo de mujeres que tienen TDPM comparadas con quienes no lo tienen.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Trastorno disfórico premenstrual	Conjunto de síntomas emocionales, comportamentales y somáticos incapacitantes los cuales se presentan de forma recurrente durante la fase lútea del ciclo menstrual, comprometiendo la calidad de vida y productividad de quien los padece, así como un deterioro en el funcionamiento de las relaciones interpersonales, el desempeño laboral y social.	Se establecerá la presencia o ausencia del trastorno disfórico premenstrual clasificándose como: <ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de TDPM: cuando se cumpla al menos una de las condiciones en la escala PSST para el diagnóstico (independientemente de la severidad). 2. Ausencia de TDPM: Cuando no se cumplan ninguna de las condiciones diagnósticas en la escala PSST. 	Escala de Detección de Síntomas Premenstruales de Steiner y cols. (PSST). ³³	Nominal Dicotómica	Cualitativa

Satisfacción sexual	Es la respuesta afectiva que surge de la evaluación subjetiva de las dimensiones positivas y negativas asociadas con la relación sexual. Se incluye el grado de gratificación y bienestar que se evidencia a través de las reacciones emocionales, la comunicación verbal y no verbal con la pareja.	Se registrará el grado de satisfacción sexual en todas las participantes. Se codificará como: 1. Baja: (29-110 puntos). 2. Media: (111-123 puntos). 3. Alta: (124-145 puntos).	Inventario de Satisfacción Sexual de Álvarez-Gayou-Millan. ³⁴	Ordinal	Cualitativa
Edad	Número de años cumplidos desde el nacimiento a la fecha	Se registrará la edad en años que externe la participante	Formato de datos generales	De razón	Cuantitativa
Estado civil	Es la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra con quien se crean lazos jurídicos.	Se registrará el estado civil externado por la participante. Se considerará: 1. Soltera 2. Casada/ unión libre 3. Divorciada 4. Viuda	Formato de datos generales	Nominal, politómica	Cualitativa

<p>Nivel educativo</p>	<p>Se refiere al máximo grado de estudios aprobado por las personas en cualquier nivel del Sistema Educativo Nacional o su equivalente en el caso de estudios en el extranjero</p>	<p>Se registrará el nivel de escolaridad externado por la participante. Se considerará:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria/ bachillerato 4. Carrera técnica 5. Licenciatura 6. Posgrado 	<p>Formato de datos generales</p>	<p>Nominal, politómica</p>	<p>Cualitativa</p>
<p>Ocupación</p>	<p>Tipo de trabajo/ labor desempeñada y que genera recursos económicos.</p>	<p>Se registrará la ocupación externada por la participante, considerando:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estudiante 2. Hogar 3. Empleada 4. Pensionada 	<p>Formato de datos generales</p>	<p>Nominal, politómica</p>	<p>Cualitativa</p>

Actividad física	Se considera actividad física a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía.	Se registrará si la participante realiza o no actividad física (aeróbica o anaeróbica) según lo considerado por la OMS como normal para el rango de edad acorde a la población de estudio. Se codificará como: 1. Presencia de actividad física: >2.5 horas a la semana. 2. Ausencia de actividad física: <2.5 horas a la semana.	Formato de datos de generales.	Nominal Dicotómica	Cualitativa
Menarca	Primer episodio de sangrado vaginal de origen menstrual, o primera hemorragia menstrual de la mujer.	Se registrará la edad en años proporcionada por la participante.	Formato de datos generales	De razón	Cuantitativa
Ciclo menstrual	Ciclo periódico de cambios hormonales desde el principio del período menstrual hasta el principio del período siguiente.	Se registrará el ritmo/frecuencia del ciclo menstrual proporcionado por la paciente. Se codificará como: 1. Regular: ciclos menstruales de 21-28 días. 2. Irregular: ciclos menstruales <21 días y/o >28 días.	Formato de datos generales	Nominal dicotómica	Cualitativa

Gestas	Número total de embarazos que ha tenido una mujer, incluyendo abortos.	<p>Se registrarán el número total de embarazos incluyendo partos, cesáreas y abortos proporcionados por la participante, con posterior agrupamiento en 2 categorías. Se codificará como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de embarazos: al menos haber tenido 1 parto, cesárea o aborto. 2. Ausencia de embarazos: Cero partos, cesáreas o abortos. 	Formato de datos generales	Nominal dicotómica	Cualitativa
Anticoncepción	Conjunto de métodos o sustancias empleados para evitar la fecundación y por consiguiente el embarazo.	<p>Se registrará la presencia o ausencia de algún método de planificación familiar (MPF) utilizado por el participante, considerándose:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Presencia de MPF. 2. Ausencia de MPF. 	Formato de datos generales	Nominal, Dicotómica	Cualitativa

INSTRUMENTOS

a. Escala de Detección de Síntomas Premenstruales (PSST)

La escala de detección de síntomas premenstruales (PSST, por sus siglas en inglés), es una herramienta de detección efectiva, sencilla y amigable para realizar un tamizaje de mujeres que padecen síndrome premenstrual.³³ Fue realizada por M. Steiner y cols. en 2003 ($k= 0.104$, 95%IC y $p= 0.039$). La prueba muestra una alta sensibilidad (79%) y especificidad (60%).

La escala abarca una lista de síntomas premenstruales, así como los grados de severidad de acuerdo con los criterios DSM-5 para el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM), la fase más grave del síndrome premenstrual.

Los síntomas que explora la escala son: irritabilidad, ansiedad, labilidad o con mayor sensibilidad al rechazo, estado de ánimo deprimido o desesperanza, disminución del interés en actividades laborales, del hogar y sociales, dificultad para concentrarse, fatiga o pérdida de energía, aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, sensación de estar agobiado o fuera de control y una descripción de los síntomas físicos tales como mastalgia, cefalea, dolor muscular, hinchazón o aumento de peso. Además, valora el impacto de tal sintomatología en las diferentes áreas de funcionalidad: laboral, escolar, actividades sociales y en las relaciones interpersonales.

Finalmente, para estimar la experiencia con los síntomas y su efecto en la funcionalidad, se registra el nivel de acuerdo o desacuerdo (tipo likert) con el enunciado contemplando las siguientes opciones: nunca, leve, moderado o severo.

Para realizar el diagnóstico de TDPM se necesita que se cumpla al menos una de las siguientes condiciones:

- ✓ Marcar como “severo” al menos una de las preguntas 1, 2, 3 o 4.
- ✓ Marcar como “moderado” o “severo” al menos 4 preguntas de la 1 a la 14.
- ✓ Marcar como “severo” al menos una de las preguntas A, B, C, D o E.

La escala clasifica el síndrome premenstrual en tres grupos:

- a. Ausencia de síndrome premenstrual o síntomas leves.
- b. Síndrome premenstrual moderado.
- c. Síndrome premenstrual severo o TDPM.

Para este estudio no se utilizará la clasificación previamente descrita ya que el objetivo principal no es establecer la gravedad de la sintomatología premenstrual; por lo que únicamente se hará la distinción entre las participantes en las cuales se realice el

diagnóstico de TDPM y en las que no. Para realizar lo anterior, se consideraron los siguientes criterios:

1. Presencia de TDPM: cuando se cumpla al menos una de las condiciones en la escala PSST para el diagnóstico (independientemente de la severidad).
2. Ausencia de TDPM: Cuando no se cumplan ninguna de las condiciones diagnósticas en la escala PSST.

b. Inventario de Satisfacción Sexual de Álvarez-Gayou-Millan

El inventario para la evaluación de la satisfacción sexual fue elaborado por el doctor Juan Luis Álvarez-Gayou Jurgenson y cols. del Instituto Mexicano de Sexología y validada por Honold y Millán en 2005 en México.³⁴

Es una escala psicométrica de medición de la satisfacción sexual para personas sexualmente activas.

El valor de confiabilidad para la escala fue de $\alpha = 0.9231$, lo que indica una alta estabilidad. La validez se determinó por medio del análisis factorial del inventario de 29 ítems, con el procedimiento de componentes principales de los factores brutos, obteniendo seis factores que dan cuenta del 58.279% de la varianza total.

La estructura interna de la escala se conforma por 29 reactivos que miden 6 factores: Afectivo (1 al 8), Bienestar (9 al 13), Erotismo (14-19), Respeto y responsabilidad (20-22), Estímulos sensoriales (23-26) y Comunicación (27-29).

- ✓ Factor A: "Afectivo". Hace referencia a estados emocionales diversos.
- ✓ Factor B: "Bienestar". Se refiere al logro de una sensación agradable y placentera.
- ✓ Factor E: "Erotismo". Se refiere a aspectos netamente inherentes a la respuesta sexual.
- ✓ Factor RR. "Respeto y responsabilidad". Se refiere a la consideración recibida y dada por la pareja.
- ✓ Factor ES. "Estímulos sensoriales". Se refiere a la participación de los órganos de los sentidos.
- ✓ Factor C. "Comunicación". Se refiere a la expresión de los propios sentimientos y a la percepción de los sentimientos del otro u otra.

Para responder a los reactivos se cuenta con 5 opciones de respuesta, donde cada opción de respuesta recibe un puntaje entre 1 y 5: 1. Nunca (N), 2. Pocas veces (PV), 3. En ocasiones sí y en otras no (O), 4. La mayoría de las veces (MV) y 5. Siempre (S).

El total se obtiene sumando los puntajes de cada pregunta. El puntaje mínimo es, por lo tanto, 29 y el máximo 145. A mayor puntaje, mayor será el índice de satisfacción sexual. Con base en ello, se clasifican en tres niveles de satisfacción sexual: bajo, medio y alto.

Puntaje total	Nivel de Satisfacción sexual
29-110	Bajo
111-123	Medio
124-145	Alto

HIPÓTESIS

Las mujeres de 16 a 49 años de edad con diagnóstico de TDPM que acuden a los servicios de consulta externa psiquiátrica general y/o clínicas especializadas del Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México presentarán menor grado de satisfacción sexual que las mujeres que no tienen el diagnóstico de TDPM.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio:

Estudio transversal, observacional y analítico.

Población de estudio:

- Universo de estudio

Mujeres de 16 a 49 años de edad que acudieron a citas de seguimiento o de primera vez al Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México.

- Selección de la muestra

El tipo de muestreo que se utilizó es un muestreo no probabilístico, con selección de casos por conveniencia.

Se consideró incluir a todas las mujeres de 16 a 49 años de edad que acudieron a los servicios de consulta externa psiquiátrica general y/o clínicas especializadas (Clínica del Afecto y Clínica de Prevención de Adicciones) del Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México, en el periodo comprendido de enero a marzo de 2021.

- Tamaño de la muestra

El cálculo del tamaño de la muestra para este estudio se realizó con el software G*power, tomando en cuenta: $H_0 = \pi_1 = \pi_2$ y $H_1 = \pi_1 \neq \pi_2$. Se utilizó la siguiente fórmula:

$$n = \left[\frac{z_{\alpha} \sqrt{2\pi_1(1 - \pi_1)} - z_{\beta} \sqrt{\pi_1(1 - \pi_1) + \pi_2(1 - \pi_2)}}{\pi_1 - \pi_2} \right]$$

Estableciendo como proporción $\pi_1 = 0.7$, insatisfacción sexual en mujeres con TDPM. Proporción $\pi_2 = 0.3$, insatisfacción sexual en mujeres sin TDPM. Se consideró análisis de una cola de distribución con una seguridad (riesgo de cometer un error α) de 0.05, con un poder estadístico ($1 - \beta$) (riesgo de cometer un error β) de 0.95, obteniendo un valor de $Z_{\alpha} = 1.6448536$.

El número obtenido con esta fórmula es de 32 participantes por cada grupo, requiriendo un total de 64 participantes.

La elección de la fórmula empleada se realizó con la finalidad de comparar si las muestras de las proporciones son diferentes; donde se considera que uno de los parámetros debe ser mayor que el otro, en este caso, mayor insatisfacción sexual en mujeres con TDPM en comparación con el grupo de mujeres que no presentan el trastorno.

- Criterios de selección:

Inclusión:

- Mujeres de 16 a 49 años de edad que acudieron a los servicios de consulta externa y clínicas especializadas del Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México.

- Mujeres con inicio de vida sexual activa al momento del estudio.
- Mujeres que mantuvieron una relación de pareja durante al menos 1 mes al momento del estudio.

Exclusión:

- Aquellas participantes en las que la patología psiquiátrica de base no se encontrara clínicamente controlada mediante la entrevista psiquiátrica y revisión de expediente clínico.
- Participantes que hubieran iniciado tratamiento psicofarmacológico en un periodo menor a treinta días al momento del estudio.
- Diagnóstico de enfermedad endocrinológica de base (Síndrome de Ovario Poliquístico, enfermedad tiroidea o alteraciones suprarrenales).
- Diagnóstico de enfermedad autoinmune.
- Antecedente de tumores hipofisarios o presencia actual de los mismos.
- Mujeres que se encontraran en periodo gestacional.
- Mujeres que se encontraran en periodo de lactancia.
- Mujeres que estuvieran cursando con periodo menopaúsico.
- Antecedente de intervención quirúrgica ginecológica mayor (histerectomía, ooforectomía o mastectomía).
- Diagnóstico actual de disfunción sexual en la pareja.

Eliminación:

- Cuestionarios en los que no fueron contestados todos los ítems del Inventario de Satisfacción Sexual de Álvarez-Gayou-Millán.
- Cuestionarios en los que no fueron contestados todos los ítems de la Escala de Detección de Síntomas Premenstruales (PSST).

Procedimiento:

El estudio se desarrolló en el Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México perteneciente al Instituto Mexicano del Seguro Social en el periodo comprendido de enero de 2021 a marzo de 2021, con particular interés en los servicios de consulta externa psiquiátrica general y clínicas especializadas (clínica de prevención de adicciones y clínica del afecto).

Se reclutaron a las pacientes que llevaron seguimiento por alguna de las clínicas especializadas y que cumplieron con los criterios de selección para este estudio.

Para evaluar las características demográficas de las participantes (edad, estado civil, escolaridad, ocupación y actividad física realizada), se utilizó un formato de datos generales, el cual también incluyó algunos antecedentes gineco-obstétricos de interés para este estudio, tales como menarca, ritmo del ciclo menstrual, el uso de métodos anticonceptivos y la presencia de gestas expresadas en número total de embarazos, partos, cesáreas o abortos.

Se realizó una entrevista clínica a cada participante a fin de verificar los criterios de exclusión, posteriormente, se les entregó a cada una el formato de datos generales; así como los instrumentos correspondientes: escala de detección de síntomas premenstruales (PSST) y el inventario de satisfacción sexual de Álvarez-Gayou-Millán. Ambos instrumentos fueron breves y autoaplicables.

La intención de evaluar a la población de estudio con la escala de detección de síntomas premenstruales fue realizar un cribado para determinar la presencia del TDPM y en conjunto con la evaluación clínica, confirmar el diagnóstico. Posteriormente, con la información obtenida, se dividió la población en dos grupos: mujeres con TDPM y mujeres sin TDPM.

El inventario de satisfacción sexual de Álvarez-Gayou-Millan se aplicó a todas las participantes independientemente si tuvieron o no el diagnóstico de TDPM; estableciendo el grado de satisfacción sexual.

La obtención de datos se realizó solicitando la participación en el estudio a las pacientes que acudieron a los servicios de consulta externa psiquiátrica general y/o clínicas especializadas, haciendo entrega del formato de datos generales y consentimiento informado, se les explicó la naturaleza del estudio, sus objetivos y se aclararon dudas relacionadas al correcto llenado de los instrumentos, así como de sus ítems, se respetó la confidencialidad y anonimato de cada paciente.

Se logró la participación de 64 mujeres divididas en 2 grupos de 32 participantes cada uno. Para el análisis de los datos, se realizó un análisis estadístico mediante la prueba

de Chi² para determinar la asociación entre el grado de satisfacción sexual y el TDPM en las mujeres participantes.

Análisis Estadístico:

Para dar respuesta a los objetivos planteados se llevaron a cabo los siguientes análisis estadísticos:

Para el análisis de las características sociodemográficas y clínicas y del grado de satisfacción sexual se utilizaron frecuencias y porcentajes, los datos se presentaron mediante el uso de tablas y gráficos.

Se realizó una base de datos con la información obtenida registrando los elementos sociodemográficos y antecedentes gineco-obstétricos mediante hojas de cálculo.

Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión para la descripción de variables cuantitativas (edad y menarca).

Finalmente, se hizo uso de la prueba de chi cuadrada de Pearson (χ^2) para analizar la relación de las variables sociodemográficas y antecedentes gineco-obstétricos con la satisfacción sexual.

Los análisis estadísticos se llevaron a cabo mediante el uso del programa IBM SPSS Statistics V.23.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se obtuvo el consentimiento informado de todas las participantes, haciendo hincapié en la estricta confidencialidad de la información recolectada, sin afectación de la atención de las pacientes, respetando aspectos fundamentales como privacidad, confidencialidad, anonimato, así como beneficencia y no maleficencia.

El protocolo de investigación se ajustó a los principios plasmados en los siguientes documentos en donde se preserva la salud y la integridad de los sujetos investigados con autorización del comité local para la realización del proyecto de investigación:

1. Declaración de Ginebra (1948) y enmendada por la 22^a. Asamblea Médica Mundial, Sídney, Australia (agosto de 1968).
2. Principios éticos de investigación biomédica estipulados en Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (1964) y actualizada por la misma asamblea en

1975, 1983, 1989, 1996 y 2000 en Tokio, Venecia, Hong Kong, Somerset West y Edimburgo respectivamente.

3. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud:
 - a. Título Segundo, Capítulo I, Artículo 13; el cual se refiere a la dignidad.
 - b. Título Segundo, Capítulo I, Artículo 16; que establece la protección a la privacidad de los participantes.
 - c. Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Fracción II que corresponde a un estudio de riesgo igual al mínimo, ya que solo se utilizarán los instrumentos autoaplicados.
 - d. Título Segundo, Capítulo I, Artículo 20 y 21 respecto a la obtención de un consentimiento informado del sujeto de estudio, así como las características del mismo.

El estudio fue aprobado por el Comité Local de Ética e Investigación en Salud 3501 del Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza en marzo de 2021, obteniendo el Número de Registro Institucional: R-2021-3501-024.



Dentro de los beneficios que obtuvieron las participantes al formar parte del estudio fue que en caso de detectarse afectación grave de la funcionalidad de la participante, se le proporcionó el tratamiento especializado si se dispuso del mismo en la unidad médica, o en su defecto, se brindó orientación y la respectiva canalización para atención especializada en el tema.

RESULTADOS

Características sociodemográficas (SD)

Participaron en el estudio 64 personas, con un promedio de edad de 29.31 (DE 8.824) años y edad de la menarca de 12.09 años (DE 1.54).

Para conocer las características sociodemográficas (SD) y clínicas (GO) generales de la población de estudio, se llevó a cabo un análisis de frecuencias y porcentajes, mismos que se presentan en las tablas 1 y 2.

La mayoría de las participantes eran casadas o mantenían una relación de unión libre (54.7%), tenían un nivel educativo de licenciatura (46.9%) y tenían un empleo (46.9%). Además 64.1% reportaron realizar menos de 2.5 horas de actividad física a la semana (ver tabla 1).

Tabla 1. Características sociodemográficas N=64.

<i>Variable</i>	<i>Media</i>	<i>DE</i>
Edad	29.31	8.824
Edad de la menarca	12.09	1.540
Grupos de edad	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
15 a 25 años	21	32.8
26 a 35 años	27	42.2
Mayores de 36 años	16	25.0
Estado civil		
Soltera	27	42.2
Casada/ unión libre	35	54.7
Divorciada	2	3.1
Nivel Educativo		
Preparatoria/ bachillerato	13	20.3
Carrera técnica	6	9.4
Licenciatura	30	46.9
Posgrado	15	23.4
Ocupación		

Estudiante	26	40.6
Hogar	8	12.5
Empleada	30	46.9
Actividad física		
Más de 2.5 horas a la semana	23	35.9
Menos de 2.5 horas a la semana	41	64.1

Características clínicas (GO)

En cuanto a las características ginecológicas, 51.6% de las participantes reportaron tener un ciclo menstrual regular, 64.1% no haber tenido embarazos previos, y 70.3% haber utilizado algún método de planificación familiar (ver tabla 2).

Tabla 2. Características clínicas (gineco-obstétricas) N=64

<i>Variable</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
Ciclo Menstrual		
Regular: ciclos menstruales de 21-28 días.	33	51.6
Irregular: ciclos menstruales <21 días y/o >28 días	31	48.4
Gestas		
Al menos haber tenido 1 parto, cesárea o aborto.	23	35.9
Cero partos, cesáreas o abortos.	41	64.1
Anticoncepción		
Presencia de método de planificación familiar.	45	70.3
Ausencia de método de planificación familiar.	19	29.7

Satisfacción sexual

Para dar respuesta al objetivo de conocer el grado de satisfacción sexual general de las participantes, se realizó un análisis de frecuencias y porcentajes. Se encontró que la mayoría de las mujeres obtuvieron un grado de satisfacción sexual alto (57.8%) (ver tabla 3).

Tabla 3. Grado de satisfacción sexual N=64

Grado de satisfacción sexual	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	10	15.6
Medio	17	26.6
Alto	37	57.8
Total	64	100

Asociación entre el TDPM y las variables SD y GO

En el análisis se dividió al total de mujeres en dos grupos de 32 participantes cada uno: I. Mujeres con TDPM y, II. Mujeres sin TDPM.

Para conocer las características sociodemográficas (SD) y clínicas (GO) del grupo de mujeres con TDPM, se llevó a cabo un análisis de frecuencias y porcentajes, mismos que se presentan en la tabla 4.

Tabla 4. Características sociodemográficas y clínicas del grupo de TDPM.

Variable	Presencia de TDPM (n=32)	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Estado Civil</i>		
Soltera	14	43.8
Casada/Unión libre	17	53.1
Divorciada	1	3.1
<i>Nivel Educativo</i>		
Preparatoria/ bachillerato	11	34.4
Carrera Técnica	2	6.3
Licenciatura	9	28
Posgrado	10	31.3
<i>Ocupación</i>		
Estudiante	13	40.6
Hogar	5	15.6
Empleada	14	43.8
<i>Actividad física</i>		

Más de 2.5 horas a la semana	13	40.6
Menos de 2.5 horas a la semana	19	59.4
<i>Ciclo menstrual</i>		
Regular	13	40.6
Irregular	19	59.4
<i>Gestas</i>		
Al menos 1 parto, cesárea o aborto	9	28.1
Cero partos, cesáreas o abortos	23	71.9
<i>Anticoncepción</i>		
Presencia de método de planificación familiar	21	65.6
Ausencia de método de planificación familiar	11	34.4

Se encontró que en el grupo con TDPM la mayoría de las mujeres eran casadas (53.1%), tenían nivel educativo de bachillerato (34.4%), eran empleadas (43.8%) y realizaban menos de 2.5 horas a la semana de actividad física (59.4%), como puede observarse en la tabla 4.

Respecto a las características clínicas, la mayor parte de las participantes con TDPM reportaron tener un ciclo menstrual irregular (59.4%), no tener embarazos previos (71.9%) así como haber utilizado un método anticonceptivo (65.6%).

Con la finalidad de determinar si había asociaciones entre las características sociodemográficas y clínicas con el TDPM, se utilizó la prueba X^2 . Los resultados se presentan en la tabla 5.

Tabla 5. Asociación entre las características sociodemográficas y clínicas con el TDPM

Variable	Presencia de TDPM (n=32)	Ausencia de TDPM (n=32)	p
	%	%	
Estado civil			
Soltera	51.9	48.1	NS
Casada/ unión libre	48.6	51.4	NS
Divorciada	50	50	NS

Nivel Educativo			
Preparatoria/ bachillerato	84.6	15.4	*
Carrera técnica	33.3	66.7	NS
Licenciatura	30	70	NS
Posgrado	66.7	33.3	NS
Ocupación			
Estudiante	50	50	NS
Hogar	62.5	37.5	NS
Empleada	46.7	53.3	NS
Actividad física			
Más de 2.5 horas a la semana	56.5	43.5	NS
Menos de 2.5 horas a la semana	46.3	53.7	NS
Ciclo Menstrual			
Regular: ciclos menstruales de 21-28 días.	39.4	60.6	NS
Irregular: ciclos menstruales <21 días y/o >28 días	61.3	38.7	NS
Gestas			
Al menos haber tenido 1 parto, cesárea o aborto.	39.1	60.9	NS
Cero partos, cesáreas o abortos.	56.1	43.9	NS
Anticoncepción			
Presencia de método de planificación familiar.	46.7	53.3	NS
Ausencia de método de planificación familiar.	57.9	42.1	NS

* $p < 0.05$. Asociaciones calculadas con la prueba Chi cuadrada ($p < 0.05$). NS=No significativo

Se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre el TDPM y el nivel educativo de bachillerato¹. Como se puede observar en la tabla 5, mientras que el 84.6% de mujeres con este nivel educativo reportó padecer TDPM, el 15.4% no lo hizo.

¹ Cabe señalar que en las variables en las que se tienen más de dos categorías de respuesta (estado civil, nivel educativo y ocupación) y dado que el interés del estudio era identificar en qué categoría se encontraban las diferencias, el análisis de X^2 se llevó a cabo colapsando las tablas, esto es comparando cada categoría con el total restante, por ejemplo, quienes tenían un nivel educativo de preparatoria contra todas las demás. Las diferencias estadísticamente significativas ($p < 0.05$) se señalan con un asterisco.

No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre el resto de las variables medidas en esta área.

Asociación entre la satisfacción sexual y las variables SD y GO

Se realizó un análisis de frecuencias y porcentajes para identificar las características sociodemográficas (SD) y clínicas (GO) del grupo de participantes con satisfacción sexual alta. Los datos se presentan en la tabla 6.

Tabla 6. Características sociodemográficas y clínicas del grupo de mujeres con satisfacción sexual alta.

Variable	Satisfacción sexual Alta	
	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Estado Civil</i>		
Soltera	13	42.2
Casada/Unión libre	35	54.7
Divorciada	2	3.1
<i>Nivel Educativo</i>		
Preparatoria/ bachillerato	5	13.5
Carrera Técnica	4	10.8
Licenciatura	15	40.6
Posgrado	13	35.1
<i>Ocupación</i>		
Estudiante	13	35.1
Hogar	1	2.7
Empleada	23	62.2
<i>Actividad física</i>		
Más de 2.5 horas a la semana	15	40.5
Menos de 2.5 horas a la semana	22	59.5
<i>Ciclo menstrual</i>		
Regular	19	51.4
Irregular	18	48.6
<i>Gestas</i>		
Al menos 1 parto, cesárea o aborto	15	40.5

Cero partos, cesáreas o abortos	22	59.5
<i>Anticoncepción</i>		
Presencia de método de planificación familiar	28	75.7
Ausencia de método de planificación familiar	9	24.3

Al analizar las características del grupo de mujeres con satisfacción sexual alta, se encontró que la mayor proporción eran casadas (54.7%), tenían un nivel de licenciatura (40.6%) y realizaban menos de 2.5 horas a la semana de actividad física (59.5%).

La mayoría de las participantes con satisfacción sexual alta comunicaron no haber estado embarazadas (59.5%) y haber utilizado algún método de planificación familiar (75.7%).

Con respecto al objetivo de determinar la existencia de asociaciones entre las características sociodemográficas y clínicas con el grado de satisfacción sexual, se utilizó la prueba X^2 . Los resultados se presentan en la tabla 7.

Tabla 7. Asociación entre las características sociodemográficas y clínicas con el grado de satisfacción sexual.

Variable	Satisfacción sexual (n=64)			p
	Baja	Media	Alta	
	%	%	%	
Estado civil				
Soltera	22.2	29.6	48.2	NS
Casada/ unión libre	11.4	25.7	62.9	NS
Divorciada	0	0	100	NS
Nivel Educativo				
Preparatoria/ bachillerato	23	38.5	38.5	NS
Carrera técnica	16.7	16.7	66.6	NS
Licenciatura	20	30	50	NS
Posgrado	0	13.3	86.7	NS
Ocupación				

Estudiante	19.2	30.8	50	NS
Hogar	25	62.5	12.5	NS
Empleada	10	13.3	76.7	*
Actividad física				
Más de 2.5 horas a la semana	13	21.8	65.2	NS
Menos de 2.5 horas a la semana	17	29.3	53.7	
Ciclo Menstrual				
Regular: ciclos menstruales de 21-28 días.	12.2	30.2	57.6	NS
Irregular: ciclos menstruales <21 días y/o >28 días	19.4	22.5	58.1	
Gestas				
Al menos haber tenido 1 parto, cesárea o aborto.	17.5	17.5	65	NS
Cero partos, cesáreas o abortos.	14.7	31.7	53.6	
Anticoncepción				
Presencia de método de planificación familiar.	13.4	24.5	62.1	NS
Ausencia de método de planificación familiar.	20.9	31.6	47.5	

* $p < 0.05$ Asociaciones calculadas con la prueba Chi cuadrada. NS= No significativo

Se encontró una asociación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la variable de ocupación y satisfacción sexual. Como se puede apreciar en la tabla 7, mientras que el 76.7% de las participantes que eran empleadas reportaron una satisfacción sexual alta, el 10% presentaron satisfacción sexual baja.

Referente a las características clínicas, se observó un porcentaje de distribución similar entre las participantes con satisfacción sexual alta y el ciclo menstrual, siendo el 57.6% para ciclos regulares y el 58.1% para los irregulares. No obstante, no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas en este rubro.

Asociación entre el TDPM y la satisfacción sexual

Con respecto al objetivo de analizar la asociación entre el TDPM y el grado de satisfacción sexual, se encontró un porcentaje ligeramente mayor de mujeres con satisfacción sexual alta en el grupo sin TDPM (59.3%), sin embargo, no se observaron asociaciones estadísticamente significativas entre el grado de satisfacción sexual y la presencia de trastorno disfórico premenstrual. (Ver tabla 8).

Tabla 8. Asociación entre el grado de satisfacción sexual y el trastorno disfórico premenstrual (TDPM).

	Grado de Satisfacción Sexual			p
	Baja (%)	Media (%)	Alta (%)	
Presencia de TDPM	12.5	31.2	56.3	0.620
Ausencia de TDPM	18.8	21.9	59.3	

*p<0.05 Asociaciones calculadas con la prueba Chi cuadrada (p<0.05).

DISCUSIÓN

El objetivo general de este trabajo fue determinar la asociación entre el grado de satisfacción sexual y el trastorno disfórico premenstrual.

En los resultados obtenidos, no se encontró que el grado de satisfacción sexual muestre asociación con la presencia del TDPM, a diferencia de lo señalado por Nowosielski y cols. (2010), İlhan y cols. (2017) y Karimiankakolaki y cols. (2019) quienes reportaron una correlación negativa entre el TDPM y la SS. Estos autores identifican al TDPM como un factor de riesgo para insatisfacción sexual.^{14, 27, 31} Ahora bien, una probable explicación de por qué no se encontraron asociaciones entre la satisfacción sexual y el TDPM entre los datos de las mujeres analizadas en este estudio se debe quizá al tipo de estudio (transversal) y a la forma en la que se realizó el diagnóstico de TDPM, ya que se consideraron únicamente a las mujeres que refirieron sintomatología premenstrual grave, dejando de lado a las que reportaron sintomatología moderada. Sin embargo, mediante un seguimiento longitudinal con instrumentos prospectivos (como los diarios de síntomas), las mujeres con sintomatología premenstrual moderada pudieran ser diagnosticadas con TDPM.

Es conveniente mencionar dos puntos relevantes que pudieron haber influido en los resultados obtenidos. En primer lugar, el uso de un instrumento retrospectivo para evaluar la sintomatología premenstrual de forma transversal que funcionó como método de tamizaje para identificar a las participantes con mayor afectación en este aspecto. El segundo aspecto importante radica en que no se consideró el día del ciclo menstrual en el cual las participantes contestaron los instrumentos, ya que como señalan Nowosielski

y cols., los comportamientos sexuales de las mujeres varían durante el ciclo menstrual y con ello, la percepción de bienestar con la pareja; considerándose como uno de los factores que contribuyen a la satisfacción sexual según lo descrito por Álvarez y cols.^{14, 34}

Por otro lado, es fundamental recalcar la naturaleza de la definición de satisfacción sexual, la cual contempla una evaluación subjetiva de las dimensiones positivas y negativas de la relación sexual, por lo tanto, puede abarcar múltiples significados para las personas según las experiencias vividas. De acuerdo con lo descrito por Sánchez y cols., la satisfacción sexual es un constructo multidimensional de factores físicos, fisiológicos y emocionales, los cuales se han propuesto explorar mediante modelos ecológicos organizados en cuatro niveles interrelacionados: microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema.¹⁷ Bajo este argumento, el padecer una enfermedad médica o trastorno psiquiátrico de tipo crónico como lo es el TDPM, es una de las muchas variables del microsistema que influye en la percepción subjetiva de la satisfacción sexual; sin embargo, existen otras variables del resto de los sistemas que no se consideraron en esta investigación.

Satisfacción sexual general

El porcentaje de las mujeres participantes en este estudio que obtuvieron un grado alto de satisfacción sexual, fue de 57.8%. Este dato coincide con lo señalado por Casique (2020), Moral (2011) y De Jesús y cols. (2010), quienes en sus estudios con poblaciones mexicanas similares encuentran un grado alto de satisfacción sexual.^{18,36,37} Este porcentaje elevado de satisfacción sexual puede explicarse en la población joven, debido a que, tal como lo señala Casique, hay una mayor apertura para externar emociones y experiencias relacionadas con su propia sexualidad en comparación con sus semejantes de generaciones anteriores; y es que, como puede observarse en la tabla 1, la mayoría de las mujeres participantes estaban en un rango de edad de 26 a 35 años, sin embargo, hacen falta estudios con poblaciones más amplias para poder verificar este dato.¹⁸ Por otro lado, el 59.3% de las mujeres sin TDPM manifestó una satisfacción sexual alta; este porcentaje es mayor al reportado por Moral, (49%) pero inferior al encontrado por De Jesús y cols. (97.3%), ambos realizados en población mexicana.^{36,37} Podemos evidenciar que, a pesar de haberse desarrollado en condiciones ambientales, geográficas y demográficamente distintas, en los tres estudios se encontró un porcentaje elevado de satisfacción sexual. Esto es consistente con lo descrito por la investigadora Casique en 2020, quien identificó niveles altos de satisfacción sexual entre adolescentes y adultos jóvenes en México, equiparándolo con lo reportado en otros países como Estados Unidos y España.¹⁸

Variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con TDPM

El promedio de edad de la población de estudio está comprendido a finales de la tercera década de vida, lo cual coincide con la edad promedio de presentación clínica más frecuente en las mujeres con TDPM (26 a 35 años). Se encontró que, de la misma forma que señala Agostini (2018), la prevalencia de dicha entidad aumenta a finales de la tercera e inicios de la cuarta década de vida.⁷ Esto se puede explicar por el retraso en el diagnóstico a pesar de presentar la sintomatología años antes, además del impacto laboral, social e interpersonal particularmente en este grupo de edad sometido a mayores cargas de estrés, particularmente de tipo laboral el cual ha ido en aumento durante los últimos años en la población mexicana, lo cual es concordante con lo reportado por Pérez-Gay y cols.³⁸

Las características sociodemográficas de las mujeres con TDPM identificadas en este estudio, no coinciden con las reportadas por Folgado y cols. (2018), en el sentido de que el TDPM se encontró con mayor frecuencia en mujeres casadas, laboralmente activas y con estudios de nivel medio superior, opuesto a lo que dichos autores describieron.¹² Si bien no se puede afirmar la existencia de un perfil sociodemográfico de presentación del TDPM, sí se identifica que se presenta en edades jóvenes correspondientes con estudios de bachillerato, lo cual puede explicar la asociación encontrada respecto al nivel educativo en este sector de la población.

Por otro lado, con respecto a la actividad física, autores como Bhuvaneshwari y cols. (2019) señalan que hay una correlación inversa entre el TDPM y el realizar actividad física; si bien en el grupo de mujeres analizadas para esta tesis no fue posible encontrar esa asociación, ya que como puede observarse en la tabla 4, la mayoría de las mujeres reportaron hacer menos de 2.5 horas de actividad física durante la semana, sí es posible observar una tendencia de que la mayoría de las mujeres entrevistadas no realiza actividad física. Por esa razón, valdría la pena explorar la asociación entre estas variables en estudios posteriores. Por otro lado, quizá valga la pena considerar el uso de parámetros objetivos y estrictos (>2.5 horas a la semana de actividad física) sugeridos por la OMS acordes al rango de edad de la población de estudio, necesarios para gozar de buena salud, de la misma forma que fueron utilizados en el presente estudio.^{25, 26}

Con relación a las variables clínicas, se identificó una mayor frecuencia de ciclos menstruales irregulares en el grupo de participantes en este estudio. Esto coincide con lo descrito por Raval y cols. quienes enfatizan en una mayor cantidad de días de sangrado y ciclos menstruales cortos; de la misma manera que señalan dichos autores, aunque tampoco se encontró una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.²²

Esto tiene sentido, debido a que, si consideramos lo propuesto por la teoría neurobiológica de la etiología y fisiopatología del TDPM que contempla la vulnerabilidad de las neuronas serotoninérgicas y GABAérgicas a las fluctuaciones normales de las hormonas sexuales, los factores ambientales y sociales difícilmente influyen en el curso y presentación clínica de este padecimiento.^{13, 22}

Variables sociodemográficas y clínicas relacionadas con la satisfacción sexual

Se ha encontrado disparidad con relación a la edad y el grado de satisfacción sexual según lo señalado por Sánchez y cols. en 2019, por lo tanto, es complicado contrastar los resultados de este estudio con los previos; sin embargo, es importante mencionar que se identificó un grado alto de satisfacción sexual sin importar el grupo de edad de las participantes.¹⁷

En el estudio no se observó asociación estadísticamente significativa respecto al nivel educativo, opuesto a lo que describen autores como Sánchez y cols. (2014) y Nowosielski y cols. (2010). Sin embargo, en esta investigación, las mujeres con estudios de posgrado fueron las únicas que no manifestaron satisfacción sexual baja en comparación con el resto. Se puede interpretar que este pequeño grupo de la población podría tener mayor acceso a temas relacionados con el funcionamiento sexual y los factores que inciden sobre el mismo, favoreciendo el autocuidado de la salud sexual.^{14,}

¹⁷

Un hallazgo de este trabajo fue la asociación significativa entre el grado de satisfacción sexual, y tener un trabajo (ver tabla 7). Si bien no se encontraron estudios en los que se indague esta asociación, se puede suponer que el tener un empleo parece influir positivamente en la evaluación del disfrute sexual, quizá se deba a que las mujeres que trabajan tienen otras actividades que les proporcionan placer o reconocimiento y esto lo pudiesen asociar con satisfacción; sin embargo, es un dato que debe estudiarse a profundidad en otros estudios.

En lo que respecta al uso de métodos anticonceptivos, en esta investigación no se encontró una asociación entre esta variable y la satisfacción sexual, pero se encontró que gran parte de las mujeres que usaban métodos anticonceptivos, tenían una satisfacción sexual alta. De la misma forma, Casique (2020), no encontró asociación entre dichas variables, aunque sí señala que la satisfacción sexual es alta entre las personas que los utilizan; ¹⁸ describe que al haber una probable reducción del miedo asociado a presentar embarazos no deseados o contraer alguna enfermedad de transmisión sexual, hay un impacto positivo en la satisfacción sexual, aunque sería interesante evaluar si algún método en específico se puede asociar de forma significativa a fin de tener más datos que nos permitan entender el fenómeno de la satisfacción sexual.

Alcances y limitaciones del estudio:

Con la finalidad de lograr los objetivos planteados en este estudio y evitar sesgos en los resultados, la selección de participantes se llevó a cabo convenientemente en población mexicana en edad fértil excluyendo a las mujeres que tuviesen patologías médicas que pudieran simular sintomatología asociada al TDPM. Asimismo, se incluyeron a las participantes portadoras de algún trastorno psiquiátrico únicamente si este último se encontraba controlado clínicamente.

La metodología empleada permitió explorar la asociación de distintas variables sociodemográficas y clínicas entre dos grupos de participantes, uno de ellos con TDPM y el otro con ausencia del mismo; sin embargo, el reducido tamaño de muestra en este estudio se considera una de las debilidades del mismo.

Con relación a los instrumentos empleados, se aplicó una escala realizada y validada en población mexicana para conocer el grado de satisfacción sexual, la cual incluye factores que miden aspectos relacionales, físicos y emocionales, mismos que permiten realizar una evaluación integral de la satisfacción sexual y proporcionan mayor consistencia a los resultados obtenidos.

Como ya se mencionó anteriormente, la satisfacción sexual es un constructo multidimensional que incluye factores físicos, fisiológicos y emocionales de la vida sexual de una persona, los cuales se ha propuesto investigar mediante modelos ecológicos. En la presente investigación, la mayoría de las variables exploradas se incluyen dentro del nivel del microsistema y otras tantas del mesosistema; sin embargo, sería de utilidad para futuras investigaciones considerar variables de los sistemas restantes (exosistema y macrosistema), como la percepción de diversos tipos de estrés: económico, familiar y laboral, dinámica familiar, aspectos culturales y los relacionados con la religión y espiritualidad.

Dentro de las debilidades del estudio, se destaca la forma en la cual se realizó el diagnóstico de TDPM, ya que se aplicó un instrumento retrospectivo, el cual es tendiente a sesgos de memoria, que evalúa la intensidad de los síntomas premenstruales y funciona como tamizaje para identificar a las mujeres con sintomatología severa equivalente con TDPM; sin embargo, el DSM-5 estipula el uso de un diario de síntomas prospectivos para dar certeza al diagnóstico. A pesar de no ser el instrumento ideal, se decidió utilizar una escala retrospectiva debido a la dificultad para realizar un estudio longitudinal dadas las características de cada participante y los recursos disponibles. Por lo anterior, consideramos oportuno confirmar el diagnóstico mediante un instrumento prospectivo, incluyendo a las mujeres con sintomatología moderada, las cuales no se clasificaron en este estudio dentro del grupo de TDPM pudiendo ser un falso negativo.³⁵

Debido a las características del presente estudio transversal, no se tomó en cuenta el día del ciclo menstrual en el cual las participantes contestaron los instrumentos (PSST e inventario de satisfacción sexual), pudiendo considerarse otra de las debilidades del estudio.

Gran parte del desafío de cuantificar la carga de los síntomas premenstruales y el impacto de los mismos en la calidad de vida de las mujeres que padecen TDPM, reside en la falta de uniformidad de las definiciones, la metodología de estudio y las herramientas diagnósticas, que resultan poco prácticas tanto para el profesional de la salud como para quienes buscan atención especializada, favoreciendo el infradiagnóstico y la automedicación.

CONCLUSIONES

Con base en los objetivos planteados, podemos concluir que, no se pudo demostrar lo planteado en la hipótesis, ya que no se encontró una asociación entre el TDPM y la satisfacción sexual. En estudios futuros, se propone dirigir mayor atención a la teoría neurobiológica de la etiología y fisiopatología del TDPM a fin de explicar la poca influencia de los factores sociales, ambientales y del estilo de vida sobre el curso del padecimiento. Del mismo modo, los datos encontrados en este estudio abren la puerta para el desarrollo de nuevos trabajos que exploren la relevancia e impacto de los síntomas premenstruales graves en la satisfacción sexual de las mujeres afectadas.

Finalmente, un dato relevante de este estudio es el haber podido identificar características sociodemográficas y clínicas como el nivel educativo, ocupación y el uso de métodos anticonceptivos que podrían estar relacionadas con la satisfacción sexual, la cual es considerada, según la OMS, como un factor que mide la funcionalidad sexual de las mujeres.

REFERENCIAS

1. Baller EB, Ross DA. Premenstrual Dysphoric Disorder: From Plato to Petri Dishes. *Biol Psychiatry*. 2019;85(12): e63–5.
2. Lanza di Scalea T, Pearlstein T. Premenstrual Dysphoric Disorder. *Psychiatr Clin North Am*. 2017;40(2):201–16.
3. Hofmeister S, Bodden S. Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Am Fam Physician*. 2016;94(3):236–40.
4. Timby E, Bäckström T, Nyberg S, Stenlund H, Wihlbäck ACN, Bixo M. Women with premenstrual dysphoric disorder have altered sensitivity to allopregnanolone over the menstrual cycle compared to controls—a pilot study. *Psychopharmacology (Berl)*. 2016;233(11):2109–17.
5. Dick Paredes DF, Pazmiño Farfán JC, Franco Orellana JM, Bravo Legarda AA. Trastorno disfórico premenstrual. *RECIAMUC*. 2019;3(1):199-17.
6. del Mar Fernández M, Montes-Martínez A, Piñeiro-Lamas M, Regueira-Méndez C, Takkouche B. Tobacco consumption and premenstrual syndrome: A case-control study. *PLoS One*. 2019;14(6).
7. Agostini G, Trabajos de revisión: Trastorno disfórico premenstrual (TDPM), *Rev Psiquiatr Salud Ment*. 2018; 35(3):238-243.
8. González ME, Nieto SL. Prevalencia y factores asociados al trastorno disfórico premenstrual en estudiantes del colegio nacional Manuela Garaicoa de Calderón, Cuenta 2015 (Tesis para obtener el título de medicina). Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas; 2015.
9. Bansal D, Raman R, Rao TSS. Premenstrual Dysphoric Disorder: Ranking the Symptoms and Severity in Indian College Students. *J Psychosexual Heal*. 2019;1(2):159–63.
10. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE-10). Ginebra: OMS; 1992
11. Hantsoo L, Epperson CN. Premenstrual Dysphoric Disorder: Epidemiology and Treatment. *Curr Psychiatry Rep*. 2015;17(11).
12. Folgado L, Pérez J, Guillén P, Planells N, Prevalencia del síndrome disfórico premenstrual, *Matronas hoy*. 2018; 6(2):5-13.
13. Schmalenberger KM, Eisenlohr-Moul TA, Surana P, Rubinow DR, Girdler SS. Predictors of premenstrual impairment among women undergoing prospective

- assessment for premenstrual dysphoric disorder: A cycle-level analysis. *Psychol Med.* 2017;47(9):1585–96.
14. Nowosielski K, Drosdzol A, Skrzypulec V, Plinta R. Sexual satisfaction in females with premenstrual symptoms. *J Sex Med.* 2010;7(11):3589–97.
 15. Malvika D, Supriya A. Pre-menstrual Dysphoric Disorder: A Review. *J Psychosexual Heal.* 2019;1(1):32–6.
 16. Paz Delgado, MA, Vargas Pérez, NH. Satisfacción sexual y satisfacción marital en mujeres de una asociación del adulto mayor del distrito de la Victoria, Chiclayo. (Tesis de maestría) Cajamarca, Perú: Universidad Privada Antonio Guillermo Urrelo; 2015.
 17. Sánchez M, Santos P, Sierra J, A systematic review of sexual satisfaction, *Int J Clin Health Psychol.* 2014; 14(1):67-75.
 18. Casique I, Correlates of Satisfaction with Sexual Initiation Among Mexican Adolescents, *Perspect Sex Reprod Health.* 2020; 46:163-173.
 19. Shaahmadi F, Movahed E, Shojaei S, Zareipour MA, Lotfi mine blagh B, Ameri M, Sadeghi S. The Relationship between the Intensity of Premenstrual Syndrome Symptoms and Marital Satisfaction among the Couples of Kerman City. *J Res Dev Nurs Midw.* 2018;15(2):14-21.
 20. Fehlner K, Zimmermann V, Wittmann J, Muhlberger A, Shiban Y. The Premenstrual Syndrome and the Partner Relationship: How it affects both partners in different ways. *JPR.* 2018;2(2):1–8.
 21. de Carvalho AB, Cardoso T de A, Mondin TC, da Silva RA, Souza LD de M, Magalhães PV da S, y cols. Prevalence and factors associated with Premenstrual Dysphoric Disorder: A community sample of young adult women. *Psychiatry Research.* 2018;268:42–5.
 22. Raval CM, Panchal BN, Tiwari DS, Vala AU, Bhatt RB. Prevalence of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder among college students of Bhavnagar, Gujarat. *Indian J Psychiatry.* 2016;58(2):164-170.
 23. Chumpalova P, Iakimova R, Stoimenova-Popova M, Aptalidis D, Pandova M, Stoyanova M, y cols. Prevalence and clinical picture of premenstrual syndrome in females from Bulgaria. *Annals of General Psychiatry.* 2020;19(1):1–7.
 24. Henz A, Ferreira CF, Oderich CL, Gallon CW, de Castro JRS, Conzatti M, y cols. Premenstrual syndrome diagnosis: A comparative study between the daily record of

- severity of problems (DRSP) and the premenstrual symptoms screening tool (PSST). *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia*. 2018;40(1):20–5.
25. Oral E, Kirkan T, Yazici E, Cansever Z, Aydin N. Premenstrual symptom severity, dysmenorrhea and school performance in medical students, *JMOOD*. 2012; 2 (4):143-52.
 26. Bhuvanewari K, Rabindran P, Bharadwaj B. Prevalence of premenstrual syndrome and its impact on quality of life among selected college students in Puducherry. *Natl Med J India*. 2019;32(1):17–9.
 27. Karimiankakolaki, Z., Mazloomi Mahmoodabad, S., Heidari, F., Gerayllo, S., Khabiri, F. The Relationship between Premenstrual Syndrome and Women’s Marital Satisfaction. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 2019; 7(2): 1630-1635.
 28. Sepede G, Sarchione F, Matarazzo I, Di Giannantonio M, Salerno RM. Premenstrual dysphoric disorder without comorbid psychiatric conditions: A systematic review of therapeutic options. *Clinical Neuropharmacology*. 2016;39(5):241–61.
 29. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (México), Encuesta intercensal (EIC), 2015. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>
 30. Pavía RN, Civeira GL, Rosado FA. Síndrome disfórico premenstrual de docentes preescolares en Mérida, Yucatán. *Ginecol Obstet Mex*. 2009;77(04):183-188.
 31. İlhan G, Verit Atmaca FV, Kurek Eken M, Akyol H. Premenstrual Syndrome Is Associated With a Higher Frequency of Female Sexual Difficulty and Sexual Distress. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2017;43(8):811–21.
 32. Kaiser G, Janda C, Kleinstäuber M, Weise C. Clusters of premenstrual symptoms in women with PMDD: Appearance, stability and association with impairment. *Journal of Psychosomatic Research*. 2018;115: 38–43.
 33. Steiner M, Macdougall M, Brown E. The premenstrual symptoms screening tool (PSST) for clinicians. *Arch Womens Ment Health*. 2003;6(3):203-209.
 34. Alvarez J, Millán P, Honold A. ¿Qué hace buena una relación sexual?: Percepción de un grupo de mujeres y hombres mexicanos y diseño de una escala autoaplicable para la evaluación de la satisfacción sexual. *Archivos Hispanoamericanos de Sexología*. 2005; 10(1): 91-110.
 35. American Psychiatric Association - APA. *Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales DSM-5*. 5th. ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.

36. Moral RJ. Predicción de la satisfacción sexual en mujeres y hombres casados. *Rev Mex Invest Psic.* 2011;3(1):85-102.
37. De Jesús J, Ocampo P, Shibata M. Satisfacción sexual entre mujeres usuarias y no usuarias de métodos anticonceptivos. *Archivos en Medicina Familiar.* 2010; 12(2): 51-56. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50719053004>
38. Pérez-Gay F, Reynoso V, Flores R, Contreras C, López-Castro C, Martínez L. Evaluación del Estrés frente a la Pandemia del COVID-19 en población mexicana. Reporte de los resultados de la encuesta global COVIDISTRESS. TheCOVID-Stress International Collaboration. 2020.

ANEXOS

Instituto Mexicano del Seguro Social
Hospital de Psiquiatría Morelos de la Ciudad de México



Satisfacción sexual en mujeres con diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual

Fecha de la entrevista: _____

Nombre del entrevistado: _____

1. Edad: _____ años.

2. Estado civil:

Soltera

Casada/ Unión libre
Relación de noviazgo

Divorciada

Viuda

3. Escolaridad:

Primaria

Preparatoria/ Bachillerato

Licenciatura

Secundaria

Carrera técnica

Posgrado

4. Ocupación:

Estudiante

Hogar

Empleada

Pensionada

5. ¿Realiza actividad física?

Sí, ¿cuál? _____

No

¿Con qué frecuencia?

Menos de 2.5 horas a la semana

Más de 2.5 horas a la semana

6. ¿Padece alguna enfermedad?

Sí, ¿cuál? _____

No

7. Antecedentes gineco-obstétricos:

a. Edad de la primera menstruación: _____ años.

b. **Ciclo menstrual:**

Ritmo (cada cuándo y cuántos días dura): _____

c. ¿Ha estado embarazada?

Sí, especifique:

Parto

Cesárea

Aborto

No

d. ¿Utiliza algún método anticonceptivo?

Sí, ¿cuál? _____

No

Continúa a la vuelta



Escala de Detección de Síntomas Premenstruales (PSST)

¿Ha experimentado usted alguno o algunos de los siguientes síntomas premenstruales que empiezan antes de su periodo y terminan a los pocos días de sangrado?

Márquelos con una (X) según la intensidad de los mismos.

Síntomas	Nunca	Leve	Moderado	Severo
1. Ira/ irritabilidad				
2. Ansiedad/ tensión				
3. Lloroso/ mayor sensibilidad al rechazo				
4. Estado de ánimo deprimido/ desesperanza				
5. Disminución del interés en las actividades laborales				
6. Disminución del interés en las actividades del hogar				
7. Disminución del interés en las actividades sociales				
8. Dificultad para concentrarse				
9. Fatiga/ pérdida de energía				
10. Aumento de apetito/ antojos				
11. Insomnio				
12. Hipersomnia (necesidad de dormir más)				
13. Sentirse agobiado o fuera de control				
14. Síntomas físicos: sensibilidad en los senos, dolor de cabeza, dolor muscular o articular, hinchazón, aumento de peso.				

Los síntomas descritos anteriormente interfieren con:

	Nunca	Leve	Moderado	Severo
A. Su eficiencia en el trabajo o productividad				
B. Su relación con sus compañeros de trabajo				
C. Su relación con su familia				
D. Sus actividades sociales				
E. Sus responsabilidades en el hogar				

Continúa en la siguiente página



Inventario de Satisfacción Sexual de Álvarez-Gayou-Millán

Instrucciones:

- A continuación, se presentan una serie de frases las cuales deberá leer y responder de acuerdo a su forma de actuar y sentir más frecuente en sus relaciones sexuales.
- Si tiene dudas respecto alguna pregunta o si no tiene sentido para usted, solicite ayuda a la persona que le entregó este material.
- Los datos obtenidos se mantendrán en estricta confidencialidad y se utilizarán para investigación científica.
- Responda TODAS las preguntas con sinceridad marcando con una (X).

Ítems	Siempre	La mayoría de las veces	En ocasiones si y en otras no	Pocas veces	Nunca
1. Durante la relación sexual doy y me dan besos.					
2. Recibo y doy muchas caricias durante mis relaciones sexuales.					
3. Disfruto mucho el acariciar a mi pareja durante la relación sexual.					
4. Siento mucho cariño por parte de mi pareja en la relación sexual.					
5. Disfruto mucho recibir caricias de mi pareja durante la relación sexual.					
6. En mis relaciones sexuales tengo muchos sentimientos positivos hacia mi pareja y los recibo también.					
7. Siento y tengo mucha confianza con mi pareja.					
8. En mis relaciones sexuales siento que me importa mucho la otra persona y que le importo a ella.					
9. En mis relaciones sexuales tengo orgasmos.					
10. Tenemos tiempo suficiente para nuestras relaciones sexuales.					
11. Le frecuencia con la que tengo relaciones sexuales me satisface.					
12. Me siento satisfecho después de tener relaciones sexuales.					
13. En mis relaciones sexuales me siento libre.					
14. Las relaciones sexuales que tengo son apasionadas.					
15. En mis relaciones sexuales siento erotismo propio.					
16. En mis relaciones sexuales me siento seducido(a).					
17. Mis relaciones sexuales son placenteras.					
18. En mis relaciones sexuales siento erotismo en la pareja.					
19. Se da una entrega total en mi y en mi pareja.					



20. En mis relaciones sexuales se da el respeto.					
21. Siento respeto mutuo en las relaciones sexuales.					
22. Me parece que mi pareja actúa en forma responsable durante las relaciones sexuales.					
23. Son importantes los olores durante mis relaciones sexuales.					
24. Son importantes en mis relaciones sexuales los sabores.					
25. La masturbación contribuye a mi satisfacción sexual.					
26. Ver a mi pareja desnuda y yo estarlo, es importante para disfrutar de una relación sexual.					
27. Me cuesta trabajo aceptar que mi pareja me diga lo que le gusta y no durante la relación sexual.					
28. Planeamos nuestras relaciones sexuales.					
29. En mis relaciones sexuales expreso lo que me gusta y no durante la relación sexual.					

¡Gracias por tu participación!