

11241

1  
2ej.

# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

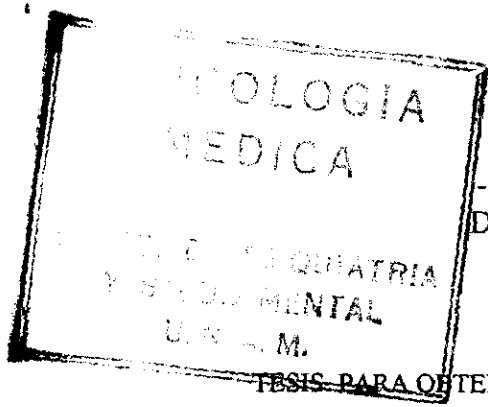
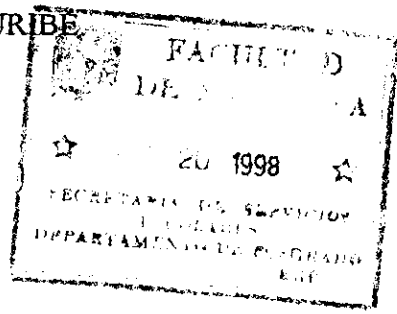
## FACULTAD DE MEDICINA

### DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA, PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

#### ASOCIACION DEL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL CON DIMENSIONES DEL TEMPERAMENTO Y CARACTER.

AUTOR: DRA. ARMENDARIZ VAZQUEZ YOLANDA.

-----  
DRA. MARTHA PATRICIA ONTIVEROS URIBE  
Asesor Teórico



-----  
DR. FRANCISCO PAEZ AGRAZ.  
Asesor Metodológico

TESIS PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN PSIQUIATRIA.

TESIS   
FALLA DE ORIGEN

1998 258396



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 está 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.

## **CREDITOS.**

### **AUTOR:**

Dra. Yolanda Armendáriz Vázquez . Alumna de 3er año de la Especialidad de Psiquiatría, con sede de residencia en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez.

### **ASESORES:**

Dra. Martha Patricia Ontiveros Uribe. Médico Especialista en Psiquiatría adscrito al servicio de Consulta Externa del Instituto Mexicano de Psiquiatría. Profesora adjunto del curso de especialidad en Psiquiatría de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Dr. Francisco Páez Agraz. Médico Especialista en Psiquiatría. Investigador asociado de la División de Investigaciones Clínicas. Instituto Mexicano de Psiquiatría..

## INDICE

Créditos.....	1
Indice.....	2
Resumen.....	3
Antecedentes.....	4
Planteamiento del Problema.....	24
Objetivos.....	24
Variables en estudio.....	24
Material y Métodos .....	25
Diseño.....	25
Universo y Muestra .....	25
Procedimiento .....	25
Instrumentos .....	26
Análisis Estadístico .....	26
Resultados .....	27
Discusión .....	31
Aspectos Éticos .....	31
Agradecimientos .....	31
Bibliografía .....	32

## RESUMEN

El Trastorno Disfórico Premenstrual (TDP), es un síndrome que abarca cerca de 150 síntomas, y que se presenta de 7 a 10 días antes de la menstruación, durante y después de ésta. El inventario de Temperamento Carácter (ITC), evaluó 7 rasgos de personalidad y comportamiento.

El objetivo del estudio fué determinar si hay una asociación entre el Trastorno Disfórico Premenstrual y las dimensiones del temperamento Carácter del ITC. Se incluyeron pacientes que acudieron a la consulta en la UMF no 36 del IMSS. Las mujeres fueron asignadas al grupo de casos si cumplían con los criterios diagnósticos del DSM-IV para TDP y si no cumplían con éstos se asignaban al grupo control. En la primera entrevista se interrogaban los criterios diagnósticos del DSM-IV, historia clínica ginecológica y psiquiátrica y se administró en forma autoaplicable el Cuestionario de Malestar Menstrual de MOOS y el ITC. A las mujeres se les proporciono el cuestionario de malestar menstrual de MOOS para que lo contestaran diariamente durante un ciclo menstrual a partir del primer día de su menstruación.

Para comparar ambos grupos se usaron: prueba t de Student, Chi cuadrada, ANOVA, Correlación de Person y Analisis de Regresión Múltiple.

La muestra total fué de 40 mujeres, el grupo de casos fué de 19 y el grupo control de 21. Se encontró diferencia significativa en la edad, casos con una  $x$  31.84, controles con una  $x$  26.42 y una  $p$  0.009, y en la presencia de antecedentes familiares de TDP en los casos 9 mujeres reportaron antecedentes y en los controles 3 con una  $p$  0.022. Respecto al ITC hubo una diferencia significativa en las escalas de PE y ST, calificando menos los casos que los controles con una  $p$  0.035 y  $p$  0.015 respectivamente. En la regresión múltiple se encontró que el 45% de la varianza se determino por la edad (17%) y la escala ST (28%).

## ANTECEDENTES

Uno de los fenómenos más importantes en la mujer es el inicio de la menstruación y la ovulación.

Este evento se lleva a cabo en los órganos reproductores femeninos y teniendo participación principalmente los ovarios, las trompas de falopio, útero y vagina.

Durante la lactancia y la infancia la hormona liberadora de gonadotropinas, es decir, la hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH) y las hormonas que controla, hormona foliculo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH), se mantienen en concentraciones bajas mediante la secreción mínima de estrógenos por el ovario inmaduro. Durante el crecimiento acumulado aumenta el contenido de catecolaminas por el hipotálamo. Por el último, se alcanza una concentración decisiva de estas substancias neuroestimulantes y disminuye la inhibición de LHRH por el hipotálamo. Como resultado ocurre un aumento en la producción de FSH y LH y se establece una nueva concentración más alta a la cual opera el fenómeno de retroalimentación negativa.

De esta manera se estimula la mayor producción de esteroides por los ovarios, entonces las hormonas activaran las zonas blanco y estimularán la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

La menstruación o sangrado uterino periódico normal es una función fisiológica que se presenta en los primates hembras. Constituye un proceso catabólico, gobernado por las hormonas hipofisarias y óvaricas.

Su principio o menarquía, ocurre normalmente entre los 11 y 14 años de edad y su fin o menopausia ocurre habitualmente entre los 45 y 55 años de edad.

En cuanto a la fisiología del ciclo menstrual está se lleva a cabo en una de las capas del endometrio, siendo la funcional la que se desprende durante la menstruación.

A lo largo de la vida de la mujer se regenera aproximadamente 4000 veces. En este tiempo la pérdida acumulada de sangre menstrual normal es de 10 a 20 litros aproximadamente. El intervalo entre los períodos menstruales varía de acuerdo con la edad, el estado físico, emocional y el ambiente. El ciclo menstrual normal se considera comunmente de 28 días, pero intervalos entre 24 y 32 días se consideran normales. Cabe mencionar que al principio y al final de la vida reproductiva, el ciclo tiende a ser irregular e imprevisto debido generalmente a la falla de ovulación. Es por estó que muchos ginecólogos reconocen la menstruación ovulatoria y la anovulatoria.

Al alcanzar la madurez, aproximadamente dos tercios de las mujeres mantienen un ritmo bastante regular, exceptuando periodos de embarazo, enfermedad o esfuerzo.

La duración promedio del periodo menstrual es de 3 a 7 días, pero también esta sujeta a variaciones.

La cantidad de sangre que se pierde es en promedio de 70 ml. Las mujeres menores de 35 años tienden a perder más sangre que aquellas mayores de 35 años. El líquido menstrual contiene principalmente sangre, células endometriales y epiteliales vaginales descamadas, moco cervical y bacterias. También se han obtenido prostaglandinas, enzimas y fibrolisinas del endometrio. Estas últimas impiden la coagulación de la sangre menstrual a no ser que el sangrado sea excesivo. No obstante, pueden formarse pequeños coágulos frágiles deficientes en fibrina, en virtud de la presencia de mucoproteína y glucosa en medio alcalino.

Se considera que los siguientes factores influyen en el sangrado: 1.- Fluctuaciones de las cifras de las Hormonas pituitarias y Ováricas, Prostaglandinas y Enzimas. 2.- Características del Endometrio (fase y receptividad de las hormonas) 3.- Actividad del Sistema Nervioso Autónomo. 4.- Cambios Vasculares. 5.- Prostaglandinas y Enzimas y 6.- Factores Nutricionales y Estado Psicológico.

### Factores Endometriales.

El grado de maduración del endometrio es un reflejo de la estimulación de los estrógenos y de la progesterona. Durante los 10 a 14 días que siguen al principio de la menstruación, el endometrio prolifera como resultado de la elevación de la cifra de estrógenos. En las dos semanas subsiguientes la progesterona madura el revestimiento y finalmente sucede un sangrado de tipo ovulatorio, a partir de este endometrio en fase secretoria.

### Factores Autonómicos

Se han descrito la presencia de algunas fibras nerviosas mielinizadas y no mielinizadas en el endometrio y en el miometrio. Estas finalizan en placas terminales simples, localizadas en la adventicia de los vasos endometriales y en las capas internas del propio endometrio. Podría ser que interviniesen en el control sensitivo y vascular endometriomiometriales.

### Factores Vasculares.

En la menstruación participan también factores vasculares. Se han observado varios tipos de sangrado:

- 1) Arterial con formación de hematoma minúsculo.
- 2) Arterial sin formación de hematoma
- 3) Sangrado venoso.
- 4) Sangrado secundario de un vaso roto o pobremente trombosado.

### Prostaglandinas

La presencia de sustancias nocivas en el sangrado menstrual ha sido sospechado durante muchas décadas. Las prostaglandinas, principalmente del grupo de las PGF se presentan en muchas cantidades considerables en el sangrado endometrial y menstrual. Las prostaglandinas, producen espasmos arteriales intensos y contracción del músculo liso y esto puede explicar la dismenorrea. Probablemente sean la causa de la vasoconstricción en el endometrio que precede a la dilatación y al sangrado menstrual.

### CICLO MENSTRUAL.

El ciclo menstrual está mediado por mecanismos complejos neuroendocrinos. Las hormonas liberadoras (RH) ó inhibitorias (IH), que se producen en la pituitaria, se transmiten a la hipófisis anterior através de un sistema vascular minúsculo. Se han identificado una sóla hormona liberadora de la hormona luteinizante (LHRH) para las gonadotropinas, la hormona estimulante del folículo (FSH) y la hormona luteinizante (LH). Por otra parte la secreción de prolactina es controlada por la hormona liberadora de prolactina (PRH) y la hormona inhibidora de prolactina (PIH).

Con la coordinación adecuada de las sustancias liberadoras e inhibitorias, el lóbulo anterior de la hipófisis secreta aún otras hormonas trópicas: Tirotrópica (TSH), Corticotrópica (ACTH), Hormona de Crecimiento (GH) y la Hormona Estimulante de Melanocitos (MSH), mismas que son importantes para la reproducción.

Contrastando con el lóbulo anterior de la hipófisis, el lóbulo posterior está relacionado con el hipotálamo mediante nervios. Las hormonas del lóbulo posterior Vasopresina y Oxitocina se secretan en el hipotálamo y se almacenan en la hipófisis posterior. La vasopresina, la hormona antidiurética (ADH) controla la osmolaridad del plasma y se libera por impulsos de los núcleos supraópticos y paraventriculares. La oxitocina que produce contracción de la musculatura lisa uterina y de las células mioepiteliales de los conductos mamarios y por lo tanto el trabajo de parto y la lactancia, esta liberada por mecanismos neuroendocrinos complejos y posiblemente por otro tipo de mecanismos.

Los ciclos menstruales normales están cuidadosamente regulados por la secreción de gonadotropina. Con la aparición de cada ciclo, los folículos listos para madurar son estimulados para que se desarrollen por la FSH. Uno sobrepasa a los otros formando un folículo graafiano prominente. La secreción de los folículos restantes aparece luego mientras tanto, los estrógenos son producidos por las células de la túnica luteínica de los folículos. Al 8vo ó 9no día del ciclo, las cifras de estrógenos dejan de elevarse y la cantidad de LH y de FSH comienzan a fluctuar. Alrededor del 14vo día la elevación súbita de la LH desencadena la ruptura del folículo y por lo tanto la ovulación. Ocurre un leve sangrado y el folículo vacío pronto se llena con sangre coagulada (folículo hemorrágico).

La LH y la prolactina estimulan la luteinización de las células de la granulosa, formándose un cuerpo lúteo. Las células luteínicas de la granulosa producen progesterona la cual alcanza su valor máximo alrededor del 23vo o 24vo día. Si la fertilización y nidación de un ovulo no ocurre el cuerpo amarillo se atrofia.

Posteriormente las cifras de progesterona y estrógenos alcanzan un valor crítico alrededor del 28vo día cuando ocurre el sangrado endometrial (menstruación).

En cuanto a la prolactina se han registrado variaciones ligeras en el título de las sustancias en el período menstrual, pero durante el embarazo se elevan.

La función endocrina del ovario está mediada por las gonadotropinas LH y FSH. Ambas estimulan la producción de estrógenos. Después de la elevación de LH, se secretan más estrógenos y también progesterona. Las células de la teca folicular son el sitio principal de elaboración de estrógenos, en tanto que las células luteinizadas de la granulosa del cuerpo lúteo sintetizan la progesterona. Los estrógenos ováricos principalmente son Estrona E1, el Estradiol E2 y pequeñas cantidades de Estriol E3.

Las células del estroma ovárico normalmente producen pequeñas cantidades de andrógenos, principalmente androstenediona. Si durante el ciclo no sobreviene el embarazo, se inicia una caída rápida en los estrógenos y la progesterona aproximadamente en el 24vo día del ciclo, y al inicio de la menstruación se obtienen valores bajos.

#### Cambios Endometriales.

Durante la vida reproductiva, el endometrio está sujeto a continuos cambios cíclicos. A cada ciclo se le consideran generalmente 4 fases que corresponden a la actividad hormonal ovárica.

#### Fase proliferativa.

La fase proliferativa (estrogénica) puede variar mucho en cuanto a la duración, pero casi no sufre alteraciones en cada mujer determinada.



Un ciclo de 28 días, es más o menos de 14 días. La fase proliferativa inicial comienza aproximadamente en el cuarto o quinto día del ciclo, un poco antes del final en la menstruación, y dura de 2 a 3 días. El epitelio superficial se regenera, pero es delgado, el grosor depende de la pérdida de tejido durante la menstruación. Las glándulas son rectas. La fase proliferativa media coincide con el 10mo día del ciclo, difiere de la etapa anterior sólo en grado. La superficie es más regular, las glándulas se tornan flexivasas y sus células se pseudostratifican.

El grosor del endometrio ha crecido. La fase proliferativa tardía tiene lugar en el día 14vo, la superficie es ondulada, las células del estroma se aprietan entre si y existe un grado variable de edema.

Hay mayor concentración celular, la tortuosidad de las glándulas es más notable y contienen una mínima secreción. No hay glucógeno en el líquido secretado.

#### Fase Ovulatoria.

La ovulación se presenta más o menos en el 14vo día de los ciclos de 28 días. No ocurren cambios endometriales dentro de las 24 a 36 hrs siguientes. A partir del 16vo día aparecen cambios en las glándulas, que indican actividad en el cuerpo lúteo y por supuesto ovulación.

#### Fase Secretoria ( Progestacional ).

Está inicia con la ovulación. En el 16vo día aumentan la tortuosidad de las glándulas, se producen muchas mitosis y aparecen las vacuolas basales que contiene glucógeno.

En el 17vo día la vacuolización es más pronunciada, casi las dos terceras partes de la porción basal de las glándulas están ocupadas por líquido con glucógeno. Se aprecia edema discreto y las mitosis poco numerosas. La secreción de líquido dentro de las glándulas se nota en el 18vo día. En el 22vo día las glándulas son más tortuosas, pero la actividad secretoria es menor. El lumen de las glándulas encierra secreción mucosa en considerable cantidad. El edema del estroma ha alcanzado su mayor grado, lo que favorece una implantación. Los grados máximos de actividad secretoria y de edema del estroma, concurren con el período de mayor actividad del cuerpo lúteo. Del 24vo al 27vo día, el edema desaparece y las células se asemejan a las deciduales. Las glándulas aumentan su tortuosidad y sus paredes se ven como cerradas. La secreción glandular es exigua y sucede la infiltración de neutrófilos polimorfonucleares y de monocitos. Finalmente se presenta necrosis y esfácelo.

#### Fase Menstrual.

El edema endometrial y los cambios degenerativos que ocurren al final de la fase secretoria producen necrosis tisular distribuida en forma irregular en todas las capas endometriales, con excepción de la basal.

Esta necrosis hace que los vasos sanguíneos se abran y provocan pequeñas hemorragias aisladas que aumentan y se unen, lo que origina hematomas mayores que a su vez causan desprendimiento del endometrio, y la mayor ruptura de vasos sanguíneos.

La descamación de fragmentos huísticos principia, por lo general en los ciclos ovulatorios, más o menos 12 hrs después de haber iniciado el sangrado.

Esta descamación se hace por fragmentos normalmente, pero en los casos de dismenorrea membranosa, se desprende el endometrio superficial, siendo expulsado como molde de la cavidad uterina. Este proceso doloroso es inducido por la separación súbita de todo el revestimiento endometrial secretor, se cree que esto ocurre debido a la serie de fenómenos que se describieron antes.

Se considera en cada menstruación ovulatoria se pierden las dos terceras partes del endometrio.

Cuando el flujo menstrual deja de ser profuso, la mayor parte del tejido endometrial se ha descamado.

El intervalo entre la ovulación y la menstruación es normalmente de 14 días, casi exactos. El período preovulatorio varía de 7 a 8 días. (3,44)

#### Cambios Generales.

Otros cambios asociados que se presentan después de la ovulación son los siguientes: 1.- Edema extracelular que se advierte como aumento de peso premenstrual. 2.- Hipersensibilidad o hipertonicidad muscular, lo que produce irritabilidad y agitación. 3.- Alteraciones vasculares, como hiperemia pélvica y aumento de la fragilidad capilar con tendencia a la equimosis. 4.- Mastalgia por aumento del tamaño y la turgencia. 5.- Cefalea, incluyendo migraña menstrual, la cual parece ser cefalea vascular causada por liberación hormonal.

Secundario a estos eventos ocurre que hay la presencia de múltiples síntomas que a través del tiempo se vio la necesidad de que fueran clasificados sindromáticamente.

#### Antecedentes históricos.

Ya desde Hipócrates se había observado que existía una relación entre las alteraciones del talante y la menstruación en "La enfermedad de la vírgenes", donde menciona una variedad de síntomas cognitivos y conductuales incluyendo delirios, manía, ideas suicidas y "actos para retener la sangre menstrual". En la era premoderna, Pinel en 1799, reportó el caso de una mujer con depresión en relación con la menstruación y síntomas de conversión. Icard en 1890 observó durante la menstruación: cleptomanía, piromanía, dipsomanía, manía homicida, manía suicida, erotomanía, ninfomanía, delirios, impulsividad, celos, alucinaciones, ilusiones y melancolía. En contraste Prichart en 1853 describió un síndrome de tensión premenstrual: "algunas mujeres, en el período catamenial experimentan un considerable grado de excitación nerviosa, temperamento caprichoso, excitabilidad en los sentimientos, mal humor y algunas veces abatimiento de la mente aproximándose a la melancolía". (1).

Frank en 1931 introduce el término de Tensión Premenstrual. Y lo define como un síndrome afectivo severo e inespecífico que aparece de los 7 a los 10 días antes de la menstruación. (10,11)

Dividiendo así los síntomas en 3 grupos: Síntomas psicológicos, físicos y conductuales.

Físicos.	Psicológicos	Conductuales
Aumento del tamaño de los senos	Irritabilidad	Violencia
Aumento de la sensibilidad	Tensión	Psicosis
Aumento de peso	Inquietud	Agresividad
Dolor	Somolencia	Criminalidad
Edema	Fatiga	Accidentes
Erapciones y acné	Disforia	Enf. de los hijos.
Molestias gastrointestinales	Depresión	
Aumento del apetito	Llanto	
Sed	Ansiedad	
	Letargia	
	Torpeza	

Hasta ahora, los síntomas premenstruales han sido descritos que desaparecen con el inicio de la menstruación. ( Sutherland y Stewart 1965 ), que ocurren desde 6 días antes de la menstruación hasta 2 días después del inicio de la misma ( Kramp 1968 ), ó que ocurren desde 4 días antes hasta 4 días después del inicio de la menstruación ( Dalton 1964 ).

Durante años hubo una gran dificultad para definir adecuadamente este síndrome, ya que no había un acuerdo unánime entre investigadores y terapéutas en lo relativo al número, combinación o variedad de los síntomas.

En la actualidad se dice que el Síndrome Premenstrual es una alteración psiconeuroendocrinológica cuya causa es aún desconocida. Este síndrome se caracteriza por un conjunto de síntomas emocionales, conductuales y físicos, que se manifiestan durante los días previos a la menstruación. La duración de los síntomas es muy variable. Por lo regular comienzan de 2 a 12 días antes del inicio de la menstruación y desaparecen dentro de las 24 primeras horas después del inicio del sangrado. Sin embargo en algunos casos persisten durante el período de la menstruación o después de ella. (2,13,57).

Se ha establecido una clasificación del síndrome premenstrual con base en algunos síntomas comunicados que van de los más moderados a los más graves ( 1 ). En esta nomenclatura todavía se utiliza el término de Tensión Premenstrual ( PMT ) y los grados de gravedad se establecen con letras.

El nivel denominado PMT-A describe una serie de síntomas que abarcan la esfera emocional.

Los cambios relacionados con ansiedad, irritabilidad, tensión nerviosa y cambios en el estado de ánimo. En ocasiones se menciona que pueden aparecer pautas conductuales autodirigidas, aunque con frecuencia estas pautas se dirigen también al grupo familiar o en particular y a la sociedad en general.

En el nivel PMT-B los síntomas abarcan retención de líquidos y sales. En consecuencia, durante la etapa premenstrual aparecen aumento de peso, inflamación de las extremidades, turgencia de los senos que se relaciona con mastalgia e inflamación abdominal.

En el nivel PMT-C, aparece dolor de cabeza, aumento de apetito, presión retroesternal, fatiga, ríngido o desmayos y, en ocasiones temblor.

Para concluir, en el nivel PMT-D, los síntomas más graves aparecen en la esfera afectiva. Es característica la depresión, la sensación subjetiva de abandono, llanto, confusión, insomnio y aislamiento.

Se le considera la forma más grave, ya que se puede llegar al suicidio.

Por otra parte el Síndrome Premenstrual aparece en el DSM-III-R en 1987 y se incluye como Trastorno Disfórico de la Final de la Fase Lútea Tardía. Apareciendo esté trastorno en las categorías que requieren estudios posteriores. (3,49)

Los criterios diagnósticos que se señalan son: La presentación de al menos 5 síntomas durante la última semana de la fase lútea y, que estos desaparezcan dentro de los primeros días de la fase folicular.

Por lo menos uno de los 5 síntomas requeridos para él debe ser marcada labilidad afectiva, irritabilidad, ansiedad o estado de ánimo depresivo. Los otros síntomas son disminución del interés en las actividades cotidianas, fatiga, dificultad para concentrarse, cambios en el apetito, alteraciones en el sueño y finalmente síntomas físicos. (21).

Muchos síntomas coexisten en el síndrome premenstrual, tales como los sentimientos de tristeza y desesperanza, pesimismo, falta de interés, fatiga, irritabilidad, agresión, alteraciones en el apetito y en el sueño, están presentes en los estados depresivos. ( 20,24). Es así como algunos autores consideran que existe una relación estrecha entre la depresión y el síndrome premenstrual. (12,13,16,19,23,32,37,42,55)

Para el DSM-IV se señala lo siguiente: La falla esencial son los síntomas en los cuales hay una marcada depresión, ansiedad, labilidad afectiva y decremento en el interés de las actividades.

Los síntomas ocurren regularmente durante la última semana de la fase lútea en la mayoría de los ciclos menstruales durante el pasado año. Los síntomas comienzan a remitir en la fase folicular. Y es necesario que 5 o más síntomas persistan o estén presentes en el tiempo de una semana después de la fase lútea. Dentro de los criterios diagnósticos puede haber también dolor muscular y los síntomas pueden acompañarse de comportamiento suicida. Los síntomas desaparecen completamente y en breve después de la menstruación. Los síntomas severos causan marcado deterioro en la habilidad y funcionamiento social y ocupacional. El deterioro social puede ser manifestado por discordia marital y problemas con amigos y la familia. (23,37)

Estos síntomas pueden estar superpuestos en otros trastornos o exacerbar los síntomas de algún otro trastorno como Depresión Mayor, Trastorno de Pánico, Trastorno Distímico o Trastorno de Personalidad.

#### Criterios Diagnósticos.

A. En la mayoría de los ciclos menstruales durante el pasado año, cinco de los siguientes síntomas estuvieron presentes durante la semana de fase lútea, y comienzan a remitir días después del inicio de la fase folicular, y están ausentes en las siguientes semanas, con al menos uno de los síntomas 1,2,3 ó 4 :

1. Marcado ánimo deprimido, sentimiento de desesperanza, ó ideas de minusvalía.
2. Marcada ansiedad, tensión o sentimiento " de estar al límite".
3. Labilidad afectiva intensa.
4. Persistente y marcada irritabilidad o enojo o incremento en conflictos interpersonales.
5. Disminución de interés en actividades usuales.
6. Sensación subjetiva de dificultad en la concentración.
7. Letargia, fatiga fácil o marcada disminución de la energía.
8. Cambios importantes en apetito.
9. Hipersomnia o insomnio.
10. Sensación subjetiva de perder el control.
11. Otros síntomas físicos.

B. Las molestias interfieren con las actividades laborales, escolares y sociales.

C. El trastorno no es exclusivamente una exacerbación de síntomas de otras enfermedades.

D. Los criterios A, B y C deben confirmarse prospectivamente durante por lo menos dos ciclos consecutivos sintomáticos.

En cuanto a la presentación de los síntomas se han descrito más de 150 síntomas que componen este síndrome y estos han sido identificados en diferentes estudios. (10,11).

En cuanto a la etiología está no se ha precisado sólo se han señalado varias teorías.

Entre estas se señalan las biológicas: Teoría hormonal, T. Hormonas ováricas ( Estrógenos y progesterona ). T. de alteración de líquidos y electrolitos ( Prolactina y Aldosterona). T. Neurotransmisores. T de la actividad de la MAO y Vitaminas. (48,56).

Desde que Frank sugiere un exceso de estrógenos e Israel sugiere una ideacuada progesterona como principales factores, se han analizado varias teorías y se señalan éstas como las principales. Sin embargo, pocas teorías han encontrado evidencia importante que de soporte a las mismas y desafortunadamente hay evidencias que sugieren lo contrario.

También algunas teorías explican que el Trastorno Disforico Premenstrual ( TDP ) como es llamado en la actualidad, es un síndrome relacionado con los niveles de la relación estrógenos-progesterona y que está explica la ausencia de los síntomas en la fase folicular cuando los niveles de estrógenos y progesterona estan más altos. (27,53).

Se menciona una participación de la prolactina en la presencia de este síndrome sin embargo esto no esta bien demostrado. (7)

La participación de las prostaglandinas también se cuestiona, la hipótesis sugiere que tanto niveles altos como bajos se asocian al TDP.( 29,35).

Otras etiologías proponen la participación de niveles altos de Aldosterona. En un estudio realizado por Cerin y cols. demostró que los perfiles hormonales y bioquímicos en las mujeres con TDP comparados con controles en un doble ciego presentaron resultados similares excepto para Aldosterona la cual fué más baja en la fase folicular y lútea y el colesterol más alto en la fase folicular en las mujeres con TDP. (7).

Se a señalado así también una deficiencia de Piridoxina y un desbalance en las endorfinas.

Existe además una teoría psicológica en la cual se señala en general un grado importante de Neuroticismo para la presencia de este síndrome. (22).

Participación de la serotonina.

En ratas de laboratorio se ha demostrado que las concentraciones de 5-HT y de sus receptores varían en diferentes fases del ciclo estral del animal. Se ha observado por ejemplo, que en el hipotálamo, septum, área preóptica e hipocampo hay una regulación hacia abajo de los receptores 5-HT 1 lo que indica una disminución en la neurotransmisión durante el proestro y el estro en la rata. ( Biegon y cols 1980 ). (36).

De manera semejante, desde hace tiempo existen observaciones que indican que la función serotoninérgica fluctúa, dependiendo de la fase del ciclo menstrual. Se han medido las concentraciones urinarias del metabolito 5-HIAA y se ha encontrado disminución de éste durante la fase premenstrual. (18,22,36)

Se ha demostrado también un incremento en el catabolismo del triptófano periférico, durante la fase lútea en comparación con las demás fases del ciclo. (25).

Por otro lado, en diferentes especies animales se ha demostrado que la neurotransmisión 5-HT puede ser influida por las hormonas ováricas. En este sentido, se ha observado que la administración de etilen estradiol y de progesterona incrementan las concentraciones de 5-HT en la corteza cerebral, hipotálamo, tálamo y cuerpo estriado. (36).

Asi mismo, los estrógenos modulan la síntesis de 5-HT al modificar la actividad de la enzima triptófano hidroxilasa y la piridoxina, que es un cofactor en la síntesis de la 5-HT ( citado por Halbreich y Tworek 1993 ).

De tal forma entonces que se señala que los estrógenos y la progesterona establecen acciones contundentes sobre la función de la 5-HT, lo que ubica a estas hormonas en un papel de neuromoduladores. Es así como se ha sugerido que algunos síntomas premenstruales pueden ser causados por la influencia de los esteroides sexuales sobre la actividad de la 5-HT.

#### Serotonina.

Los mecanismos de recaptura, almacenamiento, liberación y metabolismo de la 5-HT parecen ser similares en las plaquetas y en las terminaciones nerviosas serotoninérgicas. Por eso, se han utilizado las plaquetas como modelo para el estudio de la actividad de las neuronas serotoninérgicas.

En este sentido, se han encontrado que las mujeres con síndrome premenstrual tienen una disminución en el contenido de 5-HT plaquetaria en la fase premenstrual, así como una mayor actividad plaquetaria de la MAO (58).

En mujeres con síndrome premenstrual sin trastornos psiquiátricos, las concentraciones sanguíneas de 5-HT en las fases folicular y periovulatoria son semejantes comparadas con mujeres testigos. Sin embargo, las concentraciones de 5-HT son menores durante la fase lútea media, lútea tardía y premenstrual en las mujeres que sufren síndrome premenstrual. Más aún la administración de triptófano durante cualquier fase del ciclo menstrual en mujeres sanas incrementa las concentraciones sanguíneas de 5-HT. En contraste en sujetos con síndrome premenstrual únicamente se encuentra este aumento durante las fases folicular y lútea media, en tanto que hay una disminución de las concentraciones sanguíneas de 5-HT en el período premenstrual. (45).

#### Endorfinas.

Se señala que hay un papel importante en la participación de opioides endógenos principalmente en su actividad en relación con la presencia de TDP. (18).

Un estudio llevado a cabo en pacientes determinando los niveles de endorfinas mostró que los niveles de beta-endorfinas fué significativamente mas bajos en pacientes con TDP. El decremento de las beta-endorfinas en la fase lútea se comparo con la fase folicular. Otros neuropeptidos como la neurotensina, el péptido pancreático humano, el polipeptido vasoactivo intestinal, y la gastrina no mostraron niveles significativos en las pacientes con TDP. (14).

#### Vitaminas.

Como se menciono anteriormente se sugiere que la deficiencia de vitaminas específicamente la B6 se relaciona con la presencia de TDP.

Un estudio llevado a cabo con 55 mujeres donde se administró B6 y placebo y en el analisis de covarianza se sugirió que la disminución de B6 podría estar relacionada con las reacciones Autónomas (náuseas y vómito) y cambios en el comportamiento (decremento de actividades sociales). Por lo que esta se llega a sugerir en el tratamiento del TDP. (30,31).

#### Hormonas.

Esta bien demostrado que los estrógenos incrementan el sistema renina - angiotensina - aldosterona y que esto a su vez produce retención de fluidos lo cual induce el péptido natriuretico para un incremento de la diuresis y un balance normal.

Se llevó a cabo un estudio donde se administro en forma crónica un incremento de estrógenos y progesterona y se midieron los niveles de hormona natriuretica o peptido natriuretico atrial ( ANP ) y buscando una asociación con el TDP. De tal forma que encontraron que los niveles del ANP se ven alterados en forma importante por el incremento de estrógenos y progesterona. En las pacientes con TDP unicamente se observo persistente retención de líquidos. (5,6).

En otra investigación llevada a cabo con 18 pacientes con TDP se estuvieron monitorizando los niveles hormonales por 2 ciclos consecutivos y los resultados reportaron altas concentraciones de Estradiol y progesterona en particular en la fase lútea. (27).

Esta bien fundamentado que los cambios cíclicos son consecuencia directa de las fluctuaciones hormonales sobre ciclo menstrual y que cuando hay alguna anomalía en el sistema endocrino esto nos podría conducir al TDP. La restricción de los síntomas en la segunda mitad del ciclo con unos niveles normales de progesterona y se relaciona una deficiencia relativa de progesterona en la etiología de los síntomas y típicamente la mujer siente durante la fase folicular tardía cuando la progesterona esta disminuida y el estradiol alto. (53,56)

Cabe mencionar que los tratamientos implementados tienen fundamento en las teorías etiológicas.

#### Prevalencia.

Los estudios reportan una prevalencia del TDP de un 10% a un 15 % en todas la mujeres.

En una revisión concluyen que el 40 % de las mujeres experimentan síntomas premenstruales y que del 5% al 10 % reportan una mayor severidad de los síntomas. (34).

Otro estudio retrospectivo llevado a cabo por Gath encontró que el 80% de las mujeres tenían experiencia de TDP antes de la histerectomía, y reportaron similares síntomas clínicos 18 meses después de la histerectomía. (22)

Otros autores reportan una prevalencia del 5 %. En un estudio llevado a cabo para valorar la prevalencia del TDP encontraron que fue de 72.8%. (26,38,40,41,43).

#### Factores de Riesgo.

Se han estudiado factores de riesgo correlacionados con el TDP. Esto con la finalidad de tratar de identificar a la mujer que presenta mas vulnerabilidad de presentar dicha patología o bien la severidad de los síntomas. Al respecto los estudios revelan los siguientes aspectos.

También se a tratado de examinar como la personalidad o la predisposición a alguna enfermedad psiquiátrica afectan o influyen en la severidad de los síntomas. (34).

#### Edad.

Los ciclos anovulatorios estan presentes al inicio de la adolescencia y en las mujeres premenopausicas. En cuanto a la dismenorrea esta se a observado que incrementa con la edad ya que en un estudio realizado por Klein y Litt encontraron que en adolescentes de 12 años el reporte de dismenorrea era de 39% y en adolescentes tardías de 17 años la prevalencia fué de 72%. Otros estudios han reportado que hay decremento en el dolor menstrual entre las mujeres con edad de 20 a 30 años. (11,34,41)

Estudios similares reportan un incremento de los síntomas menstruales alrededor de los 21 años o más, en otros estudios se señala la presencia de depresión en pacientes mayores de 26 años.

En general parece que los problemas más frecuentemente son reportados por mujeres jóvenes y se incrementa con la edad siendo mas frecuente entre los 25 y 40 años de edad. (34).

#### Paridad.

Moos encontró que las mujeres con mayor número de paridad presentaban mas síntomas premenstruales. Woods et al., encontró que en ambos la paridad y la edad se asociaban a TDP. (57)

#### Estado civil y Estrato Socioeconómico.

Al respecto Wood y cols. encontraron que las mujeres casadas reportaban menos severidad de dolor menstrual en comparación de las mujeres separadas, viudas y solteras. Las mujeres separadas y divorciadas experimentaban mas frecuentemente tensión premenstrual que las casadas.

En cuanto al estrato socioeconomico este no esta asociado con tensión premenstrual. (57).

#### Uso de anticonceptivos orales.

Los estudios reportan una influencia aunque mínima pero esta depende del tipo de anticonceptivo que se utilice. En general se ha descubierto que el uso de anticonceptivos orales disminuye la severidad de los síntomas. (49,52,53).

#### Personalidad.

Muchos investigadores estan sumamente interesados por la relación que existe entre el neuroticismo o los grados de este en relación al TDP. Estudios han encontrado una asociación positiva en las escalas de Neuroticismo en reportes durante la fase premenstrual y menstrual. (34)

Utilizando el MMPI se encontraron las mediciones mas altas en la escala de Ansiedad y en otros estudios llevados a cabo la escala de Hipocondriasis.

En general los estudios reportan mayor grado de neuroticismo en las pacientes que presenta una severidad de los síntomas en el TDP. (49,53)

Específicamente los pocos estudios que se han realizado reportan un mayor grado de neuroticismo en pacientes con dicho trastorno.

#### Historia Psiquiátrica.

Resulta muy interesante analizar los síntomas premenstruales y su asociación con enfermedades mentales. Esta bien documentado que el incremento del intento suicida esta presente en la fase premenstrual. (13,22,26)

Estudios recientes han demostrado un incremento en las admisiones hospitalarias en las mujeres por intento suicida durante la fase premenstrual. (26)

Se han encontrado otras asociaciones con el período premenstrual como son la depresión, cuadros psicoticos agudos y epilepsia principalmente. (34).



Herencia.

En cuanto a este punto se han realizado pocos estudios donde se trata de correlacionar la presencia de una carga genética que predisponga la presencia de dicho síndrome.

En un estudio en gemelas se analizaron a 157 monocigóticas y a 143 dicigóticas, encontrándose mayor predisposición para la presencia de TDP en las gemelas monocigóticas. (11).

Otro estudio realizado en hijas y madres no mostró significancia estadística en la presencia de TDP. (54).

Tratamiento.

Como no se conoce una causa única, no existe un tratamiento sistemático. Por lo que se da un manejo sintomático. (39).

Se a visto que la mayoría de las mujeres presentan malestares menstruales leves y la mayoría de estas mujeres son capaces de dominar sus síntomas sin medicación, por otra parte varios estudios han reportado que las mujeres que presentan problemas premenstruales de tal severidad que gustarían de medicarse para disminuirlos.

Los primeros tratamientos utilizados y en base a la teoría más antigua son los hormonales, posteriormente se utilizaron otros como el ácido mefenámico, las vitaminas y últimamente los antidepresivos. (15,21,18,31)

En general se tiene un consenso en el cual aconsejan que el tratamiento sea multidisciplinario que abarquen los siguientes puntos: educación, apoyo, reducción del estrés, modificación de la dieta y ejercicio. (31).

Si resulta necesario un tratamiento, se debe ayudar a la paciente a modificar su estilo de vida. El haber llevado un calendario menstrual puede delinear sus actividades diarias para librar la etapa premenstrual del estrés externo tanto como sea posible. Algunas mujeres han encontrado que el ejercicio físico durante la semana premenstrual reduce el estrés y motiva bienestar. La modificación de la dieta también produce alivio. (28).

Para la retención excesiva de líquidos se han usado diuréticos como la espironolactona.

La utilización de progesterona en múltiples estudios tiende a ser de gran controversia ya que algunos reportan una utilidad en su uso y otros son totalmente contradictorios.

Esta se a utilizado en dosis de 25 hasta 400 mgs diarios sin embargo en estudios con placebo este último llegó a mostrar mayor eficacia.

También se han utilizado estrógenos pero los resultados obtenidos son similares al uso de progesterona. (53).

En cuanto al uso de Bromocriptina que es un agonista de los receptores de dopamina se utilizó porque inhibe la prolactina y los estudios con este tipo de tratamiento aportó resultados inconsistentes además de causar efectos indeseables sumamente importantes.

En un estudio doble ciego con Alprazolam administrándose este por 8 semanas no se observó significancia estadística en los resultados por lo que no fué efectivo el Alprazolam en el tratamiento para los síntomas del TDP. (46)

La clorimipramina es un antidepresivo que inhibe la inactivación de transmisores por recaptación en las sinapsis serotoninérgicas del cerebro. En un estudio abierto y seguido por dos ensayos placebo-controlados confirmatorios, demostraron que una dosis baja de clorimipramina redujeron marcadamente los síntomas del TDP con una tasa de respuesta cercana al 100% . (17).

Con estos antecedentes surge la hipótesis que el efecto de la clorimipramina en la reducción de malestares premenstruales esta ligado al efecto inhibitorio en la recaptura de serotonina, y se utilizan los antidepresivos inhnibidores selectivos de la recaptura de la serotonina.

Un estudio llevado a cabo con Fluoxetina utilizando de 20 a 40 mgs diario por un tiempo de 3 a 20 meses observaron una remisión persistente de los síntomas en 7 pacientes que terminaron el estudio mientras que en 2 de ellas no se observaron cambios significativos. (15):

Otro estudio doble ciego Fluoxetina - placebo, utilizando dosis de 20 mgs diarios de fluoxetina mostró una remisión total de los síntomas en 8 de 16 pacientes, durante el período de tratamiento que fué de 3 meses. Por lo que se concluyó que fluoxetina fué mas eficaz que el placebo en los síntomas físicos, afectivos y conductuales. Comparada con placebo también se observó mas presencia de efectos colaterales como son insomnio, alteraciones gastrointestinales y disturbios menstruales.

En otros estudios llevados a cabo con Fluoxetina en pacientes con TDP se ha observado mejoría de varios síntomas premenstruales, como son la disminución del estado de animo y de la capacidad de concentración, la ansiedad y otros síntomas vegetativos y físicos del TDP.

Asimismo parecer ser que otros bloqueadores de la recaptura de 5-HT ( Sertralina y Paroxetina) tienen efectos sobre los síntomas del TDP, aun cuando faltan estudios doble ciego de estos fármacos. Sin embargo existe un estudio en el que no se pudo comprobar la eficacia clínica de otro antidepresivo inhibidor de la recaptura de 5-HT, que es la Flavoxamina (36)

En cuanto a los estudios llevados a cabo para el estudio de TDP generalmente se han utilizado 2 cuestionarios mismos que han sido debidamente validados..

En los estudios realizados los cuestionarios que se aplican han sido en forma prospectiva y retrospectiva, y se ha encontrado que en estudios retrospectivos existe una contaminación de datos importante por lo que esta es la menos recomendable. (10).

Los cuestionarios mas útiles son la Forma de Valoración Premenstrual ( PAF ) y el Cuestionario para malestar menstrual de Moos ( MDQ ). (10,33).

Fué necesario la creación de dichos cuestionarios para el estudio de los cambios psicológicos asociados con el ciclo menstrual.

Moos notó la necesidad de diseñar un cuestionario para el estudio clinico del ciclo menstrual, ya que estaba ya bien demostrado en estudios longitudinales los cambios de comportamiento através del ciclo menstrual.

Así mismo multiples estudios habian reportado en las mujeres la experiencia de tensión premenstrual o síndrome premenstrual y una predominancia en los síntomas como son la irritabilidad, depresión, dolor, fatiga etc... lo que motiva a la construcción del primer cuestionario para los cambios psicológicos asociados con el ciclo menstrual por Moos.

Desde la parición del Moos Menstrual Distress Quetionnaire MQD, este a sido considerado como un intrumento de fácil comprensión y disponibilidad, además de ser un estudio psicométrico.

Este a sido validado y tiene una amplio rango de seguridad y precisión.

El test consiste en 47 ítems cada uno describe los síntomas que la mujer experimenta en determinado tiempo. A los sujetos se les cuestiona en proporción a la cantidad de la experiencia de los síntomas ( de acuerdo a su memoria ) en una escala de 6 puntos, que va desde la ausencia de los síntomas hasta la incapacitación de los mismos. Estos son cuestionados para cada una de sus tres fases del ciclo menstrual mas reciente.

- 1.- Fase menstrual: durante la menstruación.
- 2.- Fase premenstrual: una semana antes de la menstruación.
- 3.- Fase intermenstrual: la permanente del ciclo.

Moos al aplicar el cuestionario por primera vez en una muestra de 839 sujetos indico la presencia de 47 sintomas y los agrupo en 8 diferentes clases de escalas.

En las cuales Moos observa los niveles de Dolor, Concentración, Cambios en el Comportamiento, Reacción autonómica, Retención de agua, Afecto negativo, Estado de despierto y Control.

Cada fase del ciclo menstrual fué correlacionada positivamente con cada una de las ocho escalas.

Con una típica correlación y con un rango promedio de 0.18 a 0.63 con una media de 0.36.

Esto incluye que una escala contenga síntomas positivos y el control de la escala, ambos de los cuales fueron positivamente correlacionados en las tres fases del ciclo con un rango de 0.-17 a 0.77 con una media de 0.54. Todos estos dan una correlación, entre las escalas para dar la fase y entre las fases para cada escala, siendo estadísticamente significativas con una  $p$  menor que 0.001.

En otras palabras Moos señala que el MDQ tiene una alta medición en otras escalas. Siendo una evidencia de validez del test.

El cuestionario mostró acerca de los síntomas los cambios através del ciclo menstrual. Cada uno de los síntomas en las primeras 6 escalas mostró variación ciclica de acuerdo al ciclo menstrual (Significancia estadística de  $p$  menor que 0.05, Mann-Whitney U test ). (5,6,10,33,57).

**Escala de los síntomas en el Moos Menstrual Distress Questionnaire:**

**DOLOR**

Contractura muscular  
Cefalea  
Calambres  
Dolor en espalda  
Fatiga  
Malestar General

**CONCENTRACION**

Insomnio  
Olvidos frecuentes  
Confusión  
Juicio disminuido  
Dificultad para concentrarse  
Distractibilidad  
Accidentes  
Disminución en la coordinación motora

**CAMBIOS EN EL COMPORTAMIENTO**

Disminución en rendimiento escolar  
y laboral  
tomar una siesta o estar más en cama  
Permanecer en casa  
Evitar actividades sociales  
Disminuye la eficiencia

**REACCION AUTONOMICA**

Mareo, desmayo  
Náusea, vómito  
Fosfenos

**RETENCION DE AGUA**

Aumento de peso  
Molestias en la piel  
Dolor en el pecho  
Hinchazon

**AFECTO NEGATIVO**

Llanto  
Soledad  
Ansiedad  
Inquietud frecuente  
Irritabilidad  
Cambios en el afecto  
Depresión  
Tensión

**ALERTA**

Abatimiento  
Ordenamiento  
Emociones  
Sentimientos de bienestar  
Siente tener mas energía y actividad

**CONTROL**

Sentimiento de sofocación  
Palpitaciones  
Dolor en el pecho  
Visión borrosa

En la actualidad algunos investigadores han modificado los items realizados en el MDQ creando una versión corta de 37 items, pero siempre validando dichas escalas.

Posterior al estudio llevado a cabo por Moos se han realizado multiples estudios para el analisis de la confiabilidad y validez de dicho test. Encontrando en estos un grado de confiabilidad y validez estadisticamente significativos.

En la actualidad estudios recientes utilizan frecuentemente este cuestionario para el Transtorno Disforico Premenstrual de acuerdo al DSM-IV.

Para el estudio del temperamento y carácter se selecciono el Inventario de Temperamento y Carácter (ITC), ya que este es un modelo psicobiológico de la personalidad.

El inventario de temperamento y carácter ( ITC ), es un modelo psicobiológico de la estructura y desarrollo de la personalidad que mide las dimensiones del temperamento y carácter. Usandose como una intervención multiaxial estructurada, siendo un cuestionario autoaplicable evaluatorio en siete dimensiones de la personalidad predictivos diagnósticos del DSM-III-R en sus trastornos de personalidad. Cada categoría de los trastornos de la personalidad del DSM-III-R esta asociada con un único perfil de calificación de los siete factores modelos.

El ITC evalúa siete rasgos de personalidad o de comportamiento de nivel superior. Estos incluyen cuatro dimensiones de temperamento de nivel superior, y tres dimensiones de carácter de nivel superior. Cada uno de estos factores de temperamento y carácter de nivel superior, son multidimensionales y están formados por rasgos de nivel inferior. En total se consideran 25 rasgos de nivel inferior, doce de temperamento y trece de carácter. El temperamento se refiere a las respuestas emocionales y automáticas que el individuo presenta ante experiencias externas e internas. Es moderadamente heredable y estable a lo largo de la vida. Las cuatro dimensiones del temperamento en el ITC son: búsqueda de la novedad, evitación al daño, dependencia a la recompensa, y persistencia.

En contraste el carácter se refiere a autoconceptos y diferencias individuales en metas y valores que guían elecciones y tienen influencia en el significado que el individuo le da a las experiencias de la vida. Las diferencias en el carácter se encuentran influenciadas por el aprendizaje sociocultural y maduran a lo largo de la vida. Las tres dimensiones que se manejan en el ITC son: autodirección, cooperatividad y autotranscendencia.

Cada uno de estos aspectos de la personalidad interactúan para promover la adaptación a las experiencias de la vida y a la vez guardan influencia en la susceptibilidad del individuo hacia trastornos emocionales y del comportamiento.

#### **Descripción general del ITC:**

##### **a) Búsqueda de la novedad (NS).**

Búsqueda de la novedad es un rasgo de temperamento multidimensional de nivel superior y consiste en 4 rasgos de nivel inferior:

Excitabilidad exploratoria vs rigidez  
Impulsividad vs reflexión  
Extravagancia vs discreción  
Desorden vs restricción

Los individuos con puntajes altos tienden a ser temperamentales, excitables, exploradores, curiosos, entusiastas, exuberantes impulsivos, revoltosos y se aburren con facilidad.

En contraste los individuos con puntajes bajos, son descritos como poco temperamentales, indiferentes, poco curiosos, poco entusiastas, estoicos, reflexivos, frugales, reservados, tolerantes a la monotonía, sistemáticos y ordenados.

##### **b) Evitación al daño. (HA)**

Evitación al daño es también un rasgo de temperamento multidimensional de nivel superior y cuenta con 4 rasgos de nivel inferior:

Preocupación anticipada vs optimismo  
Miedo a lo incierto vs confianza  
Timidez a los desconocidos vs gregarismo  
Fatigabilidad y astenia vs vigor

Los individuos con puntuaciones altas en esta escala tienden a ser temerosos, tensos, aprensivos, nerviosos, tímidos, indecisos, desanimados, inseguros, pasivos, negativos, o pesimistas mas aún en situaciones que no preocupan más a otras personas. Tienden a ser inhibidos y tímidos ante la mayoría de las situaciones sociales. Su nivel de energía es bajo y se sienten cansados, con frecuencia necesitan mas aliento y estímulo que los demás.

Los individuos con puntajes bajos tienden a vivir libres de preocupaciones, relajados, optimistas, son atrevidos, valerosos, valientes serenos y optimistas aún en situaciones que preocupan a la mayoría de las personas.

Estos individuos son descritos por las demás personas como expansivos, atrevidos y seguros de si mismos en la mayoría de las situaciones sociales.

#### c) Dependencia a la recompensa (RD).

Este rasgo es superior y esta formado por 4 aspectos de nivel inferior:

- Sensibilidad vs insensibilidad
- Persistencia vs irresolución
- Apego vs separación
- Dependencia vs independencia

Los individuos con puntajes altos en esta escala, tienden a ser cariñosos, tiernos, sensibles, dedicados, dependientes y sociables. Buscan es contacto social y están abiertos a la comunicación con los demás. Los individuos bajos en esta escala tienden a ser prácticos, fríos, cerrados, socialmente insensibles. Estos individuos rara vez inician comunicación con otros y prefieren guardar sus distancias ya que tienen dificultad para encontrar cosas en común con los demás.

#### d) Persistencia (PE).

En esta versión del ITC esta dimensión esta representada por una escala unica de 8 items que describe cuatro paradigmas: empeño por esforzarse en respuesta a señales de una recompensa anticipada, reforzamiento del trabajo en respuesta a un castigo intermitente, ambición en respuesta a recompensas frustradas intermitentes y perseverancia en respuesta a recompensa intermitente.

Los individuos con puntajes altos en esta escala tienden a ser diligentes, trabajadores, persistentes y estables a pesar de su frustración y cansancio. Intensifican su esfuerzo en respuesta a la recompensa, se ofrecen a trabajar cuando hay algo que hacer y se muestran abiertos al trabajo asignado, persiben la frustración y el cansancio como reto personal, no se dan por vencidos facilmente. Estas personas tienden a ambicionar logros y están dispuestos a realizar sacrificios. Estan mas determinados a triunfar, manifiestan un alto nivel de perseverancia.

Los individuos con puntajes bajos son indolentes, poco activos, poco confiables, inestables, y erráticos. Rara vez intensifican sus esfuerzos aún en repuesta a una recompensa anticipada. Casi nunca se ofrecen a iniciar algún trabajo y son lentos, tienden a darse pon vencidos con facilidad al enfrentarse a frustraciones, críticas, obstáculos y cansancio.

Están satisfechas con sus logros y no se esfuerzan por algo mejor.

e) Autodirección (SD).

Autodirección es un rasgo superior que consiste en 5 rasgos de nivel inferior:

Responsabilidad vs culpa  
Determinación vs sin dirección  
Con recursos vs apatía  
Autoaceptación vs lucha interna  
Congruencia con ideales vs malos hábitos

Los individuos con puntajes altos en esta escala son descritos como maduros, fuertes, autosuficientes, responsables, confiables, constructivos, con metas y bien integrados.

En contraste con los individuos con puntajes bajos estos son inmaduros, débiles, frágiles, acusadores, destructivos, poco efectivos e irresponsables, poco confiables y poco integrados.

f) Cooperatividad (CO).

Cooperatividad es un rasgo de carácter de . y consiste en 5 rasgos de nivel inferior:

Aceptación social vs intolerancia  
Empatía vs desinterés social  
Capacidad de ayudar vs incapacidad para ayudar  
Comasión vs venganza  
Integridad vs falta de escrúpulos

Los individuos con puntajes bajos son descritos como empáticos, tolerantes, compasivos, justos y como capaces de brindar ayuda, seguridad, apoyo y servicio a los demás.

Los individuos con puntajes bajos son descritos como intolerantes, críticos, vengativos, egoístas, egocéntricos y oportunistas. Tienden a ver por ellos mismos que por los demás.

g) Autotrascendencia (ST).

Este es un rasgo caracterológico que tiene 3 rasgos de nivel inferior:

Concentración creativa vs conciencia  
Identificación transpersonal vs aislamiento  
Aceptación espiritual vs materialismo regional

Los individuos con puntajes altos en esta escala son descritos como brillantes, con sabiduría, pacientes, creativos, desinteresados, espirituales, poco pretenciosos y satisfechos. Tienden a tolerar la incertidumbre, pueden disfrutar de las actividades sin tener que saber su desenlace, ni tener la necesidad de controlar la situación. Piensan que su espiritualidad les ha ayudado a entender en verdadero significado de sus vidas.

En contraste los individuos con puntuaciones bajas son descritos como orgullosos, impacientes, ensimismados, materiales, poco imaginativos, sin capacidad de apreciar el arte e insatisfechos con su vida. No toleran la incertidumbre y las sorpresas, buscan tener el mayor control posible de las situaciones.

El ITC es un cuestionario autoaplicable que en promedio su duración de contestación es de menos de 90 minutos.

El ITC cuenta entre sus factores modelos con una sensibilidad mayor hacia sugerir medidas de una sensibilidad neurológica "neuroticismo" como un tipo de test de escritorio para los trastornos de personalidad.

El ITC cuenta con 240 preguntas que son contestadas en la categoría de verdadero o falso y que se califican por grupo en 7 escalas mismas que nos daran una medición que se debera valorar. (8,9,50).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Dado que un tercio de la población femenina en edad reproductiva sufre de TDP, es importante identificar si además de ciertas alteraciones biológicas ya mencionadas, estas mujeres pudieran tener un perfil característico (dimensional) de temperamento y carácter, que las distinguan de las mujeres que no sean portadoras del trastorno disfórico premenstrual. De ser así, esto podría influir en la detección, evolución y manejo del trastorno.

## **OBJETIVOS.**

- 1.- Determinar la Asociación del TDP con las dimensiones del temperamento y carácter del ITC.
- 2.- Determinar si hay diferencias en las variables demográficas y clínicas entre las mujeres con TDP y las mujeres sin TDP.
- 3.- Determinar si hay diferencias entre las mujeres con TDP y las mujeres sin TDP respecto a las dimensiones del temperamento y carácter.

## **VARIABLES DE ESTUDIO**

INDEPENDIENTE: Dimensiones de temperamento y carácter.

DEPENDIENTE: Trastorno Disfórico Premenstrual

RELACION FUNCIONAL: Correlación.



## **MATERIAL Y METODOS.**

### **a) Diseño.**

Descriptivo, Transversal y Prospectivo, Comparativo de casos y controles.

### **b) Universo y Muestra.**

El estudio se llevó a cabo en el servicio de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar no. 36 del Instituto Mexicano del Seguro Social.

Se incluyeron: pacientes que acudieron a dicho servicio y que tuvieran entre 15 y 45 años de edad y que además tuvieran ciclos menstruales regulares.

Se excluyeron: pacientes que presentaron embarazo planeado o en evolución, que presentaran ciclos menstruales irregulares y un diagnóstico actual de enfermedad ginecológica ó psiquiátrica severa.

Se conformaron 2 grupos:

Si las pacientes cumplían con los criterios diagnósticos del DSM-IV para el Trastorno Disforico Premenstrual ya mencionados, se asignaban al grupo de casos y si no llenaban dichas características se asignaban al grupo control.

### **b) Procedimiento.**

Posteriormente se solicitó la cooperación de las pacientes para que participaran en el estudio. En la primera entrevista el investigador determinó si las pacientes cumplían o no con los criterios diagnósticos del DSM-IV ( instrumento 2 ) y agrupó a estas al grupo de casos o controles.

En la primera entrevista recababa datos generales e historia clínica ginecológica y psiquiátrica ( instrumento 1 ).

También en la entrevista se les pidió a las mujeres que contestaran el cuestionario de malestar menstrual de MOOS ( instrumento 3 ) en forma retrospectiva y se les proporcionó el Cuestionario de malestar menstrual de MOOS para que diariamente lo contestaran durante un mes, con la condición de regresarlos en la fecha de su próxima.

El investigador determinó las fechas que correspondían a menstruación, mitad del ciclo y fase premenstrual de acuerdo a la fecha de su última menstruación.

También en la entrevista en forma autoaplicable las pacientes respondieron el Inventario de Temperamento y Carácter ITC ( instrumento 4 ).

#### **d) Instrumentos. (Anexo #1)**

EL DSM-IV evaluó el diagnóstico de TDP de acuerdo a sus criterios y estos fueron aplicados en el instrumento no. 2.

El Trastorno Disfórico Premenstrual es un síndrome que abarca cerca de 150 síntomas y que de acuerdo al autor se presenta de 7 a 10 días antes de la menstruación, durante y después de la misma. Los síntomas que se presentan durante esta etapa premenstrual se encuentran agrupados en 3 categorías.

Síntomas físicos, emocionales y conductuales. La severidad de los mismos da la importancia de dicho síndrome ya que la intensidad varía de ser desde leve a severa e incapacitante.

En el instrumento 1 se realiza una Historia clínica ginecológica y psiquiátrica, en esta tomamos en cuenta las características demográficas de la población, antecedentes físicos, ginecológicos y psiquiátricos.

El instrumento 3 que corresponde al Cuestionario de Malestar Menstrual de MOOS se incluyen 47 ítems que deben ser contestados diariamente y se califican como presentes o ausentes, la forma de contestar dicho cuestionario es retrospectiva y prospectiva.

El ITC evaluó siete rasgos de personalidad o de comportamiento de nivel superior. Estos incluyen cuatro dimensiones de temperamento de nivel superior y tres dimensiones de carácter de nivel superior, estas son multidimensionales y están formadas por otras de nivel inferior. El temperamento se refiere a las respuestas emocionales y automáticas que el individuo presenta ante experiencias externas e internas. Este es moderadamente heredable y estable a lo largo de la vida. Las dimensiones son: búsqueda de la novedad, evitación al daño, dependencia a la recompensa y persistencia.

El carácter se refiere a autoconceptos y diferencias individuales en metas y valores que guían elecciones y tienen influencia en el significado que el individuo le da a las experiencias de la vida. Y las dimensiones que se manejan son: autodirección, cooperatividad y autotrascendencia.

En nuestro estudio las dimensiones del temperamento y carácter están agrupadas en 7 escalas de medición de acuerdo al ITC y son las siguientes:

Busqueda de novedad	( NS )
Evitación al daño	( HA )
Dependencia a la recompensa	( RD )
Autodirección	( SD )
Cooperatividad	( C )
Autotrascendencia	( ST )
Persistencia	( P )

#### **e) Análisis Estadístico.**

Se realizaron Prueba t de Student, Chi cuadrada, Anova, Correlación de Person y Analisis de Regresión Multiple.

## RESULTADOS.

Se incluyeron en el estudio un total de 40 pacientes que se dividieron en 2 grupos: el Grupo 1 formado por 19 casos con Trastorno Disfórico Premenstrual de acuerdo con los criterios diagnósticos del DSM-IV y el grupo 2 formado por 21 controles.

En la muestra total respecto a la edad se encontró una media de 29 años y una DE de 6.74, siendo el rango de edad entre 15 y 39 años.

En cuanto a la escolaridad la media de años estudiados fué de  $14.40 \pm 13.03$ . La media correspondiente al IVSA fué de  $15.50 \pm 9.53$ . Respecto al número de gestaciones la media fué de  $1.25 \pm 1.58$ , siendo el resultado similar al número de hijos ( $1.10 \pm 1.37$ ).

La menarca presento una media de 12.68 y una DE 1.46.

En cuanto a las calificaciones registradas en el MOOS estas fueron las siguientes: MOOS 1 media de  $6.45 \pm 6.01$ , MOOS 2 una media de  $2.20 \pm 2.44$  y MOOS 3 una media de  $10.25 \pm 9.21$ .

En las dimensiones de Temperamento y Carácter las medias fueron : para NS  $47.922 \pm 6.59$ , HA  $57.28 \pm 7.47$ , RD  $46.47 \pm 7.65$ , PE  $44.41 \pm 7.65$ , SD  $45.44 \pm 7.49$ , CO  $40.76 \pm 7.48$  y ST  $43.80 \pm 10.55$ .

### a) Contraste de casos y controles:

En la tabla #1 se muestra la comparación entre casos y controles para las diferentes variables clínico demográficas.

Las diferencias son significativas en edad y número de gestaciones. Ello debe ser tomado en cuenta en la interpretación de los resultados presentados.

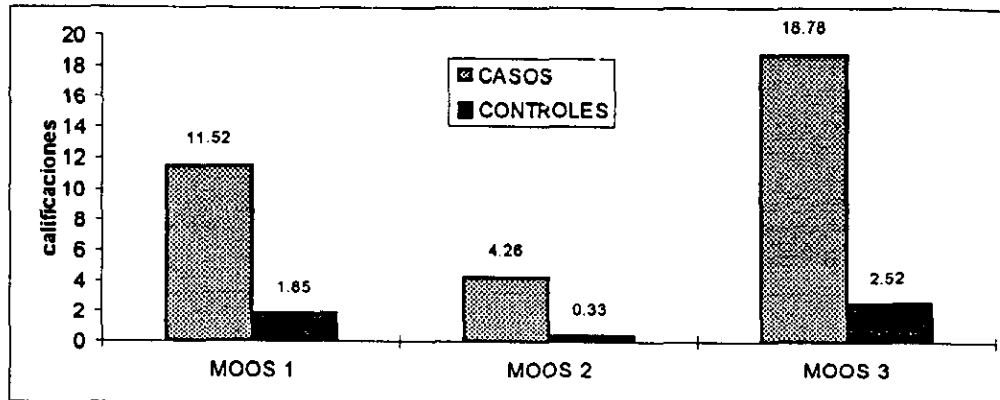
TABLA #1. Comparación de variables Clínico-Demográficas entre pacientes con TDP y controles

VARIABLES	CASOS n=19 $\bar{x}$ / - D.E	CONTROLES n=21 $\bar{x}$ / - D.E	SIGNIFICANCIA t
Edad	31.84 +/- 5.17	26.42 +/- 7.06	p < 0.009
Escolaridad	11.52 +/- 4.85	7.00 +/- 17.17	p 0.188
IVSA	17.57 +/- 8.53	3.61 +/- 10.18	p 0.193
Gesta	0.68 +/- 0.47	0.38 +/- 0.49	p 0.057
No de hijos	0.68 +/- 0.47	0.38 +/- 0.49	p 0.057
Menarca	12.89 +/- 1.62	12.47 +/- 1.28	p 0.371
EDO CIVIL			X <sup>2</sup> p < 0.041
Solteras	15	10	
Casadas	4	11	
OCUPACION			X <sup>2</sup> p < 0.016
Estudiantes	10	4	
Amas de casa	5	3	
Empleadas	4	8	
Profesionistas	0	6	
ANTECEDENTES. PREMENSTRUALES			X <sup>2</sup> p < 0.022
No	10	18	
Si	9	3	
HIJOS			X <sup>2</sup> p 0.055
No	13	8	
Si	6	13	
DISMENORREA			X <sup>2</sup> p 0.217
No	11	16	
Si	8	5	

b) Comparación en el MOOS entre casos y controles.

Como era esperado, la calificación entre casos y controles para la medida de severidad de síntomas premenstruales medidos por el MOOS fué diferente entre ambos grupos. La gráfica #1 ilustra los resultados.

**GRAFICA No 1**  
**CALIFICACIONES OBTENIDAS EN EL MOOS**

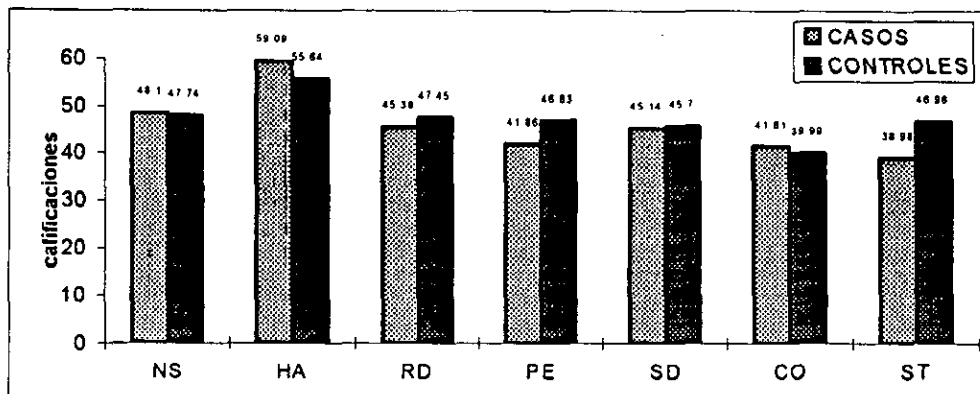


Temperamento y Carácter.

b) TDP y

En la gráfica #2 se presenta la comparación entre casos con TDP y controles para cada una de las dimensiones del temperamento y carácter medidas por el ITC. Como se puede apreciar, la persistencia y la autotranscendencia, mostraron diferencias temperamentales y caracterológicas entre ambos grupos.

**GRAFICA No. 2**  
**CALIFICACIONES OBTENIDAS EN EL ITC**



NS: Búsqueda de la novedad, HA: Evitación al daño, RD: Dependencia a la recompensa, PE: Persistencia, SD: Autodirección, CO: Cooperatividad y ST: Autotranscendencia.

ST ;  $p > 0.05$

PE ;  $p < 0.05$

El Cuadro #1, mostrado a continuación, presenta la matriz de correlación de Pearson entre las escalas de temperamento y carácter con los resultados del MOOS y otras variables clínicas.

CORRELACION DEL INVENTARIO DE TEMPERAMENTO Y CARACTER CON EL CUESTIONARIO DE MALESTAR MENSTRUAL DE MOOS  
CUADRO No 1

CORRELACION	MOOS 1	MOOS 2	MOOS 3	NS	HA	RD	FE	SD	CO	ST	EDAD
MOOS1	1	0.7345**	0.8592**	0.0754	0.1375	0.117	0.1809	0.1295	0.1903	-0.2739	-0.248
MOOS2	0.7345**	1	0.7791**	0.0789	0.2583	0.2062	-0.3787*	-0.0965	-0.0988	0.4337*	-0.1914
MOOS3	0.8592**	0.7791**	1	0.1911	0.1012	-0.0474	-0.1831	0.026	0.0598	0.3812*	-0.1891
NS	0.0754	0.0789	0.1911	1	-0.2162	-0.124	-0.24	0.0809	-0.1373	-0.1217	-0.0364
HA	0.1375	0.2583	0.1012	-0.2162	1	-0.221	-0.3685	-0.4048*	-0.1507	-0.3071	-0.2334
RD	0.117	-0.2062	-0.0474	-0.124	-0.221	1	0.2624	0.4605*	0.5652**	0.186	0.1805
FE	-0.1809	-0.3787*	-0.1831	-0.24	-0.3685	0.2624	1	-0.0654	0.1847	0.4783*	0.0178
SD	0.1295	-0.0965	0.026	0.0809	-0.4048*	0.4605*	-0.0654	1	0.5640**	-0.0894	0.3355
CO	0.1903	-0.0988	0.0598	-0.1373	-0.1507	0.5652**	-0.1847	0.5640**	1	0.0679	0.4085*
ST	-0.2739	-0.4337*	-0.3812*	-0.1217	-0.3071	0.186	0.4783*	-0.0894	0.0679	1	0.0424
EDAD	0.4595*	0.3960*	0.4089*	-0.0315	0.0928	0.2771	0.0178	0.3355	0.4085	0.0424	1

n=39

\* p < 0.01 \*\*p < 0.001

Finalmente en el analisis de regresión multiple, se incluyeron las 7 escalas del ITC, la edad y el estado civil, para predecir el MOOS número 3. Se encontró que las variables edad y autotrascendencia del ITC entraron al modelo final, con una r múltiple de 0.56y una r cuadrada (varianza explicada) de 0.28.

## **DISCUSION.**

En conclusión y de acuerdo a los resultados obtenidos encontramos al igual que en otros estudios similares sobre Tensión Pre menstrual o bien Trastorno Disforico Pre menstrual se han encontrado cierto grado de neuroticismo.(34)

Muchos investigadores anteriormente se han interesado por la relación que existe entre neuroticismo o los grados que existe entre éste en relación al TDP. Varios estudios han reportado una asociación positiva en las escalas de neuroticismo en reportes durante la fase pre menstrual y menstrual. (34,49,53). También se a reportado mayor grado de neuroticismo en la mujeres que presentan una mayor severidad de los síntomas. Para el estudio de temperamento y carácter se selecciono el ITC ya que este es un modelo psicobiológico de la personalidad con 7 dimensiones predictivas diagnósticas de acuerdo al DSM-III-R en sus trastornos de personalidad. En nuestro estudio las mujeres con TDP presentaron puntajes bajos en la escala de PE y ST lo que significa que existe una asociación entre el TDP y los rasgos de temperamento y carácter. Al respecto es importante mencionar que las personas que muestran puntajes bajos en la escala de PE son descritas como indolentes, poco activos, poco confiables, inestables y erraticos. En la escala ST son descritos como orgullosos, impacientes, ensimismados, materiales, poco activos e insatisfechos con su vida. (8,9,50)

Concluimos también al igual que otros autores la edad es importante factor de riesgo para dicho síndrome. (11)

Así mismo encontramos que el antecedente Pre menstrual era importante en las pacientes que presentaban éste síndrome y restando similar el comportamiento en cuanto a la variable no. de hijos y antecedentes familiares de Tensión Pre menstrual. (11)

## **ASPECTOS ETICOS.**

Consideraciones éticas aplicables al estudio: Está investigación no pone en peligro la integridad biopsicosocial de las personas en estudio, de acuerdo a la Declaración de Helsinski modificada en Tokio en 1975. Además toma en cuenta las normas internacionales, nacionales e institucionales para la investigación en humanos.

## **AGRADECIMIENTOS.**

Sinceramente agradezco a todos los que colaboraron conmigo en la elaboración de está tesis. En especial a mi familia que me a brindado mucho apoyo desde el inicio de mi carrera en la Facultad de Medicina y a lo largo de está.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Abraham GE. Nutritional Factors in the Etiology of Premenstrual Tension Syndromes. *J Reprod Med* 28: 446-64., 1983.
- 2.-Backstrom T., Hammarback S., Premenstrual Syndrome Psychiatric or Gyneacological Disorder? *Ann Med Dec: 23 (6) : 625-33, 1991.*
- 3.-Benson RC. Ginecología y Obstetricia. 8a de. Edit. Manual Moderno., México 1985. p 636-36.
- 4.-Blumenthal SJ., Nadelson CC.,Late Luteal Dysforic Disorder (Premenstrual Syndromes),Clinical Implication. *J Clin Psych Dec 49 (12):469-73, 1988.*
- 5.-Brooks G. Differentiating Premenstrual Symtoms and Syndromes. *Psycho Med Vol. 48 No. 6, 385-387, 1986.*
- 6.-Brown PM. Stereotypic Beliefs about Menstruation: A Methodological Note on the Moos Menstrual Distress Questionnaire and Some New Data. *Psychosomatic Med Vol. 36, No. 3 , 229-40, 1974.*
- 7.-Cerin A., Collins A., Langgren BM., et al. Hormonal and Biochemical Profiles of Premenstrual Syndrome. Treatment whit Essential Fatty Acids. *Act Obst Gynecol Scand Jul 72 (5): 337-43, 1993.*
- 8.-Cloninger CR. A Systematic Method for Clinical Description and Classification of Personality Variants. *Arc gen Psych 44:573-88, 1987.*
- 9.-Cloninger CR., Svrakic DM., Pszybeck TR. A Psychobiological Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psych. 50:975-90, 1993.*
- 10.-Condon JT. Investigation of the Reliability and Factor Structure of a Questionnaire for Assesment of the Premenstrual Syndrome. *J of Psychosom Res Vol. 37 No. 5 543-51, 1993.*
- 11.-Condon JT.The Premenstrual Syndrome: A Twin Study. *Britis J of Psych 162 : 481-86, 1993.*
- 12.-Coyne CM., Woods NF., Mitchell ES., Premenstrual Tension Syndrome. *J Obstet Gynecol Nov-Dec 14 (6): 446-54. 1985*
- 13.-Cowdry RW., Gardner DL., Kathleen MO., et al. Mood Variability: A Study of Four Groups. *Am J Psych Nov,148:11, 1505-1511, 1991.*
- 14.-Choung CJ., Coulam CB., Kao PC., et al. Neuropeptide Levels in Premenstrual Syndrome. *Fertil Steril Dec 44 (6):760-65. 1985.*
- 15.-Elks ML. Open Trial of Fluoxetine Therapy for Premenstrual Syndrome. *South Med J May 86 (5):503-07. 1993.*
- 16.-Endi CJ. Clinical Significance of Premenstrual Dysphoric Changes. *J Clin Psych Dec 49 (12):286-9.1988.*
- 17.-Eriksson E., Hedberg M., Andersch B., et al.,Clomipramina in the Premenstrual Syndrome:A Pilot Study. *Nexcerpta Med Int 899:532-7, 1989.*
- 18.-Facchinetti F., Martignoni E., Sola D., et al. Transient Failure of Central Opioid Tonus and Prementruual Symptoms. *J Reprod Med. 14 (1): 59-74,1988.*



- 19.-Fereman EW.,Rickels R., Sondheimer SJ. Premenstrual Symptoms and Dysmenorrhea in Relation to Emotional Distress Factors in Adolescents. *J Psycho Obstet Gynecol* Mar 14 (1):41-50 1993.
- 20.-Fisher M., Trieller K., Napolitano B. Premenstrual Symptoms in Adolescents. *J Adolsc Healt Care* Sep 10 (5)\_369-75 1989.
- 21.-Giannini AJ., Price WA., Loiselle RH., et al.,Hyperphagia in the Premenstrual tension Syndrome. *J Clin Psych* Oct 46 (10)\_436-8, 1985.
- 22.-Gitlin MJ., Pasnau RO., Psychiatric Syndromes Linked to Reproductive Function in Women:A Review of Current Knowledge. *Am J Psych* Nov 146:11, 1413-22, 1989.
- 23.-Gonzalves L., Domb J., Gidwani G., Depression, Chronic Fatigue and Premenstrual Syndrome. *Prim Care* Jun 18 (2):369-80, 1991.
- 24.-Graham CA., Sherwin BB. The Relationship Between Mood and Sexualityt in Women Using an Oral Contraceptive as a Treatment for Premenstrual Symptoms. *Psychoneuroendocrinology* 18 (4):273-81,1993.
- 25.-Halbreich U., Endicott J. Relationship of Dysphoric Premenstrual Changes to Depressive Disorders.*Act Psych Scand* 71:331-38, 1985.
- 26.-Hallman J. The Premenstrual Syndrome -an equivalent of Depression?. *Act Psych Scand* 73:403-11,1986.
- 27.-Hammarback S., Damber JE., Backstrom T. Relationships Between Symptoms Severity and Hormone Changes in Women with Premenstrual Syndrome. *J Clin Endocrinol Met* Jan 68(1):125-30,1989.
- 28.-Hsia LS., Long MH. Premenstrual Syndrome. Current Concepts in Diagnosis and Management. *J Nurse Mid* Nov-Dec 35(6)\_351-7, 1990.
- 29.-Kathol RG. Evaluation of Psychiatric Symptoms in Patients presenting with Symptoms of Premenstrual Tension Syndrome. *Clin Obstet Gynecol* Jun 30(2):408-16. 1987.
- 30.-Keye WR. Premenstrual Syndrome. Seven Steps in Managemet. *Postgrad Med* Feb 15., 83 (3):167-73, 1988.
- 31.-Keye WR. Premenstrual Syndrome:Evaluation and Treatment. *Compr Ther* Oct 14 (10):19-26 1988.
- 32.-Lahmeyer HW., Miller M., Deleon-Jones F. Anxiety and Mood Flutuaton During the Normal Menstrual Cycle. *Psychosom Med* May 44. (2):183-193, 1982.
- 33.-Lodder EB., Van Der Ploeg HM. Longitudinal Measurement in the Diagnostics of the Premenstrual Syndrome. *J Psychosom Res* Jan 37(1):33-8, 1993.
- 34.-Logue CM.,Moos RH. Perimenstrual Symptoms:Prevalence and Risk Factors. *Psychosom Med* 48 (6):388-409, 1986.

- 35.-Magos AC., Studd JW. Assessment of Menstrual Cycle Symptoms by Trend Analysis. *Am J Obstet Gynecol* Aug 155(2):271-7, 1986.
- 36.-Marván ML. Síndrome Premenstrual: Participación de la Serotonina. *Psiquis* Jul-Ago 3 (4):81-5, 1994.
- 37.-Mortola JF., Girton L., Yen SS. Depressive Episodes in Premenstrual Syndrome. *Am J Obstet Gynecol* Dec 161 (6):1682-7, 1989.
- 38.-Muse K. The Premenstrual Syndrome. *Curr Opin Obstet Gynecol* Dec 3(6):865-9, 1991.
- 39.-Parisier SF., Stern SL., Shank MA., et al. Premenstrual Syndrome: Concerns, Controversies and Treatment. *Am J Obst Gynecol Neo Nurs* Nov-Dec 14(6):446-54, 1985.
- 40.-Parlee M. Stereotypic Beliefs about Menstruation: A Methodologic Note on the Moos Menstrual Distress Questionnaire and Some New Data. *Psychom Med* 36:230-41, 1974.
- 41.-Pearlstein TB. Advances in Premenstrual Syndrome. *Current Opin Psych* 6:809-815, 1993.
- 42.-Phosthuma BH., Bass MJ., Bull SB., et al. Detecting Changes in Functional Ability in Women with Premenstrual Syndrome. *Am J Obstet Gynecol* Feb 156 (2):275-78, 1987.
- 43.-Plouffe LJ., Stewart K., Craft KS., et al. Diagnostic and Treatment Results from a Southeastern Academic Center-Based Premenstrual Syndrome Clinic: The First Year. *Am J Obstet Gynecol* Aug 169 (2 pt 1): 295-303, 1993.
- 44.-Pritchard et al. *Williams Obstetricia 3a de. Edit Salvat. México, 1987, pag 859-61.*
- 45.-Rapkin AJ., Chang LC., Reading AE. Mood and Cognitive Style in Premenstrual Syndrome. *Obstet Gynecol* Oct 74 (4): 644-9, 1989.
- 46.-Schmidt PJ., Grover GN., Rubinow DR. Alprazolam in the Treatment of Premenstrual Syndrome. A double Blind, Placebo-Controlled Trial. *Arch Gen Psych* Jun 50 (6): 467-74, 1993.
- 47.-Shaver JF., Woods NF. Concordance of Perimenstrual Symptoms Across two Cycles. *Res Nurs Health* Dec 8 (4):313-319, 1985.
- 48.-Smith MA., Youngkin EQ. Managing the Premenstrual Syndrome. *Clin Pharm* Oct 19 (10) : 714-22, 1986.
- 49.-Spitzer RL., Severino SK., Williams JB., et al. Late Luteal Phase Dysphoric Disorder and DSM-III-R. *Am J Psych* Jul 146 (7): 892-97, 1989.
- 50.-Svrakic DM., Whitehead C., Pzybeck TR., et al. Differential Diagnosis of Personality Disorders by the Seven-Factors Model of Temperament and Character. *Arch Gen Psych* 50: 991-999, 1993.
- 51.-True BL., Goodner SM., Burns EA. Review of the Etiology and Treatment of Premenstrual Syndrome. *Drug Intell Clin Pharm* Oct 5 (10) :788-97, 1986.
- 52.-Trucker JS., Whalen RE., Premenstrual Syndrome. *Int J Psych Med* 21 (4) : 311-41, 1991.
- 53.-Walker A., Bancroft J. Relationships Between Premenstrual Symptoms and Oral Contraceptive use a Controlled Study. *Psychosom Med* Jan-Feb 52 (1) :86-96, 1990.

54.-Watson NR., Studd JW., Sauvas M., et al. The Long Term Effects of Premenstrual Syndrome. *Gynecol Endocrinol* Jun 4 (2) :99-107, 1990.

55.-Warner P., Bancroft J., Dixcon A., et al. The Relationships Between Perimenstrual Depressive Mood and Depresssive Illness. *J Afecc Disord* Sep 23 (1) : 9-23, 1991.

56.-Wicks SL. Premenstrual Syndrome. *Prim Care* Sep 15 (3) :473-87, 1988.

57.-Woods NF. Prevalence of Perimentrual Symptoms. *Am J Public Health* 72:1257-64, 1982.

58.-Yatham LM., Barry S., Dinna TG. Serotonin Receptor, Buspirone and Premenstrual Syndrome. *Lancet* 1: 1447-48, 1989.

**ANEXO #1**

**INSTRUMENTOS**

**INSTRUMENTO NO 1.**

**DATOS GENERALES, ANTECEDENTES Y CRITERIOS DIAGNOSTICOS.**

Nombre: Edad:  
Lugar y fecha de nacimiento:  
Edo civil:  
No de hijos:  
Escolaridad:  
Ocupación:  
Domicilio: Tel:

**ANTECEDENTES.**

Familiares de Tensión premenstrual:

Familiares psiquiátricos:

Otros:

**ANTECEDENTES PERSONALES.**

Menarca:

¿Quién y como le informo al respecto?

Actitud hacia la menstruación:

Dismenorrea:

Ritmo de los ciclos:

VSA:           Gesta:           Para:           Abortos:           Cesareas:

Método anticonceptivo:

Fecha de última menstruación:

Antecedentes psiquiátricos y neurológicos:

Padecimientos físicos importantes:

Tratamientos:

**EXPLORACION FISICA.**

Peso:           Talla:           TA:           FC:

Describir si existe alguna alteración:

## INSTRUMENTO NO. 2

### CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL DSM-IV.

A.- En la mayoría de los ciclos menstruales durante el pasado año, cinco de los siguientes síntomas estuvieron presentes durante la semana de fase lútea y comienzan a remitir días después del inicio de la fase folicular, y están ausentes en las siguientes semanas, con al menos uno de los síntomas 1,2,3 ó 4:

1.-Marcado ánimo deprimido, sentimientos de desesperanza, o ideas de minusvalía.	si	no
2.-Marcada ansiedad, tensión o sentimientos "de estar al límite" .	si	no
3.-Labilidad afectiva intensa. Ejem. repentina tristeza, llanto, irritabilidad o enojo.	si	no
4.-Persistente y marcada irritabilidad o enojo o incremento en conflictos personales.	si	no
5.-Disminución de interés en actividades usuales. Ejem. trabajo, amigos, pasatiempos.	si	no
6.-Sensación subjetiva de dificultad para concentrarse.	si	no
7.-Letargia, fatiga fácil o marcada pérdida de la energía.	si	no
8.-Cambios importantes en el apetito. Comiendo en exceso o apetencia por alimentos específicos.	si	no
9.-Hipersomnio o insomnio.	si	no
10.-Sensación subjetiva de perder el control.	si	no
11.-Otros síntomas físicos: Aumento en la sensibilidad de los senos o congestión de los mismos, dolor de cabeza, dolores articulares o musculares, sensación de pesantez, aumento de peso.	si	no

B.-Las molestias interfieren con las actividades laborales, escolares o sociales si no

C.-El trastorno no es exclusivamente una exacerbación de síntomas de otras enfermedades. Como Ep. Dep. Mayor, T. Pánico, Distimia, ó T. de Personalidad. (Aunque puede estar sobrepuesto a cualquiera de estos trastornos).

si no

D.-Los criterios A, B y C deben confirmarse prospectivamente durante por lo menos dos ciclos consecutivos sintomáticos.

si no

Debido a la alteración la mujer ha buscado atención médica. si no

¿Qué clase de atención?:

Fecha de evaluación:

### INSTRUMENTO NO. 3

#### Cuestionario de Malestar Menstrual de MOOS.

Nombre:

Fecha de la entrevista:

Fecha de la última menstruación:

Si es si la respuesta marcar:

L= Leve M= Moderado F=Fuerte S= Severo.

¿Tiene hoy estas molestias?

Generalmente, antes de su menstruación, presenta:

- |  | si | no | si | no |
|--|----|----|----|----|
| 1.-Entumecimiento muscular                           |    |    |    |    |
| 2.-Aumento de peso                                   |    |    |    |    |
| 3.-Mareo, sensación de desmayo                       |    |    |    |    |
| 4.-Se siente sola                                    |    |    |    |    |
| 5.-Manchas o molestias en la piel                    |    |    |    |    |
| 6.-Dolor de cabeza                                   |    |    |    |    |
| 7.-Escalofrios, sudor frio                           |    |    |    |    |
| 8.-Ansiedad  |    |    |    |    |
| 9.-Cambios de su estado de ánimo                     |    |    |    |    |
| 10.-Calambres  |    |    |    |    |
| 11.-Adolorimiento o<br>sensibilidad en los senos     |    |    |    |    |
| 12.-Náuseas, vómito                                  |    |    |    |    |
| 13.-Llanto, ganas de llorar                          |    |    |    |    |
| 14.-Dolor de espalda                                 |    |    |    |    |
| 15.-Abdomen o senos inchados                         |    |    |    |    |
| 16.-Bochornos  |    |    |    |    |
| 17.-Irritabilidad                                    |    |    |    |    |
| 18.-Tensión  |    |    |    |    |
| 19.-Fatiga   |    |    |    |    |
| 20.-Sentimientos de tristeza<br>o abatimiento        |    |    |    |    |
| 21.-Dolores o molestias<br>generales                 |    |    |    |    |
| 22.-Intranquilidad                                   |    |    |    |    |
| 23.-Insomnio   |    |    |    |    |
| 24.-Bajo rendimiento escolar<br>o laboral            |    |    |    |    |
| 25.-Se siente cariñosa                               |    |    |    |    |
| 26.-Sensación de falta de aire                       |    |    |    |    |
| 27.-Olvidos, descuidos                               |    |    |    |    |
| 28.-Se queda más tiempo en cama,<br>toma una siesta. |    |    |    |    |
| 29.-Esta mas ordenada                                |    |    |    |    |
| 30.-Dolores en el pecho                              |    |    |    |    |
| 31.-Confusión  |    |    |    |    |
| 32.-Su juicio esta alterado                          |    |    |    |    |
| 33.-No tiene ganas de salir                          |    |    |    |    |
| 34.-Se siente emocionada                             |    |    |    |    |
| 35.-Zumbido de oidos                                 |    |    |    |    |
| 36.-Dificultad para concentrarse                     |    |    |    |    |

- 37.-Evita actividades sociales
- 38.-Sentimientos de bienestar
- 39.-Palpitaciones
- 40.-Distractibilidad
- 41.-Eficiencia disminuida
- 42.-Tiene mucha energía, desarrolla mucha actividad
- 43.-Comezón o zumbido de oídos
- 44.-Tiene accidentes menores
- 45.-Ve manchitas, ve borroso
- 46.-Su coordinación motora es pobre
- 47.-Su apetito esta aumentado



# ITC

NOMBRE _____	_____
EDAD _____	FECHA DE NACIMIENTO _____
SEXO _____	OCUPACION _____
FECHA _____	_____

## INSTRUCCIONES

*En este cuestionario encontrará usted enunciados que la gente puede utilizar para describir sus actitudes, opiniones, intereses y otros sentimientos personales.*

*Cada enunciado puede contestarse como VERDADERO o FALSO. Lea el enunciado y decida que opción lo describe mejor a usted.*

*Conteste este cuestionario individualmente y utilice un lápiz para anotar sus respuestas. Cuando termine, por favor regrese el cuestionario.*

### COMO CONTESTAR ESTE CUESTIONARIO

*Para contestar únicamente marque con una cruz la "V" si la respuesta lo describe en alguna forma, o la "F" si no es así. después de cada pregunta la "V" (VERDADERO) o la "F" (FALSO).*

*Ejemplo*

	VERDADERO	FALSO
Entendi como debe de llenarse este cuestionario	V	F

*(Si usted entendió como llenar este cuestionario, marque la "V" para mostrar que el enunciado es VERDADERO).*

*Lea cada enunciado cuidadosamente, pero no invierta mucho tiempo en decidir su respuesta.*

*Por favor conteste todos los enunciados, aun en el caso de que no esté completamente seguro de su respuesta. NO DEJE ENUNCIADOS SIN CONTESTAR.*

*No hay respuestas acertadas o erróneas, solo describa sus opiniones y sentimientos propios. Es importante mencionar que toda la información generada por este cuestionario es CONFIDENCIAL.*

**ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

- |    |   |   |   |
|----|---|---|---|
| 1  | Con frecuencia hago cosas nuevas sólo por diversión o nada más para sentir la emoción, aun cuando la mayoría de la gente piense que es una pérdida de tiempo. | V | F |
| 2  | Por lo general estoy confiado en que todo va a salir bien, aun en situaciones que preocupan a la mayoría de la gente.   | V | F |
| 3  | Con frecuencia me conmuevo profundamente ante un buen discurso o un poema.  | V | F |
| 4  | Con frecuencia siento que soy víctima de las circunstancias.  | V | F |
| 5  | Por lo general puedo aceptar a los demás tal y como son, aun cuando sean muy diferentes a mí.   | V | F |
| 6  | Creo que los milagros pueden suceder.   | V | F |
| 7  | Disfruto vengarme de las personas que me hacen daño.  | V | F |
| 8  | Con frecuencia, cuando estoy concentrado en algo, se me olvida el paso del tiempo.  | V | F |
| 9  | Con frecuencia siento que mi vida tiene poco sentido o significado.   | V | F |
| 10 | Me gusta ayudar a encontrar una solución a los problemas, para que todo mundo salga beneficiado.  | V | F |
| 11 | Probablemente podría conseguir más de lo que hago, pero no le veo sentido a presionarme más de lo necesario.  | V | F |
| 12 | Me siento frecuentemente tenso y preocupado en situaciones poco comunes, aun cuando los demás sientan que no hay de que preocuparse.                          | V | F |
| 13 | Con frecuencia hago las cosas de acuerdo a como me siento en el momento, sin pensar como se hicieron en el pasado.  | V | F |
| 14 | Por lo general hago las cosas a mi manera, sin ceder a los deseos de los demás.   | V | F |
| 15 | Con frecuencia me siento tan en contacto con la gente de mi alrededor, que es como si no existiera separación entre nosotros.                                 | V | F |
| 16 | Por lo general no me caen bien las personas que tienen ideas diferentes a las mías.   | V | F |
| 17 | En la mayoría de las situaciones, mi manera natural de responder se basa en las buenas costumbres que he desarrollado.  | V | F |

18	Haria casi cualquier cosa legal para ser rico y famoso, aun cuando perdiese la confianza de muchos viejos amigos.	V	F
19	Soy mucho más reservado y controlado que la mayoría de la gente.	V	F
20	Con frecuencia dejo de hacer las cosas por que me preocupa que algo salga mal.	V	F
21	Me gusta hablar abiertamente con mis amigos de mis experiencias y sentimientos, en lugar de callarmelos.	V	F
22	Tengo menos energía y me canso más rapido que la mayoría de la gente.	V	F
23	Con frecuencia me dicen que estoy en la luna porque me meto tanto en las cosas que hago, que pierdo noción de todo lo demás.	V	F
24	Es raro que me sienta con la libertad para hacer lo que quiero.	V	F
25	Con frecuencia tomo en cuenta los sentimientos de los demás como si fueran míos	V	F
26	La mayoría de las veces prefiero hacer algo arriesgado como manejar un automóvil a gran velocidad en barrancas y curvas peligrosas, en lugar de quedarme tranquilo e inactivo por unas horas.	V	F
27	Con frecuencia evito conocer extraños por que no tengo confianza con la gente que no conozco.	V	F
28	Me gusta complacer lo más que puedo a las personas.	V	F
29	Prefiero hacer las cosas a la "antigüita", en lugar de probar métodos nuevos y mejoradas.	V	F
30	Por lo general no puedo hacer las cosas de acuerdo a su prioridad por falta de tiempo.	V	F
31	Con frecuencia hago cosas para proteger de la extinción a los animales y a las plantas.	V	F
32	Con frecuencia desearia ser más inteligente que los demás.	V	F
33	Me produce placer el ver sufrir a mis enemigos.	V	F
34	Me gusta ser muy organizado y, siempre que pueda, imponer reglas a la gente.	V	F
35	Me cuesta trabajo seguir en la misma actividad por mucho tiempo la por que otras cosas me distraen.	V	F

36	La práctica me ha dado una base sólida que me protege contra los impulsos del momento o de dejarme convencer	V	F
37	Por lo general tengo tanta determinación en lo que hago, que sigo trabajando aún cuando la mayoría ya se hubiera rendido.	V	F
38	Me fascinan las cosas que no tienen una explicación científica.	V	F
39	Tengo muchas malas costumbres que me gustaría poder cambiar.	V	F
40	Por lo general espero a que alguien más me solucione los problemas.	V	F
41	Con frecuencia me gasto el dinero hasta que se acabe o me lleno de deudas para seguir gastando.	V	F
42	Pienso que tendré muy buena suerte en el futuro.	V	F
43	Me recupero más lentamente que la mayoría de la gente de las enfermedades sencillas y del estrés.	V	F
44	No me molestaría estar solo todo el tiempo.	V	F
45	Con frecuencia, cuando estoy relajado, siento que "me cae el veinte" o que me entiendo mejor.	V	F
46	Me tiene sin cuidado si no le caigo bien a la gente o si no le parece la manera en la que hago las cosas.	V	F
47	Por lo general trato de conseguir lo que quiero para mí, por que de cualquier modo no es posible satisfacer a todos.	V	F
48	No tengo paciencia con la gente que no acepta mis puntos de vista.	V	F
49	Me cuesta trabajo entender a la mayoría de la gente.	V	F
50	No es necesario ser deshonesto para triunfar en los negocios.	V	F
51	A veces me siento tan en contacto con la naturaleza que todo parece ser parte de un solo ser viviente.	V	F
52	En las conversaciones soy mejor escuchando que hablando.	V	F
53	Pierdo el control más rápido que el resto de la gente.	V	F
54	Cuando tengo que conocer a un grupo de extraños, soy más tímido que la mayoría de la gente.	V	F
55	Soy más sentimental que la mayoría de la gente.	V	F
56	Parece como si tuviera un sexto sentido que, en ocasiones, me permite saber qué es lo que va a suceder.	V	F

- |    |  |   |   |
|----|--|---|---|
| 57 | Cuando alguien me hiere de alguna manera, por lo general trato de vengarme.  | V | F |
| 58 | Mis actitudes estan determinadas en gran parte por influencias fuera de mi control.                                | V | F |
| 59 | Cada día trato de dar un paso más hacia mis metas.   | V | F |
| 60 | Con frecuencia me gustaría ser más fuerte que los demás.   | V | F |
| 61 | Me gusta pensar mucho tiempo las cosas antes de tomâr una decisión.  | V | F |
| 62 | Soy más trabajador que la mayoría de la gente.   | V | F |
| 63 | Con frecuencia necesito de siestas o de periodos adicionales de descanso porque me canso fácilmente.               | V | F |
| 64 | Me gusta ser útil a los demás.   | V | F |
| 65 | Siempre pienso que las cosas saldrán bien, sin importar que tenga que superar cualquier problema pasajero.         | V | F |
| 66 | Me cuesta trabajo disfrutar cuando gasto el dinero en mi, aun cuando tenga ahorrado una buena cantidad.            | V | F |
| 67 | Por lo general conservo la calma y la tranquilidad en situaciones que la mayoría de la gente encuentra peligrosas. | V | F |
| 68 | Me gusta guardarme mis problemas.  | V | F |
| 69 | No me importa discutir mis problemas personales con personas que acabo de conocer o que conozco poco.              | V | F |
| 70 | Prefiero quedarme en casa que viajar o conocer nuevos lugares.   | V | F |
| 71 | No creo que valga la pena ayudar a la gente débil que no pueda valerse por si misma.                               | V | F |
| 72 | Me da culpa tratar a la gente de manera injusta, aun cuando ellos hayan sido injustos conmigo.                     | V | F |
| 73 | Por lo general la gente me dice como se siente.  | V | F |
| 74 | Con frecuencia desearía seguir siendo joven para siempre.  | V | F |
| 75 | Por lo general me deprimó más que la mayoría de la gente después de la pérdida de un amigo cercano.                | V | F |
| 76 | En ocasiones he sentido como sí formara parte de algo sin fronteras o limites en el tiempo y el espacio.           | V | F |
| 77 | En ocasiones siento un contacto espiritual con el resto de la gente que no puedo explicar con palabras.            | V | F |

78	Trato de ser considerado con los sentimientos de los demás, aun cuando en el pasado hayan sido injustos conmigo.	V	F
79	Me gusta que la gente pueda hacer lo que quiera, sin que existan reglas estrictas o límites.	V	F
80	Probablemente me mantendría tranquilo y abierto al conocer un grupo de desconocidos, aun cuando se me hubiera dicho que son poco amigables.	V	F
81	Por lo general me preocupo más que el resto de la gente de que algo salga mal en el futuro.	V	F
82	Por lo general me fijo en todos en todos los detalles antes de tomar una decisión.	V	F
83	Siento que es más importante ser comprensivo y tener compasión con el resto de la gente, que ser demasiado práctico y frío.	V	F
84	Con frecuencia siento un poderoso sentido de unidad con las cosas que me rodean.	V	F
85	Con frecuencia me gustaria tener poderes especiales como los de Superman.	V	F
86	Los demás me controlan demasiado.	V	F
87	Me gusta compartir con otras personas lo que he aprendido.	V	F
88	Algunas experiencias religiosas me han ayudado a entender el verdadero propósito de mi vida.	V	F
89	Con frecuencia aprendo mucho de la gente.	V	F
90	La práctica me ha enseñado a ser bueno en muchas cosas que me ayudan a tener éxito.	V	F
91	Por lo general puedo hacer que otras personas me crean, aun cuando se que lo que digo es exagerado o falso.	V	F
92	Necesito más descanso, apoyo, y consuelo, que los demás, para recuperarme de enfermedades leves o del estrés.	V	F
93	Se que existen ciertos principios en la vida que nadie puede violar sin sufrir a la larga.	V	F
94	No quiero ser más rico que los demás.	V	F
95	Aceptaría con gusto arriesgar mi propia vida para hacer del mundo un sitio mejor.	V	F
96	Al tomar una decisión, prefiero confiar más en mis sentimientos que detenerme a pensarlo mucho tiempo.	V	F
97	Algunas veces he sentido que mi vida ha sido dirigida por una fuerza espiritual más grande que cualquier ser humano.	V	F

- |     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 98  | Por lo general disfruto portarme mal con quien ha sido malo conmigo.  | V | F |
| 99  | Tengo la fama de ser una persona muy práctica y que no se guía por sus emociones.                                     | V | F |
| 100 | Me es fácil organizar mis pensamientos mientras hablo con alguien.  | V | F |
| 101 | Con frecuencia reacciono tan fuerte ante noticias inesperadas, que luego me arrepiento de las cosas que hago o digo.  | V | F |
| 102 | Me conmueven profundamente las cosas sentimentales (como cuando me piden ayuda para los niños pobres o enfermos).     | V | F |
| 103 | Con frecuencia me presiono más que la mayoría de la gente porque quiero hacer las cosas lo mejor que pueda.           | V | F |
| 104 | Tengo tantos defectos que no me quiero mucho.   | V | F |
| 105 | Tengo muy poco tiempo para buscar soluciones a largo plazo a mis problemas.   | V | F |
| 106 | Con frecuencia no me enfrento a los problemas porque no sé qué hacer exactamente.                                     | V | F |
| 107 | Con frecuencia me gustaría detener el paso del tiempo.  | V | F |
| 108 | No me gusta tomar decisiones basado solo en mis primeras impresiones.   | V | F |
| 109 | Prefiero gastar el dinero en lugar de ahorrarlo.  | V | F |
| 110 | Por lo general soy bueno para contar un chiste o hacerles bromas a los demás.   | V | F |
| 111 | Aun cuando existen problemas en una amistad, casi siempre trato de conservarla.                                       | V | F |
| 112 | Si me apenan o me humillan, me recupero rápidamente.  | V | F |
| 113 | Me resulta extremadamente difícil cambiar mi manera de hacer las cosas, por que me pongo tenso, cansado o preocupado. | V | F |
| 114 | Por lo general exijo que me den muy buenas razones para cambiar mi manera tradicional de hacer las cosas.             | V | F |
| 115 | Necesito mucha ayuda de los demás para que me enseñen buenos hábitos.   | V | F |
| 116 | Creo que las percepciones extrasensoriales, (como la telepatía o las premoniciones) son realmente posibles.           | V | F |
| 117 | La mayor parte del tiempo me gustaría tener conmigo amigos cercanos y afectuosos.                                     | V | F |
| 118 | Por lo general insisto en seguir probando la misma cosa, aun cuando no haya tenido éxito en mucho tiempo.             | V | F |
| 119 | Casi siempre me mantengo tranquilo y despreocupado, aun cuando casi todos los demás tengan miedo.                     | V | F |
| 120 | Me aburren las canciones y las películas tristes.   | V | F |

121	Las circunstancias me obligan a hacer cosas en contra de mi voluntad.	V	F
122	Me resulta difícil tolerar a las personas que son diferentes a mi.	V	F
123	Creo que la mayoría de los milagros son pura casualidad.	V	F
124	Prefiero ser bueno en lugar que vengativo cuando alguien me hiere.	V	F
125	Frecuentemente me concentro tanto en lo que hago que me olvido en lo demás, como si me separara del tiempo y del lugar.	V	F
126	Creo que no tengo claro el propósito de mi vida.	V	F
127	Trato de cooperar lo más posible con el resto de la gente.	V	F
128	Estoy satisfecho con mis logros y tengo pocos deseos de mejorar.	V	F
129	Con frecuencia me siento tenso y preocupado en situaciones poco comunes, aun cuando otros sientan que no existe ningún peligro.	V	F
130	Con frecuencia me guío por mis instintos, corazonadas o intuiciones sin pensar en todos los detalles.	V	F
131	La gente piensa que soy demasiado independiente por que no hago lo que ellos quieren.	V	F
132	Con frecuencia siento un fuerte contacto espiritual o emocional con toda la gente que me rodea.	V	F
133	Es fácil que me caigan bien las personas que tienen valores diferentes a los míos.	V	F
134	Trato de trabajar lo menos posible, aun cuando otras personas esperan más de mi.	V	F
135	Las buenas costumbres se han convertido en parte de mi, y me salen de manera naturales y espontánea.	V	F
136	No me importa que, con frecuencia, otras personas sepan más que yo sobre algo.	V	F
137	Por lo general trato de ponerme en los "zapatos de los demás" para poder entenderlos realmente.	V	F
138	Los principios como la justicia y la honradez tienen poca importancia en ciertos aspectos de mi vida.	V	F
139	Ahorro mejor el dinero que la mayoría de la gente.	V	F
140	No me dejo decepcionar o frustrar, cuando las cosas no salen bien. Sencillamente prefiero dedicarme a otras actividades.	V	F
141	Por lo general insisto en que las cosas se hagan de un modo ordenado y estricto, aun cuando la mayoría de la gente sienta que no es importante.	V	F
142	En la mayoría de las situaciones sociales estoy confiado y seguro.	V	F



- |     |   |   |   |
|-----|---|---|---|
| 143 | A mis amigos les cuesta trabajo conocer mis sentimientos por que rara vez les comento mis intimidades.  | V | F |
| 144 | No me gusta cambiar mi manera de que hacer las cosas, aun cuando la gente me diga que existe una nueva y mejor manera de hacerlo.   | V | F |
| 145 | Pienso que es una tonteria el creer en cosas que no pueden ser explicadas científicamente.  | V | F |
| 146 | Me gusta imaginar a mis enemigos sufriendo.   | V | F |
| 147 | Tengo más energía y me canso menos rápido que la mayoría de la gente.   | V | F |
| 148 | Me gusta poner mucha atención en los detalles de todo lo que hago.  | V | F |
| 149 | Con frecuencia dejo de hacer lo que estoy haciendo porque me preocupo, aun cuando mis amigos me dicen que todo saldrá bien.   | V | F |
| 150 | Con frecuencia me gustaría ser más poderoso que los demás.  | V | F |
| 151 | En general me siento libre para elegir lo que quiero hacer.   | V | F |
| 152 | Con frecuencia me meto tanto en lo que estoy haciendo que se me olvida por un momento dónde estoy.  | V | F |
| 153 | A los miembros de un equipo rara vez les toca lo que les corresponde.   | V | F |
| 154 | La mayor parte del tiempo preferiria hacer algo peligroso (como brincar con paracaídas, o correr en motocicleta ), en lugar de quedarme tranquilo e inactivo por algunas horas. | V | F |
| 155 | Me cuesta trabajo ahorrar porque, por lo general, gasto mucho dinero a lo tonto, aun cuando se necesite para cosas especiales como unas vacaciones.                             | V | F |
| 156 | No sacrifico nada de mí persona para quedar bien con los demás.   | V | F |
| 157 | No soy nada tímido con personas desconocidas.   | V | F |
| 158 | Con frecuencia cedo ante los deseos de mis amigos.  | V | F |
| 159 | La mayor parte de mi tiempo la paso haciendo cosas que parecen ser necesarias, pero para mi no son realmente importantes.   | V | F |
| 160 | No creo que en las decisiones de negocios deban de influir los principios religiosos o éticos sobre lo que está bien o mal hecho.   | V | F |
| 161 | Con frecuencia hago a un lado mis principios para poder entender mejor lo que le pasa a otras personas.   | V | F |
| 162 | Muchos de mis hábitos hacen que me sea difícil alcanzar metas que valen la pena.  | V | F |
| 163 | He realizado verdaderos sacrificios personales, como tratar de prevenir la guerra, la pobreza y la injusta, para hacer del mundo un lugar mejor.                                | V | F |
| 164 | Nunca me preocupo de cosas terribles que puedan pasar en el futuro.   | V | F |

- |     |  |   |   |
|-----|--|---|---|
| 165 | Casi nunca me emociono al grado de perder el control.  | V | F |
| 166 | Con frecuencia dejo una actividad que requiere más tiempo de lo que había pensado.   | V | F |
| 167 | Prefiero iniciar las conversaciones en lugar de esperar que otros me hablen.   | V | F |
| 168 | La mayoría de las veces olvido rápidamente a quien me ha hecho mal.  | V | F |
| 169 | Mis acciones, en gran parte, se determinan por influencias fuera de mi control.  | V | F |
| 170 | Con frecuencia tengo que cambiar mis decisiones por haber tenido una corazonada equivocada o una primera impresión errónea.    | V | F |
| 171 | Prefiero esperar a que alguien tome el mando para llevar a cabo las cosas.   | V | F |
| 172 | Por lo general respeto las opiniones de los demás.   | V | F |
| 173 | He tenido experiencias que han aclarado mi papel en la vida, y me han hecho sentir muy emocionado y feliz.                     | V | F |
| 174 | Me divierte comprar cosas para mi.   | V | F |
| 175 | Creo que he tenido percepciones extrasensoriales.  | V | F |
| 176 | Creo que mi cerebro no funciona adecuadamente.   | V | F |
| 177 | Mi comportamiento se rige por ciertas metas que me he propuesto para mi vida.  | V | F |
| 178 | Por lo general es tonto favorecer el éxito de otras personas.  | V | F |
| 179 | Con frecuencia me gustaría poder vivir para siempre.   | V | F |
| 180 | Por lo general me gusta no involucrarme y estar a distancia de los demás.  | V | F |
| 181 | Lloro con más facilidad que la mayoría de gente en una película triste.  | V | F |
| 182 | Me recupero más rápido que la mayoría de la gente de enfermedades sencillas o del estrés.                                      | V | F |
| 183 | Con frecuencia, cuando pienso que me puedo salir con la mía, rompo reglas y leyes.   | V | F |
| 184 | Necesito mucha más práctica en el desarrollo de hábitos positivos, para poder confiar en mi mismo ante situaciones tentadoras. | V | F |
| 185 | Me gustaría que los demás no hablaran tanto como lo hacen.   | V | F |
| 186 | Todas las personas merecen ser tratadas con dignidad y respeto, aun si parecen ser poco importantes o malas.                   | V | F |
| 187 | Me gusta tomar decisiones rápidas, para poder iniciar la acción lo más pronto posible.   | V | F |
| 188 | Por lo general tengo suerte en las cosas que hago.   | V | F |

189	Por lo general tengo confianza en mi facilidad para hacer cosas que la mayoría de la gente las considera como peligrosas (como manejar rápido un automóvil en un camino mojado o malo).	V	F
190	No veo el caso de continuar trabajando en algo, a menos de que exista una muy buena oportunidad de éxito.	V	F
191	Me gusta explorar nuevas formas de hacer las cosas.	V	F
192	Me gusta más ahorrar dinero que gastarlo en diversiones o actividades emocionantes.	V	F
193	Los derechos individuales son más importantes que las necesidades de la comunidad.	V	F
194	He tenido experiencias personales que me han hecho sentir en contacto con un poder espiritual divino y maravilloso.	V	F
195	He tenido momentos de gran felicidad en los que, de pronto, he tenido un claro y profundo sentido de unidad con todo lo que existe.	V	F
196	Los buenos hábitos hacen que me sea más fácil el hacer las cosas del modo que yo quiero.	V	F
197	La mayoría de las personas parecen tener más medios que yo.	V	F
198	Con frecuencia culpo de mis problemas a otras personas o a las situaciones externas.	V	F
199	Me da placer ayudar a otros, aun cuando me hayan tratado mal.	V	F
200	Con frecuencia siento que soy parte de una fuerza espiritual de la que depende toda la vida.	V	F
201	Aun cuando estoy con amigos, prefiero no abrirme demasiado.	V	F
202	Por lo general puedo mantenerme durante el día listo para cualquier cosa, sin tener que esforzarme.	V	F
203	Casi siempre pienso en todos los detalles antes de tomar una decisión, aun cuando los demás demandan una decisión rápida.	V	F
204	Cuando me descubren haciendo algo malo, no soy muy bueno para safarme del problema.	V	F
205	Soy más perfeccionista que la mayoría de la gente.	V	F
206	Si algo está bien o mal sólo es cuestión del punto de vista.	V	F
207	Creo que, por lo general, mi manera natural de responder va de acuerdo con mis principios y metas a largo plazo.	V	F
208	Creo que toda la vida depende de algún orden o poder espiritual que no puede ser explicado del todo.	V	F

209	Creo que puedo estar confiado y tranquilo cuando estoy con desconocidos, aun cuando se me dijera que pueden estar enojados conmigo.	V	F
210	A la gente se le hace fácil venir conmigo por ayuda, consuelo y comprensión cálida.	V	F
211	Me cuesta más trabajo que los demás el entusiasmarme sobre nuevas ideas y actividades.	V	F
212	Me cuesta trabajo decir una mentira, aun cuando sea para no herir los sentimientos de alguien más.	V	F
213	Existen algunas personas que no me caen bien.	V	F
214	No quiero ser más admirado que el resto de la gente.	V	F
215	Con frecuencia algo maravilloso me ocurre al mirar algo común y corriente, por ejemplo, me llega la sensación de que lo veo por primera vez.	V	F
216	La mayoría de las personas que conozco ven por sus propios intereses sin importarles quien salga herido.	V	F
217	Por lo general me siento tenso y preocupado cuando tengo que hacer algo nuevo y poco común.	V	F
218	Con frecuencia me esfuerzo al grado de no poder más, o bien, trato de hacer más de lo que realmente puedo.	V	F
219	Algunas personas piensan que soy muy codo o tacaño con mi dinero.	V	F
220	Las experiencias místicas probablemente son solo producto de la mente de las personas que creen en eso.	V	F
221	Tengo poca fuerza de voluntad para resistir tentaciones fuertes, aun cuando sé que me va a traer consecuencias.	V	F
222	Me molesta ver sufrir a quien sea.	V	F
223	Sé lo quiero hacer de mi vida.	V	F
224	Por lo general tomo tiempo para pensar si lo que estoy haciendo está bien o mal.	V	F
225	A menos de que sea muy cuidadoso, por lo general salen mal las cosas.	V	F
226	Si me siento decepcionado, por lo general estoy mejor rodeado de amigos que estando solo.	V	F
227	No creo que sea posible que una persona comparta sentimientos con otra que no haya tenido la misma experiencia.	V	F
228	Con frecuencia los demás piensan que estoy en la luna porque me ven totalmente desconectado de las cosas que suceden a mi alrededor.	V	F
229	Me gustaría ser más guapo que todo los demás.	V	F

230	He mentido mucho en este cuestionario.	V	F
231	Por lo general me alejo de situaciones sociales en las que probablemente conoceré extraños, aun cuando se me asegure que ellos serán amigables.	V	F
232	Me fascina tanto el florecer de la primavera, como el volver a ver a un viejo amigo.	V	F
233	Por lo general veo una situación difícil como un reto u oportunidad.	V	F
234	Las personas que tienen que ver conmigo tienen que aprender a hacer las cosas a mi manera.	V	F
235	La deshonestidad solo causa problemas si te descubren.	V	F
236	Por lo general me siento con mucha más confianza y energía que la mayoría de la gente, aun después de haber padecido enfermedades sencillas o estrés.	V	F
237	Cuando me piden que firme un documento me gusta leerlo todo.	V	F
238	Cuando nada nuevo está sucediendo, por lo general me pongo a buscar algo que sea emocionante o estimulante.	V	F
239	Algunas veces me decepciono.	V	F
240	En ocasiones hablo de otras personas a sus espaldas.	V	F