



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN

SUBDIRECCIÓN DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

CURSO UNIVERSITARIO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

**APTITUD CLÍNICA EN EL PERSONAL MÉDICO DEL CENTRO DE SALUD
DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA ANTE EL SÍNDROME DISFÓRICO
PREMENSTRUAL**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. PAOLA DE JESÚS GONZÁLEZ SÁNCHEZ.

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. HILDA GABRIELA MADRIGAL DE LEÓN

-2011-



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

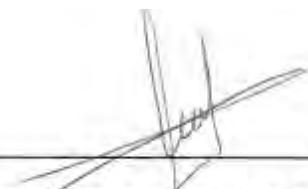
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

**APTITUD CLÍNICA EN EL PERSONAL MÉDICO DEL CENTRO DE SALUD
DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA ANTE EL SÍNDROME DISFÓRICO
PREMENSTRUAL**

AUTOR: DRA. PAOLA DE JESÚS GONZÁLEZ SÁNCHEZ.

AUTORIZACIONES

DRA. CONSUELO GONZÁLEZ SALINAS



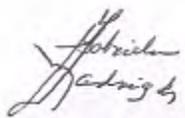
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
DE MEDICINA FAMILIAR
CENTRO DE SALUD "DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA"
SECRETARÍA DE SALUD DEL DISTRITO FEDERAL

**APTITUD CLÍNICA EN EL PERSONAL MÉDICO DEL CENTRO DE SALUD
DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA ANTE EL SÍNDROME DISFÓRICO
PREMENSTRUAL**

AUTOR: DRA. PAOLA DE JESÚS GONZÁLEZ SÁNCHEZ.

AUTORIZACIONES

DIRECTORA DE TESIS



DRA. HILDA GABRIELA MADRIGAL DE LEÓN
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR

**APTITUD CLÍNICA EN EL PERSONAL MÉDICO DEL CENTRO DE SALUD
DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA ANTE EL SÍNDROME DISFÓRICO
PREMENSTRUAL**

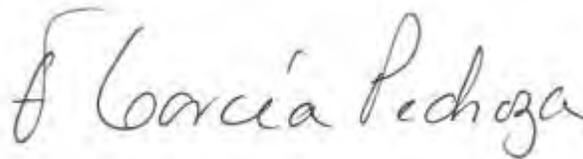
AUTOR: DRA. PAOLA DE JESÚS GONZÁLEZ SÁNCHEZ.

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA

Jefe del Departamento de Medicina Familiar
División de Estudios de Posgrado
Facultad de Medicina
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA

Coordinación de Investigación
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

Coordinador de Docencia
Departamento de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
U.N.A.M.

DEDICATORIAS

A Dios:

Por brindarme la oportunidad de vivir y rodearme de tanta gente valiosa, que me ha apoyado en todo momento.

A mis padres.

Por estar siempre a mi lado y darme su amor incondicional.

Mamá, por enseñarme a ser fuerte, lograr mis objetivos sin pisar a nadie y ser humilde.

Papá, por enseñarme que los límites se los pone uno mismo, a aprender de mis errores y no dejarme vencer.

Aolani y Axel.

Por ser mi motor, contagiarme de su alegría, entusiasmo e inocencia, que después de un día pesado me sea compensado con una sonrisa y un beso.

A mi pareja, Yair.

Por tener paciencia, llenarme de amor, brindarme tu apoyo y crecer juntos en nuestra familia.

A mis hermanos, sobrinos y cuñados.

Por todo lo que me han brindado y estar a mi lado.

A mis amigos.

Por su amistad, su apoyo y hacerme sonreír en todo momento.

Los amo.

AGRADECIMIENTOS

Dra. Cony

Gracias por la oportunidad para realizar la residencia médica en esta sede, el enseñarme a madurar profesionalmente, por todo su apoyo en estos tres años y especialmente en la tesis.

Dra. Madrigal

Por su amistad,
apoyo y confianza en
todo este tiempo

Lili.

Por tu amistad y disposición para escuchar en momentos de crisis, así como sus consejos para salir adelante.

ÍNDICE

1	MARCO TEÓRICO	1
1.1	Antecedentes.....	1
1.2	Planteamiento del problema.....	14
1.3	Justificación.....	15
1.4	Objetivos.....	16
1.4.1	Objetivo general.....	16
1.4.2	Objetivo específico.....	16
1.5	Hipótesis.....	17
2.	MATERIAL Y MÉTODOS	18
2.1	Tipo de estudio.....	18
2.2	Diseño de estudio.....	18
2.3	Población, lugar y tiempo.....	19
2.4	Muestra.....	19
2.5	Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.....	19
2.6	Variables.....	19
2.6.1	Definición conceptual y operacional de variables.....	19
2.6.2	Tipo y escala de medición.....	19
2.7	Instrumento de recolección de datos.....	20
2.8	Método para recolectar la información.....	22
2.8.1	Prueba piloto.....	22
2.9	Procedimiento estadístico.....	22
2.9.1	Diseño de la base de datos: Plan de codificación de los datos y construcción.....	23
2.9.2	Análisis estadístico.....	23
2.10	Consideraciones éticas.....	23
2.11	Cronograma.....	23
2.12	Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.....	24
3.-	RESULTADOS	25
4.-	DISCUSIÓN	31
5.-	CONCLUSIONES	33
6.-	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	34
7.-	ANEXOS	36

APTITUD CLÍNICA EN EL PERSONAL MÉDICO DEL CENTRO DE SALUD DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA ANTE EL SÍNDROME DISFÓRICO PREMENSTRUAL

RESUMEN.

Introducción. El síndrome disfórico premenstrual es un conjunto de síntomas emocionales, comportamentales y somáticos cuya sintomatología principalmente es la psiquiátrica que se presenta durante la fase luteínica, que va desde la ovulación hasta la menstruación, durante varios ciclos menstruales, con resolución de los síntomas después de la menstruación.

La aptitud clínica se define como la capacidad del médico para identificar, y solucionar apropiadamente situaciones clínicas de complejidad variable donde se pone en juego el criterio para decidir la mejor alternativa de interpretación y de acción de cada caso en particular. La finalidad de la aptitud clínica tiene como eje principal la reflexión crítica donde se critica la práctica rutinaria; donde la tarea del médico es reflexionar en relación a qué hace y cómo realiza la práctica clínica cotidiana.

Objetivo general. Identificar el nivel de aptitud clínica en médicos adscritos y en formación del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana ante el Síndrome Disfórico Premenstrual.

Material y métodos. Se estudio a 32 médicos adscritos y en formación del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, aplicando un cuestionario para evaluar la aptitud clínica ante el síndrome disfórico premenstrual y utilizando el programa SPSS versión 15 para su análisis.

Resultados. Los médicos adscritos y en formación obtuvieron un nivel medio en aptitud clínica ante el síndrome disfórico premenstrual.

Conclusiones. La aptitud clínica del personal médico del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana está en un nivel medio, observándose dificultad para la toma de decisiones en lo que respecta a los indicadores de factores de riesgo y seguimiento. Este trabajo tuvo como finalidad de enriquecer el conocimiento medico y desarrollar nuevas habilidades, evitando los más posibles errores, en pro del bienestar de las pacientes femeninas.

Palabras clave. Síndrome disfórico premenstrual. Aptitud clínica.

CLINICAL APTITUDE FOR THE MEDICAL STAFF AND TRAINEE AT THE HEALTH CENTER DR. JOSE CASTRO VILLAGRANA FOR THE PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER

ABSTRAC

Introduction. The dysphoric pre-menstrual syndrome is a conjunction of emotional symptoms, behavioral and somatic which symptomatology is mostly psychiatric and are seen during the luteinical phase which goes from the ovulation to the menstruation, during some menstrual cycles, with symptom resolution after menstruation.

The clinical aptitude is defined as the capacity from the medical staff to identify and properly solve the clinical situations with variable complexity where the criteria to decide which is the best alternative for the differential for each case is at stake. The objective of the clinical aptitude has as the main engine the critical reflexion which the routinary practice is criticized. Where the doctors task is to reflexionate in relation of what he does and how he does it in the everyday clinical practice

General objective. To identify the level of clinical aptitude with joined doctors and trainee at the Dr. Jose Castro Villagrana health center before the dysphoric pre-menstrual syndrome.

Material and methodology. 32 joined doctors and in formation were studied at the Dr. José Castro Villagrana health center applying a survey to evaluate their clinical aptitude before the dysphoric pre-menstrual syndrome, using the SPSS program 15 version for its analysis.

Conclusions. The clinical aptitude for the medical staff at the Dr. José Castro Villagrana in the mid-level. It was seen a level of difficult to make decisions regarding the measuring indicators for monitoring, as well as the risk factors. This task had the objective to enrich the medical knowledge to develop new skills, avoiding possible mistakes, for the pro of the female patients well-being.

Keywords: Dysphoric pre-menstrual syndrome. Clinical aptitude.

APTITUD CLÍNICA EN EL PERSONAL MÉDICO DEL CENTRO DE SALUD DR. JOSÉ CASTRO VILLAGRANA ANTE EL SÍNDROME DISFÓRICO PREMENSTRUAL.

1.-MARCO TEÓRICO.

1.1 ANTECEDENTES.

SÍNDROME DISFÓRICO PREMENSTRUAL.

DATOS HISTÓRICOS.

El Síndrome Disfórico Premenstrual, lo describe Hipócrates por primera vez haciendo referencia a los cambios ligados con el ciclo menstrual y atribuyó los síntomas al escape agitado que buscaba la sangre de la matriz. De igual manera se mencionan ciertas características en la Biblia y en el Talmud.^{1,2.}

En la antigüedad, la menstruación se percibía como la peste o la maldición, de tal manera que en algunas culturas las mujeres permanecían o permanecen resguardadas, durante su periodo menstrual sin llevar contacto y realizar actividades con los hombres. En el Corán una de las culturas establece que se prohíbe tener relaciones sexuales durante la menstruación, asociándose en otras culturas a contaminación y limpieza, de esta manera se le otorga un valor con la procreación ya que se le atribuye el signo de preservación de la especie, de esta manera, por un lado tiene la desvalorización de descartar un embarazo, y por el otro se asocia a la posibilidad de embarazarse, como signo de salud y fertilidad, por lo que la menstruación se valora y se rige dependiendo de los códigos y valores que se establecen en determinadas culturas.^{1,3,4.}

En el siglo XI, Trotula de Salerno considera que hay mujeres jóvenes que se curan con la menstruación, reconociendo a partir de 1980, al síndrome premenstrual como probable patología psiquiátrica y a partir de los años 90 propone terapéuticas novedosas para la misma.^{1,2,3,4.}

En 1931 Robert Frank observa cambios correspondientes a cada ciclo menstrual, los cuales se relacionan a los síntomas físicos, emocionales y conductuales que aparecen al final de la fase lútea de ciclo menstrual y terminan al inicio de la menstruación, desarrollando un interés por tal sintomatología e iniciando con estudios psiquiátricos sobre la relación entre el Síndrome Disfórico Premenstrual y el tipo de la personalidad, con estos estudios algunos autores sugieren que las mujeres con síndrome disfórico premenstrual (SDPM) presentan de acuerdo con el Inventario de Personalidad de Minnesota (MMPI): una personalidad normal en un 36%, neurótica 31%, caracterológica 11%, psicótica 5% y no clasificada 17%, aunque en otros estudios no se encontró relación con el tipo de personalidad.^{8,9,15,16.}

En 1987 aparece por primera vez en el DSM III R (Manual Diagnóstico y estadístico de Enfermedades Mentales), como diagnóstico y establecido como un padecimiento o trastorno inicialmente con el nombre de Desorden Disfórico del Final de la Fase Luteínica, ya para el año 2002 en el DSM IV TR, se denomina trastorno Disfórico premenstrual, en un inicio debería llamarse Desorden Disfórico Premenstrual, nombre con el cual aparece en el DSM IV, ya que requieren de investigación futura, como un ejemplo de trastorno depresivo no especificado.^{11.}

Es importante reconocer que la mujer sufre cambios somáticos y psicológicos durante su ciclo menstrual y estas alteraciones interfieren con el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o las relaciones interpersonales, sin dejar a un lado que en la actualidad y pese a la poca información, las mujeres actualmente se describen como estar enfermas durante la menstruación.^{1,5,6,9,12,15.}

DEFINICIÓN.

Conjunto de síntomas emocionales, comportamentales y somáticos cuya sintomatología principalmente es la psiquiátrica los cuales se presentan durante la fase luteínica, que va desde la ovulación hasta la menstruación, durante varios ciclos menstruales, con resolución de los síntomas después de la menstruación.^{6,8,14,15.}

EPIDEMIOLOGÍA.

El Síndrome Disfórico Premenstrual inicia desde la menarca, es de aparición tórpida y de curso crónico, alcanzando su mayor prevalencia de la segunda a la cuarta década de la vida, periodo donde la mujer asiste a los servicios de salud frecuentemente y desaparece durante el embarazo y la menopausia.^{1,3.}

Este trastorno se considera un problema de salud pública ya que en estudios realizados en Estados Unidos afecta significativamente a 25 millones de mujeres, dentro de la clasificación grave e incapacitante afecta a más de 5 millones de las mujeres que padecen tal patología, por tal motivo, la Journal of the American Medical Association (JAMA), órgano oficial de la sociedad médica americana, advierte sobre la urgente necesidad de efectuar mayores investigaciones en busca de un tratamiento eficaz para dicho trastorno. Latinoamérica necesita mayor atención de los investigadores para descubrir la prevalencia de esta entidad en medio de las particularidades de nuestra cultura, ya que no es basta la bibliografía del padecimiento en nuestro país.^{4,5,6.}

Dentro de las características de esta patología, su presentación es desde 7 a 10 días antes de la llegada del periodo menstrual y desaparece con la menstruación o luego de 48 horas, hasta una semana después. El grado de incapacidad que llegan a presentar las pacientes se clasifica de leve a severo, debido a la magnitud o intensidad de los síntomas.^{1,2,6.}

El Síndrome Disfórico premenstrual puede afectar un período valioso, en cuanto a calidad de vida de la vida de la mujer se refiere, ya que los síntomas comprenden un

promedio de 8 días por mes, lo que implica 96 días por año, por otra parte, el padecimiento dura de 25 a 30 años, con un total de 96 días los cuales multiplicados por 30 años, arroja un resultado de 2,880 días, que al ser divididos por los trescientos sesenta y cinco días del año, nos brinda un tiempo de 7 años de padecer esta sintomatología, alcanzando hasta 8 años si no se embaraza, llegando a depararle un total de 7 a 8 años de malestar y afectación en su desempeño cotidiano.^{9,12,15.}

Mundialmente la literatura revisada, coincide en que el 75% al 85% de las mujeres en edad reproductiva experimentan algún síntoma relacionado con la fase luteínica del ciclo menstrual, sin embargo, del 3-8% de las mujeres en edad reproductiva refieren síntomas que interfieren seriamente con su estilo de vida y relaciones.^{9,15,17.}

El Manual Diagnóstico y estadístico de Enfermedades Mentales (DSM IV) informa que entre un 14 y 45% de las mujeres en edad reproductiva cumplen con los criterios del SDPM, el cual aparece por primera vez en el Manual Diagnóstico y estadístico de Enfermedades Mentales, (DSM-IV) en 1987 con el nombre de Desorden Disfórico del Final de la Fase Luteínica. Inicialmente debería llamarse Desorden Disfórico Premenstrual (DDPM), situándolo entre los trastornos que requieren investigación futura, como un ejemplo de trastorno depresivo no especificado.^{11,12,17,18.}

CLASIFICACIÓN.

Esta clasificación está basada en el predominio de algunos síntomas:

Tipo A. Predominan los síntomas de ansiedad.

Tipo C. Predomina la apetencia por determinados alimentos, sobre todo carbohidratos, para aliviar los síntomas de fatiga, mareos, cefaleas.

Tipo D. Predominan los síntomas depresivos, con decaimiento, desánimo, ideación suicida.

Tipo H. Predomina la hidratación: edemas de miembros inferiores y manos, distensión abdominal, turgencia dolorosa de mamas, aumento de peso.^{1,3,4.}

ETIOPATOGENIA.

La etiología es desconocida, se han establecido y descrito diversas teorías bibliográficamente, donde intervienen factores bio-psicosociales, aunque no han sido confirmadas por estudios de laboratorio o respuesta terapéutica.^{1,2.}

Fisiológicamente el ciclo menstrual consta de dos fases identificadas como fase folicular, la cual inicia con la menstruación y termina con la ovulación y fase luteínica, la cual comienza con la ovulación y cesa con el sangrado menstrual, donde aparecen los cambios psicósomáticos y sociales, refiriendo la bibliografía que aproximadamente de un 75-80% de las mujeres presentan dichos síntomas.^{2,9,14.}

En la actualidad se han descrito diversas teorías por lo que no existe una hipótesis única para explicar todas las alteraciones clínicas de este síndrome de las cuales las más recientes son.

Biológicas. Implicancia hormonal. La mayoría de las teorías hormonales resaltan el importante papel de los acontecimientos que ocurren en la fase luteínica, una teoría planteada, es la ciclicidad ovárica, sustentada en estudios donde la supresión de la ovulación lleva la tarea de desaparecer los síntomas premenstruales, por lo que se postula que las mujeres que padecen SDPM tienen un eje hipotálamo-hipofisario más sensible a las hormonas ováricas.

Sistema serotoninérgico. En la serotonina (5HT), su disminución se asocia con síntomas emocionales como: un pobre control de los impulsos, cambios de humor, depresión, irritabilidad y aumento en la ingesta de alimentos. La 5HT disminuye los niveles de estrógenos y de progesterona al inhibir la hormona liberadora de gonadotropina (LHRH), y la noradrenalina (NA) modula los receptores de progesterona situados en los núcleos septales y en la amígdala, (implicados en la termorregulación, conducta sexual y emociones).

Neuroesteroides y el GABA A. Se sabe que existe una acción directa del estrógeno y la progesterona en el cerebro, los esteroides gonadales pueden modificar el metabolismo de las monoaminas en diversas zonas del SNC; por lo tanto, el cambio en sus concentraciones puede vincularse a la aparición de trastornos afectivos.

Hoy se sabe que los neuroesteroides se metabolizan en el cerebro, y que algunos de estos metabolitos tienen acciones ansiolíticas más potentes que las benzodiazepinas, tal es el caso de la progesterona y su metabolito la alopregnenolona, con gran efecto sedante, por lo que la progesterona protege a la embarazada del estrés, como un potente ansiolítico fisiológico y natural.

Etiología inflamatoria. La inflamación útero-pelviana de evolución cíclica, que suele experimentar agravación progresiva con el paso de los años, presupone una alteración en la síntesis de los mediadores de la inflamación involucrados en el ciclo menstrual. Este hecho es comprobado, por la demostración de la existencia de síntesis anormal de mediadores inflamatorios, como la prostaglandina E y el tromboxano en mujeres que padecen SDPM.

Alteración de los ritmos cronobiológicos. Ciertos estudios sugirieron que el 70% de las mujeres presentaba menos síntomas durante el verano, en estas pacientes los ritmos pueden ser alterados terapéuticamente mediante luz intensa.

PSICOLÓGICAS.- En este sentido, se han dado tres teorías básicas que intentan relacionarlos. El primero con episodios afectivos tempranos, anteriores a la menarquía, que determinarían las características de los cambios del humor posteriores, segundo los cambios en el humor menstrual pueden servir como desencadenante de otras patologías afectivas y por último la teoría de la indefensión aprendida.^{1,2,9,14,17.}

FACTORES DE RIESGO.

En los estudios realizados existen algunos factores que parecen estar asociados con mayor frecuencia, estos son:

Edad de 25-35 años. Los síntomas pueden comenzar desde la menarca, pero las mujeres consultan con mayor frecuencia los servicios de salud en la década de los 30, respecto a la duración atípica de los ciclos menstruales, se reporta mayor incidencia en mujeres con ciclos más largos o más cortos que los normales.^{8,9.}

Antecedente de historia familiar. Historia previa de trastornos afectivos y el antecedente de síndrome premenstrual en familiares, con un parentesco de primer grado y las pacientes con SDPM, este hecho ha planteado la interrogante de si el Síndrome Disfórico Premenstrual podría considerarse una entidad hereditaria, encontrándose una concordancia mayor en gemelas monocigóticas que en dicigóticas.^{8,9}

La relación entre SDPM y otros desórdenes psiquiátricos es compleja debido a que una alta proporción de mujeres que padece SDPM tiene historia previa de trastornos del humor y las mujeres con un desorden del humor subyacente reportan magnificación de los síntomas o aparición de nuevos síntomas en la fase premenstrual, por lo que es importante resaltar que algunos autores sugieren que el SDPM puede predecir una futura depresión mayor, con sus posibles complicaciones como el suicidio principalmente.

Trastornos psiquiátricos pasados o actuales. Las mujeres con antecedentes de trastornos del humor, trastornos de ansiedad, o que presentan trastorno de personalidad o trastorno por abuso de sustancias han mostrado mayor incidencia de presentar síndrome Disfórico premenstrual, por otra parte, los trastornos premenstruales predisponen al desarrollo de depresión posparto.

Estresores psicosociales. El antecedente de abuso físico o sexual, estaría relacionado con alteraciones en las reacciones fisiológicas al estrés, por lo que fue objeto de investigación, reportándose los siguientes hallazgos:

- ❖ Niveles de noradrenalina en reposo significativamente más bajos, así como niveles significativamente mayores de respuesta de los receptores adrenérgicos B1, B2, y mayor respuesta adrenérgica al estrés en la fase lútea.
- ❖ Aplanamiento de la curva de cortisol, así como alteraciones en el rendimiento cardíaco.
- ❖ Las relaciones entre el SDPM, el suicidio, hospitalización psiquiátrica y alteraciones conductuales relacionadas con la criminalidad, se observó un aumento de las tasas de los tres factores mencionados en la fase luteínica del ciclo menstrual. Sin embargo, en estas investigaciones no se estableció realmente si esas mujeres padecían o no SDPM, o eran, en cambio, enfermas con antecedentes psiquiátricos.^{1,2,5,9}

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

Mujeres en edad reproductiva refieren un 3-8% de los síntomas premenstruales tales como:

- Irritabilidad.
- Tensión.
- Disforia.
- Labilidad emocional, el cual interfiere seriamente con su estilo de vida y relaciones interpersonales.

Al presentarse estas alteraciones emocionales o del humor, y al asociarse a otras manifestaciones conductuales y físicas se define al Síndrome Disfórico Premenstrual.^{1, 3, 5.}

Es importante conocer que los trastornos del humor y los cambios del conductuales conforman los síntomas primordiales del Síndrome Disfórico Premenstrual.

Los síntomas psiquiátricos, más frecuentes son:

- Irritabilidad.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Labilidad del humor.

Los síntomas físicos más comunes son:

- Mastodinia.
- Retención de líquidos.

Aunado a esto, la característica principal es que los síntomas presentados se intensifican durante el ciclo menstrual, de tal manera de intervienen en el desarrollo bio-psicosocial de la mujer.^{1,5,6,8,9.}

DIAGNÓSTICO.

Las mujeres que presentan síntomas premenstruales deberían ser capacitadas para que registren diariamente sus síntomas por lo menos durante dos ciclos menstruales. Debido a la falta de test diagnósticos y objetivos para SDPM, la historia clínica debe ser muy completa. La entrevista debe incluir una historia retrospectiva de la sintomatología premenstrual, hacer énfasis sobre entidades médicas; una historia psiquiátrica y una revisión detallada de los antecedentes familiares de enfermedad tiroidea y una adecuada y completa exploración física, se debe ordenar exámenes de laboratorio para descartar una causa médica subyacente. Además, las mujeres que sufren SDPM deberían ser evaluadas por lo menos una vez durante cada fase del ciclo, para asegurarse de que los síntomas no aparecen en la fase folicular y que durante la fase lútea, se deteriora el estilo de vida.^{1,5,6,8,}

Por lo que el diagnóstico se basa en las características clínicas presentadas con la aplicación de los criterios del DSM-IV, así como el cuestionario de síntomas premenstruales, los cuales demuestran la magnitud de cada síntoma, durante dos periodos menstruales como mínimo.^{2,9,14,16}

Criterios DSM-IV.

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

1. Estado de ánimo deprimido, sentimientos de desesperanza e ideas de desaprobación acusadas.
2. Ansiedad, tensión, sensación de agobio o de esta (al límite).

3. Labilidad emocional evidente (p. ej.: ataque de tristeza llanto o hipersensibilidad ante el rechazo).
4. Enfado, irritabilidad o aumento de conflictos interpersonales de forma acusada y persistente.
5. Pérdida del interés por las actividades cotidianas (p. ej.: trabajo, escuela, amigos, aficiones).
6. Sensación subjetiva de dificultad para concentrarse.
7. Letargia, fatigabilidad fácil o falta evidente de energía.
8. Cambios significativos del apetito, atracones o antojos por determinadas comidas.
9. Hipersomnia o insomnio.
10. Sensación subjetiva de estar rebasada o fuera de control.
11. Otros síntomas físicos como hipersensibilidad o aumento del tamaño mamario, dolores de cabeza, molestias articulares o musculares, sensación de hinchazón o ganancia de peso.

Nota: en las mujeres fértiles la fase corresponde al periodo de tiempo comprendido entre la ovulación y el inicio de la hemorragia menstrual, que da paso a la fase folicular. En las mujeres amenorreicas (por. Ej.: las que han sido histerectomizadas), la determinación de las fase lútea y folicular puede requerir la cuantificación analítica de las hormonas reproductoras circulantes.

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

B. La alteración no representa una simple exacerbación de síntomas de otro trastorno, por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno de angustia, trastorno distímico o trastorno de la personalidad (si bien en ocasiones el trastorno disforico premenstrual se añade también a cualquier de los trastornos).

C. Los criterios A, B y C deben ser corroborados por técnicas de valoración diaria y prospectiva de los síntomas en al menos dos ciclos consecutivos. (El diagnóstico puede establecerse provisionalmente a la espera de dicha confirmación).¹¹.

En la 9ª y 10ª Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE), estas afecciones se mencionan como “síndrome de tensión premenstrual”, aparece en el Anexo “Otros procesos del CIE 10 frecuentemente asociados con alteraciones mentales y del comportamiento”, en el Capítulo XIV: “Enfermedades del aparato genitourinario (N00-N99), dolor y otras afecciones con los órganos genitales femeninos y con el ciclo menstrual”, sin especificar criterios.^{6,8,14,16}.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Depresión

La depresión mayor y la distimia pueden coexistir con el SDPM, la evaluación prospectiva de los síntomas en la fase folicular y luteínica ayuda a diferenciar los síntomas afectivos premenstruales de los síntomas crónicos que se presentan en el episodio depresivo mayor y la distimia.^{1,5,9,15}.

Trastornos de ansiedad

Varios estudios de población con SDPM indican tasas elevadas de desórdenes de ansiedad coexistente y preexistente a dicho trastorno y un aumento de la vulnerabilidad a los ataques de pánico en la fase premenstrual.^{1,5,9,15.}

Trastorno afectivo bipolar

Los escasos estudios que han examinado el efecto del ciclo menstrual sobre los síntomas del trastorno bipolar han mostrado la exacerbación de síntomas bipolares en la etapa premenstrual.^{1,5,9,15.}

Psicosis

Se ha reportado incremento de los síntomas psicóticos durante la menstruación e incluso algunos casos de psicosis cíclica que aparecen sólo durante la fase luteínica, lo cual sugiere que las fases del ciclo menstrual en que los estrógenos están bajos, pueden aumentar la vulnerabilidad para las crisis psicóticas.^{1,5, 9,15.}

Trastornos de la alimentación.

Investigaciones recientes sugieren que el apetito y la tendencia hacia el consumo de carbohidratos se incrementan en la época premenstrual y se asocia con estados de humor depresivo en mujeres sanas. El deseo de comer carbohidratos parece ser un intento por regular el humor depresivo incrementando la ingesta de triptófano, el precursor de la serotonina que se encuentra en los chocolates. En las mujeres con desórdenes en la alimentación, es difícil discriminar si los síntomas son parte del SDPM superpuesto sobre un trastorno de la alimentación o si los síntomas son una exacerbación de un trastorno de la alimentación subyacente.^{1,5,9,15.}

Abuso de sustancias psicoactivas

El estudio del incremento del uso de alcohol, drogas y nicotina durante la fase premenstrual sugiere que no hay cambios sustanciales del patrón de consumo, esto parece estar asociado a una historia familiar de alcoholismo o a un trastorno de ansiedad generalizada que coexiste con el SDPM y Trastornos de personalidad, al parecer no hay exacerbación de los síntomas de trastornos de personalidad aunque en algunas mujeres con personalidad limítrofe se ha observado un aumento de la impulsividad, la autoagresión y los síntomas afectivos.^{1,5,9,15.}

Condiciones médicas

Varias condiciones médicas pueden simular el SDPM, como endometriosis, desórdenes tiroideos, trastornos del sistema adrenal, hiperprolactinemia y panhipopituitarismo. Algunas enfermedades como la urticaria, las alergias e infecciones, fluctúan con el ciclo menstrual, presentando un incremento de los síntomas en la etapa premenstrual. La migraña y la epilepsia pueden tener relación en su presentación clínica con el ciclo menstrual, teniendo una incidencia de migraña perimenstrual de 7-14% y de la epilepsia catamenial de 10-72%.^{1,5,9,15.}

Dismenorrea

Algunas mujeres refieren dolor pélvico o en la espalda en los últimos días de la fase luteínica, el cual continúa hasta un poco después de la llegada del flujo menstrual.^{1,5,9,15}

TRATAMIENTO.

Es necesario educar a la paciente establecer medidas no farmacológicas con lo que se complementaria con el tratamiento farmacológico.^{1,5,6.}

Tratamiento no farmacológico.

Se considera entregar una hoja informativa a la paciente modificando los cambios alimenticios, para la disminución o control parcial de la sintomatología presentada por la paciente. En medidas higiénico-dietéticas se indica una alimentación rica en calcio, fibra hiposódica, evitar cafeína, bebidas alcohólicas zapatos de tacón alto y ropa que comprima la cintura, así como realizar actividad física. La terapia lumínica útil en algunas pacientes las cuales mejoran durante el verano, debido a la mayor cantidad de luz solar, por lo que se ensayó con terapia lumínica, la que mostró ser efectiva para síntomas físicos y psíquicos, con mejorías en los síntomas depresivos y de irritabilidad.^{1,5,6,9,12,15.}

Tratamiento farmacológico.

Actualmente se recomienda los inhibidores de la recaptura de serotonina (ISRS), principalmente la Fluoxetina a dosis de 20 mgr al día, útil en la disminución de la tensión, la irritabilidad y la disforia, se puede administrar con excelentes resultados terapéuticos en los 15 días previos a la menstruación

La Sertralina en dosis de 50-150 mgs al día, la Paroxetina en dosis de 10-30 mgs al día.

De los antidepresivo tricíclicos la Clomipramina a dosis de 25-75 mgs día, suministrados solamente durante la fase luteínica.

Ansiofíticos. Utilizados debido al componente ansioso irritabilidad y nerviosismo del SDPM. El riesgo de dependencia y los síntomas relacionados con la supresión deben tenerse en cuenta. El Aprazolam ha mostrado su eficacia en un rango de dosis que oscila entre 0.25 mg-5 mg día durante 6-14 días previos a la menstruación.

Los diuréticos empleados en condiciones de retención de líquidos, como la Hidroclorotiazida a dosis de 25-100mg al día o la Espironolactoa de 25-100mg al día.

Analgésicos no esteroideos para la sintomatología leve.^{1,5,6,9.}

Suplementos nutricionales.

Calcio: regula los síntomas del síndrome premenstrual, por lo que se sugiere el aporte de una dieta rica en calcio entre 1.000-1.200 mg/día.

Vitamina B6 (piridoxina): interviene en la producción de serotonina. Se recomiendan dosis bajas de 50 mg/día nunca superar los 200 mg/día y debe suspenderse en caso de neurotoxicidad o falta de mejoría clínica tras unos meses de tratamiento.

Vitamina E: útil en la mastalgia, a dosis de 150-400 UI/día, administradas al menos durante la fase lútea.

Magnesio: 200 mg/día durante al menos 2 meses.^{6,9,12,15.}

PRONÓSTICO.

Es bueno con base en la detección oportuna con motivo de lograr una mejor calidad de vida a las mujeres, mejorando las condiciones biopsicosociales. Dentro de los factores de mal pronóstico se encuentra la edad de inicio al final de la segunda década de la vida, ya que se evidencia un empeoramiento de los síntomas a través del tiempo o recurrencia de los mismos a pesar del tratamiento adecuado u oportuno.

APTITUD CLÍNICA.

INTRODUCCIÓN.

La medicina es un arte y la ciencia se ocupa de servir al hombre, de luchar y protegerlo contra sus enfermedades, aliviar sus sufrimiento, de conservar su salud, ayudar a rehabilitarlo y a vivir con máxima plenitud de sus facultades. La clínica se refiere al estudio ordenado de las diversas manifestaciones de la enfermedad, el paciente es un todo, donde los límites entre lo orgánico, lo psíquico y lo social se difuminan, se entrelazan y son manejados por el médico, cuya función es solo o como líder de un equipo abordar los componentes biológicos, psicológicos y sociales del padecer del paciente. La experiencia es el conocimiento que se adquiere por medio de la práctica, por medio de la experimentación. En la práctica diaria los casos se miran y manejan de igual manera como de rutina, generando pocas dudas, lo que trae como consecuencia autocomplacencia e inmovilidad, incurriendo en la ilusión de que se es un experto, de que ya se sabe todo lo requerido, no se problematiza ni se indaga, lo que impide profundizar, y por lo tanto el refinamiento de sus habilidades clínicas no se logra o sus alcances son muy limitados. La reflexión crítica es un camino divergente de la práctica rutinaria, se orienta a que el médico reflexione en relación a que hace y como lo hace en la práctica médica cotidiana, enriqueciendo sus experiencias y el desarrollo de sus habilidades clínicas, haciendo todo lo posible para evitar errores dentro de la práctica clínica y corrigiendo las deficiencias.^{25,26,27.}

La visión tradicional del médico, es ser totalmente clínico. Teniendo como prioridad aparte de la práctica médica con la aplicación del conocimiento médico, es el llegar a la solución de los problemas de los pacientes, desarrollando la habilidad para atender a los pacientes, como una competencia o un conjunto de competencias clínicas.^{22,25,26.}

La finalidad de la aptitud clínica tiene como eje principal la reflexión crítica donde se critica la práctica rutinaria; la tarea principal del médico es reflexionar en relación a qué hace y cómo realiza la práctica clínica cotidiana, teniendo como resultado la capacidad reflexiva donde progresivamente se aprende a dudar, cuestionar el quehacer cotidiano, a indagar para solucionar los problemas que aquejan al paciente y a proponer alternativas para resolver la situación clínica, problema que plantea la atención de cada paciente; esta secuencia de atributos es un camino alternativo para enriquecer la experiencia y propiciar el desarrollo de habilidades clínicas. De manera que cada paciente es distinto, comprendiendo que la expresión de la enfermedad es muy variada y que el sujeto padece la enfermedad de manera estrictamente individual. El médico debe hacer todo lo posible por evitar errores, aquilatando sus deficiencias para corregirlas, lo que ayuda a ofrecer la mejor atención; siendo posible a través de la reflexión y la autocrítica.^{25,26,27,28.}

DEFINICIÓN.

APTITUD.

Según el Diccionario de la Lengua Española, proviene del latín aptitudo.

- a) Es la capacidad para operar competentemente en una determinada actividad.
- b) Cualidad que hace que un objeto sea apto, adecuado o acomodado para cierto fin.
- c) Capacidad y disposición para el buen desempeño o ejercicio de un negocio, de una industria, de un arte, etc.
- d) Suficiencia o idoneidad para obtener y ejercer un empleo o cargo.^{21.}

APTITUD CLÍNICA.

Se define como la capacidad del médico para identificar, solucionar apropiadamente situaciones clínicas de complejidad variable donde se pone en juego el criterio para decidir la mejor alternativa de interpretación y de acción de cada caso en particular, representa por casos clínicos, implica perfeccionamiento constante para adecuarse a situaciones cambiantes de la medicina y del paciente, para poder influir favorablemente en las condiciones de salud, condicionando una mejor calidad de vida.^{22,23,24 27.}

Los componentes de la aptitud clínica se relacionan con la habilidad, para reconocer indicios clínicos, factores de riesgo, habilidad para seleccionar entre distintas posibilidades diagnósticas, habilidad en la apropiada selección y acertada interpretación de los procedimientos de laboratorio y gabinete, habilidades terapéuticas, para decidir acciones preventivas, apropiadas, encaminadas a conservar o recuperar la salud, predecir un pronóstico de gravedad y disposición para propiciar la participación de otros colegas.^{24,25,27.}

EVALUACIÓN DE LA APTITUD CLÍNICA.

Harden incorpora pruebas que se exploran mediante estaciones, la habilidad para obtener un relato relevante de la historia clínica, el examen sistemático del paciente, la identificación del problema de salud, el diagnóstico diferencial, la selección e interpretación pertinente de pruebas diagnósticas, el tratamiento apropiado y se la educación del paciente.^{24.}

México Viniegra y colaboradores han desarrollado y perfeccionado instrumentos orientados a la medición de competencias clínicas, profundizando en la utilidad de exámenes escritos para medir capacidades clínicas complejas.^{23,26,27.}

Para llevar a cabo la evaluación en aptitud clínica, se requiere de una estrategia de indagación estructurada o formulada, en base a lo que se llama problematización de las situaciones descritas, que son la elaboración de casos clínicos reales, esto significa que existe un respondiente de los instrumentos o cuestionarios debe poner en juego su propio criterio al reconocer con menor o mayor claridad las particularidades de cada situación clínica que enfrenta, así como identificar las

alternativas que se proponen con fines de diagnóstico, tratamiento, prevención. La aptitud clínica se cree que se debe de desarrollar o explorar en el sitio donde se desarrolla la actividad clínica. La aptitud y la competencia del personal de salud generan cuestiones relacionadas sobre la prevención y su tratamiento del o los padecimientos, así como la identificación adecuada de las poblaciones en riesgo, motivo de interés de estudio del médico familiar.^{23,24,25,27.}

El instrumento de evaluación es diseñado por expertos en el área a estudiar, a través de una perspectiva basada en una integración de la teoría y la práctica (casos clínicos) y utilizando indicadores que se refieren a capacidades relacionadas con el análisis, la síntesis y la crítica aplicadas a situaciones clínicas. Con el objeto de reproducir lo más verídico posible la realidad clínica, los casos presentados en las evaluaciones, son reales o elaborados, se presentan en forma condensada, divididos en fragmentos o preguntas, las cuales permiten indagar acerca de los indicadores investigados, como: 1) identificación de factores de riesgo, 2) signos y síntomas, 3) integración diagnóstica, 4) uso de recursos terapéuticos, 5) acciones terapéuticas, 6) interconsultantes y 7) pronóstico. El número de casos por evaluación es independiente a consideración de los expertos en el tema. Su estructura consta de casos clínicos, con preguntas cada una, con tres opciones de respuestas que son verdadero, falso y no sé, el valor asignado a cada respuesta correcta equivale a un punto y a la incorrecta se resta un punto, no se es igual a cero. Para obtener el resultado final se restan los aciertos con las incorrectas.^{22,23,24,25,28.}

1.2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En la práctica clínica diaria del médico, todos los pacientes en frecuentes ocasiones se diagnostican y manejan de manera rutinaria, dejando a un lado el ejercicio continuo por indagar acerca de diversas patologías que aquejan particularmente a la mujer.

De esta manera con el transcurso de los años, la experiencia laboral que se adquiere dentro de una institución, el tiempo insuficiente con el que se cuenta para brindar una consulta integral, a favor del paciente, así como la cantidad de pacientes que se atienden dentro de una jornada laboral, aunado a la percepción de que se es un experto, cayendo en el error de que ya se sabe todo lo requerido para la práctica diaria, limita el ejercicio continuo de profundizar y refinar las habilidades clínicas que se van adquiriendo desde el inicio de la carrera de medicina.^{24, 25,27.}

La finalidad de la aptitud clínica, tiene como eje principal la reflexión crítica en donde se aprende a dudar, cuestionar y solucionar los problemas que aquejan al paciente, con el fin de proponer alternativas para la solución de la situación clínica.^{26-27.}

Con respecto al síndrome disfórico premenstrual, desde la perspectiva epidemiológica a nivel internacional y nacional se menciona que el 80% de las mujeres en edad reproductiva experimentan algún síntoma relacionado con la fase luteínica del ciclo menstrual, que se traduce en un 8% en pacientes con síntomas que interfieren seriamente con su estilo de vida y relaciones personales.^{12-15.}

El Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana atendió durante el año 2009, 122,643 consultas correspondiendo un 34.9% de la población femenina, en un rango de edad de 11 a 45 años. Por otro lado, en el sistema de información de salud anual (SIS), no reporta al Síndrome Disfórico Premenstrual, tal como se describe en la 9ª y 10ª Clasificación Internacional de las Enfermedades, así como en el DSM-IV.

Por lo anterior el personal médico adscrito y en formación que labora en el Centro de Salud, debe reconocer que se encuentra en una posición privilegiada si hace uso de sus habilidades clínicas para detectar el Síndrome Disfórico Premenstrual, teniendo los elementos suficientes para la práctica reflexiva y de esta forma valorar e interpretar la sintomatología a favor de este padecimiento, ya que al parecer se subdiagnostica o se ignora la importancia de las repercusiones que cobra en el ámbito personal, laboral, escolar y de familia de la mujer.

Por lo que es importante realizar la siguiente pregunta.

¿Cuál es el nivel de Aptitud Clínica del personal médico adscrito y en formación con respecto al Síndrome Disfórico Premenstrual en el Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana?

1.3. JUSTIFICACIÓN.

La población femenina atendida por el centro de salud, es de 42,876 pacientes durante el año 2009, en edades de 11 a 45 años, y dentro de los principales motivos de consulta, no se encuentra estadísticamente el síndrome Disfórico premenstrual como diagnóstico, esto cobra importancia cuando en la literatura se reporta una frecuencia mundial del 3 al 8 %, en mujeres jóvenes con este padecimiento, mencionando una alteración notoria y discapacitante repercutiendo en el desempeño habitual, en cuanto a actividades laborales y de familia se refiere.⁸

Con respecto al área en productividad laboral es importante mencionar que la vida de la mujer se ve seriamente afectado por el SDPM, manifestado en el ausentismo laboral de uno a dos días por mes y reducción de la productividad de al menos una reducción del 50%, con tendencia al aumento en cada ciclo, finalmente se asocia también a una significativa reducción de la calidad de vida en los aspectos físicos y psicológicos de estas mujeres, con este padecimiento.⁹

Por lo que es importante reconocer las habilidades clínicas del personal médico adscrito y en formación sobre el Síndrome Disfórico Premenstrual, ya que crea incertidumbre si se trata de una patología no explorada o subdiagnosticada, desarrollando la inquietud de investigar la aptitud clínica del personal médico, con lo anterior se podrá brindar una adecuada atención en salud de la mujer, incidiendo en los factores de riesgo, ofreciendo acciones preventivas, derivando y otorgando un tratamiento oportuno y adecuado, de esta forma lograr un aumento en la productividad laboral, previniendo el ausentismo laboral o escolar de las mujeres evitando las posibles complicaciones y mejorando su calidad de vida.

El estudio es factible de llevarse a cabo ya que cuenta con el apoyo del personal directivo, los médicos adscritos y médicos en formación académica, así como las instalaciones del Centro de Salud para su realización.

1.4.-OBJETIVOS.

1.4.1 General.

Identificar el nivel de aptitud clínica en médicos adscritos y en formación del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana ante el Síndrome Disfórico Premenstrual.

1.4.2 Específicos

- a. Identificar las características sociodemográficas de la población estudiada.
- b. Identificar los niveles de aptitud clínica en los médicos familiares, médicos generales, residentes de medicina familiar, pasantes de medicina y médicos internos de pregrado.

1.5.-HIPÓTESIS DE TRABAJO.

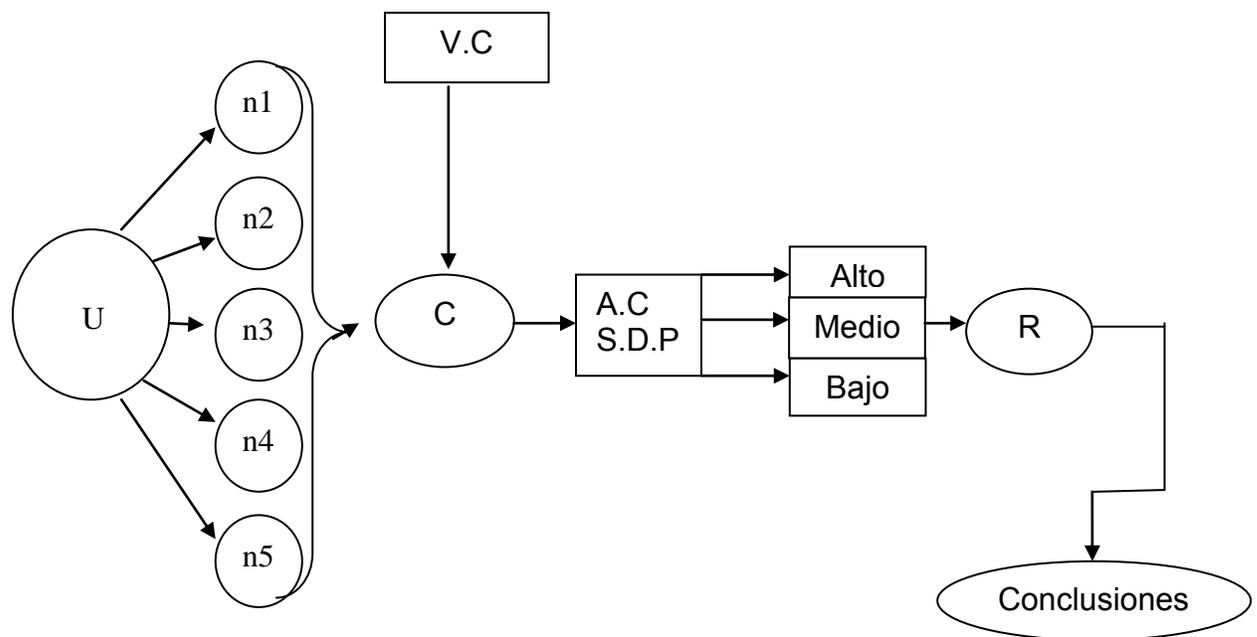
Un alto nivel de aptitud clínica, depende de la categoría del personal médico adscrito y en formación, ante el Síndrome Disfórico Premenstrual en el Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”

2. MATERIAL Y MÉTODOS

2.1. Tipo de estudio

El presente estudio es observacional, descriptivo de corte transversal.

2.2. Diseño de investigación.



U= Universo del estudio.

n=Personal médico adscrito y en formación.

n1=Médicos familiares (MF)

n2=Médicos generales (MG)

n3=Médicos residentes (R)

n4=Médicos pasantes (MPSS)

n5=Médicos internos (MIPS)

V.C=validez y confiabilidad.

C=Cuestionario.

R=Resultados.

A.C=Aptitud clínica

SDP=Síndrome Disfórico Premenstrual.

2.3. Población, lugar y tiempo

Médicos familiares, médicos generales, residentes en medicina familiar, médicos pasantes de medicina y médicos internos de pregrado, que se encuentren laborando en los meses de junio y julio del 2010 en el Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana”, ubicado en esquina Carrasco y Toriello Guerra sin número, Delegación Tlalpan, D.F. México.

2.4. Muestra

Se estudiaron a todos los médicos adscritos y en formación que se encontraron laborando en el Centro de Salud Dr. José castro Villagrana, con un total de 44 médicos, 17 médicos adscritos a la unidad académica, de los cuales 10 son médicos familiares y 7 médicos generales tomados como tal para este estudio, se conto con 20 médicos residentes 7 de primer año, 7 de segundo año y 6 de tercer año, 2 médicos pasantes y 5 médicos internos.

2.5. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

Inclusión.

Médicos adscritos de ambos turnos, especialistas en medicina familiar, médicos generales, médicos residentes, médicos pasantes de medicina y médicos internos de pregrado que se encuentren laborando durante el tiempo de estudio en el Centro de Salud Dr. José castro Villagrana.

Exclusión.

- a) Médicos que no se encuentren laborando durante el periodo de estudio.
- b) Médicos que se encuentren fuera del centro de salud, por Incapacidad, rotación externa o vacaciones.
- c) Médicos que no acepten participar en la encuesta.

Eliminación.

Cuestionarios que estén incompletos o mal llenados.

2.6. Variables.

En la siguiente tabla se muestran y definen cada una de las variables utilizadas en este proyecto de investigación, así como su tipo de variable, definición conceptual, la escala de medición y el valor propuesto por el investigador, a fin de explicar posteriormente el análisis de los resultados en base a dichas variables.

2.6.1. Definición conceptual y operacional.

2.6.2 Tipo y escala de medición.

VARIABLE	TIPO	DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	CALIFICACIÓN	FUENTE
Sexo	Cualitativa	Condición orgánica, masculino o femenino. Características genotípicas del individuo, relativas a su papel reproductivo.	Nominal discontinua	1.Femenino 2.Masculino	Cuestionario
Antigüedad laboral	Cuantitativa	Antigüedad. Cualidad de antiguo. Laboral. Perteneciente o relativo al trabajo, en su aspecto económico, jurídico y social. Años de práctica clínica (antigüedad) en la atención de pacientes en el primer nivel.	Continua	1.Menos de 2 años. 2.De 2 a 5 años. 3.De 6 a 10años 4.De 11 a 15 años. 5.De 16 a 20 años 6.De 21 a 25 años. 7.De 26 a 30 años. 8.De 31 a 35 años.	Cuestionario
Categoría médica	Cualitativo	Categoría. Cualidad atribuida a un objeto, establecidas en una profesión, carrera o actividad. Condición social de una persona respecto a las demás. Médico familiar con especialidad, sin especialidad residentes, pasantes e internos de pregrado.	Nominal	1.Familiares 2.Generales 3.Residentes 4.Pasantes 5.Internos	Cuestionario
Aptitud clínica	Cuantitativo	La aptitud clínica se define como la capacidad del médico para identificar, solucionar apropiadamente situaciones clínicas de complejidad variable donde se pone en juego el criterio para decidir la mejor alternativa de interpretación y de acción de cada caso en particular, representa por casos clínicos	Nominal	Alto. Más de 45 puntos. Medio. De 18 a 44 puntos. Bajo. Menos de 17 puntos.	Cuestionario

2.7. Instrumento.

Proceso de validación y confiabilidad del instrumento para evaluar la aptitud clínica.

Validación.

Primera versión del instrumento.

Los casos clínicos se realizaron por la autora del proyecto de investigación, tomando como ejemplo la bibliografía consultada y casos presentados en la consulta externa y urgencias ginecológicas, así como los criterios ya establecidos por el DSM-IV, estructurando un total de cinco casos clínicos, con cinco preguntas cada uno y tres opciones de respuesta, verdadero, falso y no sé, establecidas por el autor e investigador Viniegra en múltiples referencias bibliográficas sobre aptitud clínica.

Posterior a la realización de los casos clínicos se procede a la validación de contenido por 5 expertos en el área.

Dos médicos familiares adscritos al Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, la profesora titular y coordinadora de enseñanza de la especialidad en medicina familiar, así como la profesora adjunta y asesora de la presente tesis, ambos en constante actualización en temas de ámbito médico y con una amplia experiencia en el campo de la docencia e investigación, con más de 10 años de experiencia.

Dos médicos con especialidad en psiquiatría y paidopsiquiatría, finalmente un especialista en el área de la ginecología quienes laboran como médicos adscritos del Hospital General Dr. Manuel Gea González, colaborando en las actividades académicas como asesores de tesis en su ramo y siendo titulares de rotaciones externas de los médicos familiares, cuentan con una amplia experiencia y se encuentran en constantes programas de actualización médica.

Lo anterior con el fin de dar a los casos clínicos la forma más semejante a la realidad posible, dando validez de fondo y forma.

Los expertos realizan las correcciones pertinentes del instrumento, donde las preguntas y respuestas son analizadas de manera independiente por cada experto coincidiendo en un 90-95%, de esta manera se anulaban las preguntas y respuestas de los casos clínicos que causaban confusión o estaban mal planteadas, formulando otras nuevas, presentadas en la segunda ronda.

Segunda versión del instrumento.

Se realiza una segunda ronda de análisis del cuestionario, por los expertos, donde se detallaron los casos clínicos, corrigiendo los errores de redacción y uniformidad de los mismos. Finalmente con la corrección realizada, se consigue la validación de contenido otorgando el visto bueno por cada uno de los expertos.

Se eligió el método de validación por mitades partidas, donde el total de preguntas se divide en dos mitades, comparándose los resultados de las mismas, en la primera mitad se obtuvieron 27 respuestas verdaderas y 35 falsas, en la segunda mitad fueron 29 respuestas verdaderas y 34 falsas, obteniéndose un total de 125 respuestas, correspondiendo a 56 respuestas verdaderas y 69 respuestas falsas.

Confiabilidad.

Finalmente el instrumento se aplicó al personal médico del Centro de Salud, por medio de la autora del trabajo de investigación, una residente del tercer año quien se encontraba rotando dentro del Centro de Salud en los meses programados para la realización de la investigación y la doctora directora de la tesis.

La evaluación final del instrumento, se lleva a cabo mediante criterios ya establecidos en diversos artículos por el autor Viniegra, el cual establece una calificación de un punto a las respuestas correctas ya sean verdaderas o falsas, se resta un punto a las respuestas incorrectas, y cero puntos a la respuesta no sé, de tal manera como no se tienen parámetros establecidos de calificación se utilizó la variable cualitativa de la aptitud clínica modificándola a variable cuantitativa utilizando la desviación estándar como parámetro de medición, para llegar al objetivo de este estudio, donde más una desviación estándar conduce a un nivel alto de aptitud clínica, menos una desviación estándar corresponde a un bajo nivel de aptitud clínica y lo que está dentro de estas desviaciones corresponde a un nivel medio de aptitud clínica.

2.8 Método para recolectar la información.

El instrumento utilizado para la recolección de datos, se basó en un cuestionario realizado, con casos clínicos, los cuales se refieren a capacidades relacionadas con el análisis, la síntesis y la crítica aplicadas a situaciones clínicas, con el objeto de reproducir los casos clínicos lo más verídico posible a la realidad clínica. Dentro de la estructura del cuestionario, inicia con el título del cuestionario, seguido de la ficha de identificación del encuestado, una breve introducción en las instrucciones para su contestación y finalmente inician los casos clínicos.

El cuestionario consta de de 5 casos clínicos, con 5 preguntas y con tres opciones de respuestas (verdadero, falso y no sé), a cada respuesta correcta verdadera o falsa se otorga el valor de un punto, a la respuesta incorrecta se le resta un punto y no sé, se considera igual a cero. Al resultado final se sumaron los aciertos y se restaron las incorrectas, utilizando medidas de resumen y dispersión, con lo que se estableció una media de 30.7, con una desviación estándar de 13.8, obteniendo más una desviación estándar de 44.5 y menos una desviación estándar de 16.9, para fines de este trabajo se utilizaron números cerrados para su análisis correspondiendo a un nivel de alto por arriba de 45 puntos, nivel bajo menos de 17 puntos y un nivel medio entre 18 y 44 puntos.

Se solicito de manera voluntaria y anónima la participación de los médicos adscritos y en formación, por medio del consentimiento informado, quienes reunieron los criterios de inclusión y exclusión se procedió a la aplicación del instrumento, iniciando con la presentación del investigador, para la realización de dicho estudio, el cual se llevó a cabo en el auditorio del Centro de Salud posterior a junta administrativa, en día jueves a las 13 horas tiempo permitido por la autoridad del Centro de Salud, así como en diversos consultorios por parte de un médico residente de la especialidad de medicina familiar del tercer año capacitado para evitar los sesgos posibles del estudio.

2.8.1. Prueba piloto.

El estudio se llevo a cabo con previa realización de prueba piloto a 10 participantes, los cuales tardaron en promedio 45 minutos en contestar el cuestionario, sin presentarse ningún contratiempo durante su aplicación.

2.9 Procedimiento estadístico.

Una vez aplicado el instrumento, se procedió a su análisis, creando una base de datos electrónica programa SPSS versión 15 y posteriormente se procedió a realizar el análisis e interpretación de los datos, mediante estadística descriptiva, se calculo la media de las calificaciones obtenidas de los cuestionarios, con lo que se estableció más una desviación estándar como una aptitud clínica alta, menos una desviación estándar para una aptitud clínica baja y lo encontrado entre estos parámetros se

denomino como una aptitud clínica de nivel medio, los resultados fueron tabulados en forma de cuadros y gráficos como barras simples y de pastel.

2.9.1 Diseño de la base de datos: Plan de codificación de los datos y construcción.

Se diseño una base de datos electrónica, con el programa SPSS versión 15, se ingresaron los datos otorgando a las variables un nombre, una etiqueta de presentación para las tablas y figuras, con base a la asignación de valores para la facilitación de su análisis estadístico descriptivo.

Con la base de datos realizada, se vaciaron los datos recabados en cada encuesta, verificándose que no se omitiera ningún resultado o manipulara el cuestionario a favor del investigador.

2.9.2 Análisis estadístico.

Se analizo con estadística descriptiva de frecuencia, y posteriormente se graficaron los resultados obtenidos, para su fácil y rápida comprensión.

2.10 Consideraciones éticas.

La Ley General de Salud dicta de acuerdo a los principios éticos en Materia de la Investigación para la Salud, Título segundo, Capítulo Único, Artículo 17 sección II, la investigación en seres humanos se desarrollara con riesgo mínimo y conforme a las siguientes bases: deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica.

La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

El presente estudio es factible de llevarse acabo, por ser un estudio descriptivo y observacional no afectando, la integridad física, psíquica y social de los pacientes, también sigue las normas señaladas en materia de investigación, considerándolo de bajo riesgo y apegándose a las normas y procedimientos establecidos en la declaración de Helsinki de 1975 modificada posteriormente en 1993, en su última enmienda emitida en corea del 2008, así como en los lineamientos generales de la secretaria de salud.³¹

2.11 Cronograma.

Ver anexo 1.

2.12 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio.

a) Recursos humanos:

Investigador responsable.

Residentes del tercer año.

Personal médico adscrito.

Médicos en formación.

b) Recursos materiales:

Bibliografía correspondiente al tema de investigación.

Computadora.

Impresora.

Marca textos.

Bibliorato.

Lápiz.

Plumas.

Cuestionario.

c) Recursos físicos:

Auditorio.

Consultorios.

Aula.

d) Financiamiento del estudio.

Autofinanciado por el autor de la tesis.

3. RESULTADOS.

Distribución según sexo

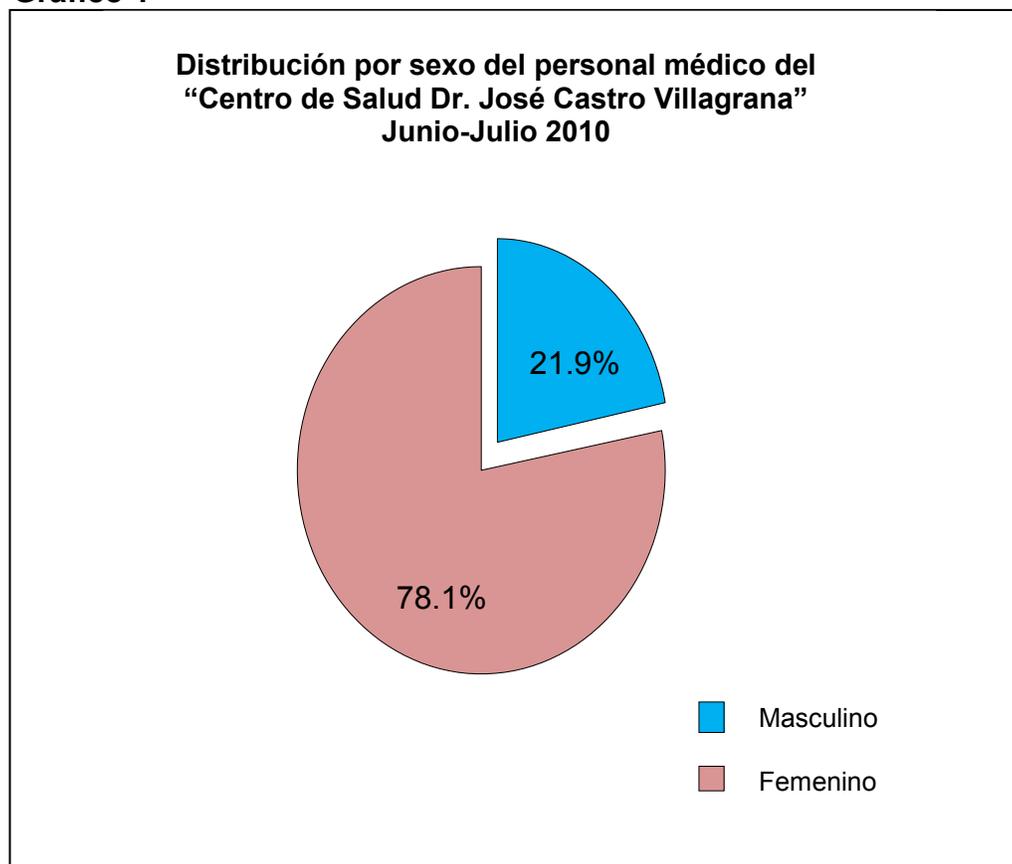
En el presente estudio se observó que predominó el sexo femenino con un 78.1% del total de la población y el 21.9% del sexo masculino. (Ver cuadro y figura No. 1.)

Cuadro 1
Distribución por sexo del personal médico del
“Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana”
Junio-Julio 2010

	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	7	21.9
Femenino	25	78.1
Total	32	100.0

Fuente: Centro de salud “Dr. José Castro Villagrana”

Gráfico 1



Fuente: Centro de salud “Dr. José Castro Villagrana”

Antigüedad laboral dentro de la institución.

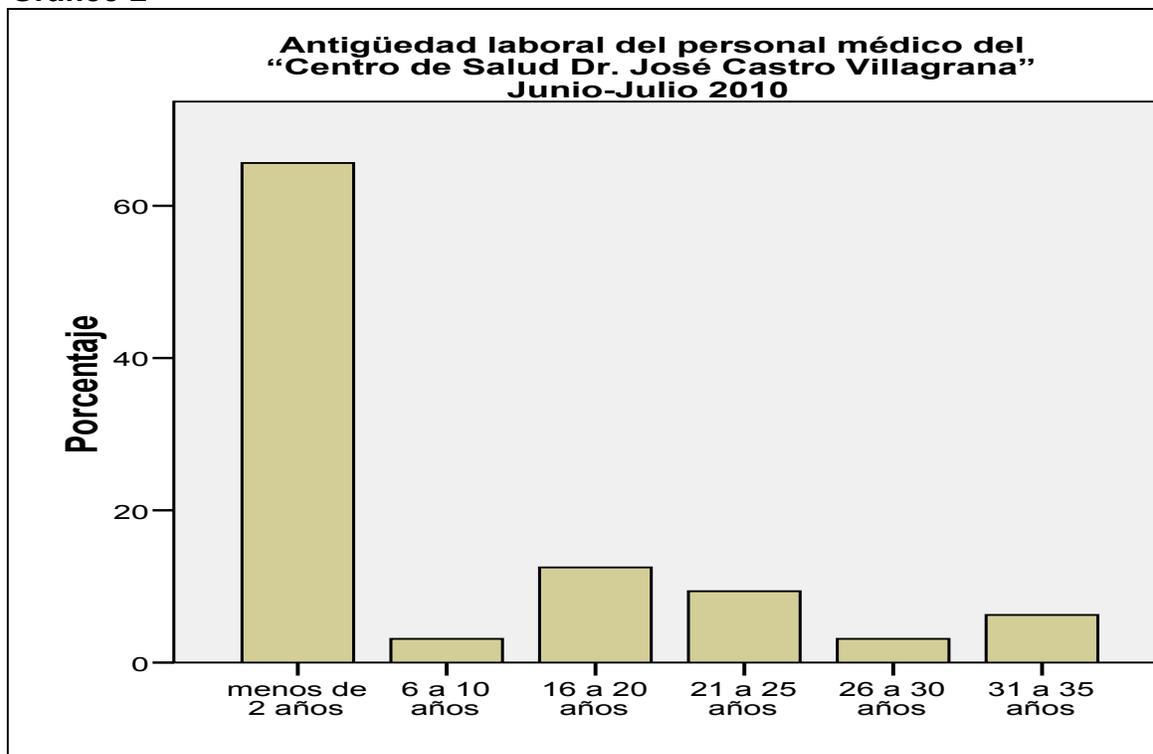
Dentro de los resultados en cuanto al tiempo laboral, se encontró que los médicos con menos de 2 años, obtuvieron un porcentaje del 65.6%, seguido del 12.5%, con una antigüedad de 16 a 20 años y el 9.4% entre 21 a 25 años de antigüedad (Ver cuadro y figura No. 2.)

Cuadro 2.
Antigüedad laboral del personal médico del
“Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana”
Junio-Julio 2010

	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 2 años	21	65.6
6 a 10 años	1	3.1
16 a 20 años	4	12.5
21 a 25 años	3	9.4
26 a 30 años	1	3.1
31 a 35 años	2	6.3
Total	32	100.0

Fuente: Centro de salud “Dr. José Castro Villagrana”

Gráfico 2



Fuente: Centro de salud “Dr. José Castro Villagrana”

Distribución por categoría médica.

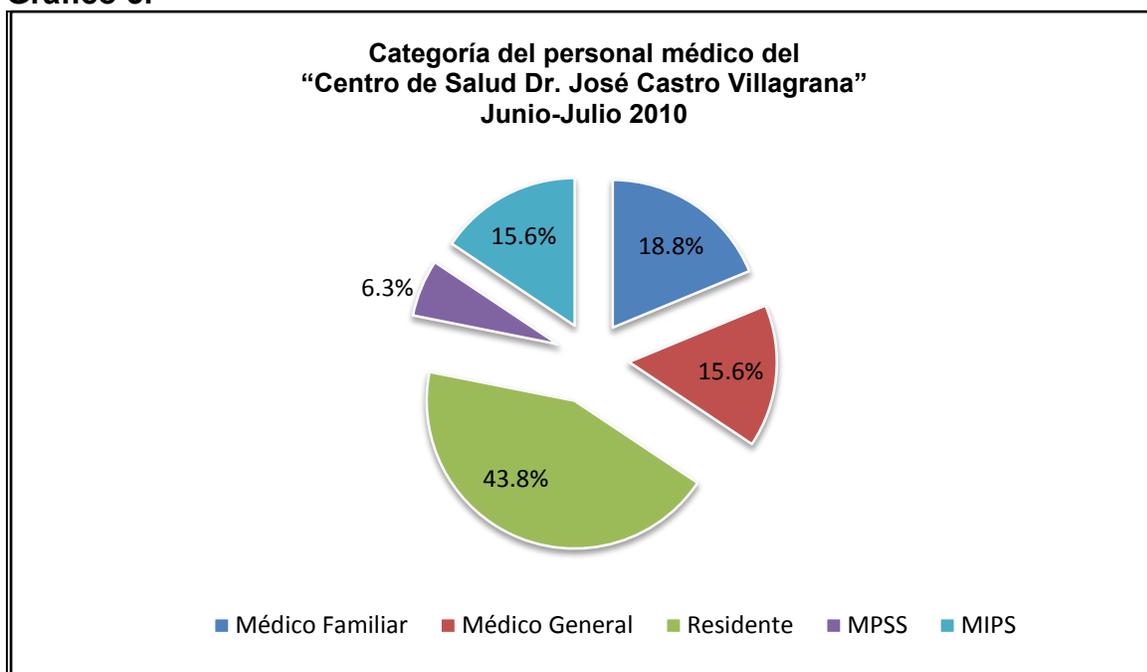
De las categorías medicas estudiadas se obtuvo un 43.8%, en médicos residentes, seguido del médico familiar con un 18.8%, y en ultimo porcentaje a los pasantes de medicina con un 6.3%. (Ver cuadro y figura No. 3.)

Cuadro 3.
Categoría del personal médico del
“Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana”
Junio-Julio 2010

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Médico familiar	6	18.8
Médico general	5	15.6
Residente de medicina familiar	14	43.8
Pasante de medicina	2	6.3
Medico interno de pregrado	5	15.6
Total	32	100.0

Fuente: Centro de salud “Dr. José Castro Villagrana”

Gráfico 3.



Fuente: Centro de salud “Dr. José Castro Villagrana”

Calificación por grados de aptitud clínica.

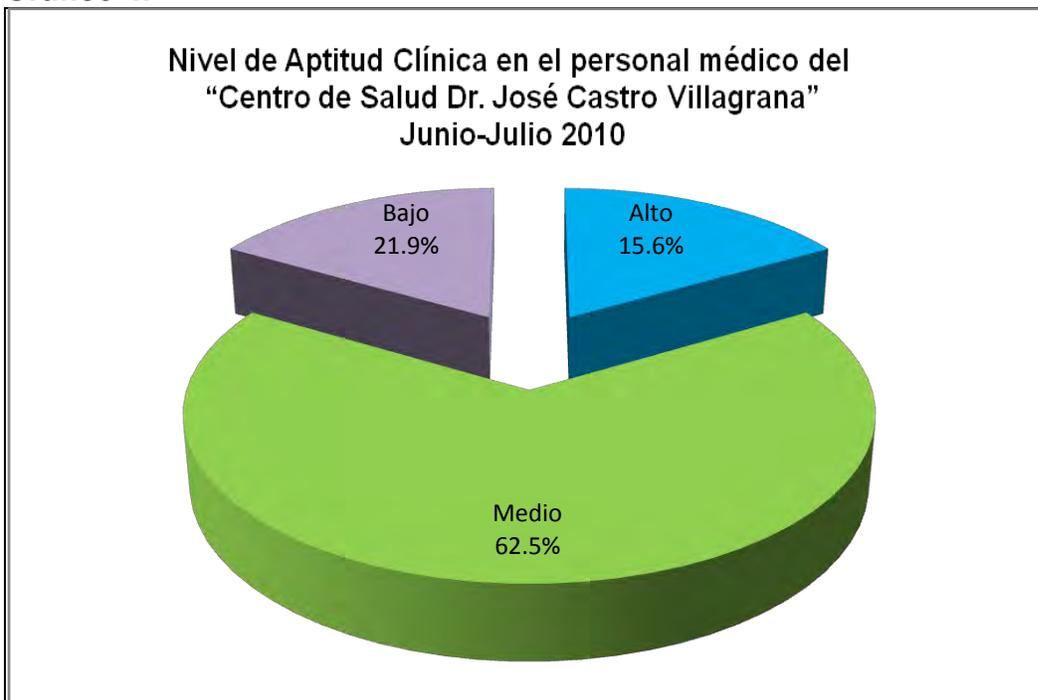
La calificación de aptitud clínica global de los 5 grupos estudiados se situó en un nivel alto en aptitud clínica con más de 45 puntos, nivel medio de 18 a 44 puntos y bajo con menos de 17 puntos, porcentualmente el nivel medio obtuvo un 62.5%, seguido del nivel bajo con un 21.9%. (Ver cuadro y figura No.4)

Cuadro 4.
Nivel de Aptitud Clínica en el personal médico del
“Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana”
Junio-Julio 2010

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Alto	5	15.6
Medio	20	62.5
Bajo	7	21.9
Total	32	100.0

Fuente: Centro de salud “Dr. José Castro Villagrana”

Gráfico 4.



Fuente: Centro de salud “Dr. José Castro Villagrana”

Nivel de aptitud clínica y categoría médica.

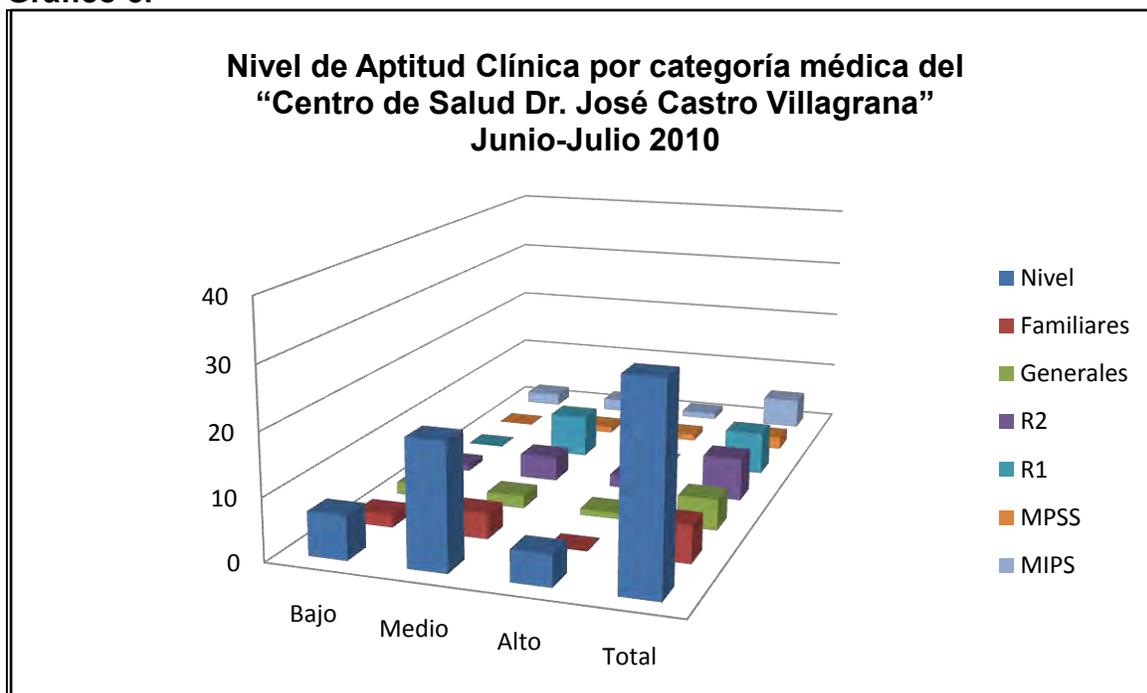
Al comparar las diferentes categorías médicas, se observó que en el 50% de los médicos pasantes de medicina obtuvo un nivel alto, el 100% de los residentes de primer año un nivel medio y el nivel bajo lo obtuvieron los médicos generales y médicos internos con un 40% (Ver cuadro y figura No.5)

Cuadro 5.
Nivel de Aptitud Clínica por categoría médica del
“Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana”
Junio-Julio 2010

Nivel	Familiares	Generales	R2	R1	MPSS	MIPS
Bajo	33.3%	40%	14.2%	0	0	40%
Medio	66.6%	40%	57.1%	100%	50%	40%
Alto	0	20%	28.5%	0	50%	20%

Fuente: Centro de salud “Dr. José Castro Villagrana”

Gráfico 5.



Fuente: Centro de salud “Dr. José Castro Villagrana”

Indicadores y categoría médica.

En el análisis por indicadores predominó el mayor porcentaje en los médicos residentes, diagnóstico con un 15.8 y 15%, seguidos de los médicos familiares con un 13.7%, para los indicadores de datos clínicos de laboratorio o gabinete, el porcentaje lo obtuvieron los médicos residentes en general, en medidas adecuadas correspondió un 11.2% de los residentes de segundo año, y un 10.3% de los médicos familiares, los residentes del primer año tuvieron un porcentaje del 14.2% en factores de riesgo, el 14.5% fue para los residentes de primer año en indicadores de seguimiento, así como un 15.4% para el pronóstico. (Ver cuadro 6)

Cuadro 6.
Relación de Indicadores y categoría médica del
“Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana”
Junio-Julio 2010.

Indicadores	Familiares	Generales	R1	R2	MPSS	MIPS
Diagnóstico	13.7%	11.2%	15.8%	15%	4.8%	10.8%
Datos clínicos de lab. o gabinete	10.9%	8.5%	14%	13.2%	3.7%	8.1%
Medidas adecuadas	10.3%	6.5%	11.2%	8.8%	2.6%	6.1%
Factores de riesgo	9.2%	7.8%	12.6%	14.2%	3.4%	10%
Seguimiento	11.2%	11.4%	15%	14.5%	4.7%	10.6%
Pronóstico	11.4%	10.4%	14.1%	15.4%	3.5%	9.5%

Fuente: Centro de salud “Dr. José Castro Villagrana”

4. DISCUSIÓN.

De los resultados obtenidos el número de médicos adscritos y en formación que se estudiaron en total fue de 32, donde el sexo que predominó fue el femenino, no se encontró bibliografía con respecto a esta variable, en cuanto al tiempo laboral, el personal con menos de 2 años fue el que mayor porcentaje presentó, ya que se registraron dentro de este tiempo a los médicos internos, los cuales cambian cada dos meses de servicio, establecido en su formación académica, correspondiendo al área de comunidad, por lo que varía el número de integrantes por rotación, los médicos pasantes en servicio social quienes inician sus actividades en el mes de enero, y los médicos residentes iniciando en el mes de marzo del 2009 y 2010, en comparación con los médicos adscritos tanto familiares como generales quienes cuentan con una antigüedad laboral entre 16 y 20 años del 12.5%.

Por categorías médicas la frecuencia fue de los médicos residentes ya que se estudiaron en conjunto los residentes de primero y segundo año, seguidos de los médicos adscritos, tanto familiares como generales.

En el análisis de aptitud clínica global del personal adscrito y en formación del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana, obtuvo un nivel medio, al ser comparados por categorías médicas, se observó que en los médicos familiares y residentes en medicina familiar, predominó el nivel medio, con un porcentaje del 100% en residentes de primer año, el nivel alto se presentó en los médicos pasantes del servicio social en medicina, no así en los médicos generales e internos de pregrado en quienes predominó el nivel bajo.

Al analizar por indicadores, se observó que los médicos residentes en medicina familiar, tuvieron aptitud clínica al identificar los datos clínicos que orientan al diagnóstico, la utilización adecuada de datos clínicos de laboratorio o gabinete, las medidas adecuadas para su diagnóstico y tratamiento, el identificar los factores de riesgo, así como continuar un seguimiento y brindar un pronóstico adecuado, resultado, tal vez de la constante competencia académica entre residentes de otras especialidades y de la misma con quienes se llevan a cabo las rotaciones que se tiene durante la formación académica de la residencia médica y principalmente por el perfil de la medicina familiar, seguido de los médicos familiares en quienes se detectó dificultad para la identificación de factores de riesgo y continuar con un seguimiento, debido al mayor tiempo laboral con lo cual se va adquiriendo mayor experiencia, pero se va limitando el ejercicio de la reflexión. Es importante resaltar que de los cinco grupos estudiados, los médicos pasantes de medicina, tuvieron el menor porcentaje en todos los indicadores, siendo la categoría más baja. En los médicos generales e internos de pregrado, se observó una similitud en la identificación de los indicadores, destacando los médicos internos, quienes analizan más los factores de riesgo, en comparación con los médicos generales los cuales brindan un seguimiento a sus pacientes, por la relación médico paciente que desarrollan en su práctica clínica diaria.

Este trabajo de investigación tuvo como finalidad identificar el nivel de aptitud clínica ante el Síndrome Disfórico Premenstrual en el personal médico del Centro de Salud, este tipo de instrumentos con casos clínicos, toma importancia para medir las decisiones apropiadas y reflexionar sobre los errores que se cometen, ya que el tomar decisiones acertadas se traduce en un beneficio para el paciente, y las equivocadas implican daños potenciales, así nosotros como médicos en formación al responder a un no sé, no es signo de ignorancia, esto conduce a recapacitar acerca de los límites y alcances de cada médico evitando la toma de decisiones innecesarias y precipitadas, ya que como médicos residentes y también médicos adscritos no tenemos un aprendizaje con sentido, ya que no se reflexiona sobre los indicadores evaluados, pues la experiencia en pacientes reales dentro de nuestras unidades académicas muy frecuentemente se basa en la rutina.²⁷

Dentro de los inconvenientes para este trabajo fue un universo pequeño, conformado por distintas categorías médicas y el variable número de integrantes, por lo que los resultados de este trabajo se deben de tomar a reserva de quien los interpreta, lo que sería interesante el poder llevar este estudio en comparación con otros centros de salud o unidades de medicina familiar.

5. CONCLUSIONES.

La aptitud clínica del personal médico del Centro de Salud “Dr. José Castro Villagrana está en un nivel medio, observándose dificultad para identificar los, factores de riesgo y continuar con un seguimiento, por lo que necesario brindar el conocimiento de este padecimiento por medio de capacitaciones ya sea en el área de la ginecología, psiquiatría o dentro de las mismas sesiones que se realizan en el Centro de Salud, como temas de educación médica continua, donde se desarrolle la capacidad de autocrítica, a manera de enriquecer el conocimiento principalmente del médico de primer contacto, brindando una atención integral al paciente y ver más allá de los padecimientos con los que estamos familiarizados.

Con la finalidad de enriquecer el conocimiento médico y desarrollar nuevas habilidades, evitando los errores más posibles, y no caer en la rutina, ver a cada paciente de manera independiente, profundizar en cada diagnóstico, no limitarnos y trabajar en conjunto con otras especialidades desarrollando una adecuada comunicación en beneficio del paciente, mejorando su calidad de vida.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Bocchino S. **Salud mental de la mujer. Síntomas y trastornos premenstruales. Clínica y tratamiento**, Revista de Psiquiatría del Uruguay, Julio 2004, Vol. 68 N° 1 página 78-89.
2. Parry I. Raugch J. **Trastorno disfórico premenstrual**. En Kaplan H. Sadock B. Tratado de psiquiatría, 6ta. Ed. 1995 Buenos Aires: Inter Medica pag. 1636-1643.
3. Cortes C. Lilian A. **Ahora en Colombia el único anticonceptivo oral indicado para el síndrome premenstrual**. Arch. Fam. Med. 1999;8:122.
4. De La Gándara, J. **Trastorno disfórico premenstrual**. En C. Leal Cercós. Trastornos depresivos en la mujer, 1999. pág. 49 – 73. Barcelona: Masson.
5. Dickerson L M., Pharm, D., Pamela J. Nazyck, Pharm. Et.al. **Premenstrual Syndrome**, Medical University of South Carolina, Charleston, American Physician, Volume 67, Number 8 / April 15, 2003. Page 1743-1752.
6. González González M. Begoña **Síndrome premenstrual**, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP Las Vegas. Corvera (Asturias). AMF 2005; 1(5):284-289.
7. Perarnau María P. Fasulo Sara V., et. al. **Síndrome premenstrual y síndrome disfórico premenstrual en estudiantes universitarias adolescentes**. Fundamentos en Humanidades, Universidad Nacional de, San Luis-Argentina, año VIII, No. II, 17/2007, pág. 153-163.
8. Gaviria A. Silvia L. **Síndrome Premenstrual y Síndrome disfórico premenstrual**.
9. Espina V. Natalia, Fuenzalida U. Alejandra, **Relación entre rendimiento laboral y Síndrome Premenstrual**, S. Rev. Chil Obstetric, 2005; 70(2): 113 -118.
10. Rodríguez T. Juan F. Catalán M. M^a Carmen, Amo A. Ana I. **Síndrome disfórico Premenstrual, repercusiones sobre la salud y las desigualdades sociales y económicas**. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla. Año 2001 – Año 2005.
11. López-Ibor, A. Juan J. Valdez, M. Manuel, **DSM-IV-TR**, (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales), texto revisado, editorial Masson, 2003, pág. 858,862.
12. Lolas, J. **Síndrome premenstrual, un ignorado problema de salud pública**. Rev. Méd. Chile. 1993, no.121, pág. 560-566.
13. Camarero, M. Godrid, M García M.A, Martínez J. **Trastorno disfórico premenstrual: Estudio epidemiológico descriptivo**. Unidad de Psiquiatría. Hospital General de Elche (Alicante, ESPAÑA-UE).
14. Lombardia, Cristina **Síndrome premenstrual**. Unitat de Psiquiatria. Hospital Materno infantil Vall d'Hebron.
15. Márquez L.M Andrea, **Trastorno disfórico premenstrual**, Revista de Endocrinología Ginecológica y Reproductiva, Instituto de Psiquiatría Biológica Integra.
16. Ramos F. Mónica, Ontiveros U. Martha, Cortés S. José, **Comparación entre el tratamiento continuo e intermitente con citalopram para el trastorno disfórico premenstrual**, Salud Mental, 2003 Vol. 26, junio No. 3.
17. Riveros Q. Marcelino, Hernández, V. Héctor Rivas C. Gerardo, Castillo N. Ronald, **Relación entre trastorno disfórico premenstrual y ansiedad, depresión**

- y estrés en estudiantes de UNMSM**, Revista de investigación en Psicología - vol. 12, n.º 1, 13/10/2009.
18. García Ramírez, AT, **Trastorno disfórico premenstrual. Desarrollos recientes**, 11º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2010. www.interpsiquis.com - Febrero-Marzo 2010 Psiquiatria.com.
 19. **Premenstrual dysphoric disorder**, psychiatric services, August 2001 Vol. 52 No. 8.
 20. Barroso, S. Blanca, A. **Influencia del síndrome disfórico premenstrual del personal de enfermería del hospital materno infantil Inguaran**. Tesis 2007.
 21. **Diccionario de la lengua española**, vigésimo segunda edición, 2001. Real Academia Española, impreso en España, pág. 128.
 22. Cabrera, P. Carlos, E., rivera C. Elizabeth, Balderas, P. luz, Ma. Y col. **Aptitud clínica del médico familiar ante pacientes con diabetes gestacional**, rev.de ginecología y obstetricia mexicana, vol. 76, núm. 2, febrero 2008.
 23. Gómez, L. Víctor, M. García, R. Martha, E. Barrientos, G. Carlos, **Diabetes mellitus: aptitud clínica del médico de atención primaria**, educación médica, volumen 9, numero 1, marzo 2006.
 24. García, M. José, A., Viniegra, V. Leonardo, **Evaluación de la aptitud clínica en residentes de medicina familiar**, revista médica del IMSS, volumen 41, numero 6, año 2003, pág. 487-494.
 25. García, M. José, A., Viniegra, V. Leonardo, Arellano, L. Jorge, García, M. Juan, **Evaluación de la aptitud clínica en médicos de primer nivel de atención**, revista médica del IMSS, volumen 43, numero 6, año 2003, pág. 465-472.
 26. López del castillo Sánchez D., Reynoso arenas MP, peñuelas-Beltrán JA, **Aptitud de un grupo de medios familiares mexicanos ante las infecciones respiratorias agudas en niños menores de 5 años**, archivos en medicina familiar, volumen 10, enero-marzo 2008.
 27. Dorado-Gaspar M.P., Loria Castellanos J., Guerrero Martínez, M: B., **Aptitud clínica hacia el estudio integral de la familia en residentes de medicina familiar**, archivos en medicina familiar, volumen 8, numero 3, septiembre, diciembre, 2006.
 28. Cabrera, P. Carlos, E., Rodríguez, P. Imma, González P. Guillermo y cols. **Aptitud clínica de los médicos familiares en la identificación de la disfunción familiar en unidades de medicina familiar de Guadalajara**, México, revista de salud mental, volumen 29. Numero 4, julio-agosto 2006.
 29. Elizondo, Z. Rosa Ma., Pantoja, P. Martha., Elizalldi, L. Norberto et. al. **Evaluación de la aptitud clínica en anestesiología para trasplante renal**, México, revista de anestesiología, volumen 21, numero 2, año 2009, pág. 93-97.
 30. Pérez, M. Guadalupe, Aguilar M. estela, García V. Arturo, **Lectura crítica de textos teóricos. Estrategia para el desarrollo de la aptitud**, revista médica IMSS, volumen 40, numero 2, año 202, pág. 167-171.
 31. **Ley General de la salud**. Actualizada 18 de diciembre del 2007. www.salud.gob.mx 25 de marzo del 2010.

7. ANEXOS.

ANEXO 1.

CRONOGRAMA.

ACTIVIDAD	Meses			
	Julio 2008 Marzo 2009	Abril 2009 Marzo2010	Abril 2010 Junio2010	Julio 2010 Agosto 2010
Realización de protocolo	XXX	XXX		
Registro del proyecto		XXX		
Ejecución del proyecto			XXX	
Análisis de resultados			XXX	
Reporte final			XXX	XXX

ANEXO 2

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

LUGAR Y FECHA: _____

Por medio de la presente yo -----acepto voluntariamente participar en el proyecto de investigación “Aptitud clínica del personal médico del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana ante el Síndrome Disfórico Premenstrual”

EL OBJETIVO DE MI ESTUDIO ES: Identificar el nivel de aptitud clínica en médicos adscritos y en formación del Centro de Salud Dr. José Castro Villagrana ante el Síndrome Disfórico Premenstrual.

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACIÓN CONSISTIRÁ EN:

1. Otorgar datos personales.
2. Contestar viñetas clínicas.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos ni inconvenientes, ni molestias y si beneficio derivados de mi participación en el estudio.

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le planté acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación, no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre y firma.

Dra. González Sánchez Paola De Jesús

Nombre, firma y del investigador principal

ANEXO 3

EVALUACIÓN DE LA APTITUD CLÍNICA

Folio.

Cuestionario sobre aptitud clínica.

Fecha _____ Unidad de adscripción: _____

Sexo: F () M () Tiempo laboral dentro de la institución. _____

Categoría: Médico familiar () Médico general ()

Residente en medicina familiar () Médico pasante de medicina ()

Médico interno De pregrado ()

Instrucciones.

A continuación encontrará 5 viñetas clínicas, al terminar cada caso aparecerá un listado numerado de aseveraciones, cada afirmación va seguida de enunciados referentes al caso.

Lea con cuidado cada viñeta clínica y conteste cada enunciado con las siguientes opciones:

Verdadero (V): si se considera que el enunciado afirma lo descrito en el caso clínico.

Falso (F): si considera que la afirmación no corresponde al caso clínico.

No sé (NS): Si ignora o no puede decidir si el enunciado es falso o verdadero.

Caso clínico 1.

Femenino de 35 años originaria del estado de Veracruz, escolaridad licenciatura en enfermería, ocupación enfermera quirúrgica, religión católica, estado civil divorciada hace dos meses, por alcoholismo y violencia intrafamiliar por parte de su pareja, vive con sus 2 hijos de 10 y 6 años, es la única fuente económica, sin antecedentes de importancia. AGO menarca 10 años, ritmo 30x5, dismenorrea de moderada intensidad, IVSA a los 20 años, ETS niega, G3, P2, C0, A1, FUP. 2008, FUM 22/06/10. Acude a la consulta refiriendo iniciar hace tres meses, dos semanas antes de su periodo menstrual con fatigabilidad, hipersomnía, dificultad para la concentración en el trabajo, interfiriendo con sus actividades cotidianas, al grado de no sentir placer por sus actividades, por lo que en ocasiones cancela planes con sus amigos.

Los siguientes son datos que orientan a.

- 1.- _____ Síndrome climatérico.
- 2.- _____ Dismenorrea.
- 3.- _____ Depresión.
- 4.- _____ Síndrome Disfórico Premenstrual.
- 5.- _____ Distimia.

Son Criterios clínicos de acuerdo al DSM-IV para su diagnóstico.

- 6.- _____ Bochornos e irregularidad menstrual.
- 7.- _____ Dolor tipo cólico y evacuaciones diarreas.
- 8.- _____ Llanto fácil y disminución del apetito.
- 9.- _____ La sintomatología coincide con la fase lútea.

- 10.-_____ Pesimismo y baja autoestima.
Los siguientes son medidas para su diagnóstico.
- 11.-_____ Diario de sintomatología menstrual.
 - 12.-_____ Escala análoga del dolor.
 - 13.-_____ Escala de Hamilton.
 - 14.-_____ Escala de malestares menstruales de R.H. Moos.
 - 15.-_____ Criterios DSM-IV.

Son características que se asocian al diagnóstico de este caso.

- 16.-_____ Se presenta de los 45 a los 50 años.
- 17.-_____ Se desconoce la causa de este trastorno.
- 18.-_____ Predomina en mujeres jóvenes.
- 19.-_____ Predomina sintomatología psiquiátrica.
- 20.-_____ Problemas de memoria.

Son medidas de seguimiento en el presente caso.

- 21.-_____ Referencia a medicina interna.
- 22.-_____ Valoración por ginecología.
- 23.-_____ Interconsulta a psiquiatría.
- 24.-_____ Tratamiento por ginecología y psiquiatría.
- 25.-_____ Interconsulta a psiquiatría.

Caso clínico 2.

Femenino de 32 años, originaria del estado de México, ocupación secretaria, escolaridad bachillerato incompleto, religión testigo de Jehová, estado civil viuda hace dos años, secundario a accidente automovilístico, actualmente vive con una pareja estable, un hijo de 2 años y se plantean un nuevo embarazo en breve. AGO. Menarca 12 años, ritmo 30x4, IVSA 18 años, ETS niega, MPF preservativo, FUM 16/06/10. Acude a consulta por astenia, irritabilidad, dorsalgia y dificultad para conciliar el sueño, antes de la menstruación y mejora con la llegada de la misma. Nunca consultó con médico ya que de manera espontánea desaparecían los síntomas, sin embargo le preocupa que aun estando de vacaciones siga presentando dichos síntomas.

Los datos clínicos presentados orientan a pensar en.

- 26.-_____ Fibromialgia.
- 27.-_____ Trastornos del sueño.
- 28.-_____ Trastorno de somatización.
- 29.-_____ Trastorno Disfórico premenstrual.
- 30.-_____ Depresión leve.

Son factores de riesgo para esta patología.

- 31.-_____ Edad.
- 32.-_____ Remisión espontánea de los síntomas.
- 33.-_____ Antecedentes de depresión.
- 34.-_____ Ser casada.
- 35.-_____ Nuevo embarazo.

Datos clínicos necesarios para su diagnóstico.

- 36.- _____ Dorsalgia y trastorno del sueño.
- 37.- _____ Hipersomnia e insomnio inicial.
- 38.- _____ Dorsalgia y colon irritable
- 39.- _____ Irritabilidad e insomnio.
- 40.- _____ Llanto fácil, ideas suicidas.

Son acciones terapéuticas más utilizadas en el manejo.

- 41.- _____ Modificar los hábitos alimenticios.
- 42.- _____ Magnesio 200mgr.
- 43.- _____ Alprazolam 0.25mgr.
- 44.- _____ Terapia cognitivo-conductual.
- 45.- _____ Paracetamol 400mgr.

Medidas pertinentes para el control y vigilancia de la paciente.

- 46.- _____ Interconsulta a reumatología.
- 47.- _____ Enviar a clínica del sueño.
- 48.- _____ Tratamiento por psiquiatría.
- 49.- _____ Valoración conjunta de ginecología y psiquiatría.
- 50.- _____ Referencia a hospital psiquiátrico.

Caso clínico 3.

Femenino de 36 años. Ocupación ama de casa, escolaridad 2do.sec., religión católica, estado civil unión libre. Padre finado por insuficiencia renal, hermana con diabetes mellitus. Antecedentes personales refiere depresión posparto y dispareunia ocasional, al inicio de la actividad sexual. En su tiempo libre gusta de asistir a clases de baile. AGO. Menarca 10 años, ritmo de 28x3, IVSA 18 años, G3, P3, C0, A0.FUP hace 2 años FUM 30/06/10. Padecimiento actual asiste a consulta el día 1/07/10 refiriendo disminución del deseo sexual, provocando conflictos con su pareja, lo que conlleva a una violencia física, agregándose hace un año ansiedad, irritabilidad, antojos por determinadas comidas, al interrogatorio intencional Inicia a los 16 años con alteración del estado de ánimo, tendencia a estar acostada la mayor parte del día e insomnio, con inasistencia escolar por 1 a 2 días presentándose una semana antes del ciclo menstrual.

Factores de riesgo para este caso.

- 51.- _____ Antecedentes gineco-obstetricos.
- 52.- _____ Antecedentes diabetes mellitus.
- 53.- _____ Edad.
- 54.- _____ Genero.
- 55.- _____ Ocupación.

Diagnósticos probables.

- 56.- _____ Depresión.
- 57.- _____ Duelo no resuelto.
- 58.- _____ Violencia intrafamiliar.
- 59.- _____ Disfunción de pareja.

60.-_____ Trastorno bipolar.

Métodos de diagnóstico en este caso.

61.-_____ Bh, Qs, perfil hormonal.

62.-_____ Historia clínica detallada.

63.-_____ Cuestionario de malestares menstruales de R.H.Moos.

64.-_____ Criterios DSM-IV.

65.-_____ Inventario de Beck.

Métodos terapéuticos.

66.-_____ Fluoxetina 20mg, 15 días antes del periodo menstrual.

67.-_____ Clonazepam 2mgr.

68.-_____ Clomipramina 25mgr.

69.-_____ Terapia lumínica.

70.-_____ Alprazolam 10mgr.

Signos clínicos a favor de este caso.

71.-_____ Labilidad emocional.

72.-_____ Se relaciona con el periodo menstrual.

73.-_____ Insomnio.

74.-_____ Baja libido.

75.-_____ Equimosis en pierna derecha.

Caso clínico 4.

Femenino de 20 años, originaria de Michoacán, empleada, estudiante de ingeniería química, católica, estado civil casada. Antecedentes heredofamiliares, madre finada por suicidio, hermana gemela con Dx síndrome Disfórico premenstrual. Antecedentes gineco-obstetricos, menarca 12 años, ritmo 28x3, IVSA 19 años G1, C0, P0, A1. Refiere haber sido abusada sexualmente a los 19años. Acude a consulta, por presentar disminución en la concentración de sus actividades, agregándose astenia, adinamia, hipersensibilidad mamaria, hiperhidrosis, de tres meses de evolución, sintomatología que mejora dos días después de su menstruación. E.F. TA120/80, FC75, FR18, talla 1.55, peso 70kg, resto normal.

Factores de riesgo para presentar esta patología.

76.-_____ Antecedentes familiares.

77.-_____ Ser gemela homocigota.

78.-_____ Edad.

79.-_____ Antecedente de abuso sexual.

80.-_____ Religión.

Los datos clínicos del caso, orientan a pensar en.

81.-_____ Síndrome Disfórico Premenstrual.

82.-_____ Dismenorrea.

83.-_____ Abuso sexual.

84.-_____ Baja autoestima.

85.-_____ Depresión.

Son medidas farmacológicas para esta paciente en particular.

86.-_____ Sertralina en dosis de 50-150 mgr día y paroxetina en dosis de 10-30 mgr día.

87.-_____ Vitamina E 150 UI/día durante la fase luteínica.

88.-_____ Piridoxina 50mg/día durante dos meses.

89.-_____ La terapia lumínica

90.-_____ Ibuprofeno 400mg.

Factor pronóstico de la paciente en este caso.

91.-_____ Ser profesionalista.

92.-_____ Tener un alto nivel social.

93.-_____ Abuso sexual.

94.-_____ Antecedente de madre suicida.

95.-_____ Ser gemela dicigótica.

Medidas de Seguimiento.

96.-_____ Citar mensualmente con el médico familiar.

97.-_____ Interconsulta con ginecología.

98.-_____ Interconsulta con psiquiatría.

99.-_____ Internar en hospital psiquiátrico.

100.-_____ Solo terapia familiar.

Caso clínico 5

Femenino de 28 años, escolaridad primaria, comerciante, soltera, antecedente de trastorno depresivo, tabaquismo 3 al día, desde los 20 años. Antecedentes ginecoobstétricos. Menarca a los 9 años, ciclo 28x5, inicio de vida sexual a los 17 años, número de parejas sexuales 4, FUM desconoce, gestas 0, método de planificación familiar ninguno. Acude al servicio de urgencias refiriendo retraso menstrual de 3-4 semanas, acompañado de náusea, irritabilidad, tensión, labilidad emocional edema de miembros inferiores, ansiedad ocasional, hipersensibilidad mamaria, cefalea, artralgias, sensación de ganancia de peso. E.F. TA 100/60, FC 75, FR 18. USG endovaginal sin evidencia de saco gestacional.

Los siguientes son diagnósticos probables.

101.-_____ Trastorno depresivo.

102.-_____ Embarazo.

103.-_____ Hipertiroidismo.

104.-_____ Trastorno conversivo.

105.-_____ Trastorno de la alimentación.

Datos importantes para el diagnóstico.

106.-_____ Labilidad emocional y tensión.

107.-_____ Hipersensibilidad mamaria.

108.-_____ Retraso menstrual.

109.-_____ Edema de piernas y manos.

110.-_____ Hipofagia.

Son factores de riesgo en la paciente.

111.-_____ Número de parejas sexuales.

112.-_____ Ser menor de 30 años.

113.-_____ Antecedente de depresión.

114.-_____ Menarca temprana.

115.-_____ Vida sexual antes de los 18 años.

Medidas terapéuticas más adecuadas.

116.-_____ Dieta rica en calcio, fibra e hiposódica.

117.-_____ Fluoxetina 20mgr /día.

118.-_____ Livial 2.5mgr c/24hr.

119.-_____ Hidroclorotiazida 200mgr/día.

120.-_____ Novaprin 100mgr/día.

Son factores importantes para una evolución desfavorable.

121.-_____ Antecedente de trastorno depresivo.

122.-_____ Probable embarazo.

123.-_____ Antecedente de Tabaquismo.

124.-_____ Tratamiento oportuno con antidepresivos.

125.-_____ Diagnostico oportuno del padecimiento.