



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.**

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 1, OOAD  
AGUASCALIENTES**

**DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DEL TRASTORNO DISFÓRICO  
PREMENSTRUAL EN MUJERES DE 20 A 45 AÑOS DE LA UNIDAD  
DE MEDICINA FAMILIAR # 1 OOAD AGUASCALIENTES**

**TESIS**

**PRESENTADO POR:**

**JUAN JESÚS EMILIO FERNÁNDEZ MAR.**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

**ASESORAS**

**DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ**

**DRA. ALICIA ALANIS OCÁDIZ**

**AGUASCALIENTES, AGS, JULIO 2024**



AGUASCALIENTES, AGS, JULIO DEL 2024

**DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ**  
**DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social del OOAD Aguascalientes.

**DRA. JUAN JESÚS EMILIO FERNÁNDEZ MAR**

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DEL TRASTORNO DISFÓRICO  
PREMENSTRUAL EN MUJERES DE 20 A 45 AÑOS DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIA #1 OOAD AGUASCALIENTES.**

Número de Registro: **R-2024-101-035** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS.**

El **Dr. Juan Jesús Emilio Fernández Mar** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

**ATENTAMENTE:**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Carlos Alberto Prado Aguilar'.

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR**  
**COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD**



## CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS

AGUASCALIENTES, AGS, A JULIO DEL 2024

**COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social del OOAD Aguascalientes.

**DR. JUAN JESÚS EMILIO FERNÁNDEZ MAR**

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DEL TRASTORNO DISFÓRICO  
PREMENSTRUAL EN MUJERES DE 20 A 45 AÑOS DE EDAD DE LA UNIDAD  
DE MEDICINA FAMILIAR #1 OOAD AGUASCALIENTES**

“

Número de Registro: **R-2024-101-035** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

El **Dra. Juan Jesús Emilio Fernández Mar** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquiera aclaración.

**ATENTAMENTE:**

  
**Dra. Jannett Padilla López**  
**DIRECTOR DE TESIS**

COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACION EN SALUD H. GRAL ZONA NUM 1: DICTAMEN DE APROBACION.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud 101.  
H. GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS 17 CE 01 001 038

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 01 CEI 001 2018082

FECHA Martes, 09 de abril de 2024

**Doctor (a) Jannett Padilla López**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DEL TRASTORNO DISPÓRICO PREMENSTRUAL EN MUJERES DE 20 A 45 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 1 OOAD AGUASCALIENTES** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional

R-2024-101-035

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**Doctor (a) CARLOS ARMANDO SANCHEZ NAVARRO**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 101

Imprimir

**IMSS**

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

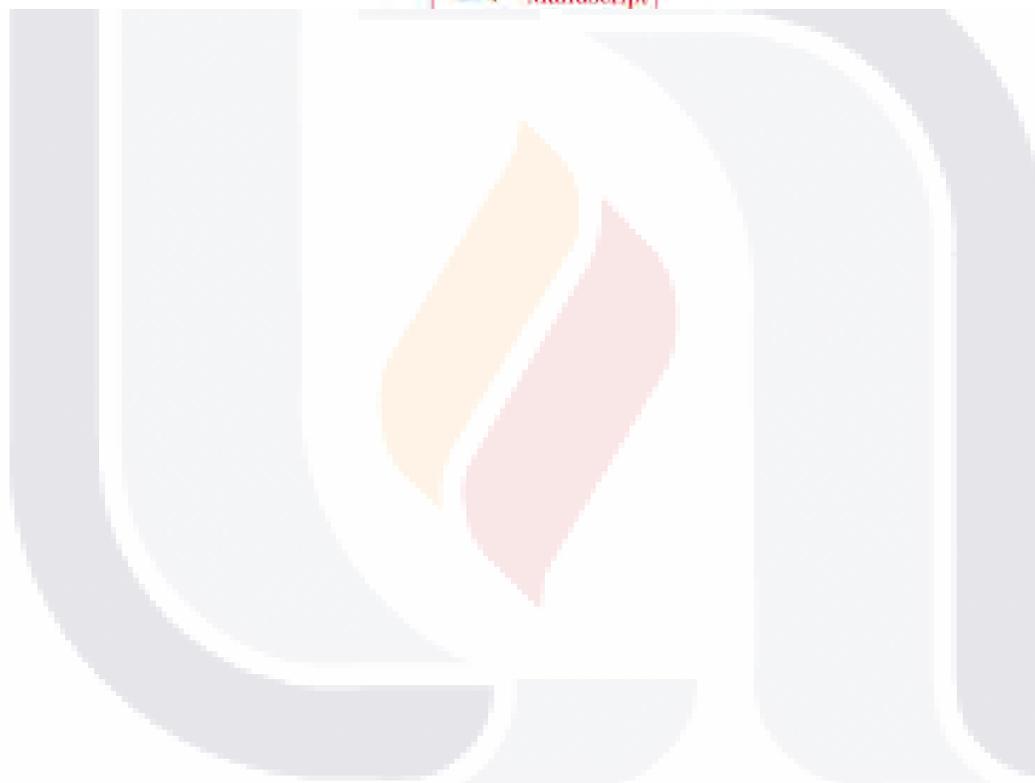
Estimado/a Dr/Dra Alicia,

Gracias por su interés en nuestra publicación. Le confirmamos que el artículo ['Distribución y frecuencia del trastorno disfórico premenstrual en una unidad de primer nivel de atención en Aguascalientes' \(GMM/0264/24\)](#) se ha registrado correctamente en nuestro sistema.

El Comité Editorial de Gaceta Médica de México con todo gusto revisará su manuscrito y en breve nos comunicaremos con Usted.

Muchas gracias y saludos cordiales,

La editora  
Dra. Ana Carolina Sepúlveda Vildósola





**DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS**



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 13/08/24

**NOMBRE:** FERNANDEZ MAR JUAN JESUS EMILIO **ID** 311917

**ESPECIALIDAD** MEDICINA FAMILIAR **LGAC (del posgrado):** ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES

**TIPO DE TRABAJO:**  Tesis  Trabajo práctico

**TÍTULO:** DISTRIBUCIÓN Y FRECUENCIA DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL EN MUJERES DE 20 A 45 AÑOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR # 1 OOAD AGUASCALIENTES

**IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado):** PREVALENCIA DEL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL

**INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:**

*Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:*

<u>NO</u>	El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
<u>SI</u>	La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
<u>SI</u>	Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
<u>SI</u>	Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
<u>SI</u>	Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
<u>SI</u>	El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
<u>SI</u>	Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
<u>NO</u>	Generó transferencia del conocimiento o tecnológicas
<u>SI</u>	Cumple con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

*El egresado cumple con lo siguiente:*

<u>SI</u>	Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
<u>SI</u>	Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
<u>SI</u>	Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
<u>SI</u>	Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
<u>SI</u>	Coincide con el título y objetivo registrado
<u>SI</u>	Tiene el CVU del Conahcyt actualizado
<u>NA</u>	Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

Sí X  
No \_\_\_\_\_

**FIRMAS**

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

**Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado**

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico:.... Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento por todo el apoyo incondicional que me han brindado durante la conclusión de este proyecto a todas las personas implicadas. Sus palabras de aliento, su paciencia, y su constante apoyo han sido fundamentales para alcanzar este logro.

A mis asesoras, agradezco profundamente por su guía experta y sus consejos sabios que han enriquecido este trabajo y me han ayudado a crecer profesionalmente.

A mis padres, quienes siempre han creído en mí y me han apoyado en cada paso de mi vida, les agradezco por ser mi mayor inspiración y por alentarme a perseguir mis sueños.

A mi querida hermana, agradezco tu constante motivación y tu comprensión inquebrantable. Tu apoyo emocional ha sido invaluable para mí.

A mi pequeña sobrina, gracias por llenar mis días de alegría y recordarme siempre la importancia de trabajar duro para construir un futuro mejor.

Y a ti, mi amorosa esposa, no tengo palabras suficientes para expresar mi gratitud. Tu apoyo incondicional, tu paciencia infinita y tu amor han sido mi roca durante este proyecto. Sin ti, nada de esto hubiera sido posible.

Este logro no es solo mío, sino de todos ustedes que han estado a mi lado en este viaje. Gracias por creer en mí, por apoyarme y por compartir esta alegría conmigo.

Con todo mi amor y agradecimiento,

## DEDICATORIA

Quiero dedicar este trabajo a mi esposa, a mi amada esposa. Su amor y comprensión me llevo a culminar este proyecto. Esas noches de desvelo que me acompañaste, esos momentos de frustración, momentos en que quise tirar la toalla, tu estuviste ahí para levantarme.

¿Quién diría que con un beso, un simple roce de tus labios me motivaría para seguir adelante en este proceso? Gracias a ti estoy aquí, gracias a tu sacrificio y esperanza pude llegar a donde más anhelaba estar. Eres mi fuente de inspiración, mi fuente de energía, la razón de despertar cada mañana y lograr mis metas.

No hay forma simple de explicar lo que siento, lo que agradezco y lo que espero del futuro, pero todo lo deseo a tu lado, que este camino nos lleve a lo más alto del mundo, que recorramos juntos este gran universo y nunca nos soltemos de la mano.

Amarte es mi privilegio, amarte es mi honor, amarte es mi sueño y amarte por siempre es mi misión. Gracias mi Fatima. Mi princesa. Mi vida y mi amor.

**INDICE GENERAL**

**RESUMEN**..... 4

**ABSTRACT** ..... 5

**CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN**..... 6

**CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO** ..... 7

**2.1 BUSQUEDA DE INFORMACIÓN** ..... 7

**2.2 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS** ..... 9

**2.3 PLAUSIBILIDAD BIOLÓGICA**..... 12

        2.3.1 TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL..... 12

        2.3.2 DEFINICIÓN Y CUADRO CLÍNICO ..... 12

        2.3.3 ETIOLOGÍA ..... 12

        2.3.4 FACTORES DE RIESGO..... 13

        2.3.5 PLAUSIBILIDAD BIOLÓGICA..... 13

        2.3.6 DIAGNÓSTICO..... 14

        2.3.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ..... 15

        2.3.8 TRATAMIENTO ..... 15

        2.3.9 CALIDAD DE VIDA ..... 16

**CAPÍTULO III. JUSTIFICACIÓN** ..... 17

**3.1 MAGNITUD DEL PROBLEMA**..... 17

**CAPÍTULO IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**..... 19

**4.1 ESTADO DEL ARTE DEL CONOCIMIENTO**..... 19

**4.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**..... 20

**4.3 HIPÓTESIS**..... 20

**4.4 OBJETIVOS** ..... 21

        4.4.1 OBJETIVO GENERAL..... 21

        4.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS ..... 21

**CAPÍTULO V. MATERIAL Y MÉTODOS**..... 21

**5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO**..... 21

**5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO**..... 21

        5.2.1 UNIVERSO DE TRABAJO..... 21

        5.2.2 Unidad de observación ..... 21

5.2.3 Unidad de análisis .....	21
<b>5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN .....</b>	<b>22</b>
5.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION.....	22
5.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION .....	22
5.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACION .....	22
<b>5.4 TIPO DE MUESTREO .....</b>	<b>22</b>
<b>5.5 CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA .....</b>	<b>23</b>
<b>5.6 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO .....</b>	<b>24</b>
<b>5.7 LOGÍSTICA .....</b>	<b>25</b>
<b>5.8 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO .....</b>	<b>26</b>
<b>5.9 ASPECTOS ETICOS .....</b>	<b>26</b>
<b>5.10 CONFLICTO DE INTERESES .....</b>	<b>27</b>
<b>5.11 RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD .....</b>	<b>29</b>
5.11.1 RECURSOS HUMANOS .....	29
5.11.2 RECURSOS MATERIALES.....	29
5.11.3 RECURSOS FINANCIEROS.....	29
5.11.4 PLAN PRESUPUESTAL .....	30
5.12 FACTIBILIDAD .....	30
<b>CAPÍTULO VI. RESULTADOS.....</b>	<b>31</b>
<b>CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN.....</b>	<b>37</b>
<b>CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES.....</b>	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO IX. GLOSARIO.....</b>	<b>41</b>
<b>CAPÍTULO X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>42</b>
<b>CAPÍTULO XI. ANEXOS .....</b>	<b>45</b>

**INDICE DE TABLAS**

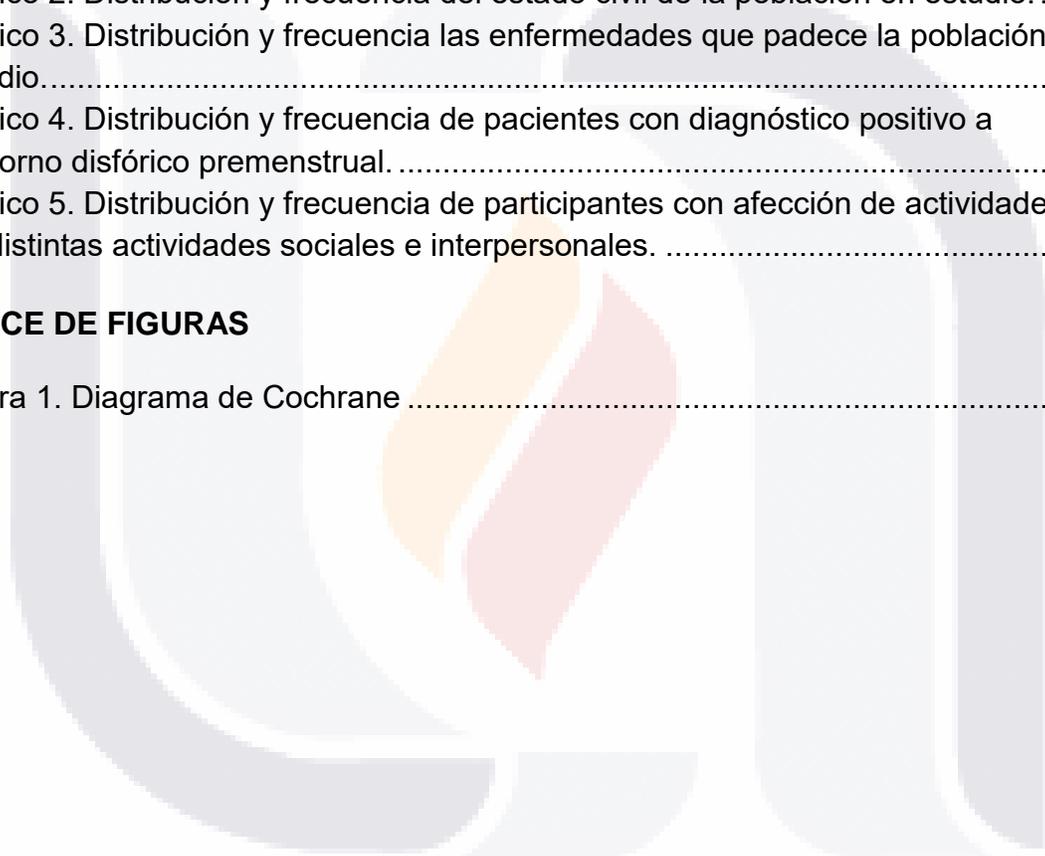
Tabla 1. Plan Presupuestal ..... 30  
 Tabla 2. Distribución y frecuencia de la población de estudio..... 31  
 Tabla 3. Distribución y frecuencia de los síntomas del trastorno disfórico premenstrual. .... 34

**INDICE DE GRAFICAS**

Gráfico 1. Distribución y frecuencia de la escolaridad de la población en estudio. 32  
 Gráfico 2. Distribución y frecuencia del estado civil de la población en estudio. ... 33  
 Gráfico 3. Distribución y frecuencia las enfermedades que padece la población en estudio..... 33  
 Gráfico 4. Distribución y frecuencia de pacientes con diagnóstico positivo a trastorno disfórico premenstrual. .... 35  
 Gráfico 5. Distribución y frecuencia de participantes con afección de actividades en las distintas actividades sociales e interpersonales. .... 36

**INDICE DE FIGURAS**

Figura 1. Diagrama de Cochran ..... 8



## RESUMEN

**ANTECEDENTES:** El Trastorno Disfórico Premenstrual se considera una variante severa del síndrome premenstrual, con repercusiones en el estado anímico, mental y con múltiples factores desencadenantes que limitan sus actividades diarias, relaciones interpersonales, laborales o escolares. Es crónico, incapacitante, aún con tratamiento, los síntomas logran una recidiva, lo que ocasiona un problema severo para las mujeres. Existe gran discrepancia entre la prevalencia del Trastorno Disfórico Premenstrual. En Etiopia se reportó una prevalencia de 66% en comparación con la India que reportó en un primer estudio 11.11% y en otro 4.43%. Mientras que en Nepal fue del 3.8%, en Estados Unidos e Inglaterra reportaron 3.2%. En Brasil, la prevalencia fue del 26.7%. **OBJETIVO:** Describir la distribución y frecuencia del trastorno disfórico premenstrual en mujeres de 20 a 45 años de un primer nivel de atención en Aguascalientes. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó una investigación descriptiva donde se realizaron entrevistas en una muestra de 378 mujeres entre 20 y 45 años que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio. El instrumento utilizado fue una lista de cotejo basada en las características indicadas en el DSM-V, el cual cuenta con rubros para la evaluación del Trastorno Disfórico Premenstrual. **RESULTADOS:** Se encontró que el porcentaje de pacientes positivos a TDPM fue del 34%, en especial porque las participantes no se conocían con el diagnóstico al momento de la entrevista. El promedio de edad fue de 30 años  $\pm$  6.8, donde la escolaridad más frecuente fue licenciatura en un 51.6%. Mas del 90% de las participantes no padecían ninguna enfermedad, sin embargo, las patologías que más se mencionaron fueron asma (1.5%), hipotiroidismo (1.2%), diabetes y ovario poliquístico (1.1%). **CONCLUSIONES:** El TDPM afecta a un porcentaje considerablemente mayor de mujeres en esta investigación en comparación a cifras reportadas en otros países.

**PALABRAS CLAVE:** Trastorno disfórico premenstrual, prevalencia.

## ABSTRACT

**BACKGROUND:** Premenstrual Dysphoric Disorder is considered a severe variant of premenstrual syndrome, affecting mood, mental state, and with multiple triggering factors that limit daily activities, interpersonal relationships, work, or school. It is chronic and disabling; even with treatment, symptoms often recur, causing severe issues for women. There is significant disparity among studies on Premenstrual Dysphoric Disorder. In Ethiopia, a prevalence of 66% was reported, compared to India's initial study reporting 11.11% and another reporting 4.43%. Nepal reported 3.8%, while the United States and England reported 3.2%. In Latin America, Brazil reported a prevalence of 26.7%. **OBJECTIVE:** To describe the distribution and frequency of premenstrual dysphoric disorder in women aged 20 to 45 years attending a primary care facility in Aguascalientes. **MATERIALS AND METHODS:** A descriptive study was conducted involving interviews with a sample of 378 women aged 20 to 45 years who met the study's inclusion criteria. The instrument used was a checklist based on the characteristics indicated in the DSM-V, which includes items for evaluating Premenstrual Dysphoric Disorder. **RESULTS:** It was found that 34% of the patients tested positive for PMDD, especially because participants were not aware of the diagnosis at the time of the interview. The average age was 30 years  $\pm$  6.8, with the most common level of education being a bachelor's degree at 51.6%. Over 90% of participants did not suffer from any disease; however, the most mentioned pathologies were asthma (1.5%), hypothyroidism (1.2%), diabetes, and polycystic ovary syndrome (1.1%). **CONCLUSIONS:** PMDD affects a significantly higher percentage of women in this research compared to reported figures in other countries. This disparity highlights the urgent need to standardize diagnostic criteria.

**KEYWORDS:** Premenstrual Dysphoric Disorder, prevalence.

## CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

El Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) es una condición psiquiátrica debilitante que afecta a un porcentaje significativo de mujeres en edad fértil, caracterizándose por la presencia de síntomas emocionales, conductuales y físicos severos durante la fase lútea del ciclo menstrual. Estos síntomas son lo suficientemente intensos como para interferir de manera significativa en las actividades diarias, relaciones interpersonales y calidad de vida de quienes lo padecen.(1)

El TDPM se distingue de otros trastornos relacionados con el ciclo menstrual, como el síndrome premenstrual (SPM), por la severidad y la duración de los síntomas experimentados. Mientras que el SPM implica síntomas molestos pero manejables que afectan aproximadamente al 75% de las mujeres en edad reproductiva, el TDPM afecta a una minoría significativa con síntomas más graves que pueden incluir cambios drásticos en el estado de ánimo, irritabilidad extrema, ansiedad, fatiga, y síntomas físicos como mialgias y sensibilidad mamaria.(2)

La comprensión del TDPM ha evolucionado a lo largo de las décadas, desde su reconocimiento inicial como un subconjunto severo del SPM hasta su clasificación como un trastorno específico en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V). A pesar de su impacto significativo en la vida de las mujeres afectadas, la investigación sobre el TDPM ha enfrentado desafíos debido a la variabilidad en la presentación de síntomas, la falta de criterios diagnósticos uniformes y la necesidad de métodos efectivos de tratamiento.(3)

En el contexto de la práctica clínica y la investigación médica, es fundamental explorar los factores subyacentes que contribuyen al desarrollo del TDPM, incluyendo aspectos genéticos, neurobiológicos y psicosociales. Además, es crucial examinar las opciones terapéuticas disponibles, que van desde intervenciones farmacológicas hasta enfoques psicoterapéuticos, con el objetivo de mejorar el manejo y la calidad de vida de las pacientes afectadas por esta compleja condición.(3)

## CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

### 2.1 BUSQUEDA DE INFORMACIÓN

Se realizó una búsqueda sistemática de información en la base de datos de PubMed de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos (NLM), Science Direct, en la Biblioteca virtual en salud (BVS) con los siguientes descriptores:

- **Premenstrual Dysphoric Disorder (Trastorno Disfórico Premenstrual)**
- **Premenstrual Syndrome (Síndrome Premenstrual)**
- **Prevalence (Prevalencia)**

La estrategia de búsqueda se adaptó dependiente la base de datos utilizada, usando combinaciones con los mismos descriptores y boléanos.

PubMed:

**((prevalence[Title/Abstract] AND (y\_5[Filter])) AND (premenstrual dysphoric disorder[Title/Abstract] AND (y\_5[Filter]))) NOT (premenstrual syndrome[Title/Abstract] AND (y\_5[Filter]))**

A continuación, se detallan los resultados en el diagrama de flujo de prisma

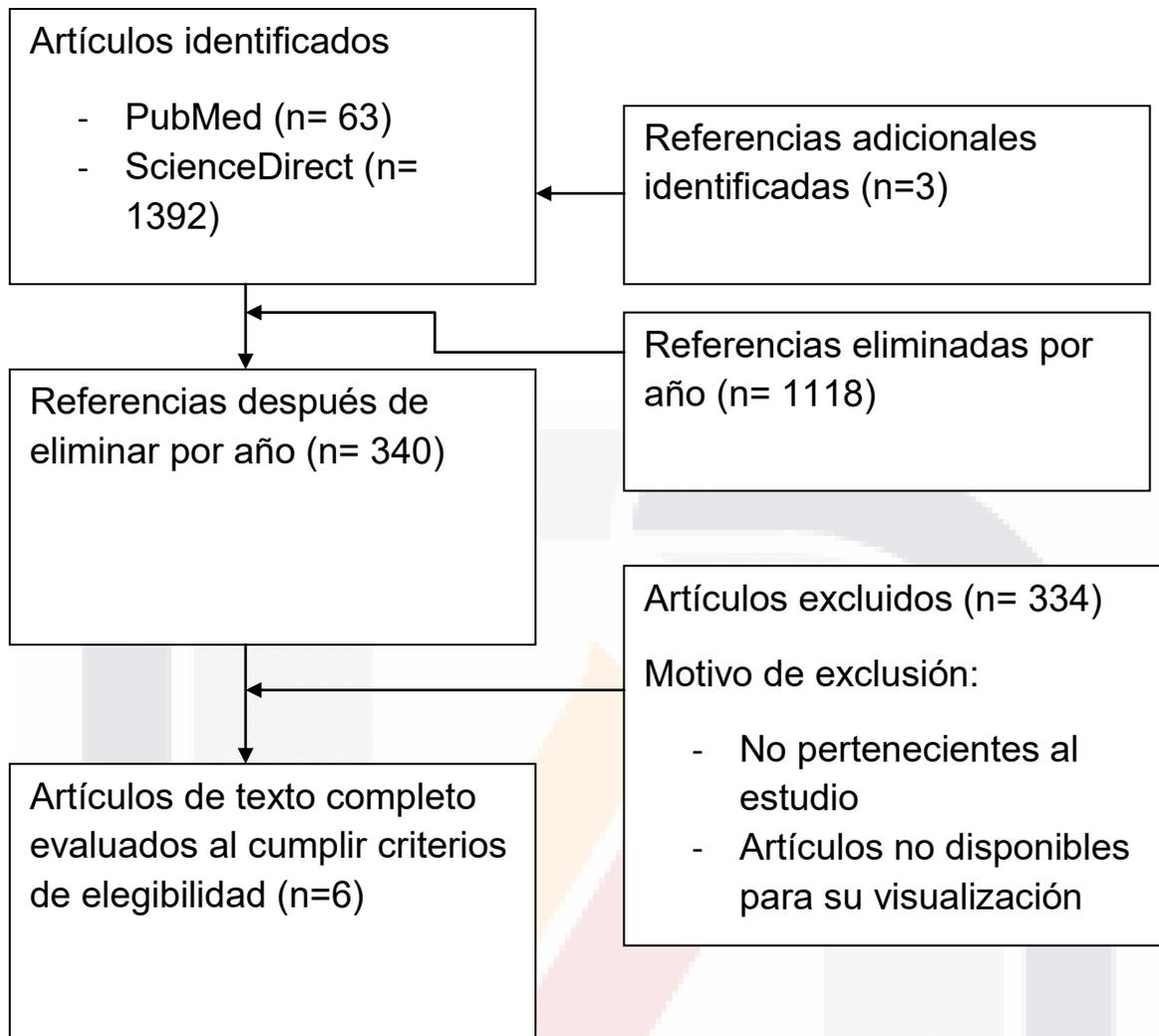


Figura 1. Diagrama de Cochrane

## 2.2 ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

En Etiopía, en 2019, el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) se presenta con mayor frecuencia en estudiantes, por lo que perjudica el rendimiento académico y sus relaciones interpersonales, los investigadores de este estudio, lo llevaron a cabo en la universidad de Wollo. Participaron 254 estudiantes de la facultad de medicina, encontrándose el 85% entre los 15 y 25 años, y el 15% con una edad superior a 26 años. La prevalencia del TDPM fue del 66.9%, de las cuales, el 81% iniciaron con los síntomas antes de su ingreso a la universidad, 61.8% mencionaron haber faltado a clases durante el cuadro y 2.7% llegaron al abandono de la escuela por los síntomas. Entre los síntomas estudiados, se encontró que el estado de ánimo deprimido (67%), dolor generalizado (61.8%) y distensión abdominal (61%) como los más frecuentes, seguido de la pérdida del interés por las cosas cotidianas, dorsalgia, sensibilidad mamaria, trastornos del sueño y dificultad para concentrarse. En conclusión, la prevalencia del TDPM en este estudio llegó a ser muy alta en comparación a otros estudios, tanto de Etiopía, como de otros países.(4)

En la India, se realizó un estudio con alumnas de medicina en el que se valoró la frecuencia y la gravedad del trastorno disfórico premenstrual en universitarias. Se incluyeron estudiantes de 18 a 25 años con ciclos menstruales regulares durante 6 meses, teniendo una muestra total de 180 participantes. Se encontró una distribución de 88.8% de las participantes con ausencia de los síntomas, mientras que el 11.1% se confirmaron los síntomas de TDPM, la mayor frecuencia se concentró en mujeres entre 18-19 años. No hubo diferencia significativa entre las clases socioeconómicas estudiadas con respecto a los síntomas, además, no se encuentra variación entre la edad de comienzo de la menarquía y el propio TDPM. Al valorar antecedentes familiares de depresión, en las pacientes que reportaron positividad familiar, se observó TDPM en 7% de ellas. Los síntomas más frecuentes fueron alteraciones en el estado de ánimo, fatiga e irritabilidad. Es recomendable que las pacientes que acuden al servicio de ginecología por

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

síntomas premenstruales, se realice un examen dirigido para la detección de TDPM.(5)

En Nepal, se realizaron 2 estudios y reportaron un 37% y 2.1% de prevalencia del TDPM en estudiantes de la psicología. Se ha observado se reclutaron un total de 266 mujeres entre 17 y 30 años estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Katmandú. La prevalencia del TDPM fue de 3.8%, la irritabilidad fue reportada en el 100% de las participantes con TDPM, además de estado depresivo. En comparación con otros estudios similares, se reportó una prevalencia mayor.(6)

En Inglaterra y en Estados Unidos llevó a cabo un estudio, se midió la prevalencia del TDPM, se valoraron 44 estudios en los que participaron un total de 50669 mujeres. Encontrándose una prevalencia del 3,2 % en muestras con diagnóstico confirmado y 7,7 % en muestras que tuvieron diagnóstico provisional. Para el diagnóstico, no se utilizó el DSM V. El “gold estándar” para este diagnóstico es este criterio, para una adecuada clasificación de la pacientes. Se concluye que los resultados que utilizan el diagnóstico confirmado del DSM V tienen una prevalencia puntual de 1.6% de las mujeres que menstrúan, lo que da a conocer una probable subestimación de la prevalencia de la enfermedad. (7)

Se realizó un estudio en Brasil, para describir el mecanismo fisiopatológico, prevalencia y diagnóstico del TDPM. Seleccionaron 15 estudios para la revisión donde se encontraron referencia a la susceptibilidad anormal de algunas mujeres a niveles normales de hormonas sexuales, la presencia del gen ESR1 y niveles anormales de serotonina y triptófano como causas del trastorno. En cuanto a su prevalencia, se realizó un estudio en 649 estudiantes entre 18 y 47 años de edad de la Facultad de Pernambucana de Saúde, y se encontró una frecuencia del TDPM del 26.7%, siendo una diferencia muy grande con otros estudios donde la prevalencia fue del 2% al 8% en la población fértil. (8)

También en la India, se realizó un estudio en estudiantes de una facultad de medicina, una de fisioterapia y una de enfermería, participaron 654 estudiantes

con él la lista de cotejo del DSM V, siendo la edad media de 19 años. La prevalencia del TDPM fue del 4.43% siendo muy parecidos con resultados anteriores realizados en la India donde la prevalencia variaba entre 3.7% y 4.6%. Además, los síntomas más frecuentes fueron fatiga y falta de energía en 100% de las participantes con TDPM, seguidos de los síntomas físicos, irritabilidad y disminución del interés en las actividades cotidianas. A su vez, se encontró deterioro en la eficiencia laboral, en la escuela y las actividades sociales, lo que vio afectada la calidad de vida de las participantes. (9)



## **2.3 PLAUSIBILIDAD BIOLÓGICA**

### **2.3.1 TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL**

El TDPM se considera una variante severa del síndrome premenstrual, con repercusiones en el estado anímico, mental y con múltiples factores desencadenantes que limitan sus actividades diarias, relaciones interpersonales, laborales o escolares. Es crónico, incapacitante, aún con tratamiento, los síntomas logran una recidiva, lo que ocasiona un problema severo para las mujeres. La mayor frecuencia de los síntomas se logra encontrar entre los 25 años y los 40 años, afectando el sistema nervioso, el sistema gastrointestinal, tegumentario, reproductor y mamas. En general, los síntomas aparecen posterior a la ovulación y desaparecen cercano a la menstruación.(3)

### **2.3.2 DEFINICIÓN Y CUADRO CLÍNICO**

Es el conjunto de signos y síntomas presentados entre una a semanas antes del inicio de la menstruación y que desaparece al comienzo de esta. Se caracteriza por la presencia de cefalea, mareos, vértigo, irritabilidad, nerviosismo, debilidad, acné, hinchazón de mamas, trastornos digestivos, alteraciones en la libido, riesgo de infecciones respiratorias o urinarias, edema de miembros inferiores, entre otros. (3)

### **2.3.3 ETIOLOGÍA**

Sin exactitud en la etiología exacta, se relaciona a múltiples alteraciones, en especial hormonales, donde las fluctuaciones causan disfunciones tanto físicas como emocionales, siendo los metabolitos de la progesterona los más implicados por su elevación durante la fase lútea del ciclo menstrual. Además, se ha relacionado con alteraciones de la serotonina, ya que esta presenta una transmisión atípica, esto sumado a la presencia de esteroides sexuales ováricos, los cuales provocan la degradación de la serotonina (10), por la presencia de síntomas secundarios al neurotransmisor: depresión, ansiedad, irritabilidad, problemas de apetito. Existen varias hipótesis donde se relacionan tanto características culturales como psicológicas, sin embargo, no hay suficientes estudios que apoyen dichas hipótesis. (3)

#### **2.3.4 FACTORES DE RIESGO**

Se ha observado que algunos factores ambientales, donde el estrés tiene un papel fundamental, además, los antecedentes de traumas interpersonales y los aspectos socioculturales en las que se ven involucradas las mujeres, así como su conducta sexual. Sin embargo, los factores genéticos no se han demostrado en la población femenina, aunque algunos estudios reportan susceptibilidad genética por presencia del gen ESR1(8), mientras que en otros solo se ha estimado el porcentaje de heredabilidad del síndrome premenstrual en un aparente 50%, lo que indica que no hay estudios actualmente para corroborar el componente genético del TDPM. Dentro de los factores protectores, se encontró que las mujeres que utilizan anticonceptivos orales presentaron menor grado de síntomas en comparación con las que no los utilizan.(1)

#### **2.3.5 PLAUSIBILIDAD BIOLÓGICA**

El ciclo menstrual consta de diferentes fases, la fase folicular y la fase lútea, las cuales implican cambios uterinos para preparar la concepción, teniendo una duración de 28 días aproximadamente, comenzando el primer día de la menstruación, a partir de aquí inicia la fase -folicular, aquí predomina la 17- $\beta$  estradiol, por efecto de la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH) producidas en la glándula hipófisis en su parte anterior por efecto de la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) y actuando en los ovarios. La disminución de la FSH logra detener el avance del crecimiento de los folículos ováricos y permite el crecimiento y desarrollo del folículo dominante, el cual continuará produciendo 17- $\beta$  estradiol y generará una disminución de la producción de FSH en la hipófisis anterior. Al ocurrir la ovulación, inicia la fase lútea, siendo constante (14 días) y terminando en la menstruación. Aquí, el cuerpo lúteo continúa produciendo niveles bajos de 17- $\beta$  estradiol y, por efecto de la LH, progesterona. Esta última se encarga del desarrollo del útero para la implantación del cigoto, y si este momento no ocurre, el cuerpo lúteo decrece y se convierte en cuerpo blanco, lo que baja la producción de progesterona y estrógenos, lo que lleva a la degradación del endometrio y, así, renovar el ambiente uterino para reiniciar el ciclo. (11)

Se ha encontrado que los principales metabolitos de la progesterona producidos al final fase lútea se han visto implicados en la fisiopatología del TDPM.(11) La alopregnanolona, metabolito de la síntesis de colesterol y de progesterona, y el ácido  $\gamma$ -aminobutírico (GABA) interactúan con el receptor de GABA, lo que genera síntomas afectivos y cognitivos por disminución del efecto ansiolítico.(11–13) Además, las alteraciones constantes de los niveles de estrógenos y progestágenos se efectúan en el sistema 5.hidroxitriptamina implicado en los síntomas de ánimo, apetito, ansiedad, sueño y excitación. (13) La serotonina presenta una disminución de efectividad por las fluctuaciones del estradiol. (14)

### **2.3.6 DIAGNÓSTICO**

El diagnóstico del TDPM se encuentra definido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V), donde estipula que se requiere un mínimo de 5 síntomas de la categoría Afectivos y Físico-Conductuales (afectivos: labilidad afectiva, irritabilidad, estado de ánimo deprimido y ansiedad; físico-conductuales: anhedonia, dificultad para la concentración, anergia, alteraciones del apetito, aumento de peso, hinchazón y dolor musculoesquelético. Para realizar el diagnóstico, estos síntomas deben presentarse posterior a la ovulación y la mayoría de los ciclos menstruales anteriores y, en especial, deben presentar alteraciones en la vida diaria de forma significativa. (1)

Ya con la valoración de los síntomas, se debe tomar en cuenta para el tratamiento óptimo, la aparición continua en la fase lútea, mejora de los síntomas después del inicio de la menstruación y su desaparición posterior y el impacto que lleva a su vida diaria. Por lo que, si existe discrepancia entre los síntomas, es conveniente seguir al paciente por un mes más. Además, el historial detallado de la paciente, suele ser suficiente para el diagnóstico, sin embargo, es importante la valorar afectaciones médicas que pueden ser diagnósticos diferenciales del TDPM. Mientras que en diagnósticos dudosos, la supresión ovárica total con análogos de hormona liberadora de gonadotropinas suele servir. (15)

### **2.3.7 DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Dentro del diagnóstico diferencial del TDPM se encuentra el propio síndrome premenstrual, el cual no necesita un mínimo de 5 síntomas sin existir un conjunto de síntomas afectivos. Suele ser más frecuente que el TDPM. En cambio, en la dismenorrea difiere del TDPM al ser menstruaciones dolorosas sin cambios afectivos, que se presentan al inicio de la menstruación y no antes como en el TDPM, que se presenta días antes y desaparecen los síntomas al inicio o unos días después del comienzo de la menstruación. De igual manera, la diferencia presentada entre el trastorno bipolar, el trastorno depresivo mayor y el trastorno depresivo persistente con el TDPM es que este último solo aparece antes de la menstruación, por lo que se deben hacer evaluaciones prospectivas para acertar el diagnóstico.(1)

### **2.3.8 TRATAMIENTO**

El tratamiento depende principalmente del médico tratante, es decir, el encontrar la alteración que más probable cause los síntomas, esto aunado a un buen diagnóstico permite que los fármacos se den de forma optima. Los principales tratamientos farmacológicos se destacan por la regulación hormonal o la neuromodulación. Sin embargo, no son los únicos tratamientos existentes, con la causa de la patología, se logra la implementación tanto de un plan nutricional, aeróbico o quirúrgico de ser necesario. (3)

Se considera a los inhibidores en la recaptura de serotonina como el tratamiento de primera línea, además del uso de anticonceptivos orales. (16) El efecto de los anticonceptivos orales se relaciona por la disminución de los síntomas del TDPM durante los periodos anovulatorios. Sin embargo, no están recomendados en mujeres que planean embarazarse, de igual manera, pueden presentar efectos secundarios que afectan aun más el estado de ánimo. (10)

Con la evidencia que implica a la alopregnanolona como causa de TDPM, se han creado nuevos medicamentos. De igual forma, la leuprolida, agonista de la hormona liberadora de gonadotropinas, permite la inducción de la supresión ovárica, lo que disminuye los síntomas con su administración mensual, sin

embargo, presenta grandes efectos secundarios, por lo que se reserva para casos severos.(17)

### **2.3.9 CALIDAD DE VIDA**

La importancia de este trastorno radica en que trasciende lo físico en las mujeres, es decir, llega a impactar en la vida de las pacientes, al grado de considerar que el trastorno domina su ser. Esto se presenta por los cambios de conducta (tristeza, enojo, problemas alimenticios y de sus relaciones), que sumados a la intensidad de los síntomas, puede ser mal considerado un trastorno de personalidad, depresión o bipolaridad. (3)

De igual manera, el TDPM llega a causar deterioro funcional, sobretodo en la vida profesional, personal y social de las pacientes, llegando a interrumpir su rutina de trabajo, por la irritabilidad, ansiedad, paranoia, letargo y un grado menor de conexión social. Posterior a la disminución de los síntomas, las mujeres llegan a presentar sentimientos de culpa, por la afectación laboral ocasionada el periodo anterior, lo que puede llevar a la renuncia del empleo. Todo esto, aunado al déficit en el diagnóstico por no ser buscado o no acudir las pacientes por ayuda médica. (16)

## CAPÍTULO III. JUSTIFICACIÓN

### 3.1 MAGNITUD DEL PROBLEMA

A partir del DSM-V, la prevalencia del TDPM es entre 1.8% y 5.8% de las mujeres en edad reproductiva, siendo una sobreestimación de las cifras ya que no se basan en valoraciones diarias, sino en la información retrospectiva que cada participante dio a conocer. (1) Se estima que en todo el mundo, la prevalencia es del 3% al 8-9%, (10,12,18) sin embargo, en el este de Asia, la prevalencia se encontró entre el 1.3% y el 2.8% y, a su vez, en Europa, las cifras fueron muy diferentes, por ejemplo, en España fue de 1.1%, mientras que en Bulgaria es del 3.3% entre la población femenina entre los 18 y 50 años, así mismo, en Japón se reportó una prevalencia del 8.8%, muy por debajo de lo reportado por Irán, India y Brasil (10.2, 12 y 17.6% respectivamente). (11,16)

Mientras que en el resto del mundo se han hecho estudios que valoran la frecuencia del TDPM en mujeres de edad reproductiva, en México no existe suficiente evidencia de esto, ya que el último estudio realizado en 2009 reportó una prevalencia del 27.3% en mujeres docentes entre 19 y 49 años, sin embargo, la encuesta realizada fue basada en el DSM-IV.(2) Este último difiere del DSM-V por la agrupación de los síntomas, el periodo de evaluación, la consideración de un diagnóstico provisional y la posibilidad de coexistir con otros trastornos psiquiátricos.(1)

En Aguascalientes, no se encuentra evidencia del estudio de este trastorno y no se han reportado cifras oficiales que ayuden a visualizar el impacto en la sociedad y los efectos negativos que tiene en la calidad de vida de las pacientes. (16)

Por lo tanto, el objetivo de este estudio es el reconocimiento del TDPM en la población femenina en edad fértil por ser sub-diagnosticado y que afecta la vida cotidiana de cada mujer.(3,16) Los resultados de este estudio, nos darán un panorama acerca de cuál es la distribución y la frecuencia del TDPM en un

contexto muy específico, como los son las usuarias de la Unidad de Medicina Familiar No.1.

Esta información es importante, ya que como se ha mencionado, no se busca intencionalmente esta patología, por lo que frecuentemente, se encuentra subdiagnosticada.



## **CAPÍTULO IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **4.1 ESTADO DEL ARTE DEL CONOCIMIENTO**

El TDPM es una enfermedad que afecta a las mujeres en edad reproductiva, ya que impacta sobre sus actividades de la vida diaria, lo que ocasiona problemas interpersonales, por la presencia de síntomas afectivos de gran intensidad.(4)

A pesar de lo anteriormente mencionado, este problema no se ha abordado de manera adecuada, ya que no se buscan los síntomas de manera intencionada.

Existe discrepancia con lo reportado por los distintos autores, ya que algunos estudios presentan los resultados obtenidos basándose exclusivamente en el síndrome premenstrual y otros utilizan los criterios diagnósticos del DSM-IV(6,7), y solo algunos utilizan el DSM-V(4), por lo que existe una gran variabilidad en estos resultados.

Aunque es esperado que, dependiendo de cada región o cada país, se manejen distintas prevalencias, no existe una homologación para identificar el TDPM, es por ello que, en la actualidad, lo que se recomienda en base a los distintos consensos es la utilización de un Gold Standar (DSM-V). (1,8)

Es fundamental, hacer un diagnóstico preciso de esta enfermedad, ya que es de vital importancia iniciar el tratamiento de manera oportuna para poder ofrecer una adecuada calidad de vida a las mujeres que la padecen.(5,9)

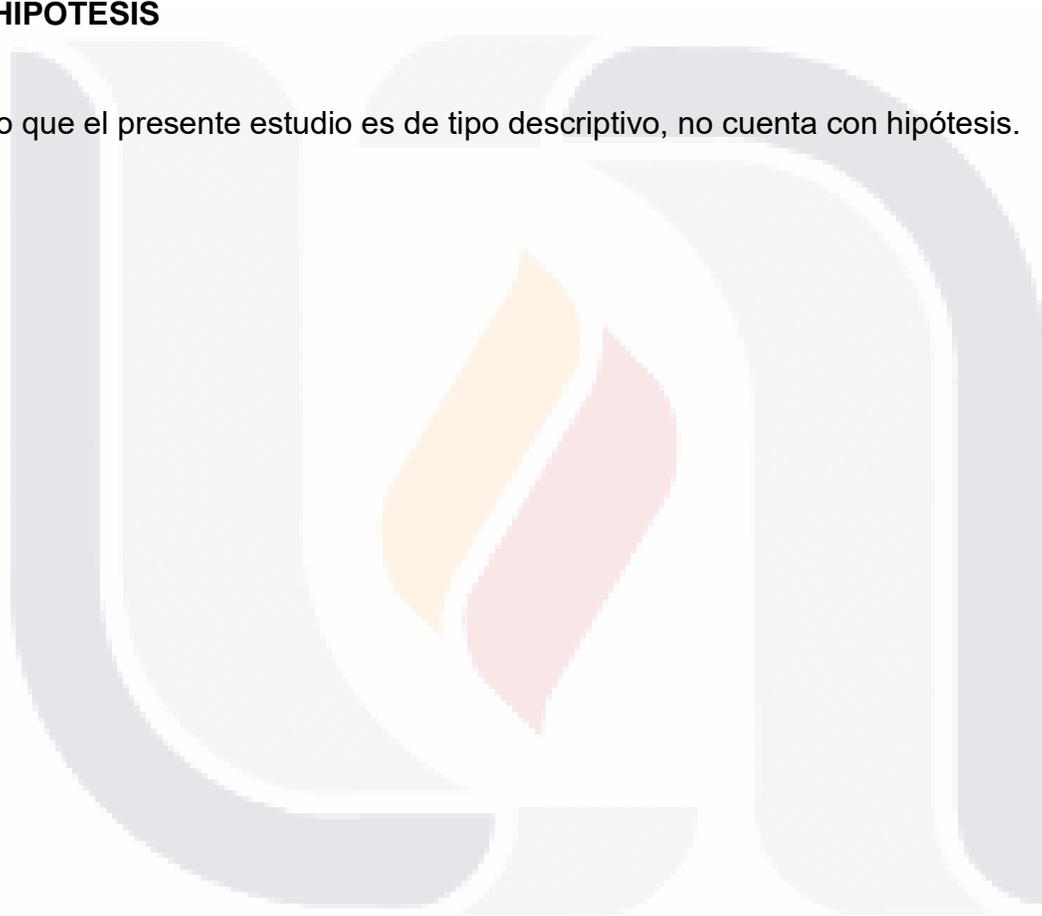
Debido a las discrepancias, encontradas en los diferentes estudios con respecto a la distribución y frecuencia del TDPM, es importante realizar un proyecto en el que se establezcan estos datos bajo el contexto de un primer nivel de atención. Por lo que surge la siguiente pregunta de investigación. (1)

#### **4.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Cuál es la distribución y frecuencia del trastorno disfórico premenstrual en mujeres de 20 a 45 años de la Unidad de Medicina Familiar #1 OOAD Aguascalientes?

#### **4.3 HIPÓTESIS**

Dado que el presente estudio es de tipo descriptivo, no cuenta con hipótesis.



## **4.4 OBJETIVOS**

### **4.4.1 OBJETIVO GENERAL**

- Describir la distribución y frecuencia del trastorno disfórico premenstrual en mujeres de 20 a 45 años de la Unidad de Medicina Familiar #1 OOAD en Aguascalientes.

### **4.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Describir las características socio-demográficas de la población en estudio
- Describir las características socio-económicas de la población en estudio
- Describir los síntomas más frecuentes del trastorno disfórico premenstrual

## **CAPÍTULO V. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **5.1 DISEÑO DEL ESTUDIO**

Transversal simple

### **5.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO**

#### **5.2.1 UNIVERSO DE TRABAJO**

Mujeres de 20 a 45 años usuarias de la Unidad de Medicina Familiar no.1 de Aguascalientes

#### **5.2.2 Unidad de observación**

Mujeres de 20 a 45 años adscritas a la unidad de medicina familiar No. 1 de Aguascalientes con Trastorno Disfórico Premenstrual

#### **5.2.3 Unidad de análisis**

Resultados de la lista de cotejo basada en el DSM-V sobre el trastorno disfórico premenstrual

## 5.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN

### 5.3.1 CRITERIOS DE INCLUSION

- Mujeres de 20 a 45 años de edad, usuarias de la unidad de medicina familiar No.1 OOAD Aguascalientes

### 5.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Mujeres usuarias de la unidad de medicina familiar No.1 OOAD Aguascalientes en tratamiento con antidepresivos y/o anticonceptivos orales
- Mujeres usuarias de la unidad de medicina familiar No.1 OOAD Aguascalientes con enfermedades psiquiátricas en tratamiento o endocrinológicas como el hipertiroidismo.
- Mujeres embarazadas usuarias de la unidad de medicina familiar No.1 OOAD Aguascalientes

### 5.3.3 CRITERIOS DE ELIMINACION

- Mujeres de 20 a 45 años, usuarias de la unidad de medicina familiar No.1 OOAD Aguascalientes que no contesten en por lo menos el 60% del cuestionario

## 5.4 TIPO DE MUESTREO

Probabilístico

Aleatorio simple

## 5.5 CALCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se aplicó la fórmula de poblaciones finitas y con apoyo de la plataforma Survey Monkey para determinar el tamaño de la muestra correspondiente

$$n = \frac{N Z^2 pq}{d^2 (N - 1) + Z^2 pq}$$

n= tamaño de la muestra

N= tamaño de la población

Z= nivel de confianza (1.96, seguridad del 95%)

p= proporción esperada (5% = 0.05)

q= proporción de la población que no presenta el fenómeno (1-p)

d= nivel de precisión absoluta (5%)

Corregido a nuestro estudio, se calculó que el total de mujeres adscritas a la unidad de medicina familiar No.1 es de 25218, por lo que el tamaño de la muestra corresponde a un tamaño de muestra de 379 mujeres.

## 5.6 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

El instrumento que se utilizó, fue una lista de cotejo basada en las características indicadas en el DSM-V, el cual cuenta con rubros para la evaluación del TDPM. Las dimensiones que abarca inician por periodo de tiempo, es decir, que se hayan cumplido los síntomas que se mencionan a continuación: por al menos 2 ciclos menstruales consecutivos o en la mayoría de los presentados en un año.

La siguiente dimensión abarcar los síntomas principales, que son 4:

1. Labilidad afectiva intensa (p. ej., cambios de humor, de repente está triste o llorosa, o aumento de la sensibilidad al rechazo).
2. Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales.
3. Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodesprecio.
4. Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta.

Posteriormente indica síntomas menos frecuentes, pero que, se incluyen por la intensidad de los mismos y son 7:

1. Disminución del interés por las actividades habituales (p. ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones).
2. Dificultad subjetiva de concentración.
3. Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía.
4. Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos.
5. Hipersomnia o insomnio.
6. Sensación de estar agobiada o sin control.

7. Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de "hinchazón" o aumento de peso.

El diagnóstico se estableció si se reunían uno o más síntomas principales más uno o más síntomas poco frecuentes en al menos 2 ciclos menstruales.

Además, se consideraron las características socio demográficas de las mujeres participantes y comorbilidades.

### **5.7 LOGÍSTICA**

Se solicitó permiso al director de la Unidad de Medicina Familiar, para la aplicación de las encuestas a las participantes previa obtención del registro por parte del comité de investigación en salud.

El estudio consistió en la aplicación de una encuesta de aproximadamente 15 min de duración. Se abordó a la paciente mediante entrevista cara a cara y se aplicó el instrumento ya mencionado.

El cuestionario fue aplicado por el tesista, se invitó a la participante a un lugar de la Unidad de Medicina Familiar que se encontrara en condiciones óptimas para la entrevista, esto con la finalidad de que las usuarias se sintieran con la libertad de contestar sin estímulos externos.

Se le dio a firmar la carta de consentimiento informado y se le explicó en lo que consistiría la entrevista. Se le aclaró cualquier duda generada al momento y se le otorgó la libertad de interrumpir o posponer la aplicación de la prueba ante cualquier incomodidad. Al finalizar se le invitó a acudir a cita con su médico familiar para dar seguimiento del caso. Se vació la información en una base de datos previamente realizada para su posterior análisis.

## 5.8 PLAN DE ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para la recolección de la información, posterior a la realización de las entrevistas, se realizó una base de datos en una hoja de Excel, la cual se importó al paquete estadístico STATA versión 15.

Para las variables cualitativas, se realizaron frecuencias y porcentajes.

Para las variables cuantitativas, se realizó una prueba estadística llamada Shapiro Wilk para identificar la distribución de los datos, dependiendo de esta se utilizó medidas de tendencia central y dispersión.

Los puntos de corte para el diagnóstico del TDPM, fue el obtener uno o más síntomas principales y uno o más síntomas poco frecuentes, por lo que se le asignó un punto a cada síntoma.

## 5.9 ASPECTOS ETICOS

Por parte del tesista y el asesor, se solicitaron los permisos correspondientes para llevar a cabo la investigación de acuerdo a NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, “Ley General de Salud y el Reglamento en materia de investigación para la salud, son de observancia obligatoria para solicitar la autorización de proyectos o protocolos con fines de investigación”.(19)

Este protocolo se basó en las reglas establecidas por el reglamento de la Ley Federal de Salud en Materia de Investigación para la Salud, ya que se propone que “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar” dicho esto no se intentó afectar los participantes en nuestra investigación. Igualmente, nuestra investigación es un estudio sin riesgo ya que se emplearon métodos de investigación por medio de cuestionarios por lo que no se vio afectada la salud física, psicología y social de los participantes. Se entregó una

carta de consentimiento informado en donde se dio a conocer el procedimiento, condiciones y posibles riesgos para que los participantes o su representante lo autorizaran. (20)

La información y las cartas de consentimiento informado serán resguardadas por un tiempo de 10 años por el investigador y será sujeto a la supervisión de CONBIOÉTICA.

La carta de consentimiento informado se encuentra en un anexo.

De acuerdo a la Declaración de Helsinki con última revisión en 2013, se establece que “Toda investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales”.

#### **5.10 CONFLICTO DE INTERESES**

Se procedió de acuerdo con la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y respetando el artículo 96, 97 y 98. El presente protocolo de investigación fue sometido a evaluación y aceptación por el comité local de investigación y de ética, con el número de registro R-2024-101-035.

De acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, el riesgo de este proyecto corresponde a un estudio **con riesgo mínimo**.

En el presente estudio se vigilaron y resguardaron, los aspectos éticos que se establecen en la Declaración de Helsinki y sus enmiendas establecidas en la última realizada en Brasil en octubre de 2013 basándose en los siguientes numerales:

1. Se promovió en todo momento la salud, el bienestar y los derechos de los sujetos de estudio, que decidan participar en la investigación.

2. El propósito principal de la investigación, fue identificar la distribución y frecuencia del trastorno disfórico premenstrual en mujeres de 20 a 45 años de la unidad de medicina familiar # 1 OOAD Aguascalientes.

3. Se protegió en todo momento la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información de las personas que decidan participar en la investigación.

4. La investigación se llevó a cabo por personal capacitado con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas, para su realización.

5. Se resguardó la intimidad de las personas que participaron en la investigación y la confidencialidad de su información personal.

Confidencialidad de los datos personales: En todos los casos los cuestionarios, registros, datos fueron recolectados y conservados de acuerdo con los lineamientos institucionales, con estricta privacidad de información. Conservado los principios básicos para poder satisfacer conceptos morales, éticos y legales establecidos en el código de Núremberg 1947, ley general de salud, la declaración de Helsinki en su última enmienda. Debido a que la información manipulada en el mismo es solo utilizada por el investigador, y éste se rige bajo un importante código de ética y discreción, por lo tanto, no existe la posibilidad de que la información recabada del expediente clínico con respecto a los pacientes se filtre de manera total o parcial y atente contra la vida e integridad de estos.

**El resguardo de los datos personales:** se garantiza el resguardo de los datos personales por 5 años de acuerdo con el tipo de estudio, en la jefatura de enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar no.1, Aguascalientes, Aguascalientes.

**Mecanismo para notificación de información al CEI** en el caso de que se descubran resultados inesperados, en caso de reportarse resultado adverso o idiosincrático se le dio aviso al comité de ética por medio de un oficio por parte del investigador principal.

### **Consentimiento informado:**

El estudio se realizó de forma directa por parte del tesista. Además de la aprobación del comité de bioética e investigación, se solicitaron permisos a las autoridades correspondientes de la unidad para el interrogatorio de las pacientes, apegándonos a las políticas, normas, requisitos, horarios y documentos de identificación que se nos solicite.

**Declaración:** El participar en este estudio no generó ningún beneficio económico para los participantes, sin embargo; la intención del presente estudio fu generar información científica útil y aplicable en la atención en salud. Los beneficios de este estudio tienen un carácter estrictamente científico y en ningún momento se persiguen beneficios lucrativos para ninguno de los participantes.

**Grupos vulnerables:** El presente estudio no requirió de intervención en grupos vulnerables como: embarazadas, personas de la tercera edad, pacientes con capacidades diferentes, ni pacientes con enfermedad mental psicológica o psiquiátrica.

## **5.11 RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD**

### **5.11.1 RECURSOS HUMANOS**

Los recursos humanos implicados en este proyecto fueron el tesista, su asesor y los participantes en el estudio.

### **5.11.2 RECURSOS MATERIALES**

Para este proyecto, se ocupó equipo de cómputo como laptop que contó con programas de análisis estadísticos y procesamiento de información, así como con acceso a internet, impresora y copiadora, además de material de papelería como USB, hojas, lápices, borradores, engrapadora y hojas de máquina.

### **5.11.3 RECURSOS FINANCIEROS**

Los gastos económicos originados de este proyecto fueron solventados por los investigadores por lo que se deslinda a la institución de todos los gastos.

**5.11.4 PLAN PRESUPUESTAL**

**Tabla 1. Plan Presupuestal**

PRODUCTO	PRECIO POR UNIDAD	CANTIDAD	TOTAL
lápices	\$50 (paquete 12)	2	\$100
hojas	\$100 (paquete 500 hojas )	1	\$100
Cartucho de tinta	\$800	1	\$800
Impresora	\$1700	1	\$1700
Memoria USB	\$120	1	\$120
Engrapadora	\$100	1	\$100
Grapas	\$50	1	\$50
Fotocopias	\$ 0.50 (unidad)	800	\$400
Laptop	\$8500	1	\$8500
		Total	\$11870

**5.12 FACTIBILIDAD**

Esta investigación es factible, ya que se dispone de los recursos humanos, físicos y financieros necesarios para poder lograr los objetivos.

## CAPÍTULO VI. RESULTADOS

**Tabla 2. Distribución y frecuencia de la población de estudio.**

Variable	n=378	
	n	%
<b>Edad</b> (media ± DE)	30.0±6.8	
<b>Escolaridad</b>		
Bachillerato	118	31.2
Licenciatura	195	51.6
Posgrado	31	8.2
Secundaria	34	8.8
<b>Estado Civil</b>		
Casada	82	21.7
Divorciada	3	0.8
Soltera	234	61.9
Unión libre	59	15.6
<b>Enfermedades</b>		
1.- Anemia	1	0.3
2.- Asma	6	1.6
3.- Colitis	2	0.5
4- Diabetes	4	1.3
5-. Endometriosis	1	0.3
6.- Gastritis	2	0.3
7.- Hipertensión arterial	2	0.5
8.- Hipotiroidismo	5	1.3
9.- Leucemia	1	0.3
10.- Lupus	1	0.3
11.- Miopía	1	0.3
12. Ninguna	343	90.8
13.- Obesidad	2	0.5
14.- Ovario poliquístico	4	1.1
15.- Resistencia insulina	1	0.3
16-. Sinusitis	1	0.3

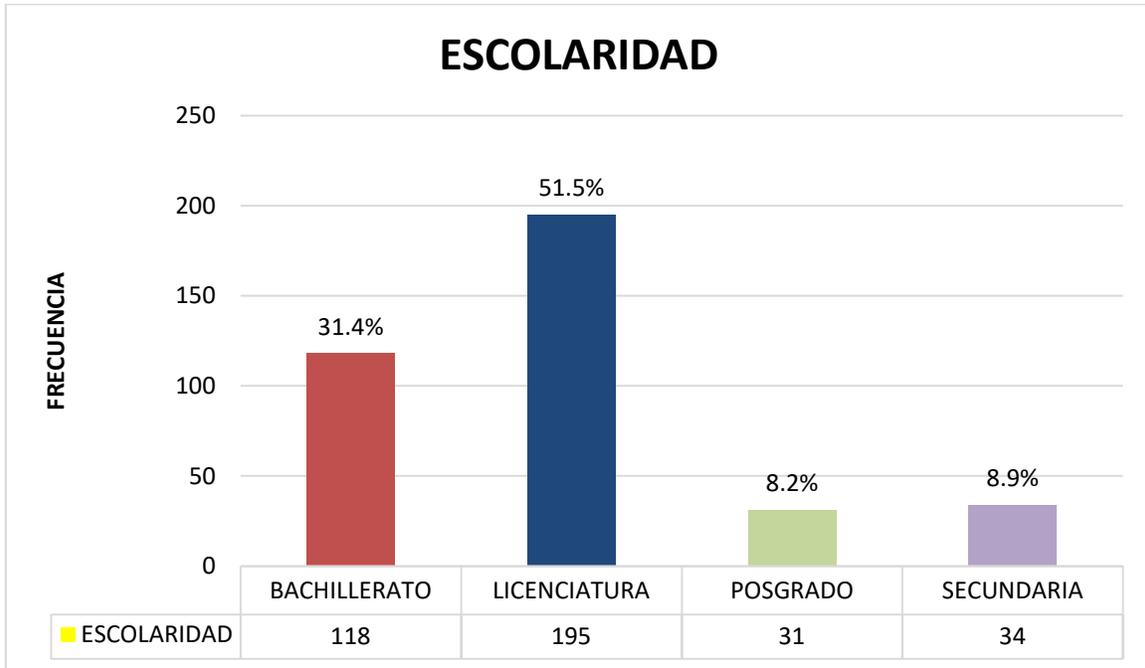
**Fuente:** Propia de la recolección de datos de las participantes.

En la tabla 2, el total de la muestra estudiada fue de 378 mujeres, y se puede observar que el promedio de edad de las participantes fue de 30 años, la escolaridad que se reportó con mayor frecuencia fue licenciatura, con un 51.6% (Grafica 1). El estado civil que predominó en esta muestra fue estar soltera con un 61.9% (Grafica 2). Más del 90% de las participantes no padecía ninguna enfermedad. De las patologías que más se mencionaron fue asma con un 1.5%, hipotiroidismo con un 1.2%, diabetes y ovario poliquístico con 1.1%, el resto de las

enfermedades que se registraron fueron muy poco frecuentes en menos del 1% (Grafica 3).

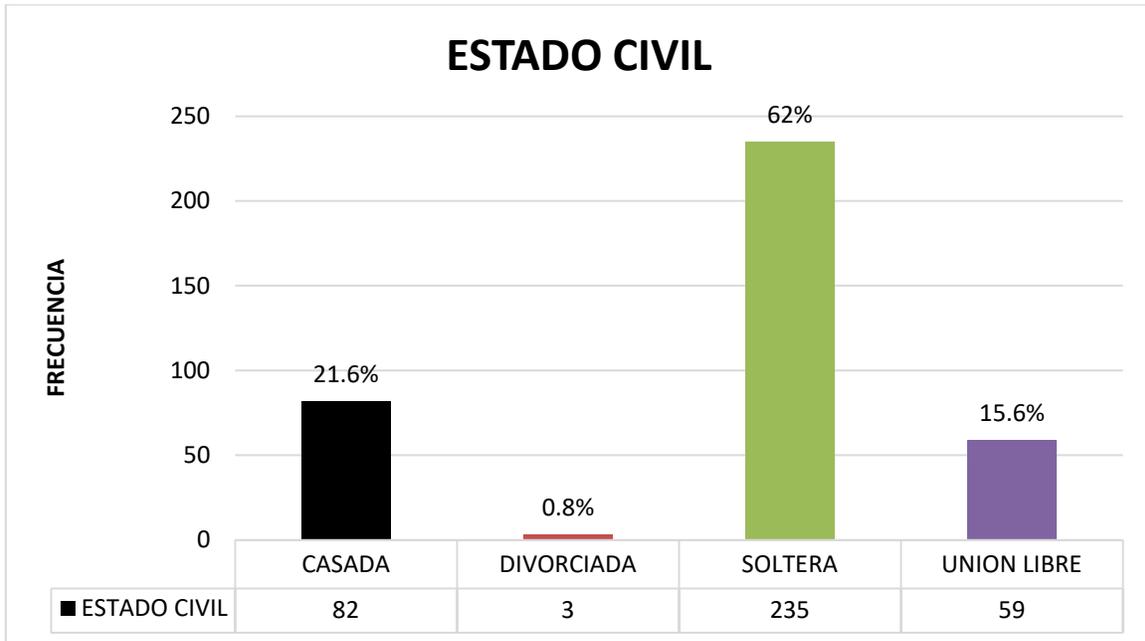
A continuación, se presenta también de manera gráfica la información del cuadro 2.

**Gráfico 1. Distribución y frecuencia de la escolaridad de la población en estudio.**



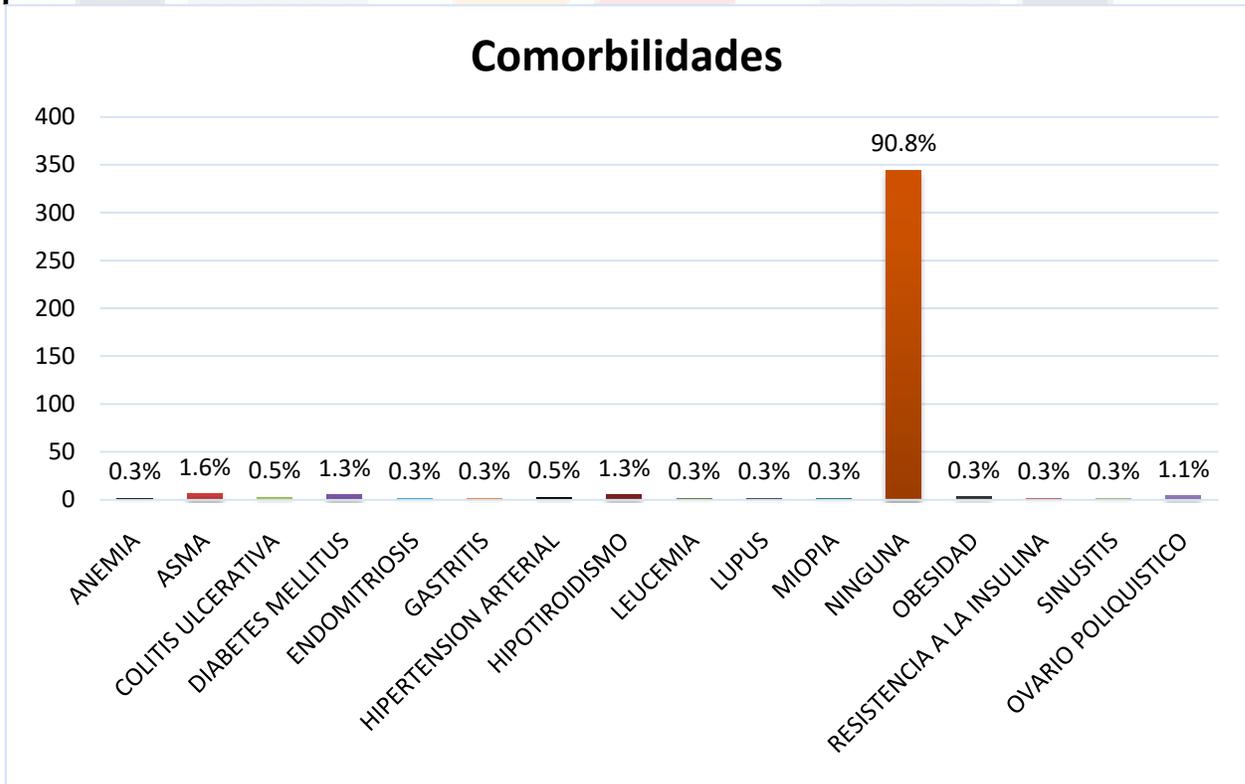
Fuente: Instrumento de Recolección de datos

**Gráfico 2. Distribución y frecuencia del estado civil de la población en estudio.**



Fuente: Instrumento de Recolección de datos.

**Gráfico 3. Distribución y frecuencia las enfermedades que padece la población en estudio.**



Fuente: Instrumento de recolección de datos.

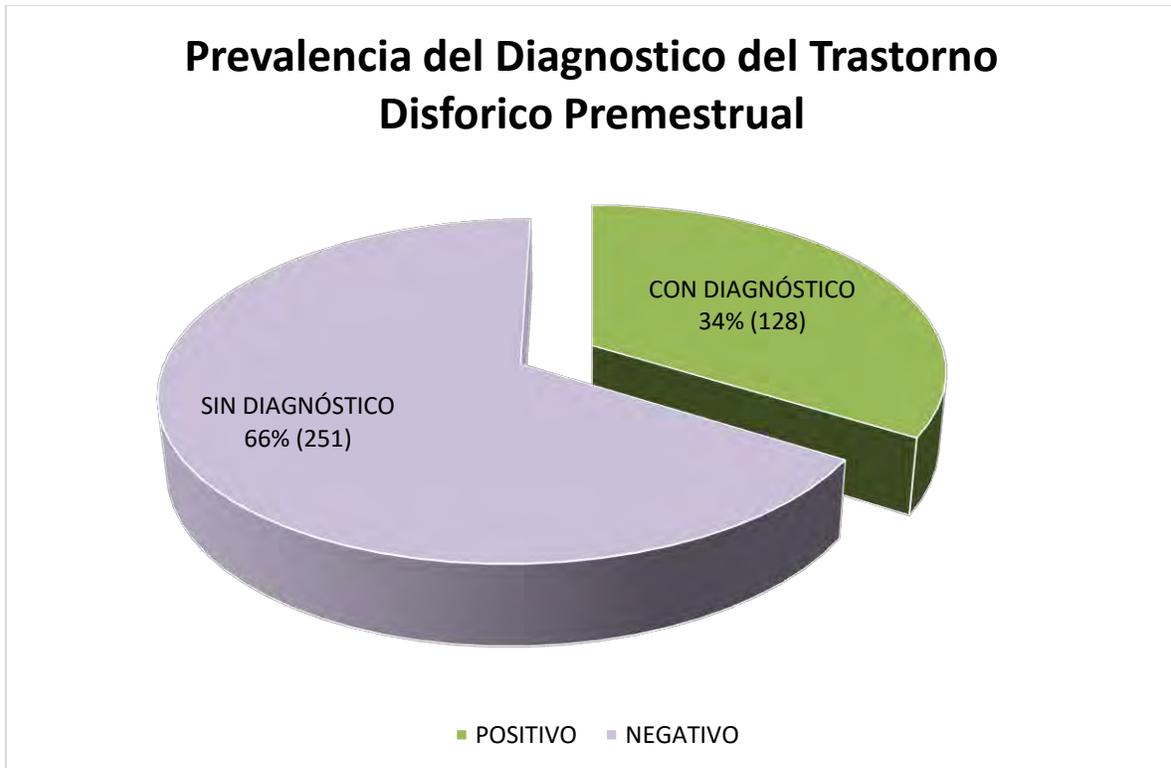
**Tabla 3. Distribución y frecuencia de los síntomas del trastorno disfórico premenstrual.**

Síntoma	Variable	
	n	%
Labilidad afectiva intensa	88	23.3
Irritabilidad intensa, aumento de conflictos interpersonales	65	17.2
Estado de ánimo intenso	37	9.8
Ansiedad, tensión, sensación de estar excitada	48	12.7
Disminución del interés por las actividades habituales	63	16.7
Dificultad subjetiva de concentración	28	7.4
Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía	67	17.7
Cambio en apetito, sobrealimentación o anhelo de un alimento en específico	54	14.2
Hipersomnias o insomnio	31	8.2
Sensación de estar agobiada o sin control	27	7.1
Síntomas como: dolor o tumefacción mamaria, dolor articular	57	15.1

**Fuente:** propia de la recolección de datos de las participantes.

Lo que se presenta en la Tabla 3, es la distribución y frecuencia de los síntomas que las participantes reportaron que estuvieron presentes. La labilidad afectiva intensa fue la que se reportó con mayor frecuencia, en un 23.3%, seguida de letargo, fatigabilidad fácil e intensa, así como falta de energía en un 17.7%; en tercer lugar, aparece la irritabilidad intensa, aumento de conflictos interpersonales con un 17.2%. El síntoma que menos se reportó, fue la sensación de estar agobiada o sin control con apenas un 7.1%.

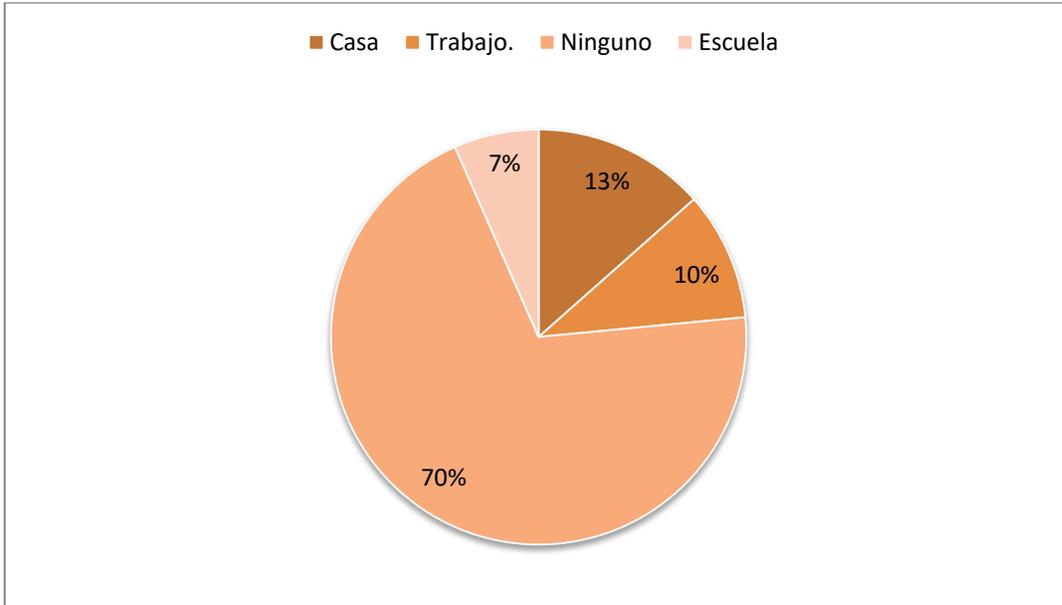
**Gráfico 4. Distribución y frecuencia de pacientes con diagnóstico positivo a trastorno disfórico premenstrual.**



**Fuente:** Instrumento de recolección de datos.

El gráfico 4 representa el resultado principal de este estudio, en el que se aprecia que el porcentaje de pacientes positivas al síndrome disfórico premenstrual fue del 34%, una cifra que no es nada despreciable, sobre todo porque las participantes no se conocían con esta patología al momento de la entrevista.

**Gráfico 5. Distribución y frecuencia de participantes con afección de actividades en las distintas actividades sociales e interpersonales.**



**Fuente:** Instrumento recolector de datos.

El gráfico 5 presenta las esferas en que se pueden presentar afecciones en las actividades sociales e interpersonales de las participantes. Aunque el 70% no tiene afectaciones de sus actividades, las relaciones interpersonales (familia o amigos) tienen un 13% de afectación en comparación con las demás áreas.

## CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio demuestran variaciones importantes en la prevalencia del TDPM comparados con los antecedentes de otros países. El TDPM es un trastorno hormonal, catalogado por el DSM V como un trastorno depresivo que inicia posterior a la ovulación, remitiendo en la menstruación con un impacto funcional importante, con una prevalencia del 4.43% e las mujeres con menstruación que en comparación con los resultados del estudio (34%) dan una diferencia significativa.(9) Por lo cual, el interés del estudio de este trastorno nace debido al sub-diagnóstico.

Al comparar los resultados de este estudio con los obtenidos en Etiopía, observamos una diferencia de 30 puntos por arriba de nuestra frecuencia, sin embargo, el grupo de edad difiere hasta por 5 años menos que nuestras participantes y el límite superior de las edades se encontró muy por debajo de edad máxima (45 años), esto depende de la población estudiada, lo que sugiere nuevos estudios con una población más joven y comparar su desempeño académico, debido a la alta prevalencia en dicho grupo de edad. En India, la prevalencia del TDPM fue del 11.11% con predominio entre los 18 y 19 años, reafirmando la gran diferencia de edades en comparación con la media de nuestro estudio (30 años, desviación estándar  $\pm 6.8$ ). (4) Así mismo, en Nepal los estudios realizados en estudiantes de psicología reportaron variaciones en sus prevalencias con una mínima de 2.1% y máxima de 37% encontrando similitud entre nuestros resultados y la máxima encontrada en este país.(6) Por otro lado, en un estudio entre Inglaterra y Estados Unidos se encontró una prevalencia del 3.2% aun así su problemática radica en la falta de apego al DSM V por el cual subestima el diagnóstico y queda muy por debajo de la frecuencia encontrada en este estudio.(7) En América Latina, en especial en Brasil, se realizaron 15 estudios sobre TDPM entre los cuales se reportó una prevalencia de 26.7% en mujeres de entre 18 y 47 años, teniendo los resultados muy similares a los nuestros tanto en frecuencia como en grupo etario, esto permitirá en el futuro una comparación entre las características sociodemográficas existentes en ambos países, analizando la

metodología, herramientas de evaluación y criterios diagnósticos que adecuen la práctica clínica e investigaciones futuras.(8)

La discrepancia que se encontró en otros estudios y este estudio resalta la importancia de considerar múltiples factores para el diagnóstico del TDPM. Esto incluye una estandarización o consenso de los procesos diagnósticos basándose en el DSM-V. (1)

En cuanto a la frecuencia de los síntomas, se observa una variabilidad importante, por ejemplo, en la India se considero a la fatiga y falta de energía como síntomas predominantes, mientras que en Nepal fue la irritabilidad y en Etiopia el estado de ánimo deprimido y síntomas físicos, todo esto comparado con los resultados obtenidos en el presente estudio catalogan a los siguientes síntomas como los más frecuentes entre las pacientes positivas: Labilidad afectiva intensa (23.3%), Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía (17.7%), Irritabilidad intensa, aumento de conflictos interpersonales (17.2%) y Disminución del interés por las actividades habituales (16.7%).(4–6)

La cultura de cada país influye significativamente sobre la intensidad, frecuencia y grado de expresión de los síntomas lo que lleva a la búsqueda o no de atención médica, esto repercute en las actividades cotidianas que desempeñan las mujeres, encontrando que el 30.1% de las pacientes presentaron afectación en sus actividades sociales e interpersonales de las cuales 10% refieren problemas laborales, 13.5% entre familia y amigos y 6.5% en sus actividades escolares. En consecuencia, casi la mitad de las mujeres con este padecimiento probablemente requieran incapacitarse o ausentarse de sus labores, lo que puede ocasionar con altos costos para las instituciones médicas y pérdidas económicas para la mujer y su familia.(3)

Por consiguiente, es crucial mejorar los criterios diagnósticos para una atención médica adecuada y reforzar estrategias para mitigar el impacto negativo en las relaciones interpersonales, laborales y sociales de las mujeres en edad productiva.

## **LIMITACIONES**

La principal es el diseño de estudio, el cual por su naturaleza transversal, no permite inferir causalidad.

Otra limitación es que solo se abordaron participantes de un grupo de edad específico en una sola Unidad de Medicina Familiar.

### **FORTALEZAS.**

En primer lugar, una de las virtudes de este estudio, es que, a diferencia de otros que se han realizado, se aplicó la lista de cotejo del DSM-V, el cual hasta el momento es considerado el Gold-Standard, esto nos da la certeza de una adecuada clasificación de las participantes.

Otra fortaleza es que se excluyeron a participantes que estuvieran con diagnósticos como depresión, trastornos hormonales u otros padecimientos en los que estuvieran consumiendo tratamientos antidepresivos y hormonales que estuvieran enmascarando algún cuadro correspondiente a este trastorno.

Y por último y no menos importante, la manera en la que se entrevistó a la paciente, de tal forma que dentro de lo posible, estuviera cómoda y se sintiera con la libertad de contestar lo más fidedignamente posible, todo esto a través de personal capacitado.

## **CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES**

El presente estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del IMSS en Aguascalientes, buscó intencionadamente la frecuencia del TDPM. En este trabajo se revelan variaciones significativas en la prevalencia y manifestación del TDPM en comparación con estudios previos a nivel global. El TDPM, catalogado por el DSM-V como un trastorno depresivo con inicio posterior a la ovulación y remisión en la menstruación, afecta a un porcentaje considerablemente mayor de mujeres en esta investigación (34%) en comparación con las cifras reportadas en otros países (1.8-5.8%). Esta discrepancia resalta la necesidad urgente de estandarizar los criterios diagnósticos, dado que el diagnóstico subóptimo contribuye a un tratamiento inadecuado que impacta negativamente en el bienestar biopsicosocial de las pacientes.

Las repercusiones del TDPM son profundas, afectando no solo la salud emocional y física de las mujeres, sino también sus relaciones interpersonales, desempeño laboral y académico. Un alto porcentaje de mujeres afectadas experimenta dificultades significativas en estas áreas, lo que puede llevar a incapacidades laborales y costos económicos importantes para las instituciones médicas y las familias.

En consecuencia, es importante buscar intencionadamente los síntomas del TDPM, para que posteriormente se pueda proporcionar una atención médica efectiva y mitigar el impacto adverso en la calidad de vida de las mujeres en edad productiva. Esto requiere un enfoque multidisciplinario que considere no solo los aspectos clínicos, sino también los socioculturales que influyen en la presentación y gestión de este trastorno complejo.

## CAPÍTULO IX. GLOSARIO

### Trastorno disfórico premenstrual

Una condición en la que una mujer sufre de depresión severa, irritabilidad y tensión antes de la MENSTRUACIÓN. El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) puede implicar una amplia gama de síntomas físicos o emocionales, que son más severos y debilitantes que las observadas con el síndrome premenstrual (SPM), y que incluyen al menos un síntoma relacionado con el estado de ánimo. Los síntomas generalmente desaparecen cuando, o poco después, comienza la menstruación.(21)

### Prevalencia

Número de casos de enfermedad o de personas enfermas, o de cualquier otro fenómeno (ej.: accidentes) registrados en una población determinada, sin distinción entre casos nuevos y antiguos. Prevalencia se refiere a todos los casos tanto nuevos como viejos, al paso que, incidencia se refiere solo a nuevos casos. (21)

### Síndrome premenstrual

Combinación de dolorosos cambios físicos, psicológicos o del comportamiento que se producen durante la fase lútea del ciclo menstrual. Los síntomas del SPM son diversos (dolor, retención de agua, ansiedad, depresión) que disminuyen mucho 2 o 3 días después del comienzo de la menstruación.(21)

## CAPÍTULO X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. DSM-V Manual Estadístico Diagnóstico. [Internet]. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®. 2013. 1000 p. Available from: <https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
2. Ruz NP, González LC, Franco AR. Síndrome disfórico premenstrual de docentes preescolares en Mérida, Yucatán. *Ginecol Obstet Mex.* 2009;77(4):183–8.
3. Agostini G. Trastorno Disfórico Premenstrual ( TDPM ). 2018;238–43.
4. Tsegaye D, Getachew Y. Premenstrual dysphoric disorder and associated factors among female health science students in Wollo University, Ethiopia, 2017/18. *Matern Heal Neonatol Perinatol.* 2019;5(1):1–8.
5. Koganti CT, Bobba NS. A Study on the Prevalence of Premenstrual Dysphoric Disorder in Medical Students. *Acad J Med.* 2020;3(1):74–7.
6. Jha RK, Jha M. Prevalence of Premenstrual Dysphoric Disorder among Female Students of a Medical College in Nepal: A Descriptive Cross-sectional Study. *J Nepal Med Assoc.* 2022;60(245):72–6.
7. Reilly TJ, Patel S, Unachukwu IC, Knox C, Wilson CA, Craig MC, et al. The prevalence of premenstrual dysphoric disorder : Systematic review and. *J Affect Disord* [Internet]. 2024;349(August 2023):534–40. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.01.066>
8. Perissê NC, De Sá AAL, Cardozo C, Roriz CFR, De Macêdo DM, Martins FW de M, et al. Transtorno Disfórico pré-menstrual no Brasil: etiologia, prevalência e diagnóstico. *Brazilian J Heal Rev.* 2022;5(5):20736–47.

9. Thakrar P, Bhukar K, Oswal R. Premenstrual dysphoric disorder: Prevalence, quality of life and disability due to illness among medical and paramedical students. *J Affect Disord Reports*. 2021;4(January).
10. Tiranini L. Recent advances in understanding / management of premenstrual dysphoric disorder / premenstrual syndrome. 2022;(11).
11. Carlini S V, Lanza T, Deligiannidis KM, Mcnally ST, Lester J. Management of Premenstrual Dysphoric Disorder: A Scoping Review. 2022;(December):1783–801.
12. Malvika D, Supriya A. Pre-menstrual Dysphoric Disorder: A Review. *J Psychosexual Heal*. 2019;1(1):32–6.
13. Besio C, Martínez V, Montero A. Síndrome Premenstrual y Trastorno Disfórico Pre- menstrual en la Adolescencia. *Rev Chil Psiquiatr Neurol Infanc Adolesc* [Internet]. 2012;23(3):163–70. Available from: [http://www.milenio-depresion.cl/download/articulos/sindrome\\_premenstrual\\_y\\_trastorno\\_disforico\\_premenstrual\\_en\\_la\\_adolescencia.pdf](http://www.milenio-depresion.cl/download/articulos/sindrome_premenstrual_y_trastorno_disforico_premenstrual_en_la_adolescencia.pdf)
14. Lanza T. P r e m e n s t r u a l D y s p h o r i c D i s o r d e r. *Med Clin NA* [Internet]. 2019;103(4):613–28. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.02.007>
15. Cary E, Senior H, Simpson P. Premenstrual disorders and PMDD - a review. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* [Internet]. 2024;38(1):101858. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.beem.2023.101858>
16. Javid Q. Premenstrual dysphoric disorder: Review of the available literature. *Rev Artic Isra Med J* | [Internet]. 2020;12(3):159–63. Available from: <http://eds.b.ebscohost.com.proxy1.calsouthern.edu/eds/detail/detail?vid=2&sid=f80db0a1-6b2b-4188-a004-3708648e33cb%40pdc-v-sessmgr03&bdata=JnNpdGU9ZWRzLWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3D%3D#AN=146226258&db=asx%0Ahttp://www.imj.com.pk/wp->

content/uploads/2020/09/11.-

17. Carlini S V, Deligiannidis KM, Hospital ZH, Oaks G. a concise review. 2021;81(2):1–5.
18. Steiner P. 61 (Suppl 12). J Clin Psychiatry. 2000;61(suppl 12):17–21.
19. Consejo de salubridad General. Norma oficial mexicana nom-012-ssa3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. [Internet]. secretaria de salud. 2013. Available from: [https://dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gs.c.tab=0](https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013#gs.c.tab=0)
20. Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. Available from: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
21. Biblioteca Virtual en Salud [Internet]. [cited 2024 Feb 18]. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/decs-locator/?lang=es>

**CAPÍTULO XI. ANEXOS**

**ANEXO A. CRONOGRAMA ACTIVIDADES**

No.	ACTIVIDADES ESPECIFICAS DE TRABAJO	26-31 ENE 2024	01-20 FEB 2024	21 FEB 2024	22-29 FEB 2024	01-10 MAR 2024	11-18 MAR 2024	19-25 MAR 2024	26-31 MAR 2024	01-10 ABR 2024	11-15 ABR 2024	16-30 ABR 2024	01-15 MAY 2024
1	Búsqueda sistemática												
2	Realizar antecedentes científicos												
3	Marco teórico y conceptual												
4	Justificación y planteamiento del problema												
5	Realizar metodología												
6	Envío de protocolo a revisión por CLIES 101												
7	Dictamen de evaluación por CLIES 101												
8	Trabajo de campo (aplicación de encuestas)												
9	Elaboración de base de datos y captura												
10	Análisis e interpretación de los resultados												
11	Realizar discusiones y conclusiones												
12	Elaboración de escrito												
13	Redacción Manuscrito tesis												
14	Redacción Manuscrito Artículo												
15	Publicación de artículo												
16	Difusión de resultados												

## ANEXO B. CONSENTIMIENTO INFORMADO

 <div style="text-align: center;"> <b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</b>  <b>UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD</b>  <b>COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</b>  <b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</b> </div>							
Nombre del estudio:	Distribución y frecuencia del trastorno disfórico premenstrual en mujeres de 20 a 45 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar #1 OOAD Aguascalientes.						
Lugar y fecha:	Aguascalientes Ags a _____ de _____ del 2024						
Número de registro:	R-2024-101-035						
Justificación y objetivo del estudio:	Se me ha explicado que este estudio contribuye a la realización de un registro sobre la distribución y frecuencia del trastorno disfórico premenstrual en mujeres de 20 a 45 años de un primer nivel de atención en Aguascalientes, y de esta manera, contribuir a esclarecer un vacío de información. La información obtenida se encontrará disponible en formato físico en la UMF 1, y en forma digital en el repositorio bibliográfico de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Este registro da la pauta a que se realicen posteriormente nuevas investigaciones en cuanto a la disminución de la calidad de vida, costos en salud, entre otros efectos que puede tener para el paciente y la institución el conocer y comprender la prevalencia del trastorno disfórico premenstrual						
Procedimientos:	Se me ha explicado la estructura del instrumento propuesto que trata de un cuestionario con cuatro secciones, la primera que interroga los aspectos sociodemográficos (4 ítems), la segunda sobre síntomas principales en un periodo de 2 ciclos menstruales (4 ítem), la tercera que corresponde síntomas secundarios (7 ítems) y la cuarta sección corresponde a la presencia de problemas en la vida social (3 ítems).						
Posibles riesgos y molestias:	No existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, solo la molestia de proveer aproximadamente 15 minutos para contestar las preguntas que se me solicitan. ¿Identifica adecuadamente el riesgo de investigación? No, debido a que es un cuestionario que considera la conducta emocional.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Contribución a la generación de conocimiento respecto a la distribución y frecuencia del trastorno disfórico premenstrual en mujeres de 20 a 45 años de un primer nivel de atención en Aguascalientes.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El resultado será conocer la distribución y frecuencia del trastorno disfórico premenstrual en mujeres de 20 a 45 años de un primer nivel de atención en Aguascalientes						
Participación o retiro:	Se puede retirar cuando usted lo considere necesario, entiendo que mi participación es voluntaria y conservo el derecho de retirarme del proyecto en el momento que yo lo considere pertinente						
Privacidad y confidencialidad:	Los datos otorgados durante la investigación serán confidenciales y no se identificará públicamente ya que será manejado de manera anónima. No se dará a conocer mi identidad, la cual siempre será protegida						
En caso de colección de material biológico (si aplica)	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px;"><input type="checkbox"/></td> <td>No autorizo que se tome la muestra</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sí autorizo que se tome la muestra solo para este estudio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Su autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra	<input type="checkbox"/>	Sí autorizo que se tome la muestra solo para este estudio	<input type="checkbox"/>	Su autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros
<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra						
<input type="checkbox"/>	Sí autorizo que se tome la muestra solo para este estudio						
<input type="checkbox"/>	Su autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Esclarecer el vacío de conocimiento que se tiene sobre la distribución y frecuencia del trastorno disfórico premenstrual en mujeres de 20 a 45 años de un primer nivel de atención en Aguascalientes, y con ello, se puedan llevar a cabo posteriores investigaciones para pautar mejores condiciones de seguimiento y tratamiento de los médicos familiares de la unidad.						
Beneficios al término del estudio:							
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio, podrá dirigirse a:							
Investigador principal:	Dra. Jannett Padilla López, Unidad de medicina Familiar No. 1 OOAD Aguascalientes., Medico Familiar, Domicilio: Boulevard José María Chávez 1202 Aguascalientes Ags. Fraccionamiento Lindavista CP: 20270. 449939022 Ext. 41400 Correo electrónico: <a href="mailto:jannis_padilla@hotmail.com">jannis_padilla@hotmail.com</a>						
Investigadora asociada	Dra. Alicia Alanís Ocadiz. Unidad de medicina Familiar No. 8 OOAD Aguascalientes, 99100013, Medico Familiar, venida alameda no. 702, colonia del trabajo. C.P. 20180. 4492173786 Ext. 41400 Correo electrónico: <a href="mailto:alanisdr@hotmail.com">alanisdr@hotmail.com</a>						
Investigadores asociados:	Dr. Juan Jesús Emilio Fernández Mar Hospital General de Zona No. 1, Unidad Medico Familiar No. 1, José María Chávez No. 1202, Col Lindavista, C.P. 20270, Aguascalientes, Ags. 449-269-37-49, 98012407, Correo electrónico: <a href="mailto:milo_16_10@hotmail.com">milo_16_10@hotmail.com</a>						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>							
<hr/> Nombre y firma del sujeto  Testigo 1  <hr/> Nombre, dirección, relación y firma	Dra. Jannett Padilla López  Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento  Testigo 2  <hr/> Nombre, dirección, relación y firma						

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

\*En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica

Clave: 2810-009-013



**ANEXO C. INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

FECHA:

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

NIVEL DE ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

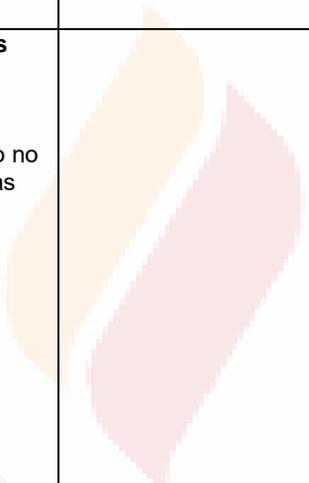
COMORBILIDADES: \_\_\_\_\_

Marcar con una X la opción que considere correcta, puede ser más de una respuesta. Las preguntas se relacionan con los 2 últimos ciclos menstruales y que hayan desaparecido en parcial o totalmente al inicio de la menstruación. Si alguno de los síntomas mencionados, le han ocurrido en meses anteriores a lo preguntado, favor de indicarlo al encuestador.

1.- Usted en los últimos 2 ciclos ha presentado:	
- Labilidad afectiva intensa (por ejemplo, cambios de humor, de repente esta triste o llorosa, sensación de rechazo)	
- Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales	
- Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodestrucción	
- Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta	
2. - Usted en los últimos 2 ciclos ha presentado:	
- Disminución del interés por las actividades habituales (por ejemplo, trabajo, escuela, amigos, aficiones)	
- Dificultad subjetiva de concentración	
- Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía	
- Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos	
- Hipersomnias o insomnio	
- Sensación de estar agobiada o sin control	
- Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso	
3. Usted en los últimos 2 ciclos ha presentado síntomas tan significativos que ha tenido disminución en la productividad de:	
- Trabajo	
- Escuela	
- Casa (familia o amigos)	

ANEXO D. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	ITEMS
<b>Datos sociodemográficos</b> Conjunto de características biológicas, socioeconómico, culturales que están presentes en la población en la que se realizará el estudio		<b>Edad</b> Lapso de tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento de la referencia	Cuantitativa	EDAD: _____ _____
		<b>Estado civil</b> Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco.	Cualitativa Ordinal	ESTADO CIVIL: _____ 1.- Soltero 2.- Casado 3.- Unión libre 4.- Divorciado 5.- Viudo 6.- Separado
		<b>Nivel de estudio.</b> Nivel de educación más alto que una persona ha terminado	Cualitativa ordinal	NIVEL DE ESCOLARIDAD: _____ 1.- Sin escolaridad. 2.- Primaria. 3.- Secundaria. 4.- Preparatoria. 5.- Técnico. 6.- Profesional. 7.- Posgrado. 8.- Otro, especifique _____
<b>Comorbilidades</b> Presencia de enfermedades coexistentes o adicionales en relación al diagnóstico inicial o con respecto a la condición señalizadora sujeto del estudio.		<b>Comorbilidades</b> Enfermedades presentes en el paciente antes del estudio.	Cualitativa Nominal	COMORBILIDADES: _____ _____
<b>Trastorno disfórico premenstrual</b> Una condición en la que una mujer sufre de depresión severa, irritabilidad y tensión antes de la menstruación				
	<b>Síntomas principales</b>		Cualitativa nominal	1.- Usted en los últimos 2 ciclos ha

	<p>síntomas que caracterizan al trastorno disfórico premenstrual</p>			<p>presentado:                  Labilidad afectiva intensa (por ejemplo cambios de humor, de repente esta triste o llorosa, sensación de rechazo) ____                  Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales ____                  Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodestrucción ____                  Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta ____</p>
	<p><b>Síntomas menos frecuentes</b>                  Síntomas que se presentan en la enfermedad, pero no son características del trastorno disfórico premenstrual</p>		<p>Cualitativa nominal</p>	<p>2. - Usted en los últimos 2 ciclos ha presentado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución del interés por las actividades habituales (por ejemplo trabajo, escuela, amigos, aficiones)</li> <li>- Dificultad subjetiva de concentración</li> <li>- Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía</li> <li>- Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos</li> <li>- Hipersomnia o insomnio</li> <li>- Sensación de estar agobiada o sin control</li> <li>- Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de "hinchazón" o aumento de peso</li> </ul>

	<p><b>Disminución de las actividades de la vida diaria</b>                  Afectación de las actividades sociales e interpersonales</p>		<p>Cualitativa nominal</p>	<p>3. Usted en los últimos 2 ciclos ha presentado síntomas tan significativos que ha tenido disminución en la productividad de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trabajo</li> <li>- Escuela</li> <li>- Casa (familia o amigos)</li> </ul>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	----------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



**ANEXO E. MANUAL OPERACIONAL**

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Para las características socio demográficas, el entrevistador seguirá los siguientes pasos.

1.- Aquí se colocará la fecha del día de la entrevista

“FECHA: 10 de marzo del 2024”

2.- En este espacio se colocará el nombre de la paciente y la edad

“NOMBRE DEL PACIENTE: JOSEFINA VAZQUEZ RANGEL” “EDAD: 25 años”

3.- Posteriormente, El entrevistador indagará sobre el máximo nivel de estudios logrado y el estado civil

“NIVEL DE ESCOLARIDAD: Licenciatura” “ESTADO CIVIL: CASADA”

4.- El entrevistador preguntará sobre las comorbilidades presentes en la paciente

“COMORBILIDADES: Diabetes mellitus”

5.- En esta sección, el entrevistador marcará con una “X” si la participante refiere haber presentado uno de los siguientes síntomas principales en los 2 ciclos anteriores.

1.- Usted en los últimos 2 ciclos ha presentado:	
- Labilidad afectiva intensa (por ejemplo cambios de humor, de repente esta triste o llorosa, sensación de rechazo)	
- Irritabilidad intensa, o enfado, o aumento de los conflictos interpersonales	
- Estado de ánimo intensamente deprimido, sentimiento de desesperanza o ideas de autodestrucción	
- Ansiedad, tensión y/o sensación intensa de estar excitada o con los nervios de punta	

6.- En esta sección, el entrevistador marcará con una “X” si la participante refiere haber presentado uno de los siguientes síntomas menos frecuentes en los 2 ciclos anteriores.

2. - Usted en los últimos 2 ciclos ha presentado:	
- Disminución del interés por las actividades habituales (por ejemplo trabajo, escuela, amigos, aficiones)	
- Dificultad subjetiva de concentración	
- Letargo, fatigabilidad fácil o intensa falta de energía	
- Cambio importante del apetito, sobrealimentación o anhelo de alimentos específicos	
- Hipersomnia o insomnio	
- Sensación de estar agobiada o sin control	
- Síntomas físicos como dolor o tumefacción mamaria, dolor articular o muscular, sensación de “hinchazón” o aumento de peso	

7.- En esta última sección, el entrevistador marcará con una “X” si la participante refiere haber presentado síntomas tan significativos que ha tenido disminución en sus actividades productivas o problemas en las esferas marcadas.

3. Usted en los últimos 2 ciclos ha presentado síntomas tan significativos que ha tenido disminución en la productividad de:	
- Trabajo	
- Escuela	
- Casa (familia o amigos)	

Se valorarán los resultados de la siguiente manera: cada respuesta positiva será un punto, cero puntos si la respuesta es negativa; así mismo, un punto o más en los síntomas principales más un punto o más en los síntomas menos frecuentes del diagnóstico del trastorno disfórico premenstrual.

**ANEXO F: CARTA DE NO INCONVENIENTE.**

