

## *PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DE UNA MUESTRA DE MUJERES CON TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL*

**Agustín Quílez Clavero**

Correo electrónico: agustinquilez@hotmail.com

Universidad de Zaragoza (Programa de Doctorado de Sociología de las Políticas Públicas y Sociales).

Recepción: 17/04/2016      Aceptación: 15/06/2016



### **Resumen**

---

#### ***Objetivo:***

Estudiar el perfil sociodemográfico de las mujeres con Trastorno Disfórico Premenstrual para valorar factores que inciden en su patología y explorar las consecuencias del trastorno.

#### ***Material y método:***

Encuesta autoadministrada online gracias a una herramienta informática de realización de encuestas on line. El estudio tuvo un carácter transversal por su distribución en cuatro foros de internet de distintos países. Se centraron las preguntas en conocer ciertas variables sociodemográficas como edad, tipo de convivencia, nivel de ingresos, nivel de estudios, tamaño del lugar de residencia o situación laboral. También se incluyeron algunos ítems para conocer las consecuencias de la enfermedad.

#### ***Resultados:***

La muestra de 102 mujeres, no representativa, permitió la elaboración de un perfil de mujer con Trastorno Disfórico Premenstrual usuaria de foros de Internet. Por otro lado se comprobó que las mujeres encuestadas aportaron información que concuerda con el cuadro sintomático de la literatura especializada. Gracias a las preguntas de control

emergió otra muestra no prevista de 110 encuestadas, que, sin contar con diagnóstico por parte de especialistas, participaban en los mismos foros que las mujeres sí diagnosticadas por expertos.

***Conclusiones:***

Se trazó un perfil sociodemográfico de una muestra de afectadas y se logró un conocimiento actualizado de las consecuencias de este trastorno en esa misma muestra. Se evidenció la necesidad de adoptar estrategias metodológicas específicas para este tipo de estudios a través de Internet, como ganarse el apoyo de las moderadoras; motivar a la contestación y responder las dudas planteadas en el foro de forma regular; controlar cómo se va produciendo la recogida de cuestionarios; y evitar adulteraciones de los resultados velando por la autenticidad de la contestación.

***Palabras clave:*** Trastorno disfórico premenstrual, encuesta autoadministrada online, apoyo mutuo on line, perfil sociodemográfico, estudios transversales.

**Abstract**

---

***Objective:***

To study the socio-demographic profile of women with Premenstrual Dysphoric Disorder to assess factors those have an impact on their pathology and to explore the consequences of the disorder.

***Materials and method:***

Self-administered online survey distributed in four different internet forums around the world. The survey compiled socio-demographic data such as age, level of income, level of education, size of hometown, marital situation and employment status. Certain health-related items were also included to focus on the consequences of the illness.

***Results:***

This non-representative sample served to create a profile of women with Premenstrual Dysphoric Disorder who use Internet forums. The women surveyed provide information that closely fitted the symptom profile in the specialized literature. Thanks to the control questions another unplanned sample emerged of 110 women not diagnosed by

professionals participating in internet forums. This sample was used to make comparisons.

***Conclusions:***

The creation of a socio-demographic profile highlighted the consequences of Premenstrual Dysphoric Disorder. From the methodological point of view, the results highlighted the need to use specific strategies in internet-based studies to improve participation and to check the authenticity of the responses.

***Keywords:*** Premenstrual dysphoric disorder, self-administered online survey, self-support, socio-demographic profile, international research.

## Introducción

---

El convencimiento de que los factores sociales inciden de modo decisivo en la salud de las personas (Escartín y Gimeno, 2013) ha motivado este estudio. De hecho, existen estudios que identifican los factores sociológicos como claves en el desarrollo de la depresión (Montesó-Curtó, et al. 2011). Con esta encuesta, se ha buscado aportar un conocimiento que puede ser útil para una comprensión integral del Trastorno Disfórico Pemenstrual (TDPM). La investigación de los aspectos sociales del mismo, hasta el momento no ha sido abordada. Por ese motivo se justificaría ésta y futuras investigaciones. Con esta aproximación, pionera y no concluyente, se busca complementar los conocimientos que, del fenómeno, ya se atesoran desde el punto de vista biológico.

En primer lugar se debe explicar en qué consiste este trastorno. Se trata de un cuadro sintomático que aparece en el periodo posovulatorio-premenstrual. Tras la menstruación los síntomas desaparecen. Los síntomas esenciales, recogidos por el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V, 2014:172), son “la expresión de labilidad afectiva, disforia y síntomas de ansiedad.” (La lista completa incluye los siguientes: cambios en el apetito, retraimiento social, trastornos del sueño, disminución del interés; sentimiento de falta de control, irritabilidad, oscilaciones del ánimo, disminución de la concentración, Ansiedad/tensión, depresión, dolor, alteraciones del sistema nervioso central alteración del sistema autónomo, trastornos hidroelectrolíticos, trastornos dermatológicos). Para su diagnóstico se precisa registrar los síntomas diariamente durante al menos dos ciclos sintomáticos. También es preciso un diagnóstico diferencial (principalmente) con trastornos como el bipolar, el Síndrome Premenstrual (SPM) o la dismenorrea.

Se considera que el TDPM es la exacerbación del SPM (Márquez, 2007). Cuando los síntomas dominantes son conductuales se habla de TDPM. La diferencia entre una y otra categoría es la mayor severidad del TDPM. En este caso se da una interferencia en el desempeño de las funciones social, familiar y laboral (Landa-Goñi y Avellaneda-Moreno (2006). Mientras se considera que el TDPM tiene una prevalencia de entre el 3 y el 8% de las mujeres en edad reproductiva, el SPM tendría una incidencia no menor del 30 %. Los datos se han recogido del estudio de Tschudin et al. (2010), pero las

mencionadas autoras resaltan que según los métodos empleados por los diferentes estudios las cifras pueden oscilar.

Las investigaciones distan de ser definitivas. En algunas publicaciones, incluso se plantean dudas sobre su diagnóstico porque puede confundirse con el trastorno bipolar (Studd, 2012). También se apunta la dificultad de diferenciarlo del SPM (Deel, 2004) e incluso se duda de su misma entidad diagnóstica (Brown, 2015) que lo considera como una construcción social. En cualquier caso merece ser estudiado con mayor profundidad por sus graves consecuencias. En una investigación acerca de la calidad de vida de los trastornos depresivos y de ansiedad (Rappaport et al., 2005) se consideraba al TDPM con una gravedad equiparable a otras enfermedades como el trastorno bipolar o el trastorno depresivo mayor. Incluso el DSM-V se hace eco del riesgo de suicidios que provoca. Esta gravedad, que ocasiona consecuencias en forma de bajas laborales y divorcios (Lanchares, 2014), aconseja la asunción de futuras investigaciones. Así lo cree el equipo de Rappaport (2005) que aboga por una psiquiatría que no dedicada exclusivamente al tratamiento estandarizado de los síntomas sino también a tener presente la calidad de vida de los pacientes. En ese intento por contribuir a desmedicalizar el cuerpo de la mujer (Vals-Llobet, 2008), se propone este estudio que, en algunos aspectos, parte de las preocupaciones de las afectadas.

## **Material y método**

---

### ***Participantes***

El estudio que se presenta se llevó a cabo gracias a las respuestas de una encuesta a un grupo de 212 mujeres que frecuentaban foros *on line* sobre el TDPM. El cuestionario se presentó via on-line (O'Reilly, 2005). Como en otros estudios (Camarero et al., 2005), se optó por dirigir la encuesta a un grupo localizado sin que hubiera posibilidad de muestreo aleatorio. Participaron mujeres fundamentalmente de cuatro foros: tres de habla inglesa y uno de habla española. En estos foros, participan, mayoritariamente, mujeres de Australia, Estados Unidos, Hispanoamérica y Reino Unido. De hecho las respuestas procedieron de 58 mujeres residentes en España, 50 mujeres en Estados Unidos, 36 en Reino Unido, 16 en Australia, 6 en Argentina y 5 en Canadá. El resto de

países no contaba con más de dos encuestadas. En total se recibieron respuestas de 28 países distintos.

La primera decisión metodológica que se tomó vino dada por el alto número de mujeres participantes que no habían sido diagnosticadas por especialistas titulados (en medicina general, psiquiatría, ginecología o psicología). De la muestra total se contabilizaron 212 mujeres, 102 diagnosticadas por especialistas y 110 que no habían sido diagnosticadas por los profesionales nombrados. De esas 110 mujeres, 66 marcaron la casilla de Autodiagnóstico, 32 marcaron la casilla de no haber sido diagnosticadas y 13 marcaron la opción otros. La gran relevancia de este segundo grupo merece la atención investigadora pero por cuestiones de espacio no se abordará en esta ocasión. Se ha preferido no desvirtuar el resultado de un estudio que fue pensado para conocer más un trastorno determinado. Probablemente incluir personas no diagnosticadas podría comprometer el rigor metodológico y académico. Sin embargo, de cara a saber más sobre la salud de la mujer, todas las componentes de la muestra son merecedoras de atención y no se descarta para futuros envites tener en cuenta la totalidad de las respondientes.

El grupo de mujeres no diagnosticadas cumple criterios para ser considerada como grupo de control (Alvira, 1999) y ayudará en la discusión de resultados para hacer comparaciones.

Se obtuvo el consentimiento dirigiendo una petición a las administradoras de los foros, las cuales promovieron que se realizara la investigación (en sus distintas fases). Se partió de una lógica de colaboración entre las partes. Es decir, hubo un acuerdo previo a la realización de la investigación. Fueron las administradoras quienes se encargaron de presentar la investigación en los foros. Concretamente, en el caso de la encuesta, el texto introductorio, explicaba los fines de la misma (investigación y de difusión de los resultados). Por otra parte se expresaba un compromiso con la confidencialidad y el anonimato, de hecho, no se pedían datos personales.

### ***Instrumentos***

Los resultados obtenidos a través de la encuesta son fruto del empleo de instrumentos ya usados en otras encuestas para lograr la aceptación por parte de la Comunidad Científica. Las categorías utilizadas (Cea, 2001), como por ejemplo, el nivel de

estudios, de ingresos, el tipo de convivencia la edad o la profesión, son variables cuyo interés ha sido ampliamente estudiado.

Se abordó una adaptación lingüística a la diferente realidad de las encuestadas puesto que unas eran angloparlantes y otras castellanoparlantes. Se tuvo que redactar una encuesta bilingüe y se tuvieron que arbitrar algunas categorías que fueran análogas a la realidad por la que se preguntaba. No se contaba con ningún cuestionario previo de similares características (ni en inglés, ni en castellano).

Previamente a la elaboración de la encuesta se realizó una labor exploratoria, dentro de la lógica de un diseño de investigación social. En primer lugar se inició una fase de familiarización con el fenómeno a través de técnicas cualitativas mediante tres encuestas cualitativas a usuarias de los foros (Valles, 2014). En segundo lugar se analizaron los foros para determinar la consistencia del estudio (Quílez, 2015) de cara a la fiabilidad y validez para la Comunidad Científica. Y en tercer lugar se diseñó y se administró la encuesta, para lo cual ayudó este trabajo previo.

La encuesta fue administrada a usuarias de los foros de cara a su validación. Las moderadoras (y otras usuarias) de los foros pudieron hacer observaciones para contribuir a que la comprensión de las preguntas fuera adecuada. Tras asumir esas consideraciones la encuesta se dio por perfeccionada<sup>1</sup> (Ver anexo 1).

El tipo de técnica empleada, la encuesta autoadministrada, fue posible gracias al software Typeform (Díaz, 2010). De los diferentes programas que se sopesaron, se consideró que el nombrado, ofrecía unas ventajas visuales, de comodidad para las encuestadas, que no ofrecía el resto.

### ***Procedimiento***

Durante, aproximadamente, un mes, se pidió colaboración en los cuatro foros de Internet para que se cumplimentara la encuesta. Se contó con la colaboración de las moderadoras de los foros. Se optó por no pasar un largo cuestionario. Según las estadísticas del software, el cuestionario se cumplimentaba en 8 minutos, tal y como se

---

<sup>1</sup> Téngase presente que la presentación, vía internet, fue distinta a la presentada en el anexo 1, en busca de facilitar la participación. Su visualización original tuvo muy en cuenta que fuera atractiva y sencilla para las encuestadas. Las administradoras de los cuatro foros promovieron la participación, y fueron claves para que se confiara en la investigación. Se puede acceder al cuestionario original en, <https://agustinquilez.typeform.com/to/BMM3Zg>

había previsto en las pruebas. Las moderadoras anunciaron este breve tiempo de dedicación en público para animar a la participación.

Para verificar la autenticidad de las encuestas, se pidió el correo electrónico (no de modo obligatorio) explicando que era importante el dato para comprobar que el cuestionario se respondía de buena fe. En la cabecera de la encuesta se expresaba que los datos que iban a proporcionar tenían como fin único la investigación y la publicación de sus resultados en ámbito académico.

Antes de presentar el apartado de resultados, se hablará de las precauciones a considerar sobre las encuestas auto administradas (en este caso por Internet). En otros estudios (Burgo et al, 2006) se planteaban dudas cuando se forzaba a las encuestadas a auto aplicarse ciertas cuestiones complejas. Por lo tanto se asumía una limitación en cuanto a la simplificación y un riesgo, el de la autenticidad, al no tratarse de una encuesta cara a cara. La simplificación requirió un esfuerzo puesto que había que buscar ser riguroso pero a la vez plantear las cuestiones de modo sencillo (de ahí las preguntas tipo “Si/No”). La falta de fiabilidad se afrontó previamente. Por los motivos expresados, se buscó una forma para verificar posibles respuestas no conscientes. Se introdujeron ciertas preguntas abiertas que obligaban a las entrevistadas a escribir unas líneas. Por otra parte, se pidió el correo electrónico para posteriores verificaciones. Es decir: se plantearon métodos de control. Se obtuvieron 184 correos electrónicos (n=212), que permitían verificar la autenticidad de los formularios enviados. En 28 casos (13 %) no se cumplimentó este apartado (no obligatorio). Este alto porcentaje de direcciones electrónicas, voluntariamente cedidas, puede relacionarse con una actitud proclive a someterse a una comprobación de la autenticidad.

Para valorar la intensidad de los síntomas, y su influencia en la vida cotidiana, se formularon unas preguntas con dos opciones de respuesta (ver cuestionario)

Así mismo se plantearon algunas preguntas tipo escala Likert para valorar de un modo gradual ciertos aspectos de la vida de las pacientes, según tabla 2. El valor 0 significaba estar totalmente en desacuerdo. En el otro extremo se ubicaba el valor 4 (totalmente de acuerdo). Las preguntas eran todas de obligada cumplimentación excepto la referente a la Religión, pero fue contestada por todas las encuestadas (ver cuestionario)

Para el análisis del perfil sociodemográfico, o cuestiones relativas al diagnóstico, se emplearon preguntas de múltiple respuesta, sin dar opción a más de una contestación. Para otras preguntas se optó por la pregunta abierta (Ejemplo: opinión sobre el foro).

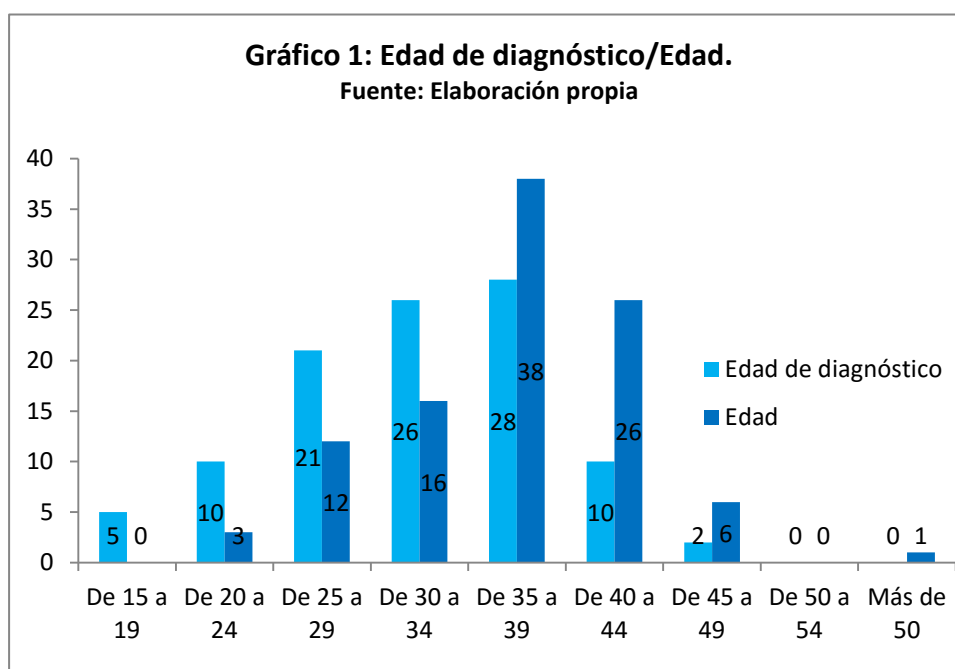


## Resultados y discusión

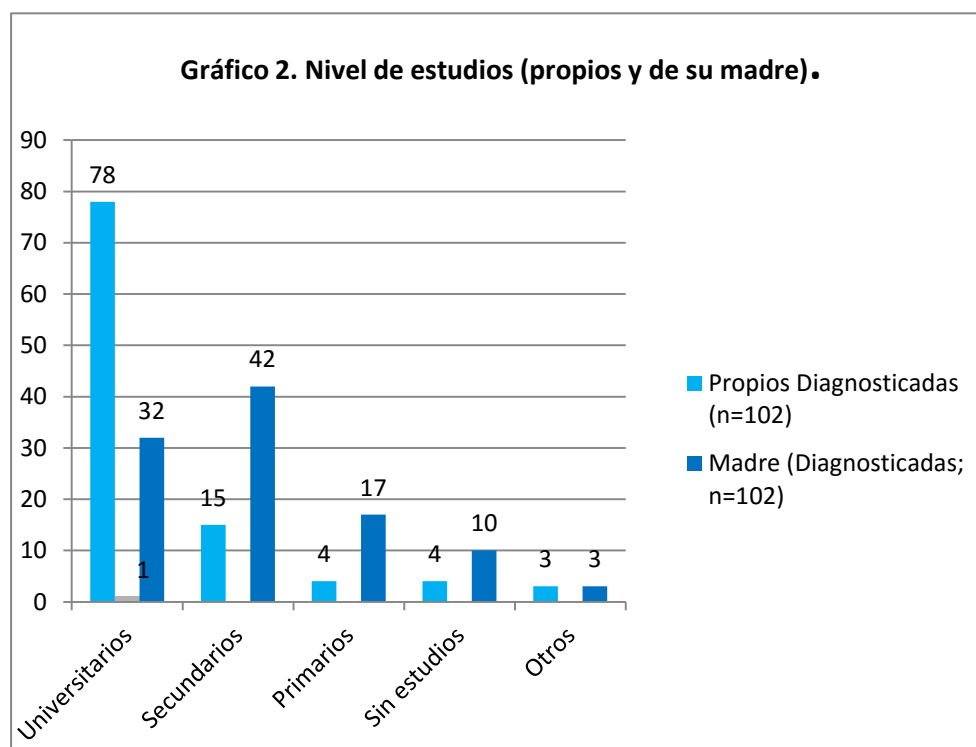
Una de las preocupaciones de las afectadas es el diagnóstico. Por ese motivo se decidió indagar sobre esta cuestión que genera incertidumbre (Escudero-Carretero et al., 2010). El tiempo que transcurre hasta lograr ser diagnosticada se tornó como una cuestión a analizar en la parte exploratoria de la investigación. Se verificó esa importancia puesto que 110 personas que participan en el foro respondieron no haber sido diagnosticadas por un especialista. Se formuló la pregunta del siguiente modo: Desde que comenzó a relatar al personal médico síntomas del TDPM ¿Cuánto tiempo tardaron en diagnosticarle? La mayor parte de las diagnosticadas obtuvieron un diagnóstico en menos de un año (50 personas). Sin embargo hay un grupo numeroso que fue diagnosticado tras años de relatar síntomas (de dos años en adelante se contabilizan 32 casos). De las 102 mujeres, fueron diagnosticadas por médico/psiquiatra el 55 % de la muestra (57), el 39 % fueron diagnosticadas por el ginecólogo (40), y por el psicólogo el 6 %. (7).

### *Perfil sociodemográfico de las encuestadas*

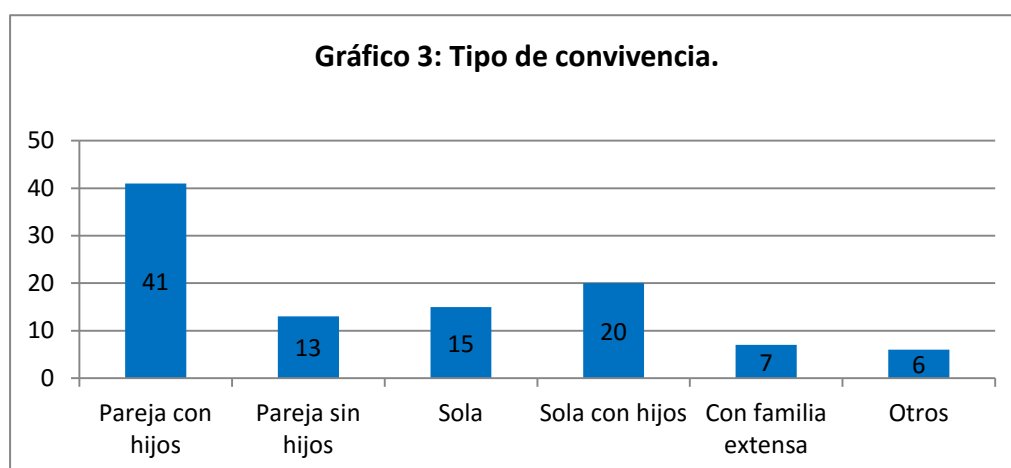
Por lo que respecta a la edad de las participantes, la mayoría se agrupa, según se observa en el gráfico 1, entre las edades de 30 a 44 años, con un total del 78 %.



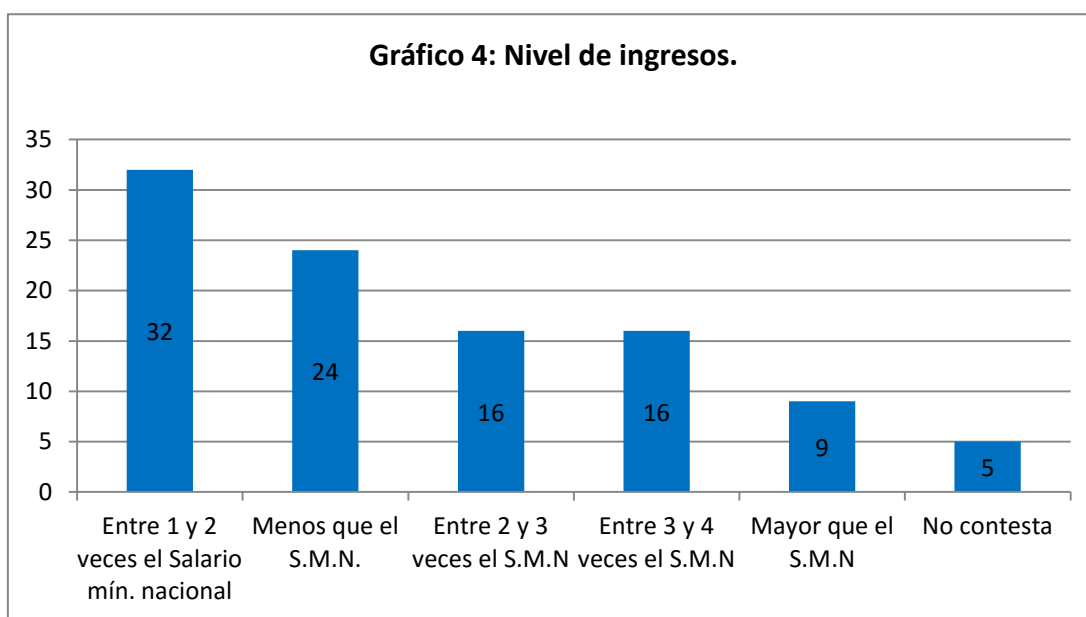
La encuesta contabilizó 75 % de mujeres con estudios universitarios. La segunda categoría más numerosa es la de Estudios Secundarios, con un 14 %. (Ver gráfico 2).



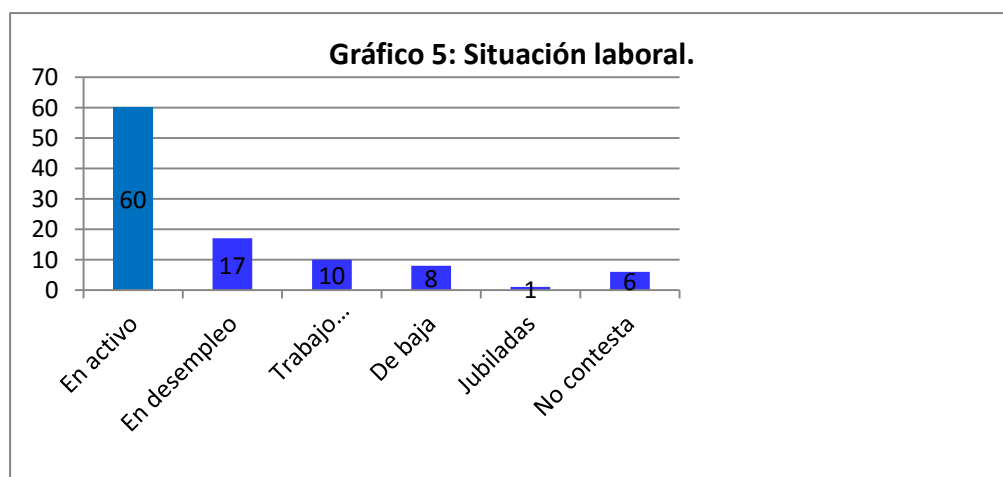
Por lo que respecta a la situación convivencial (modo de convivencia), el tipo más frecuente es la pareja con hijos con un 40 %. La segunda categoría más numerosa es la de sola con hijos con un 20 %. Agregando las diferentes categorías se verifica que los hogares biparentales suponen un 51% mientras que los hogares compuestos por la mujer sola o sola con hijos suponen un 34 %. (Gráfico 3).



En cuanto al nivel de ingresos, predominan los valores medios bajos, con un 56 % (los más aproximados al salario mínimo nacional) como se ve en el gráfico 4. El nivel de ingreso de las encuestadas, mostró que el 24 % un nivel de ingresos por debajo del Salario Mínimo Nacional. El resto (76%) se situaba por encima de ese nivel. En el grupo de control el porcentaje fue del 22 %. La mayor parte de las encuestadas se situaban en el nivel de entre 1 y 2 veces el Salario Mínimo Nacional, lo cual comparado al grupo de control, da resultados similares y se puede relacionar con el nivel alto de estudios, que, al menos, hipotéticamente, da un mejor acceso a calidad laboral



La mayoría de las encuestadas (59%) están en activo. Un porcentaje del 8 % está de baja, como se refleja en el gráfico 5.



En lo relativo al tipo de hábitat, éste es urbano en una proporción considerable. Al menos el 67 % de las encuestadas viven en entorno urbano, según los datos obtenidos.

## **Discusión y conclusiones**

---

Tras mostrar los resultados, se discutirán los mismos con la advertencia del carácter exploratorio de este estudio que debería confirmarse con estudios complementarios. Otra advertencia se debe hacer: la muestra no es representativa al no haber podido realizar un muestreo aleatorio, por lo tanto no sería riguroso generalizar los resultados. Para la discusión de los mismos se empleará la bibliografía sobre la materia y la comparación con el grupo de control que representan las mujeres no diagnosticadas que respondieron a la encuesta.

Las pacientes fueron localizadas en un foro de internet, lo cual condiciona, de modo notorio, el perfil de las participantes. De hecho se cree que en la muestra no se recogen datos ni opiniones de las mujeres con un nivel bajo de estudios. Llama la atención el nivel de estudios de las encuestadas. Un 75 % respondieron tener estudios universitarios, lo cual concuerda con el grupo de control puesto que sumaba un 80 %. Se recuerda que los países de procedencia de los cuestionarios son avanzados, como Estados Unidos, Reino Unido, México o España. Ese perfil concuerda con las personas que emplean la última tecnología y la emplean para búsqueda de información (CIS, 2015). Probablemente, personas sin acceso a internet o menos proclives a la lectura, precisarían otro tipo de técnicas para ser encuestadas. Cabría también discutir si este alto nivel de estudios se puede ligar a que las personas con más estudios hacen un mayor uso de especialistas, cuestión estudiada internacionalmente (Van Doorsaler, 2004) y en España, (Rodríguez y Stoyanova, 2004). Por otra parte, el nivel de estudios de las madres (indicio de la clase social de origen) es menor. Se correlacionan los datos con el grupo de control.

De la edad y de la edad en la que fueron diagnosticadas, su perfil se corresponde con la edad media en la que se diagnostican los trastornos mentales. Son de más tardía aparición cuando se trata de ansiedad o depresión (Haro et al., 2006; Medina-Mora et al., 2003).

El nivel de ingreso de las encuestadas, mostró que el 24 % un nivel de ingresos por debajo del Salario Mínimo Nacional. El resto (76%) se situaba por encima de ese nivel. En el grupo de control el porcentaje fue del 22 %. La mayor parte de las encuestadas se situaban en el nivel de entre 1 y 2 veces el Salario Mínimo Nacional, lo cual comparado al grupo de control, da resultados similares y se puede relacionar con el nivel alto de estudios, que, al menos, hipotéticamente, da un mejor acceso a calidad laboral.

En lo que respecta al tamaño de la población de residencia, el hábitat predominantemente urbano también se repite en el la muestra y en el grupo de control. Se considera previsible el factor poblacional: mayores concentraciones humanas presentan mayor probabilidad de diagnósticos.

En cuanto a la situación laboral, la presencia de bajas laborales concuerda con lo expuesto en la bibliografía especializada (Lanchares, 2014). Por otra parte, las respuestas de la muestra y de su grupo de control tenían cierta divergencia. Las diagnosticadas con TDPM tenían menor porcentaje de actividad laboral que el grupo de control, lo cual podría indicar que la ausencia de diagnóstico es un factor que incide en esa cuestión. También se podría barajar la hipótesis de otros diagnósticos en la muestra alternativa, como por ejemplo el SPM, (Deel, 2004) Como se ha hallado en la bibliografía especializada el SPM se toma como algo normal.

En cuanto a otras cuestiones que recogía el cuestionario, distintas al perfil sociodemográfico, se puede deducir de los resultados un notorio malestar en las afectadas, achacable a este trastorno. También se desprende cierta incompreensión del entorno. El número de mujeres en situación de baja laboral del gráfico 5; las mujeres que decían haber perdido un empleo por TDPM (un 40 %); las que atribuían rupturas sentimentales al TDPM (un 56 %); las que respondieron, en un 40 %, que la relación con el entorno era de incompreensión; o las que en un 59 % estaban “en desacuerdo o totalmente en desacuerdo” con que la atención médica recibida era adecuada, son cifras elocuentes de ese malestar, un malestar de acorde a la bibliografía (DSM-V, 2014).

### **Las afectadas manifiestan malestar con su entorno (incompreensión en agencias de salud y el entorno familiar) por no encontrar respuestas a sus padecimientos.**

Si se define salud como ausencia de enfermedad (concepción restringida) será difícil lograr un abordaje global. Limitarse a medicalizar el cuerpo de la mujer o calificarla de trastornada, cuando el tratamiento de fármacos no ha dado resultado, dista de una

consideración integral de la salud de las mujeres. El binomio síntoma-fármaco, profesional-paciente se antoja insuficiente a la hora de afrontar un fenómeno complejo como el TDPM. Brown (2015), se pregunta si es preciso estar diagnosticada para que los relatos de síntomas sean tomados en serio. Desde esos supuestos, se cree necesario abordar la tensión premenstrual de las mujeres de modo más integral. Las mujeres que se quejan cíclicamente deben ser tenidas en cuenta en las consultas médicas de modo específico y para ello no debería ser preciso un diagnóstico contundente. Ahora bien, las expectativas que se generan en torno a las consultas médicas también podrían ser analizadas. Confiar la propia salud, únicamente, a la relación médico-paciente también representa un enfoque simplista acerca del logro de una buena salud.

### **Un buen uso de Internet puede configurarse como un activo de salud**

Ante la poca prevalencia (o pocos diagnósticos) de un determinado trastorno es difícil agrupar muestras de pacientes. Por lo tanto, este tipo de aproximaciones on line posibilitan un conocimiento inédito. Por otra parte, se ha tratado de ilustrar cómo se viven los problemas de salud fuera del ámbito clínico. La adopción de estrategias para afrontar el TDPM no parte exclusivamente de lo relatado en las consultas clínicas. Existen unos factores ambientales que se escapan del ámbito clínico. Entre esos factores se encuentran las interacciones de las pacientes con su red social (la de Internet, y las demás). Por lo tanto, parte del bienestar de las afectadas depende de ese entorno (Montesó-Curtó, 2011). En un entorno social, donde existe un debilitamiento de los redes informales, es común buscar información y apoyo emocional en los grupos de ayuda mutua que ofrece la red (Quílez, 2015). Que esos apoyos puedan erigirse en un activo para la salud depende de su buen uso. Ese buen uso puede ser valorado por los profesionales del mundo de la salud.

### **No se han hallado datos concluyentes que lleven a pensar que algún factor social específico predisponga a sufrir este trastorno.**

La mujer que sufre TDPM que contestó a la encuesta, tiene mayoritariamente de 35 a 39 años, vive en países avanzados en un entorno urbano con su pareja y sus hijos; su nivel de estudios es alto; está en activo; cobra por encima del Salario Mínimo Nacional y fue diagnosticada o antes de seis meses o tras varios años de relatar síntomas de su enfermedad.

La constatación del elevado número de mujeres que participan en estos foros sin estar diagnosticadas abre un interrogante acerca del uso masivo de internet cuando se precisa información y apoyo mutuo. Existe inquietud por mejorar la salud, y existe necesidad de recibir respuestas cuando éstas no llegan por parte de los sistemas ordinarios de provisión de servicios de salud. Por esa inquietud, se cree que la encuesta ha sido respondida de forma notable, porque las afectadas quieren explicaciones.

Las respuestas de las encuestadas apuntan a un perfil que se corresponde con las referencias bibliográficas consultadas (Camarero et al., 2005). La necesidad de seguir incidiendo en estudios sobre el TDPM queda de manifiesto. La encuesta puede seguir siendo explotada puesto que aún no se han planteado cruces de variables ni correlaciones entre la muestra y su grupo de control.

## Bibliografía

---

ALVIRA, F. *Metodología de la evaluación de programas: un enfoque práctico*. Buenos Aires: Lumen, 1999.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM V*. México: Edición Panamericana, 2014.

ARMAYONES, M. et al. El uso de Facebook en asociaciones españolas de enfermedades raras: ¿cómo y para qué lo utilizan? *Gaceta Sanitaria*, 2015, nº 29, p. 335–340.

BROWN, T.K. Is Premenstrual Dysphoric Disorder Really a Disorder? *Bioethical Inquiry*, 2015, p. 313–330. DOI 10.1007/s11673-014-9567-7.

BURGO JL, et al. Prevalencia de síndrome disfórico premenstrual en población general, *Semergen*, 2006, nº 32, p. 367-377.

CAMARERO, M. et al. Trastorno disfórico premenstrual: Estudio epidemiológico, 2005. En línea. (Acceso, 22 de noviembre de 2015). Disponible en: [http://www.spcv.org/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=23](http://www.spcv.org/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=23)

CEA, M. *Metodología cuantitativa. Estrategias de investigación social*. Madrid: Síntesis, 2001.

CENTRO DE INVESTIGACIONES SOCIOLOGICAS. *Barómetro de marzo de 2015*. En línea. (Acceso, 19 de mayo de 2016). Disponible en: [http://www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Marginales/3040\\_3059/3057/cru3057estudios.html](http://www.cis.es/cis/export/sites/default/Archivos/Marginales/3040_3059/3057/cru3057estudios.html).



DEEL, D. L. *Diagnostic Challenges in women with Premenstrual Symptoms*, 2004. En línea. (Acceso 14 de junio de 2015). Disponible en: <http://primarypsychiatry.com/diagnostic-challenges-with-premenstrual-symptoms>.

ESCARTÍN, P., GIMENO, L.A. La historia de Pilar (lo socioeconómico en la consulta). *Actualización en Medicina Familiar*, 2013, nº 7, p. 373-380.

ESCUADERO-CARRETERO, M.J. et al. Fibromialgia: percepción de pacientes sobre su enfermedad y el sistema de salud. Estudio de investigación cualitativa. *Reumatología Clínica*, 2010, nº 6, p.16–22.

HARO, J. M., et al. Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Med. Clin*, 2006, nº 126, p. 445-451.

LANDA-GOÑI, J., AVELLANA-MORENO V. Tratamiento del síndrome disfórico premenstrual. *Formación Médica Continuada*, 2006, nº 13, pp. 230-236.

LANCHARES, J.L (coord.). *Síndrome Premenstrual*. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2014.

MÁRQUEZ, A. Trastorno Disfórico Premenstrual. *Endocrinología Ginecológica y Reproductiva*, 2007, nº 3, p. 36-45.

MEDINA-MORA, M.A. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental*, 2003, nº 26, p. 1-16.

MONTESÓ-CURTO, P. et al. Factores sociológicos que influyen en el desarrollo de la depresión en las mujeres. *Anuario Hojas de Warmi*, 2011, nº16.

O'REILLY T. What is Web 2.0: design patterns and business models for the next generation of software, 2005, SSRN eLibrary [edición electrónica]. En línea. (Acceso el

15 de noviembre de 2015). Disponible en: [http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract\\_id=1008839](http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1008839).

QUÍLEZ A. Evaluando la ayuda mutua en línea: respuestas ante la emergencia del Trastorno Disfórico Premenstrual. *Trabajo Social Global*, 2015, nº9, p. 41-63.

RAPPAPORT, M.H. et al. Deterioro de la calidad de vida en los trastornos depresivos y de ansiedad. *AM J PSYCHIATRY*, 2005, nº 162, p. 1171-1178.

RODRÍGUEZ, M., STOYANOVA, A. La influencia del tipo de seguro y la educación en los patrones de utilización de los servicios sanitarios. *Gaceta Sanitaria*, 2004, nº 18, p. 102-111.

STUDD, J. Severe Premenstrual Syndrome and Bipolar Disorder: A Tragic Confusion. *Menopause International*, 2012, p. 82-86.

TSCHUDIN, et al.,. Prevalence and predictors of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in a population-based sample. *Arch Womens Ment Health*, 2010, nº13, p. 485-494.

VALLES, M.S. *Entrevistas cualitativas*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2014.

VALLS-LLOBET, C. *La medicalización del cuerpo de las mujeres y la normalización de la inferioridad*. Ponencia presentada en el Congreso Ekamunde. Instituto Vasco de la Mujer: San Sebastián, 2008.

VAN DOORSALER, E. et al. Explaining income-related inequalities in doctor utilization in Europe. *Health Economic*, 2004, nº 13, p.629-647.

## Anexo 1.

---

*Cuestionario: aspectos sociales del trastorno disfórico premenstrual. Premenstrual dysforic disorder social aspects<sup>2</sup>*

\*Obligatorio

\*Compulsory

**En este justo momento, ¿se encuentra usted sufriendo los días con síntomas de su ciclo? *In this exact moment are you suffering the symptom days of your cycle?***

No

Sí

**¿Quién le diagnosticó TDPM? *Who diagnosed your PDMM?***

Autodiagnóstico/Autodiagnosis

Médico/Psiquiatra. Doctor/Psychiatrist

Ginecólogo.Gynechologist

Nadie me diagnosticó TDPM. Nobody diagnosed me PMDD

Otros/Others

Psicólogo.Psychologist

Homeópata.Homoeopath

**¿A qué edad le diagnosticaron TDPM? *How old were you when you were diagnosed with PMDD?***

De 30 a 34 años/From 30 to 34

De 35 a 39 años/From 35 to 39

De 25 a 29 años/From 25 to 29

De 40 a 44 años/From 40 to 44

De 20 a 24 años/From 20 to 24

De 15 a 19 años/ From 15 to 19

Menos de 15 años. Less than 15

De 45 a 49 años/From 45 to 49

Más de 50 años/More than 50

---

<sup>2</sup> Este cuestionario se administró online, por lo tanto ha sido adaptado para mostrarlo a las y los lectores de Musas. Su visualización original dista mucho de la que se presenta ya que tuvo muy en cuenta que fuera atractiva y sencilla para las encuestadas. Las administradoras de los cuatro foros promovieron la participación, y fueron claves para que se confiara en la investigación. Se puede acceder al cuestionario original en, <https://agustinquilez.typeform.com/to/BMM3Zg>

**Desde que comenzó a relatar al personal médico síntomas del TDPM ¿cuánto tiempo tardaron en diagnosticarle? *Since you began telling your PMDD symptoms to doctors, how long did it take to get your PMDD diagnosis?***

Más de 5 años. More than 5 years.

Menos de 6 meses/Less than 6 months

De 1 año a 2 años. From a year to 2.

De 2 años a 3 años. From 2 years to 3.

De 6 meses a 1 año/From 6 months to a year

De 3 años a 4 años From 3 years to 4.

De 4 años a 5 años. From 4 years to 5.

**¿Ha tenido síntomas del TDPM durante los últimos 30 días? *Have you felt PMDD symptoms within the last 30 days?***

Sí

No

**¿Le han hecho histerectomía por sufrir TDPM? *Have you undergone hysterectomy due to PMDD?***

No

Sí

**¿Emplea o ha empleado diario de síntomas? *Do you use or have you ever used a symptom diary?***

Sí

No

**¿Quién le indujo a emplear el diario de síntomas? *Who suggested you to use a symptom diary?***

Foro de TDPM/PMDD forum

Otros/Others

Profesionales de la salud (Médicos, psicólogos, psiquiatras...) Health care professionals (Doctors, psychologists, psychiatrists...)

**¿Ha estado de baja en el trabajo por TDPM? *Have you ever been in sick leave due to PMDD?***

Sí

No

**¿Ha tenido problemas laborales por TDPM? *Have you ever had problems at work due to PMDD?***

Sí

No

**¿Ha perdido algún empleo por TDPM? *Have you ever lost any job due to PMDD?***

No

Sí

**¿Ha tenido problemas de pareja por TDPM? *Have you ever had marital or couple problems due to PMDD?***

Sí

No

**¿Se ha roto alguna relación de pareja suya por TDPM? *Have you ever splitted up any marital or couple relationship due to PMDD?***

No

Sí

**¿Ha tenido conflictos con su familia por TDPM? *Have you ever had relationship problems due to PMDD with any of your relatives?***

Sí

No

**¿Se ha roto la relación con algún familiar por TDPM? *Has you ever splitted up any relationship with your relatives due to PMDD?***

No

Sí

**¿Algún miembro de su familia ha presentado síntomas del TDPM? *Has any of your relatives ever shown PMDD symptoms?***

No

Sí

**¿Algún miembro de su familia ha sido diagnosticado con síntomas del TDPM? *Has any of your relatives been diagnosed with PMDD?***

No

Sí

**¿Ha estado hospitalizada por TDPM en los últimos 12 meses? *Have you ever been within hospital due to PMDD within the last 12 months?***

No

Sí

**Si tiene un familiar que sufre TDPM¿Qué parentesco le une con este familiar? *If you have a relative with PMDD symptoms; this relative is your...***

No tengo ninguno/ I don't have any

Madre. Mother

Hermana/Sister

Tía. Aunt

Abuela. Grandmother

Sobrina. Niece

Nieta. Granddaughter

**¿Qué lugar ocupa entre sus hermanos? *Among your brothers and sisters you are the..***

La menor. Youngest

La más mayor. Eldest

Mediana. Middle

Hija única. Only child.

**La relación con mi entorno (familia, amigos, trabajo) es de incomprensión. *Relationships with relatives, friends, workmates is about incomprehension***

Muy en desacuerdo. In full disagreement

En desacuerdo. In disagreement

Ni de acuerdo ni en desacuerdo. No agreement, no disagreement

De acuerdo. In agreement

Muy de acuerdo. In full agreement

**Con relación al TDPM, la atención que recibo de los médicos es adecuada. *Health Care attention by doctors is suitable regarding my PMDD?***

Muy en desacuerdo. In full disagreement

En desacuerdo. In disagreement

Ni de acuerdo ni en desacuerdo. No agreement, no disagreement

De acuerdo. In agreement

Muy de acuerdo. In full agreement

**¿Va regularmente a médicos o psicólogos por TDPM? *Do you regularly visit doctors/psychologists due to PMDD?***

Sí

No

**¿Le cuesta un dinero extra ir a médicos/psicólogos por TDPM? *Do you pay any extra money visiting doctors/psychologists due to PMDD?***

Sí

No

**¿Qué tipo de medicación toma para TDPM? *What kind of medication do you have to treat your PMDD?***

De tipo psiquiátrico. Psychiatric medication

De medicina alternativa. •Alternative Medicine

No tomo medicación. • I don't take any medication

Hormonal. Hormonal medication

**He sufrido acoso, abuso o maltrato por motivo de padecer TDPM. I have suffered bullying, outrage or mistreatment due to PMDD**

Muy en desacuerdo. In full disagreement

En desacuerdo. In disagreement

Ni de acuerdo ni en desacuerdo. No agreement, no disagreement

De acuerdo. In agreement

Muy de acuerdo. In full agreement

**En general me considero una persona feliz. Generally I consider myself as a happy person.**

Muy en desacuerdo. In full disagreement

En desacuerdo. In disagreement

Ni de acuerdo ni en desacuerdo. No agreement, no disagreement

De acuerdo. In agreement

Muy de acuerdo. In full agreement

**En general, tengo buena salud. Generally I am in a good health**

Muy en desacuerdo. In full disagreement

En desacuerdo. In disagreement

Ni de acuerdo ni en desacuerdo. No agreement, no disagreement

De acuerdo. In agreement

Muy de acuerdo. In full agreement

**Tengo creencias religiosas. I have religious beliefs.**

Muy en desacuerdo. In full disagreement

En desacuerdo. In disagreement

Ni de acuerdo ni en desacuerdo. No agreement, no disagreement

De acuerdo. In agreement

Muy de acuerdo. In full agreement

**¿Cuál es su situación laboral? What is your employment situation?**

En activo (trabajando). Active (working)

En desempleo. Unemployed

De baja laboral. Sick leave

Otro/ Other

Trabajo doméstico no pagado. Housework not paid

Con pensión invalidez/enfermedad. Retirement before mandatory age (ilness)

Jubilada/ Retired

**¿Cuál es su edad? *How old are you?***

De 35 a 39. From 35 to 39.

De 40 a 44. From 40 to 44.

De 30 a 34. From 30 to 34.

De 45 a 49. From 45 to 49.

De 25 a 29. From 25 to 29

De 50 a 54. From 50 to 54.

De 15 a 19 años. From 15 to 19.

De 20 a 24 años. From 20 to 24

Menos de 15 años. Less than 15

Más de 54. More than 54.

**Por favor, señale su nivel de estudios. *Please mark the most suitable option regarding your Education level or professional training.***

Estudios universitarios. University, College Studies.

Estudios secundarios. Secondary Education Studies

Estudios primarios. Primary Education Studies

Otro. Other

Sin estudios. No studies

**Señale el nivel de estudios de su madre. *Mark your mother's Education Level or Professional Training, please mark the most suitable option for her .***

Estudios universitarios. University, College Studies.

Estudios secundarios. Secondary Education Studies

Estudios primarios. Primary Education Studies

Otro. Other

Sin estudios. No studies

**¿Cuántos hijos tiene? *How many children do you have?\****

0

1

2

3

5

4

6 o más/or more

**Señale su tipo de convivencia. *Who are you living with?***

En pareja con hijos. In couple with children

En pareja sin hijos. In couple without children



Sola con hijos. • Single with children

Sola. • Single

Con familia extensa (padres, abuelos, tíos).• With extended relatives (parents, grandparents, uncles/aunts)

Otros/Others

**¿Qué tamaño tiene su población de residencia? *What population has your city / town?***

Más de 500.000 habitantes. More than 500.000

De 100.001 a 500.000 habitantes. Between 100.001. to 500.00

De 10.001 a 50.000 habitantes. Between 10.001 to 50.000

De 50.001 a 100.000 habitantes. Between 50.001 to 100.000

De 5.001 a 10.000 habitantes. Between 5.001 to 10.000

De 1000 a 5000 habitantes. Between 1000 to 5.0007

Menos de 1000 habitantes. Less than 1.000 inhabitants

**Señale en qué lugar de la escala se sitúa su nivel de renta. *Please mark your income level.***

Entre 1 y 2 veces el salario mínimo nacional. Between 2 & 1 times the minimum national wage.2

Por debajo del salario mínimo nacional Less than the minimum national wage.

Entre 2 y 3 veces el salario mínimo nacional. Between 3 & 2 times the minimum national wage.

Entre 3 y 4 veces el salario mínimo nacional. Between 4 & 3 times the minimum national wage.

Más de cuatro veces el salario mínimo nacional. More than four times the minimum national wage.

**¿Puede darnos su opinión sobre el foro de TDPM? *Could you give us your opinión about PMDD forum?***

**Para verificar la autenticidad de los cuestionarios recibidos ¿podría decirnos su correo electrónico? *For verifying the authenticity of received forms, could you write us your e-mail?***

Gracias/Thanks