

AUTOPERCEPCIÓN DE LA VIVENCIA DE SU AFECCIÓN Y DE SU RELACIÓN CON PROFESIONALES DE LA SALUD EN UNA MUESTRA DE MUJERES DIAGNOSTICADAS DE TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL

Agustín Quílez Clavero

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

Correo electrónico: agustinquilez@hotmail.com

Recepción: 27/09/2016

Aceptación: 20/10/2016



RESUMEN

Objetivo

Describir la vivencia del trastorno disfórico premenstrual en una muestra de mujeres afectadas y sus experiencias en el trato con los profesionales de la salud.

Materiales y métodos

El método empleado fue la entrevista cualitativa por Internet realizada sobre una muestra, no representativa, de 15 mujeres diagnosticadas con el trastorno, procedentes de diferentes países, tras obtener su consentimiento informado. Se empleó el programa Atlas.ti. para ayudar en la codificación de las categorías emergentes. Se analizó el contenido de la información obtenida, otorgándole validez según un criterio de saturación técnica.

Resultados

Se relata una complicada experiencia vital sobre una afección cuya sintomatología les produce pensamientos suicidas. En la fase premenstrual, no les resulta posible realizar algunas actividades cotidianas. Pasan largos periodos hasta que son diagnosticadas y consiguen cierta comprensión. Sienten que esta incomprensión procede tanto de su círculo social más cercano como desde los profesionales de la salud que las atienden. Consideran que precisan mayor atención. Piensan que la histerectomía puede ser la solución definitiva a sus problemas puesto que, en varios casos, así lo manifiestan.

Conclusiones

El método empleado permitió la obtención de información diferente a la que se consigue mediante encuestas. Por otra parte, la repetida expresión de sufrimiento que muestran las afectadas evidencia la necesidad de una mayor concienciación colectiva respecto a este trastorno, particularmente de su entorno más próximo y de los profesionales de la salud. Se cree necesaria la difusión de la existencia de la misma y sus graves consecuencias, así como la asunción del hecho de estar ante una enfermedad crónica.

Palabras clave: trastorno disfórico premenstrual, entrevista cualitativa, relaciones profesional paciente, tentativas de suicidio, histerectomía.

ABSTRACT

Objective

To describe the experience of premenstrual dysphoric disorder in a sample of affected patients and to examine their experiences with health professionals.

Materials and methods

Qualitative interviews via Internet were conducted in a non-representative sample of 15 women from different countries diagnosed with the disorder. All gave informed consent prior to participation. The Atlas.ti program was used to aid the coding of the categories that emerged. The information obtained was analyzed and were considered valid according to the criterion of theoretical saturation.

Results

This difficult life experience was reported to cause suicidal thoughts. In the premenstrual phase, the performance of certain daily activities is impossible. It may take a long time for patients to be diagnosed and understood; they feel a lack of comprehension both from their immediate social circle and from the health professionals who treat them. They feel they need more attention, and several individuals consider that hysterectomy maybe the definitive solution to their problems.

Conclusions

The method used yielded information that is not generally obtained via surveys. The repeated references to suffering made by the interviewees evidence the need for greater collective awareness of premenstrual dysphoric disorder, particularly inside the patient's immediate environment and among health professionals. Attention should be drawn to this disorder and its serious consequences; what is more, it should be acknowledged as a chronic illness.

Keywords: premenstrual dysphoric disorder, qualitative interview, health professional-patient relationship, suicidal attempts, hysterectomy.

INTRODUCCIÓN

El texto que se presenta parte de una investigación que trata de aportar conocimiento sobre cómo los determinantes de la salud no biológicos influyen en el devenir de las mujeres afectadas por el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM).¹

El logro de un entorno saludable, en cuanto a la relación de pareja o la inserción laboral, se considera un aspecto clave para afrontar con éxito el TDPM. En cuanto a la relación médico-paciente, se opina lo mismo. En este punto, se puede comparar el TDPM con la fibromialgia. La emergencia de la fibromialgia, como entidad diagnóstica, provocó un inevitable debate sobre la adecuación de la práctica de los profesionales de la salud con respecto a la respuesta a las necesidades de las pacientes afectadas (Escudero-Carretero et al., 2010). Una afección, poco conocida, como el TDPM, está ocasionando esa misma adecuación. Siendo la relación profesional-paciente un punto clave para lograr una mejor salud (Escudero-Carretero et al. 2006), se considera importante incidir en esta cuestión. Hasta que sea plenamente aceptada la presencia del TDPM como entidad diagnóstica, será preciso insistir en la materia.

Conocer el punto de vista de las afectadas constituye un grano de arena en la labor de fortalecer el conocimiento que se tiene acerca del fenómeno. Tras un rastreo intensivo sobre la bibliografía (en inglés y castellano), se ha hallado poca información. Por otra parte, no se ha encontrado ningún estudio sobre la autopercepción de las afectadas, lo cual refuerza la pertinencia de esta investigación.

El TDPM es una afección que se produce en el periodo premenstrual. Se trata de una exacerbación del Síndrome Premenstrual (Márquez, 2007). Sin embargo, su severidad es notablemente superior al Síndrome Premenstrual, lo cual provoca la imposibilidad de desempeñar actividades de la vida diaria del tipo social, familiar y laboral (Landa-Goñi y Avellaneda Moreno, 2006). Su gravedad es tal, que se equipara, en cuanto a la incidencia en la calidad de vida, a trastornos depresivos y de ansiedad (Rappaport et al., 2005). Esta gravedad provoca bajas laborales y suicidios (Lanchares, 2014). De hecho, el DSM-V (2014) también advierte del riesgo de suicidio que supone. En la misma línea, un reciente estudio concluía que la personalidad de las afectadas por TDPM era proclive a la tendencia suicida (Ducasse et al., 2016). La prevalencia del

¹ En lo sucesivo TDPM.

TDPM varía según el tipo de estudios. Según el de Tschudin et al. (2010), se sitúa entre el 3 y 8 % de las mujeres en edad reproductiva.

La inclusión de esta entidad diagnóstica en el DSM-V (2014) podría contribuir a paliar la ausencia de investigaciones. Unos días antes de escribir estas líneas, la Asociación Nacional de Trastorno Disfórico Premenstrual, (NAPMDD, 2016) organizaba su primer congreso en el que se ponía de manifiesto la necesidad de más estudios sobre la materia.

Lograr fundamentar unos datos a partir de la recurrencia de los repertorios discursivos resultaría de la codificación de los textos producidos por esas pacientes, con una mediación por parte del investigador, que pretendió ser un mero facilitador para que emergieran los relatos de estas pacientes (Shultz, 1976). El objetivo del artículo es principalmente descriptivo, con ánimo de provocar futuros estudios que tengan en cuenta los discursos de las afectadas, según el pensamiento de que la ciencia debe estar al servicio del ser humano, para lo cual será preciso codificar adecuadamente esos discursos sin que la mediación del investigador suponga un sesgo elevado. De hecho, además de las entrevistas realizadas, se admitían documentos confeccionados por las afectadas previos a la investigación emprendida (se evaluaron dos fragmentos de diarios), con el objetivo de lograr el mayor nivel posible de autenticidad y de espontaneidad en los relatos. En cualquier caso, se pretendía que la presencia del investigador fuera poco relevante.

METODOLOGÍA

Es preciso señalar que el texto que se presenta constituye la tercera fase de una investigación en curso. Esta investigación constó de dos etapas anteriores. En la primera, se realizó un análisis de contenido sobre foros de Internet de afectadas por trastorno disfórico premenstrual (Quílez, 2015). En la segunda etapa de la investigación, se obtuvo la respuesta a una encuesta online de 213 mujeres que participaban en estos foros. Llegados a este punto, la tercera fase quería ser complementaria de las dos anteriores, con nuevos objetivos y el empleo de otras técnicas de investigación que trataron de aportar mayor riqueza al conjunto de la investigación. Se partió de la intención de poder interpretar y contrastar los datos obtenidos desde ambas ópticas: la

cuantitativa, procedente de la encuesta y la cualitativa, procedente de las entrevistas personales.

La metodología empleada ha sido cualitativa, basada en entrevistas cualitativas y relatos escritos por mujeres afectadas. Esta estrategia metodológica supone dar voz a los actores, como se señala en obras clásicas como la que describe la Teoría Fundamentada (Glasser y Strauss, 1967) o la más reciente de Taylor y Bogdan (1994). Asimismo, es una metodología recomendada para el estudio de las desigualdades sociales y fenómenos emergentes (Sanmiguel et al., 2002).

En cuanto a cuestiones más operativas, es preciso señalar cómo se compuso la muestra de afectadas, cuyos testimonios han constituido la base de la investigación. Se captaron afectadas en foros de internet sobre TDPM, en inglés y en castellano (Quílez, 2016). Se pedía que relataran la experiencia para una investigación, lo cual motivó su colaboración. De hecho, interpretaron que la investigación iba a favorecer sus intereses, por lo que el investigador era, en cierto modo, su aliado (Chase, 2015) La selección vino motivada por criterios de heterogeneidad, con inspiración en la técnica de los relatos de vida (Bertaux, 2005). Se limitó el estudio a personas con diagnóstico del trastorno nombrado o de síndrome premenstrual severo (diagnóstico equivalente). Pese a las precauciones a la hora de reclutar entrevistadas diagnosticadas por los profesionales pertinentes, se entrevistó a tres personas que no contaban con diagnóstico. Si bien se llevaron a cabo las entrevistas, la información obtenida no se incorporó a los resultados de este artículo. Tampoco se incluyó en la muestra el testimonio de una mujer entrevistada por teléfono cuya conversación no fue registrada. Por otra parte, se admitieron los testimonios de mujeres que, habiendo sido diagnosticadas por el trastorno, se encontraban sin síntomas por distintos motivos, como haber sido histerectomizadas (E-2, E-6 y E-7), la menopausia (E-9), o la eficacia de las medidas adoptadas para mejorar su salud (E-16).

La captación de las entrevistadas fue laboriosa. Se pedía su participación en los foros de Internet, y mediante correo electrónico, puesto que se contaba con una base de datos de direcciones electrónicas por motivo de la circulación de la encuesta. El método de correo electrónico posibilitó tres entrevistas (por escrito, vía correo electrónico). Las personas que no facilitaron la entrevista por esta vía sumaron 15. La captación a través de foro de Internet y de la creación de amistad en Facebook fue otro de los métodos empleados. No es sencillo cuantificar cuantos contactos fueron precisos para obtener las

15 entrevistas. Hubo personas que, habiendo contestado a la invitación a la entrevista en el foro público, no admitieron ser agregadas al Facebook del investigador. Estos rechazos no fueron contabilizados. De las que se obtuvo respuesta inicialmente positiva, pero luego no facilitaron la entrevista, se contabilizaron 25. Si sumamos ambas cifras, se registraron 40 rechazos.

La entrevista fue realizada online. La mayoría de mujeres fue entrevistada mediante chat de Facebook, en sesiones que oscilaban entre una y dos horas. En casi todos los casos, fueron precisos dos contactos o tres para obtener los datos necesarios. Hubo cinco entrevistas autoadministradas, gracias al guion de entrevista que se les envió. Se trata de relatos (algunos de ellos libres) que, fieles al enfoque metodológico, asumían la importancia de la vivencia y de la subjetividad de las entrevistadas.

Se obtuvo consentimiento informado con constancia escrita, puesto que se contactaba por mensaje electrónico o por mensaje a través de Facebook, pidiendo la colaboración con fines investigadores y asegurando el anonimato de sus testimonios. En muchos casos, se agregaba su perfil de Facebook al perfil del investigador (lo cual facilitó el posterior acceso a ciertos datos que en la entrevista principal podrían no haberse recogido).

Se contó con la ayuda de un programa de ordenador para el análisis de los datos, con el fin de obtener mayor rigor en el tratamiento de los mismos. Con el empleo del programa Atlas.ti se buscó fiabilidad, reproductibilidad, falsabilidad y, en definitiva, dotar de validez al análisis, tratando de minimizar el sesgo que puede representar el investigador.

Se trató de que fueran representados diferentes perfiles de afectadas. Las variables edad, país de residencia (en dos casos diferente del país de procedencia), situación de convivencia, ocupación e incidencia de los síntomas; fueron considerados para intentar dotar de heterogeneidad a la muestra (Bertaux, 2005) y que, de este modo, se alcanzara una cierta representatividad (Ver Tabla 1). La incidencia de los síntomas también fue considerada como criterio para la selección de las mujeres a entrevistar procurando un acceso a un número de casos proporcional, con el fin de obtener testimonios relevantes.

Tabla 1. Composición de la muestra de mujeres entrevistadas

Entrevistada	País	Edad	Convivencia	Ocupación	Incidencia
E1	USA	37	Pareja, 3 h	M. Jorn*	Sí
E2	USA	32	Pareja, 2 h	Des**	No (Histerectomía)
E3	Ghana	37	Pareja, 2 h	Autoe***.	Sí
E4	USA	32	Pareja, 1 h	Des	Sí
E5	UK	37	Sola, 2h	Jor C****	Sí
E6	UK	41	Pareja, 4 h	Jor C	No (Histerectomía)
E7	USA	37	Pareja, 2 h	Des	No (Histerectomía)
E8	México	28	Pareja	Des	Sí
E9	USA	52	Sola	Jor C	No (Menopausia)
E10	Canadá	41	Pareja	Jor C	Sí
E11	Argentina	36	Pareja	Jor C	Sí
E12	USA	44	Pareja, 2 h	Jor C	Sí
E13	Argentina	37	Pareja	Jor C	Sí
E14	USA	24	Con padres	Estudiante	Sí
E15	Australia	40	Sola	Des	Sí

*Media jornada; **Autoempleo; ***Media Jornada ****Jornada completa

Fuente: Elaboración propia

El guion de la entrevista fue el mismo para todas, pero se trató de un mero pretexto para que fuera fluyendo el relato (Valles, 2014). Básicamente, se les preguntaba por los hitos de su biografía (infancia y familia de origen, adolescencia, primera regla, amistades, noviazgo y emparejamiento, emancipación, trabajo...). Se daba gran margen de libertad para la expresión, en busca de la emergencia de la información de modo espontáneo, lo cual se lograba frecuentemente, sin que fuera precisa una actitud interrogatoria por parte del entrevistador. Si la información buscada no surgía, se adoptaban estrategias para su obtención. En algún caso, tras la finalización de la entrevista principal, se volvió a contactar con las afectadas en busca de algún dato

necesario para la investigación que no aparecía en las transcripciones (particularmente sobre la obtención del diagnóstico). La facilidad de acceso a las entrevistadas posibilitó completar esa información en todos los casos.

RESULTADOS

La información recogida a través de las entrevistas fue amplia y no puede ser expuesta de manera exhaustiva. Se ha llevado a cabo un esfuerzo de síntesis, teniendo presente los objetivos originales de la investigación. Los textos recogidos mostraban un código, representado por las siglas TDPM y su homónimo en inglés, que se configuró en una categoría principal, que se podía englobar cómo la representación de este padecimiento para las afectadas. Otros códigos, como el de la medicación, también aportaron gran cantidad de información pero no respondían estrictamente a los objetivos de la investigación. Por lo tanto, se tuvieron en cuenta otras subcategorías, siguiendo los objetivos originales, más centrados en la vivencia de las afectadas. De este modo, se decidió recopilar información sobre áreas de la vida cotidiana, como el trabajo y las relaciones de pareja. Se incluyen alusiones a las tentativas y pensamientos suicidas y a la histerectomía como categorías emergentes que no figuraban en el guion de la entrevista, ya que fueron cuestiones recurrentes y cuya repercusión social es notoria. Por último, se mostrarán evidencias de la relación de las afectadas con los proveedores de servicios de salud en general y, en particular, con los profesionales de ese ámbito, por su carácter propositivo.

La clasificación de temas ha tenido en cuenta los hallazgos del estudio de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (Lanchares, 2014), que relacionan los divorcios y las bajas laborales con este trastorno.

El término TDPM y su homónimo en inglés, provocó gran cantidad de codificaciones en el software empleado. En estos casos surgían relatos sobre cómo vivían esta afección. En general, las afectadas se referían en términos negativos y graves respecto de su vivencia del trastorno, con sustantivos como borrachera, demonio o monstruo.

El demonio que me ha invadido por cinco años, el demonio con mi voz y todos mis secretos...²E-2

... no lograba pensar ni razonar, vivía en un estado de borrachera constante... Me sentía obligada a ser alguien que nunca he sido y eso era devastador. E-3

Prevenía a mi marido y trataba de evitar conversaciones importantes con gente durante mi *semana loca* . E-4

El Tdpm está arruinando mi vida, arruinando la vida de mis críos. Odio a todo el mundo cuando está aquí. Es un monstruo. Es el mal. E-5

Pienso que muchos de los síntomas del Tdpm aparecían enmascarados en mi explosivo estilo de vida en forma de hombres y bebida. E-7

Soy una superviviente. E-6

El Tdpm me imposibilitó por mucho tiempo. Durante todos esos años yo era dos personas distintas E-9

Otras vivencias, que hablan por sí solas de la gravedad del TDPM, son las tentativas de suicidio y los pensamientos suicidas, una cuestión que surgió espontáneamente sin que estuviera previsto en el guion de la entrevista.

Caí en una fuerte depresión con pensamientos de hacerme daño. E-2

Estaba hundida. Tenía pensamientos suicidas. No podía salir de la cama. E-5

Quería cortar mis brazos y mis piernas con un cuchillo de cocina. E-8

A los 19, corté mis muñecas. E-9

Yo tuve cinco intentos de suicidios (...) Yo no quiero vivir con esto. E-11

La histerectomía se apunta como una solución a la afección; en algún caso (E-6 y E-8), por propia experiencia.

Estoy interesada, de nuevo, en vivir. E-2

Voy a preguntar para ser derivada por alguien para pedir la histerectomía total. E-5

Tuve la operación el --/--/----. Absolutamente cambió mi vida. E-5

² Gran parte de las citas, como la señalada, son traducciones del inglés realizadas por el autor.

Tengo una nueva vida tras la histerectomía. E-6

He leído que bastantes mujeres han obtenido buenos resultados con la cirugía.
E-8

Influencia del TDPM para el trabajo

En la Tabla 1, se comprueba que algunas personas que accedieron a ser entrevistadas pueden desempeñar un trabajo, otras no. En las entrevistas, se detectaron dificultades en este ámbito y, en algún caso, el empleo de estrategias para evitar tener problemas o ser despedidas.

A nivel profesional me considero exitosa aunque en los últimos 3 años tuve que alejarme del trabajo y empezar solo a trabajar como consultora. E-3

Estoy bien en mi nuevo trabajo y obtuve un ascenso. E-5

Siempre miento en mi trabajo. Digo que tengo alergias (...) Dije la verdad en otras ocasiones y fui despedida del trabajo. E-10

Siempre me pinto la sonrisa siempre muestro alegría y mis alumnas dicen que salen felices E-11

No, no hablo de ello en el trabajo, ni lo explico E-12

Complicaciones en la pareja

Si bien las complicaciones de la pareja son habituales, sin necesidad de la presencia de TDPM, en este caso, se recogen comentarios concretos acerca de la influencia del TDPM en la vida en pareja.

Divorciada a los 22 puesto que mi marido no podía aguantar los cambios de estado anímico³. E-6

Culpé al estado anímico de la separación. E-5

Él no podía aguantar más mis cambios de estado de ánimo. Él dijo que yo tenía un problema. E-10

... mi matrimonio fue un desastre, te lo hago resumido, allí al final, un divorcio policia, jueces, y todo un drama. E-11

³ La palabra inglesa *mood*, se puede traducir, en ocasiones, por *humor* pero, en general, se ha creído más conveniente el empleo de *estado anímico*.

Llevo soltera desde 2013. Las relaciones son complicadas. E-14

Era casi imposible mantener relaciones de pareja o amistad. Pero aprendí que tenía que guardar distancia de la gente. (...).Tuve dos relaciones principales en mi vida. Ninguna de las dos fue bien. E-9

Por otra parte existen alusiones a la actitud comprensiva de algunos maridos y novios.

Le digo a mi marido: *Te quiero* y él me responde. E-2

Un marido muy colaborador, ha estado a mi lado ayudando en todo momento. E-6

Me casé hace dos años con un hombre maravilloso pero es difícil para ambos lidiar con esta condición, se frustra cuando estoy deprimida. Sé que me entiende y me apoya pero no es sencillo. E-8

Tengo un novio que es ahora muy colaborador. E-10

Relaciones con profesionales de salud

En este apartado, se verán alusiones al poco conocimiento sobre la enfermedad de algunos profesionales, a la percepción de la falta de empatía y comprensión hacia su padecimiento. La misma entrevistada puede relatar diferentes experiencias, lo cual incide en la misma cuestión. En algún caso se ve cómo a través de una relación de confianza entre ginecóloga y persona afectada se logra un interesante tándem de apoyo.

Yo también quiero que la comunidad médica se detenga avergonzando a las mujeres por preguntar por tratamientos tal y como emplear terapia hormonal sustitutoria. E-2

El comprendió inesperadamente e hicimos la cirugía. E-2

Fue además para mí un triunfo, porque demostré a grandes médicos que no estaba errada. E-3

La ginecóloga rio ante mi propuesta de tener la total histerectomía, diciendo que era demasiado joven. E-5

Carla (nombre ficticio) estaba familiarizada con este trastorno y tenía otras clientas que habían sido tratadas. Relacionamos mi no tratada depresión post parto con el TDPM. Ella me explicó la correlación entre los dos. E-8

¿Podéis creer? No logro que alguien me atienda, jeje los vuelvo locos jajaja. Es así creo que si no está el que se enamora, está la psiquiatra que te apoya? E-11

Gracias a un médico que fue humano (...) Fui con esa psicóloga, con ella comencé. y por ella conocí a mi psiquiatra, y a una nutricionista todas se conocían, y podían (con mi consentimiento) intercambiar información. E-13

Fui diagnosticada equivocadamente con Trastorno Bipolar. E-15

He encontrado un estupendo médico de familia que realmente me atiende y escucha (...).Mi actual médico está verdaderamente intentando informarse sobre el TDPM. Ella incluso asistirá a un congreso on line de la Asociación Nacional de TDPM, simplemente para informarse. E-15

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En primer lugar, se presentarán algunas conclusiones sobre la metodología. El empleo de técnicas cualitativas posibilita una aproximación a la vivencia de las afectadas cuyo relato a veces no encuentra un cauce adecuado de expresión. Las narraciones de las afectadas tuvieron un cierto componente de desahogo emocional, pero, en este caso, la intención fue únicamente la búsqueda de información y la atribución de valor a esa información según el criterio de saturación técnica. Este valor pudo lograrse tras el análisis de quince relatos diferentes. De este modo se buscaba objetividad.

Para contrastar de los datos suministrados por los testimonios, se contaba con los resultados obtenidos en una encuesta sobre los aspectos sociales del TDPM (Quílez, 2016), cuyos objetivos eran similares (el estudio de los aspectos sociales del trastorno), lo que podría denominarse triangulación (Cea, 2009).

El empleo del relato retrospectivo y el contacto con algunas afectadas a lo largo del tiempo puso de manifiesto que las vivencias (como era de esperar) presentan una dinámica. Con la triangulación, se puede enriquecer la información estática que proporciona el método de la encuesta.

En lo que respecta al contenido, las alusiones a la gravedad de la enfermedad y su carácter desestabilizador se muestran en la totalidad de las entrevistadas, aunque se tuvieron que seleccionar determinadas citas que sirvieran de ejemplo. Las menciones concretas a las tentativas de suicidio, o la esperanza puesta en la histerectomía, se erigen como ejemplos notables. Pese a saber de los efectos no deseados de la histerectomía y

que es un último recurso, se pide esta operación, que, todavía, dista de ser una opción terapéutica generalizada (Lanchares, 2014), aunque haya ejemplos de su efectividad (Steiner y Born, 2000; Studd, 2012).

Respecto a la vida laboral de las afectadas, los testimonios aportados expresan las dificultades para tener y mantener un trabajo. Incluso, alguna entrevistada, afirmaba evitar contar en su trabajo lo que realmente le ocurría porque pensaba que podría ser despedida. Esa autopercepción se corresponde con datos cuantitativos (Quílez, 2016). Un 40 % de las encuestadas manifestaba haber perdido algún empleo por TDPM. Se contrasta, así, la información obtenida mediante entrevista.

En cuanto a la atención médica recibida, los discursos de las mujeres expresan haber sido diagnosticadas erróneamente o haberse sentido avergonzadas por la actitud de los profesionales que las atendieron. Contrastando esos discursos con los datos obtenidos mediante encuesta, se puede aportar que un 59 % de las encuestadas estaban «en desacuerdo o totalmente en desacuerdo» con que la atención médica recibida era adecuada (Quílez, 2016). Los testimonios ofrecidos por las afectadas confirman, con los debidos matices y teniendo en cuenta la no representatividad de la muestra, el dato estadístico. Si bien se manifiesta la sensación de incompreensión, a lo largo de la vida de una persona no todas las experiencias con profesionales de la salud son iguales. De hecho, se han recogido testimonios que muestran la importancia y acierto de la ayuda recibida. Esos testimonios podrían corresponderse con el 31 % de las encuestadas que resta o simplemente se puede deducir que las encuestadas decantaron la balanza en favor de unas experiencias (las de incompreensión) en lugar de otras, según sus expectativas.

En relación con las relaciones de pareja, el presente estudio cualitativo pone de manifiesto las dificultades que provoca el TDPM (una de las cuestiones que sin duda afectan a la estabilidad emocional). Expresamente se recoge cómo los compañeros sentimentales no podían aguantar los cambios de humor, lo cual también se apunta en el estudio de Lanchares (2014). Se recuerda que el 59 % de las encuestadas afirmaron haber tenido alguna ruptura sentimental causada por TDPM.

Todo lo expuesto hasta ahora fortalece la idea de que los factores tanto psíquicos como sociales asociados al TDPM plantean unas dificultades añadidas que no pueden ser abordadas desde un planteamiento meramente biologicista, esto es, síntoma-

fármaco. El abordaje integral (el cual plantea espontáneamente la entrevistada E-13) se hace preciso. Sin embargo las expectativas puestas en los profesionales de la salud deben ir en consonancia. Las afecciones crónicas (y el TDPM lo es) requieren respuestas, pero no pueden ofrecerse soluciones milagrosas.

Para afrontar el TDPM, una serie de factores pueden convertirse en activos de salud. De hecho, a lo largo del tiempo, las afectadas manifiestan haber podido revertir ciertos obstáculos, en cuanto al trabajo, la pareja o los profesionales de la salud. Se trata de algunos ejemplos de factores que determinan la salud. Para afrontar el TDPM, teniendo en cuenta su complejidad, gravedad y cronicidad, es preciso un enfoque integral que tenga en cuenta todos los aspectos de la salud de la mujer.

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM V*. México: Edición Panamericana, 2014.
- BERTAUX, D. *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica*. Barcelona: Ed. Bellaterra, 2005.
- CEA, A. *Metodología cuantitativa: Estrategias y técnicas de investigación social*. Madrid: Síntesis, 2009.
- CHASE, S. E. Entrevista narrativa. Multiplicidad de enfoques, perspectivas y voces. En DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (coords.) *Métodos de recolección y análisis de datos*. Barcelona: Gedisa, 2015.
- DUCASSE, D.; JAUSSENT I.; OLIÉ E., et al. Personality Traits of Suicidality Are Associated with Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in a Suicidal Women Sample. *PLOS ONE*. 2016, vol. 11, núm. 2.
- 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, vol. 6, núm. 1, p. 16–22
- ESCUADERO-CARRETERO, M. J., et al. La relación médico-paciente en el tratamiento de la diabetes tipo 1. Un estudio cualitativo. *Atención Primaria*. 2006, vol. 38, núm. 1, p. 38-18.
- GLASSER, B. G.; STRAUSS, A. L. *The Discovery of Grounded Theory: Strategies of Qualitative Research*. Nueva York: Aldine, 1967.
- LANCHARES, J. L. (coord.) *Síndrome Premenstrual*. Madrid: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, 2004.
- LANDA-GOÑI, J.; AVELLANA-MORENO, V. Tratamiento del síndrome disfórico premenstrual. *Formación Médica Continuada*. 2006, vol. 13, p. 230-236.
- MÁRQUEZ, A. Trastorno Disfórico Premenstrual. *Endocrinología Ginecológica y Reproductiva*. 2007, vol. 3, p. 36-45.
- NATIONAL ASSOCIATION OF PREMENSTRUAL DYSPHORIC DISORDER
Obtenido el 17 de octubre de 2016. <http://napmdd.org/>
- QUILEZ, A. Perfil sociodemográfico de una muestra de mujeres con trastorno disfórico premenstrual. *Musas*. 2006, vol. 1, núm. 2, p. 79-103.

- QUÍLEZ, A. Evaluando el autoapoyo en línea: respuestas ante la emergencia del trastorno disfórico premenstrual. *Trabajo Social Global*. 2015, vol. 9.
- RAPPAPORT, M. H., et al. Deterioro de la calidad de vida en los trastornos depresivos y de ansiedad. *American Journal of Psychiatry*. 2005, núm. 162, p. 1171-1178.
- RUIZ, J. I. *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao: Universidad de Deusto. Serie Ciencias Sociales, 1996.
- SAN MIGUEL, B. et al. El método biográfico en el estudio de las desigualdades sociales. *Revista Internacional de Sociología*. 2002, núm. 33, p. 115-132.
- SHUTZ, A. *Collected papers II*. The Hague: Martinus Nihoff, 1976.
- STUDD, J. Severe premenstrual syndrome and bipolar disorder: a tragic confusion *Menopause International*. 2012, vol. 18, p. 82-86.
- STEINER, M.; BORN, L. Advances in the Diagnosis and Treatment of Premenstrual Dysphoria. *CNS Drugs*. 2000, núm. 13, p. 287-304.
- TAYLOR, S. y J.; BOGDAN, R. *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1994.
- VALLES, M. S. *Entrevistas cualitativas* Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2014.

ANEXO: GUION DE ENTREVISTA⁴

We need some testimonies about women suffering PMDD to interpret and analyze data, and process the survey findings and report on them. You can follow the suggested outline here below but it is not compulsory. Free narration is accepted. Previous biographic stories are accepted too. It is not necessary to work on a long and perfect writing. If we consider that anything could be further developed, we may ask you for additional feedback.

After filling the form, send it to: **investigaciontdpm@gmail.com**

Necesitamos algunos testimonios de mujeres con TDPM para interpretar y enriquecer los resultados de la encuesta. Puede seguir el esquema que le proponemos pero no es obligatorio. Si quiere escribir libremente lo puede hacer. También se aceptan relatos biográficos previos a la investigación. No es necesario un relato largo y perfecto. Si pensamos que algún apartado puede estar más desarrollado podemos preguntarle nuevamente.

Tras cumplimentar el formulario, envíelo a: **investigaciontdpm@gmail.com**

1) Introducing data/Datos introductorios

- Country
- Edad/Age...
- ¿Con quién convive (padres, pareja, hijos? Who are you living with (parents, couple, children?...

2) Infancia y Juventud. Childhood&Youth (5-30 lines-líneas)

Puede comenzar a escribir acerca de su infancia y juventud. Es importante reflejar brevemente la relación con sus padres y sus hermanos, colegio, amistades...

You could start your story writing about your childhood and youth. It is important to reflect relationship with parents, brothers&sisters, school, friendships...

3) Síntomas (10-30 lines-líneas)

Cómo y cuándo se comenzaron a manifestar los síntomas.

⁴ Si bien la información que se precisaba para el estudio se recoge en este guión, las entrevistas se realizaron con cierta libertad para facilitar la narración de las entrevistadas. Por otra parte, la presentación de la entrevista contaba con un formato diferente, buscando agradar a las entrevistadas y tratando de animar a que fluyera la narración.

How and when began symptoms.

1) Abordaje de los síntomas. Symptoms treatment (20-...)

Visitas a médicos/psicólogos/ginecólogos/psiquiatras/otros, consejos de médicos y otros, medicaciones, resultados, estilo de vida adoptado para afrontar Tdpm.

Doctors/psychologist/gyno/psychiatrist/others visits, doctor and others advices, medication, results, life style adopted to face Pmdd...

2) Diagnóstico/Diagnose (5-....)

¿Cómo y cuándo ocurrió? How and when that happened?

Repercusiones del diagnóstico / Consequences about diagnose

¿Su vida tras diagnóstico fue diferente? Life after diagnose was different?

3) Repercusiones de TDPM en Vida familiar, en pareja, en amistades (vida social), en salud, en el trabajo. PMDD consequences about family, couple, friendships (social life), work. (10-...)

4) ¿Puede resumir su biografía año por año según sus acontecimientos vitales más relevantes? Could you resume your own life since your more important life events?

Example:

2001 First symptoms/Primeros síntomas

2009 Graduate at University/Graduada en Universidad

2012 Matrimonio/Marriage

2014 Primer Trabajo/First job

2015 Divorcio/Divorce

Etc

Gracias y recuerde: Esta historia de vida es anónima y confidencial. Solo va a ser empleada para los objetivos de la investigación. *Thank you and remember: This story is confidential and anonymous. It's only going to be used to researching aims.*