

Premenstrual dysphoric disorder and its psychological affectation in the workplace

Trastorno disfórico premenstrual y su afectación psicológica en el ámbito laboral

Nancy Lizet Almaraz Trejo^a, José Ángel Castillo Martínez^b

Abstract:

Premenstrual dysphoric disorder (PMDD) is a mental disorder which is rare or studied because it becomes disabling for the woman who presents it in various areas of her life. At present, psychotherapeutic treatment is an essential part along with the pharmacological one and can be carried intermittently during the menstrual period.

This article aims to report some factors suffered by women with PMDD within their work performance, which must generate emotional, physical and social strategies so that each menstrual cycle can cope with the various consequences that this condition generates. The findings made it possible to identify complications in women in physical conditions such as extreme pain, tachycardia, dizziness, nausea, vomiting, decrease in blood pressure, decrease or loss of appetite, sleep disorders, lack of libido, fatigue, among others. And on an emotional level it can present irritability, crying, social withdrawal, feelings of guilt and worthlessness, anxiety, depression, suicidal ideation or intention, stress or Burnout Syndrome.

Keywords:

Menstrual dysphoric disorder, work, stress.

Resumen:

El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) es un trastorno mental el cual es poco frecuente o estudiado debido a que vuelve incapacitante para la mujer que lo presenta en diversas áreas de su vida. En la actualidad el tratamiento psicoterapéutico forma parte esencial junto con el farmacológico y se puede llevar de forma intermitente durante el periodo menstrual.

En el presente artículo se pretende informar algunos factores que padecen las mujeres con TDPM dentro de su desempeño laboral las cuales deben generar estrategias emocionales, físicas y sociales para que cada ciclo menstrual pueda sobrellevar las diversas consecuencias que les genera esta condición. Los hallazgos permitieron identificar complicaciones en la mujer en condiciones a nivel físico como dolor extremo, taquicardia, mareo, náuseas, vomito, disminución en la presión sanguínea, disminución o pérdida del apetito, trastornos del sueño, falta de libido, fatiga, entre otros. Y a nivel emocional puede presentar irritabilidad, llanto, retraimiento social, sentimientos de culpa e inutilidad, ansiedad, depresión, ideación o intención suicida, estrés o Síndrome de Burnout.

Palabras Clave:

Trastorno disfórico menstrual, trabajo, estrés.

INTRODUCCIÓN

La menstruación es una descamación periódica en la mujer con cambios hormonales cíclicos tienen variaciones como peso, apetito, libido y temperatura corporal en general los síntomas se presentan en un 80% en su edad reproductiva de su periodo premenstrual. La sintomatología premenstrual abarca desde síntomas somáticos, tensión en mamas, distensión abdominal, retención hídrica discreta, estreñimiento o diarrea, dolor de cabeza o diversos síntomas psicológicos. Según Zanin et al.

(2011) el ciclo menstrual clásico en mujeres tiene una duración de 28 días en un 40%, los ciclos largos e irregulares aparecen en un 60% de la población mundial.

De acuerdo con Zerpa (2005), el síndrome premenstrual y otros trastornos menstruales son la alteración del ciclo menstrual normal y en la mayoría de los casos se presentan desde la adolescencia como parte desde desarrollo reproductivo, sin embargo, es importante descartar la presencia de trastornos orgánicos, obteniendo como beneficio el inicio de un tratamiento

^a Corresponding author, Instituto de Posgrado en Psicoterapia Cognitivo Conductual, <https://orcid.org/0000-0003-3629-3397>, Email: almarazlizet@gmail.com

^b Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0000-0002-0943-9074>, Email: jose_castillo@uaeh.edu.mx

de inicio oportuno. Según Campagne (2013) un instrumento psicométrico no da un diagnóstico, tiene que abarcar diversos factores, puesto que algunos autores no hacen la distinción entre la aparición de síntomas normales, los de un síndrome premenstrual o un trastorno disfórico premenstrual.

De acuerdo con el DSM-5 (citado en Quiñones, 2021) el trastorno disfórico premenstrual consiste en la expresión de síntomas como ansiedad, irritabilidad y disforia ocurridos repentinamente en la fase menstrual de su ciclo, que se remiten al comienzo de la menstruación o poco después.

En la Revista de Endocrinología Ginecológica según Stute (2017, como se cita en Añazco 2021) en la primera consulta para inicio del trastorno disfórico premenstrual se debe abarcar aspectos como historial menstrual: frecuencia, duración, pesadez, dolor, regularidad, amenorrea, último período menstrual, embarazo, historial de síndrome premenstrual, edad de inicio, momento, gravedad, ausencia de después de la menstruación, intervalo libre de síntomas durante el período folicular, deterioro, interferencia ámbito laboral, educativo, social y familiar rango de menos 3-5 días; problemas médicos subyacentes que empeoren antes del inicio de la menstruación, tolerancia al tratamiento hormonal previo o en curso, disposición para el uso de métodos anticonceptivos y la indagación de pensamientos suicidas.

El trastorno disfórico premenstrual se muestra con características de una condición clínica la cual a nivel emocional se presenta acompañada de llanto, pérdida de apetito, falta de libido, fatiga, trastornos de sueño, irritabilidad, retraimiento social, sentimientos de culpa e inutilidad y pensamientos de muerte en casos extremos (Monroy, 2021).

El TDPM tiene una prevalencia de 3% a 8% en las mujeres de edad reproductiva. El cual considera graves alteraciones o consecuencias en las actividades cotidianas como en el trabajo, autocuidado, las relaciones personales o relaciones sentimentales. En cuanto a la calidad de vida, se encuentra en el mismo nivel de afectación que un trastorno depresivo o bipolar (Quilez, 2019).

De acuerdo con Vega (2019) la principal problemática de las mujeres que padecen el TDPM, es que la patología ya está establecida, de manera que cuando esta diagnosticada debe cumplir con criterios para su intervención eficaz. Como brindar información consistente por parte del servicio de salud físico y mental, actualizada y local, donde se manifiesten las principales repercusiones del padecimiento, como la calidad de vida, problemas en alguna esfera mental, depresión, rendimiento académico, amplificación somatosensorial y ausentismo laboral. En un estudio experimental según Quilez (2016) donde se presentó un grupo control y un grupo con trastorno disfórico premenstrual obtuvo como resultado que las mujeres que se encontraban diagnosticadas con TDPM tenían un menor porcentaje de actividad laboral e inclusive presentaban bajas temporales. El grupo control indicó que algunas mujeres tenían ausencia de diagnóstico o la presencia de otros padecimientos

como el síndrome premenstrual el cual en algunas regiones aún se considera como algo normal.

En materia de maternidad se mantiene una protección elevada ante la constitución y ley, sin embargo, es importante un cambio en cuanto a la perspectiva que refleje otros aspectos que repercuten en la salud de mujeres trabajadoras en cuanto a políticas preventivas de salud (Ramírez, 2019).

Ante lo anterior expuesto y considerando que el trastorno disfórico premenstrual es una manifestación de síntomas antes y durante el periodo menstrual principalmente anímicos tales como: depresión, ansiedad, entre otros, de una gravedad en la que la mujer no realiza sus actividades de forma normal durante varios días, ahí radica la importancia de la revisión de este padecimiento, que si bien, es algo que genera impacto en el acontecer de la vida de las mujeres aún se desconoce los síntomas, diagnóstico y consecuencias para mantener un tratamiento adecuado y a su vez una calidad de vida.

MÉTODO

La búsqueda de información del presente artículo se basó en la revisión de diversas bases de datos correspondientes a plataformas Web encargadas de la recopilación de investigaciones, artículos, trabajos de terminación de posgrado, tesis y tesis de índole científico. Donde son utilizadas, revisadas y referenciadas con el objetivo de informar a la población educativa y general.

Algunas de las plataformas utilizadas fueron Google Académico, Dialnet, Redalyc, Latindex y SciELO México. En las cuales se utilizaron como filtro de referencia las palabras clave de trastorno disfórico premenstrual, estrés y técnicas cognitivo conductual.

En cuanto a criterios de inclusión, la población se basó en información básicamente del sexo mujer, sin embargo, en cuanto al uso y aplicación de técnicas pueden ser utilizada para ambos sexos. La revisión en cuanto a tiempo se fundamentó principalmente del 2017 en adelante, pero al encontrar insuficiencia de contenidos se utilizó la fundamentación teórica de años anteriores. El análisis de resultados tuvo un método teórico y descriptivo.

RESULTADOS

El Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) es la exacerbación patológica de los cambios somáticos y psíquicos que ocurren durante la fase luteínica en el ciclo femenino normal, y que produce incapacidad física y psíquica y problemas de relación familiar, laboral y social. Esta última condición es imprescindible para considerarla una enfermedad. La definición más adecuada del síndrome según Gaviria (1999, como se cita en Márquez, 2012, pp. 42), quien plantea este trastorno como "...un conjunto de síntomas emocionales, comportamentales y somáticos que se presentan al final de la fase luteínica y que se

resuelven con la menstruación.”. Históricamente, los cambios existentes durante la fase luteínica o progesteronal del ciclo menstrual, han sido tema de controversia según los diferentes contextos socioculturales. Aunque parezca una patología de reciente connotación médica, las primeras descripciones del desorden disfórico de la fase luteínica las realizó Hipócrates. Un 70% de la población mundial lo padece según la Asociación Mundial de Ginecología y Obstetricia (2012).

Afectaciones psicológicas del trastorno disfórico premenstrual ***Estrés***

La Organización Mundial de la Salud (2004 citado en Lorenzo, 2019) define el estrés como “el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción”. El Dr. Cano presidente de la Sociedad Española de la Ansiedad y el Estrés (2006 citado en Lorenzo, 2019) define el estrés como un proceso en el cual se inicia ante un conjunto de demandas por parte del ambiente en el cual la persona debe dar una respuesta de acuerdo a sus recursos. Cuando la demanda es excesiva el individuo generará reacciones adaptativas que implican una activación fisiológica como lo son la ansiedad, el estrés, la ira y la depresión.

El estrés refiere Ramírez (2019) es un padecimiento que abarca la parte física, emocional, social y moral de la persona, cuyos orígenes o consecuencias son de tipo estructural principalmente referidas a las relaciones sociales y al individuo. Visto como un proceso el estrés será variante en la vida del ser humano pues cada persona considera si es o no estresor alguna circunstancia adversa la cual tendrá como característica en ambas la alta probabilidad de enfermar y los recursos que pondrá en práctica para dominar, tolerar o reducir el malestar.

El impacto de los síntomas debido a la intensidad elevada de malestar asociados a la mujer en sus ocupaciones diarias, familia o en su ámbito social disminuye su bienestar físico, cognitivo y emocional. Un considerable porcentaje de mujeres experimentan cambios en su estilo de vida donde abarca la alimentación, vida sexual, sueño, entre otros (López-Mato, 2000).

Síndrome de Burnout y su relación con el trastorno disfórico premenstrual

El síndrome de Burnout es conocido como una afectación psicológica y emocional con un elevado grado de malestar y absentismo. Actualmente no existe una definición única o universal, pero en un consenso lo podemos considerar de acuerdo con Ávila (2010) como una respuesta ante el estrés laboral crónico con consecuencias negativas en aspectos como el individuo u organizacional, en la cual los individuos o personas mantienen una limitada habilidad para generar estrategias de afrontamiento que les genere un mayor funcionamiento.

El Burnout es una experiencia negativa subjetiva pues depende de cada ser humano, en cuanto sensaciones, sentimientos, emociones y cogniciones, generando reacciones a nivel conductiva y fisiológica nocivas para la salud o desempeño laboral. Una

definición más actualizada es una propuesta de Maslach et al. (como se cita en Ávila, 2010), que lo consideran como un síndrome con un modo de respuesta alargado por estresores crónicos que afectan diversas áreas de la vida de la persona en especial a nivel personal y laboral. Que caracterizan algunas dimensiones de estrés crónico como agotamiento físico y emocional, sensación de despersonalización que se puede concebir como la sensación de distorsión lo que provoca distanciamiento y la baja realización profesional.

Algunos factores de riesgo del síndrome de Burnout entre las mujeres pueden ser el orden de la estructura familiar, es decir, las personas con hijos son más vulnerables al Burnout debido a la implicación que tiene la familia, algunas veces puede que se use como un potencializador para afrontar los problemas y conflictos emocionales. Manzano (como se cita en Martínez, 2010) argumenta que a mayor número de hijos es mayor el nivel de estrés, esto derivado de las diversas responsabilidades que implica. Con relación al sexo, las mujeres son mayormente vulnerables al desgaste profesional, esto se complica debido a las variables por factores distorsionadores, ejemplo: mujeres con trabajos de baja decisión, las exigencias familiares, la educación y los ingresos económicos. También puede incluir el nivel de implicación en las tareas lo que origina un desgaste profesional aun mayor, limitadas habilidades de afrontamiento, desbalance de afectos, el tipo de trabajo y la personalidad, lo cual influye en las respuestas y consecuencias.

Algunas variables psicológicas que están relacionadas con el Síndrome de Burnout son la autoestima y la autoeficacia, la última definida por Bandura en 1977 (citado en Darrigrande & Duran, 2012) como un conjunto de creencias de las capacidades propias para organizar y ejecutar los cursos de acción para producir los logros. Se ha demostrado que la eficacia puede influir en el desarrollo de niveles del Síndrome de Burnout tanto de forma directa como indirecta. El síndrome de Burnout se puede ver incrementado a consecuencia o causa del trastorno disfórico premenstrual según Juárez et al. (2014) principalmente en los siguientes aspectos: mantiene predominancia por síntomas disfóricos como el agotamiento emocional, conserva una mayor alteración en síntomas mentales y conductuales que en los físicos, el padecimiento muestra una mayor alteración en el ámbito laboral y su ocupación, los síntomas se ven presentados en individuos “normales” que no presentan ninguna patología o alteración psicosocial y una disminución acentuada en la efectividad del desempeño laboral producida por actitudes o conductas negativas afectando su rendimiento y productividad. Dentro del contexto laboral Darrigrande y Duran (2012) consideran suma importancia identificar factores preventivos para el Síndrome de Burnout y su relación con el TDPM: se debe fomentar la comunicación, evitar el aislamiento, mantener la solidaridad y apoyo entre pares, sobre todo ante situaciones estresantes. Fomentar expectativas con base a la realidad, ya que evitara altos niveles de frustración sino se cumple la necesidad por alguna circunstancia del medio, tomando en cuenta que es importante el cumplimiento de las metas personales. Llevar a

cabo una rutina de ejercicios físicos; como actividades aeróbicas, caminatas, las cuales estimularan o beneficiaran el organismo ante los padecimientos del TDPM además de que promueve la liberación de endorfinas y salud mental. Promover el reconocimiento y expresión de emociones esto con el fin de identificar situaciones estresantes que invadan o deterioren la capacidad para afrontar factores estresantes e incitar un ambiente laboral y trabajo en equipo armonioso, el cual distribuya de forma equitativa el trabajo en equipo y fomentar la colectividad en el trabajo.

El manejo de síntomas para trastorno disfórico premenstrual es un gran reto pues está basado en estrategias de tipo farmacológicas y de estilo de vida las cuales García (2010) las divide en cuatro: Actividad física: Esta modifica los niveles de endorfinas las cuales son las encargadas del estado de ánimo y síntomas físicos en las personas. Dieta: alimentación reducida en azúcares, sal, alcohol, cafeína, carbohidratos. Suplementos en calcio y magnesio mantienen efectos clínicos comprobables y favorables de la reducción en retención hídrica y mejoramiento en cambios comportamentales del TDP. Psicoterapia: el enfoque cognitivo conductual dentro de la psicoterapia ha demostrado tener resultados mayores en este tipo de pacientes frente al control de impulsos. Tratamiento no farmacológico: este prestara la misma importancia al farmacológico, ya que estará al cuidado y manejo diario de la persona con TDP la cual deberá fomentar calidad de vida y toma de decisiones que le generen bienestar.

Tratamiento y uso de técnicas cognitivo conductual en el trastorno disfórico premenstrual

El enfoque cognitivo conductual puede ser empleado para el trastorno disfórico premenstrual, existen diversas estrategias las cuales pueden ser aplicadas como método preventivo y durante las crisis, para que la persona con TDPM pueda generar estrategias o herramientas emocionales que la lleven a la efectividad de la obtención de la resolución de problemas o dificultades psicológicas que se presenten en distintas áreas de su vida en especial la personal, familiar y laboral, así como el incremento de su asertividad en toma de decisiones durante estos periodos y la armonía social y calidad de vida. Las características esenciales de una intervención terapéutica consisten en identificar objetivos relevantes de cambio, operacionalizarlos, medir su magnitud (intensidad, frecuencia, duración) y establecer los parámetros relativos al tiempo y a los procedimientos. (Trujillo, 2017).

Entrenamiento en control de impulsos y autocontrol emocional

El autocontrol se refiere a el establecimiento de impulsos y reacciones de forma adecuada. Genise (2014) lo define como la capacidad de regular impulsos de forma involuntaria y tendrá como objetivo el equilibrio personal, aumentar la capacidad de resolución de problemas, manejar emociones y regular su comportamiento. En mujeres que presentan TDPM se pueden

tomar en cuenta las siguientes técnicas para mejorar el autocontrol emocional:

- Entrenamiento y regulación en manejo de las emociones: el control de emociones no es la división de emociones negativas o positivas, mas, bien, es el conocimiento, uso y control sobre ellas.
- Relajación progresiva: reduce la tensión del pulso y la presión sanguínea, además de disminuir la transpiración y frecuencia respiratoria. La utilización de esta técnica de manera correcta tiene el mismo efecto de un fármaco para reducir la ansiedad.
- Respiración: los ejercicios aplicados en respiración serán útiles para disminuir ansiedad, depresión, irritabilidad, ira, autocontrol, fatiga y tensión muscular.
- Meditación: provoca estados de profunda relajación en un tiempo corto.
- Imaginación: utiliza el pensamiento para el tratamiento de los síntomas físicos y autocontrol. El pensamiento de que no somos capaces, dificultara el problema y bloquea la posibilidad de buscar recursos para enfrentar las dificultades.
- Entrenamiento autógeno: programa sistematizado del cuerpo y la mente, efectivo y rápido al ordenamiento verbal de relajación para regresar al equilibrio o a un estado de normalidad.
- Detección de pensamiento y rechazo de ideas irracionales propias de la terapia cognitivo conductual.
- Técnicas de afrontamiento: tienen la finalidad de relajar, disminuir ansiedad y estrés, proporcionar una mayor capacidad de autocontrol ante situaciones o experiencias que generan tensión.
- Entrenamiento asertivo: diseñado para adquirir asertividad, también suele ser efectivo para disminuir ansiedad derivada del dolor, relaciones interpersonales, relaciones de pareja o problemas familiares.

Psicoeducación

Cummings (2008, como se cita en Vidales & Velasco, 2016) concreta como psicoeducación, a la fusión del asesoramiento conductual con la psicología de la salud y el proceso de psicoterapia. La psicoterapia es aplicada a un grupo o de forma individual con un mismo diagnóstico o padecimiento, puede ser estructurada o abierta esto dependerá de las necesidades de cada paciente. El programa de psicoeducación se debe incorporar los siguientes elementos: tratamiento del diagnóstico, manejo de la condición, obediencia del régimen médico psicológico y prevención contra el progreso o recaída. Es de suma importancia que las pacientes padezcan o tengan una condición similar, o que experimenten síntomas similares esto con la finalidad de generar empatía y solidaridad entre ellas y que así se facilite el manejo grupal e individual del padecimiento o problema.

Los programas psicoeducativos se llevarán a cabo en un tiempo límite que contemplara el número de sesiones que oscilan entre 5 y 24 sesiones y el espacio por el número de mujeres que va de 4 a 12. Una ventaja marcada en el proceso de psicoeducación grupal es el bajo costo el cual no afecta la elevada efectividad en comparación con la psicoterapia individual (Cummings 2008, citado en Vidales & Velasco, 2016).

Control en conductas autolesivas en casos extremos

Desde la perspectiva de Ayala y Riveros (2021) el TDPM produce efectos psicológicos graves como trastornos de ansiedad, angustia, depresión, estrés, culpa, desolación abuso de sustancias como alcohol, despersonalización, problemas de adaptación, deterioro de autoestima, problemas de afrontamiento, pérdida de contacto con su familia, poder, autonomía y confianza. El uso de conductas autolesivas las cuales pueden causar ideación o intención suicida. Las técnicas más utilizadas dentro de las intervenciones terapéuticas son para o casos de comportamientos autolesivos disfuncionales, como objetivo será conseguir lo que desean y evitar lo que no desean. Como es en el caso del remplazo de conductas disfuncionales por una más adecuada, con la cual se quiera erradicar la conducta; encuadrar la autoestimulación en un tiempo y espacio estipulado, trabajando con la anticipación de las situaciones estresantes para la mujer previniendo alterar o desencadenar este tipo de conductas.

Identificación de pensamientos automáticos y creencias disfuncionales (A-B-C Ellis)

Las emociones y creencias disfuncionales tienen un funcionamiento cognitivo en las mujeres que padecen el TDPM, por lo cual, una identificación adecuada de pensamientos y actitudes disfuncionales es un método o estrategia adecuada para poder implementar. Los pensamientos automáticos hacen referencia a las cogniciones superficiales, regularmente estas aparecen en la conciencia, son accesibles y algunas ocasiones constituye un hábito para la persona. El pensamiento automático suele presentarse sin conciencia de modo que la mujer necesitara apoyo para ubicar dicho pensamiento, a través de registros escritos específicamente cuando el pensamiento está relacionado con ánimos perturbados. Una gran parte de las mujeres piensa que el un acontecimiento está relacionado con sentimientos de molestia. Este pensamiento será externo, pues proviene de las relaciones o interacciones sociales; o la interna, que va relacionada con la enfermedad o malestar como todos los síntomas que presentara durante el TDPM. El modelo A-B-C de Ellis (1962,1979, como se cita en Caballo, 2001) es aplicable ante estas situaciones, donde A= acontecimiento activante, B= creencias y C= consecuencias de las reacciones emocionales. Los pensamientos automáticos esta constituidos por recuerdos, percepciones y afectos que se relacionan con la autoimagen o el yo. El cambio consiste en identificar y separar los pensamientos útiles e intercambiarlo por los irracionales o desmotivadores, aquellos que generan un estado de ánimo negativo o malestar.

Respiración diafragmática de Martha Davis

La capacidad pulmonar que se utiliza es solo una capacidad, se utiliza con mayor frecuencia la parte superior de los pulmones. Con esta técnica de respiración diafragmática según Davis et al. (2010) alcanzaremos una oxigenación adecuada evitando que la persona se hiperventile derivado de alguna crisis de dolor, ansiedad o estrés. Como primer objetivo de la técnica es dirigir el aire a la parte inferior de los pulmones, recostándose y optando por una postura recta, colocaremos una mano en el vientre y otra en el pecho. Se mantiene el aire 5 segundos y exhalamos. De segundo objetivo se ira desplazando el aire a la parte media de los pulmones y por último a la parte superior elevando el pecho y metiendo el abdomen hacia el centro. Se mantiene la respiración unos segundos y exhala. La práctica de esta técnica es 2 veces al día durante 10 minutos, cuando hay constancia la técnica se puede hacer de pie o caminando lo anterior ampliando posibilidades terapéuticas de esta técnica.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A través de la revisión teórica que se ha realizado en el artículo, se pretende describir la afectación psicológica del trastorno disfórico premenstrual (TDPM) manteniendo énfasis en el ámbito emocional que tienen las mujeres que lo presentan, además del impacto en su área laboral; contiene también, una breve descripción de técnicas con enfoque cognitivo conductual las cuales pueden ser utilizadas para llevar a cabo en las pacientes con TDPM, debido a los resultados que las técnicas y estrategias muestran en pacientes con diversos trastornos. Existe una carencia en cuanto a la relación de su aplicación, sin embargo, las revisadas y argumentadas fomentan una puerta abierta al aprendizaje y praxis de la relación con el enfoque. El presente artículo puede ser aportación y evidencia teórica-empírica de esta continuación de propuesta, pues si bien, hay escasas, existen otros artículos que lo comprueban. Respaldo que el enfoque cognitivo conductual es eficaz en el tratamiento psicoterapéutico y psicológico, ya que cuenta con un respaldo científico, está encaminado en resolver situaciones actuales, mantiene un entrenamiento para la vida cotidiana, optimiza la resolución de problemas, no hay efectos secundarios, se adapta a diferentes necesidades y trastorno psicológicos y psiquiátricos, disminuye el pensamiento disfuncional y aumenta técnicas de autocontrol y relajación para las disfuncionalidades (Puerta & Padilla, 2018).

Se puede apreciar también el grado de afectación emocional que se tiene dentro del trastorno disfórico premenstrual, el cual puede generar dificultades en el ámbito laboral, procedentes de factores como el estrés y casos extremos el síndrome de Burnout, la complicación radica en el sobrellevar el grado de dolor e irracionalidad del pensamiento, con las actividades del trabajo que se deben desempeñar en las mujeres que lo padecen. En la actualidad la evidencia empírica y de investigación sigue siendo limitada, pues existe un mayor número de información

ante la presencia del síndrome premenstrual, el cual difiere y no es el mismo al TDPM por el grado de afectación en la vida de la persona, asertividad, autoeficacia, toma de decisiones, habilidad para resolver los problemas e la vida cotidiana y la diversidad de áreas donde se desarrolla los problemas en la mujer: laboral, educativa, personal, familiar, de pareja, entre otras. El TDPM al ser una presencia de un padecimiento más complejo ha sido menos estudiado.

Otra limitante es la desinformación y falta de psicoeducación en el ámbito de la sexualidad, pues aún se concibe como tabú o como una condición "normal" la aceptación del dolor ante el proceso del ciclo menstrual, ante dicha tolerancia excesiva algunas pacientes carecen de información de que es el trastorno disfórico premenstrual, como se crea el diagnóstico, que profesional de la salud lo genera, el tratamiento multidisciplinario en el que se le tiene que atender y las técnicas de afrontamiento para los síntomas.

El tratamiento multidisciplinario es el más efectivo para las pacientes con trastorno disfórico premenstrual, la medicina, psicología, nutrición y psiquiatría es esencial para generar un funcionamiento mayor en cuanto a eficacia.

REFERENCIAS

- Añazco, C. (2021). Criterios diagnósticos y manejo terapéutico del trastorno disfórico premenstrual en mujeres de edad fértil en atención primaria de salud. *Facultad de ciencia químicas y de la salud carrera de ciencias médicas Machala*, 9, (3), pp. 579-605.
- Ávila, J. Gómez, L. & Montiel, (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pensamiento Psicológico*, 8, (15), pp. 39-51.
- Ayala, J. & Riveros, M. (2021). Efectos psicológicos manifestados en el fenómeno de la prisionalización en mujeres. *Universidad Santo Tomas*, Facultad de posgrados.
- Caballo, V. (2001). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Siglo veintiuno. <https://cideps.com/wp-content/uploads/2015/04/CaballoV.-Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicol%C3%B3gicos-Vol.2-ebook.pdf>
- Campagne, D. (2013). La Psicometría del Síndrome Premenstrual (PMS). *Universidad Nacional de Educación a Distancia*.
- Darrigrande, J. & Durán, K. (2012). Síndrome de Burnout y sintomatología depresiva en profesores: relación entre tipo de docencia y género en establecimientos educacionales subvencionados de Santiago de Chile Reice. *Revista Iberoamericana sobre calidad, eficacia y cambio en educación*, 3, (10), pp. 72-87.
- Davis, M. McKay M. & Eshelman, E. (2010). Técnicas de autocontrol emocional. MR Ediciones. https://kupdf.net/queue/t-eacute-cnicas-de-autocontrol-emocional-martha-davis-y-matthew-mckay_59f2b055e2b6f5f77047ab7f_pdf?queue_id=-1&x=1626051013&z=MjAwLjY4LjE4Ny4yMjY=
- García, A (2010). Trastorno disfórico premenstrual. desarrollos recientes. *Interpsiquis*
- Genise, G. (2014). Psicoterapia cognitivo conductual en un paciente con trastorno negativista desafiante. *Revista Argentina de clínica psicológica*, 23, (2), pp. 145-152.
- Juárez, A. Idrovo, A. Camacho, A. & Placencia, O. (2014). El síndrome de Burnout en una población mexicana: una revisión sistemática de la salud mental. *Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*, 2, (37), pp. 159-176.
- López-Mato, A., Illa, G., Boullosa, O., Márquez, C. & Vieitez, A. (2000). Trastorno disfórico premenstrual. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 38(3), 187-195.
- Lorenzo, D. (2019). La inteligencia emocional y el estrés en trabajadores de una multinacional. Universidad de La Laguna. *Facultad de derecho*. <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/24149/La%20inteligencia%20emocional%20y%20el%20estres%20en%20trabajadores%20de%20una%20multinacional.pdf?sequence=1>
- Márquez, J. (1999). El síndrome premenstrual. *Nuevo Milenio editores*, 20, pp. 317-328.
- Martínez, A., (2010). El síndrome de Burnout, evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112, pp. 42-80.
- Monroy, D. (2021). Factores de riesgo para la depresión perinatal en relación a la pandemia del COVID-19. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales. *Facultad de Ciencias de la Salud*, 1, (2), pp. 1-70.
- Pacheco, F. Chirino, E. & Escobedo, A. (2017). Terapia continua con sertralina en el trastorno disfórico premenstrual. A propósito de un caso clínico. *Psiquiatría biológica*, 24 (3), pp 128- 131. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S113459341730057X>
- Puerta. E & Padilla, R. (2018). Enfoque cognitivo conductual una propuesta para la psicoterapia. *Pensamiento psicológico*, 7 (14), pp. 43-67.
- Quilez, A. (2016). Perfil sociodemográfico de una muestra de mujeres con trastorno disfórico premenstrual. *Revista musas*, 1, (2), pp. 79-103.
- Quilez, A. (2019). Foros de Internet de autoayuda e investigación. El caso del Trastorno Disfórico Premenstrual. *Foros de internet de autoayuda e investigación*. https://www.researchgate.net/publication/334548958_Foros_de_Internet_de_autoayuda_e_investigacion_El_caso_del_Trastorno_Disfórico_Premenstrual
- Quiñones, A. (2021). Criterios diagnósticos y manejo terapéutico del trastorno disfórico premenstrual en mujeres de edad fértil en atención primaria de salud. *Revista genios*, 7, (2), pp. 1-9.
- Ramírez, J. (2019). El estrés laboral desde una perspectiva relacional. Un modelo interpretativo. *Revista colombiana de antropología*, 55, (2), pp. 117-147.
- Trujillo, A. (2017). Estudio de caso clínico en una paciente con trastorno límite de personalidad, comórbido con trastorno depresivo mayor y otros. *Facultad de psicología de Barranquilla*.
- Vega, V. (2019). Repercusiones mentales del trastorno disfórico premenstrual en estudiantes de Universidad Continental. Universidad Continental. *Facultad de ciencias de la salud*.
- Vidales, N. & Velasco, D. (2016). Efectividad de un programa psicoeducativo para disminución de sintomatología depresiva en el Trastorno Disfórico Premenstrual. *Universidad de la Sabana*, Facultad de psicología.

Zanin, L., Paez, A & Correa, C. (2011). Ciclo menstrual: sintomatología y regularidad del estilo de vida diario. *Fundamentos en Humanidades Universidad Nacional de San Luis*, (II), pp 103/203.

Zerpa, Y. (2005). Trastornos menstruales del adolescente. *Revisión Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo Médica*, 3, (2), pp. 13-20. Martínez, A., (2010).