



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL. UN
ESTUDIO DE CASO**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

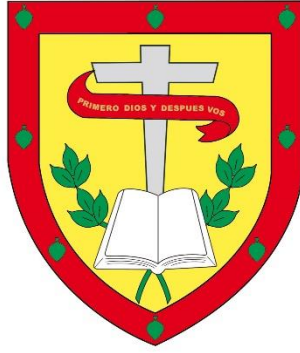
AUTOR: CAROLINA ISABEL SALGADO MENDIETA

DIRECTOR: IDANIA DE ARMAS MESA, MGS

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL. UN
ESTUDIO DE CASO**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

AUTOR: CAROLINA ISABEL SALGADO MENDIETA

DIRECTOR: IDANIA DE ARMAS MESA

CUENCA - ECUADOR

2024

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Carolina Isabel Salgado Mendieta portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0152168811**. Declaro ser el autor de la obra: **“Trastorno disfórico premenstrual. Un caso de estudio”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de terceros y eximo a la Universidad Católica de Cuenca sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **22 de febrero de 2024**

F: *Carolina Salgado*

Carolina Isabel Salgado Mendieta

C.I. 0152168811

CERTIFICACIÓN

Yo Idania De Armas Mesa, con cédula de identidad N° 0151623378 en calidad de Directora del Trabajo de Titulación con el tema: “**Trastorno disfórico premenstrual. Un caso de estudio**”, certifico que el presente trabajo fue desarrollado por CAROLINA ISABEL SALGADO MENDIETA, bajo mi supervisión.



Firmado electrónicamente por:
**IDANIA DE ARMAS
MESA**

Psic. Idania de Armas Mesa, Mgs.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN DOCENTE DE LA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Agradecimientos

Agradezco a Dios por guiar siempre mis pasos, por brindarme salud y la oportunidad de estudiar esta maravillosa carrera. Agradezco a mi alma mater, la Universidad Católica de Cuenca por haberme abierto sus puertas, a mis profesores y profesoras por todo el apoyo durante mi formación profesional, y en particular a la Psi. Cl. Idania de Armas y a la Psi. Cl. María José Vintimilla, quienes fueron mis tutoras y una gran ayudara para realizar y culminar este trabajo de titulación.

Agradezco a mis padres quienes fueron pilar fundamental para cumplir este sueño, por su apoyo invaluable, su comprensión y su amor. A mi pareja y amigas, que siempre estuvieron conmigo incondicionalmente. Finalmente, agradezco a mis gatitas Coco y Chanel, que, sin ellas saberlo, fueron mi mejor compañía durante mis largas horas de estudio.

Carolina Isabel Salgado Mendieta

Dedicatoria

Dedico con todo mi amor este logro académico y profesional primeramente a Dios nuestro padre, quien sembró en mí la vocación por esta bella carrera, con la misión de poder, en un futuro ser instrumento de ayuda y soporte a quien lo requiera. De igual manera, dedico este logro a mis padres, Octavio y Coralia, quienes inculcaron siempre en mí valor y fe. Finalmente, a mis abuelitos y bisabuela quienes me brindan su protección desde la eternidad.

Carolina Isabel Salgado Mendieta

ÍNDICE

Resumen.....	8
Abstract.....	9
Introducción	10
Metodología	14
Diseño	14
Unidad de Caso	14
Instrumentos.....	15
Aspectos Bioéticos.....	17
Análisis de la información	17
Presentación del caso	18
Descripción del Caso Clínico.....	18
Antecedentes personales	19
Evaluación ginecológica	21
Antecedentes familiares patológicos.....	22
Evaluación del caso.....	23
Formulación Dinámica del Problema	24
Diagnostico Presuntivo	27
Diagnósticos Diferenciales	27
Diagnóstico Definitivo.....	28
Tratamiento y curso	28
Retroalimentación	33
Resultados	33
Discusión.....	36
Conclusión	41
Referencias.....	42

Resumen

El Trastorno disfórico premenstrual (TDPM) afecta a millones de mujeres a nivel mundial, impactando negativamente, en la mayoría de los casos su calidad de vida. La etiología del trastorno es variable, pero se ha demostrado que experiencias adversas o traumáticas en la historia de vida de la mujer puede llegar a ser un factor determinante para su aparición. En el presente trabajo se reporta un caso de TDPM Severo en una paciente de 40 años, causado por maltrato y manipulación místico- religiosa, así como también por sumisión por indefensión aprendida. El objetivo principal de esta investigación fue analizar las manifestaciones, la evaluación y resultados de la intervención psicológica un caso con Trastorno Disfórico Premenstrual. Los instrumentos estandarizados empleados fueron el Instrumento de Detección de síntomas Premenstruales (PSST) y La Escala de Fredrickson, también se realizaron las pruebas ginecológicas respectivas para descartar organicidad. Una vez realizado el diagnóstico, se planificó la intervención a partir de un análisis funcional, tomando como referencia el modelo psicológico la Terapia Cognitiva Basada en Mindfulness (MBCT). La intervención tuvo una duración de dos meses y medio, incluyendo una sesión de seguimiento. Con la aplicación de las técnicas psicológicas, se obtuvo una mejoría significativa en los síntomas, sin la necesidad de recurrir a ningún tipo de terapia farmacológica tal como terapia de reemplazo hormonal o Inhibidores de la Receptación de Serotonina (ISRS). Se concluye que estas pacientes deberían ser abordadas primero por el psicólogo el cual haría el tratamiento indicado y pediría las interconsultas que fuesen necesarias.

Palabras clave: Trastorno disfórico premenstrual, terapia cognitiva basada en mindfulness, caso clínico.

Abstract

Premenstrual dysphoric disorder (PMDD) affects millions of women worldwide, in most cases negatively impacting their quality of life. The etiology of the disorder is variable, but it has been shown that adverse or traumatic experiences in a woman's life story can be a determining factor for its onset. In this research, a case of severe PMDD is reported in a 40-year-old patient, caused by abuse, mystical-religious manipulation, and submission due to learned helplessness. The main objective of this research was to analyze the manifestations, evaluation, and results of psychological intervention in a case with premenstrual dysphoric disorder. The standardized instruments used were the premenstrual symptom screening tool (PSST) and the Fredrickson scale; the respective gynecological tests were also performed to rule out organicity. Once the diagnosis was made, the intervention was planned based on a functional analysis, taking the psychological model of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) as a reference. The intervention lasted two and a half months, including a follow-up session. Through the application of psychological techniques, a significant improvement in symptoms was obtained without the need to resort to any type of pharmacological therapy, such as hormone replacement therapy or serotonin receptor inhibitors (SSRIs). It is concluded that these patients should be approached by a psychologist who would conduct the indicated treatment and request the necessary consultations.

Keywords: Premenstrual dysphoric disorder, cognitive therapy based on mindfulness, clinical case.

Introducción

La disforia premenstrual es una constelación de síntomas físicos y psíquicos que experimentan las mujeres a lo largo de su fase reproductiva típicamente durante los días que preceden al periodo menstrual, y que coincide con lo que se conoce como fase lútea (Halbreich, et al., 2003). Dichos síntomas pueden adquirir una severidad tal que pueden llegar a disminuir la calidad de vida de una mujer y afectar todas las esferas de la vida de una mujer, causándole malestar clínicamente significativo. Esto último es lo que corresponde en Psicología y Psiquiatría como el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) (Hantsoo, et al., 2022; Agostini, 2018; López-Mato, et al., 2000), el cual fue ya incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5) y en la Clasificación Internacional de enfermedades en su 10ª edición (CIE-10) en el apartado de otros trastornos depresivos (Organización Panamericana de la Salud, 1992).

Según el DSM-5, la prevalencia del TDPM a nivel mundial es de 1,8% a un 5,8% de las mujeres en su fase reproductiva. Este porcentaje se subdivide en aquellas mujeres que cumplen con todos los criterios del trastorno, pero sin llegar a ser afectadas en su totalidad en su funcionalidad (1,8%) y aquellas que cumplen con los criterios de trastorno, pero que además les genera un deterioro funcional, sobre todo al si presentan comorbilidad con otros trastornos (1,3%) (American Psychological Association [APA], 2013). En el año 2008, el Centro Latinoamericano de Salud y Mujer señaló que en Latinoamérica al menos el 90% de las mujeres padecen de síntomas premenstruales, los cuales se vieron asociados a factores de riesgo ginecológicos tales como la menarquía, la paridad, el índice de masa corporal o (IMC), e incluso, la edad.

Así mismo, los tratamientos propuestos en estos casos se basan en su mayoría en tratamiento farmacológicos como inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y el uso de anticonceptivos orales (Bustos, et al., 2018). En Ecuador no existen estudios

estadísticos significativos que investiguen a las mujeres que presentan este trastorno. Gran parte de los estudios consultados a nivel mundial, se enfocan en señalar y estudiar la sintomatología del TDPM, sin embargo, la relevancia del presente caso no solamente estriba en la sintomatología del TDPM que presenta la paciente, que ya de por sí es significativa, sino en la contribución a su trastorno por ciertos factores predisponentes y desencadenantes. En este sentido hay que mencionar que la paciente proviene de un hogar de profundas convicciones religiosas, marcado, no obstante, por la sumisión de la madre y las hijas ante la arbitrariedad y maltrato paterno.

La unidad de caso ha sido pues desde su infancia modelada negativamente a aceptar como normal ser sumisa y obediente al marido y renunciar a sus propios sentimientos, opiniones y proyectos personales. En algunas sectas cristianas, sus líderes han contribuido con el falso concepto de sumisión, tergiversando la prédica del apóstol San Pablo en Efesios 5:22-24, donde afirma que “las casadas están sujetas a sus propios maridos, como al Señor, porque el marido es cabeza de la mujer, así como Cristo es cabeza de la iglesia”. La tergiversación de este versículo, más la creencia de que Dios se comunica de forma directa con los líderes religiosos, expuso a la paciente a eventos traumáticos durante su matrimonio y primer embarazo con un esposo que era justamente el Pastor de su iglesia. El TDPM es pues el resultado de circunstancias y experiencias traumáticas experimentadas por la paciente a lo largo de su historia de vida, pero, sobre todo, durante su vida conyugal.

Este caso es probablemente uno de tantos que se dan en nuestro medio y donde la intervención psicológica es fundamental, sin embargo, una barrera casi infranqueable para la búsqueda de ayuda psicológica lo constituye la satanización de la psicología o la psiquiatría por parte de ciertos grupos religiosos, como a los que pertenecía la unidad de caso. La oportunidad de realizar este estudio puede abrir una ventana hacia la visualización no sólo del

TDPM y su tratamiento, sino también hacia el abordaje de una paciente con dichas ideas religiosas.

Para la intervención de este caso, se utilizó la terapia Cognitiva basada en Mindfulness (MBCT), la cual fue desarrollada en el 2002 por Segal, Williams y Teasdale, y su objetivo principal se basa en prevenir recaídas en pacientes con depresión crónica. Esta terapia es una combinación del programa de Mindfulness, con la terapia cognitiva de Beck y ha ganado popularidad y aceptación en los últimos años, ya que se evidenció que el entrenamiento en conciencia plena ante el estrés emocional, simplificaba el tratamiento terapéutico (Garay, et al., 2015). La TCC basada en la atención plena ha demostrado ser eficaz para el síndrome premenstrual en dos estudios controlados aleatorios (Carlini, et al., 2022), ya que, a diferencia de la terapia cognitiva clásica, la MBCT no persigue el cambio del contenido del pensamiento, sino que, por el contrario, busca la aceptación de los pensamientos emergentes, lo que se conoce como “descentramiento” (Vásquez-Dextre, 2016; Mazaheri, et al., 2022).

Es precisamente las conductas evitativas uno de los problemas principales de el TDPM, por lo que el programa de MBCT es de gran ayuda para este tipo de paciente, ya que adiestra a las personas a relacionarse con sus pensamientos y emociones como una experiencia, identificando distorsiones y pensamientos, pero sin necesidad de cambiarlos, ante esto, se obtiene como resultado respuestas bajas de evitación y reactividad ante la experiencia emocional. Al disminuir la reactividad, paulatinamente se va entrenando al paciente a actuar sobre los pensamientos automáticos desde las asociaciones del modelo ABC (Parra, et al. 2012).

El objeto principal de este estudio es la visibilización del Trastorno Disfórico premenstrual, ya que es un trastorno poco estudiado, que tiende a ser incomprendido y clasificado como un trastorno puramente hormonal (Agostini, 2018). Sin embargo, otros estudios han afirmado que este trastorno tiene una alta carga cognitiva influenciado por

estresores de vida (Pilver, et al. 2011), y la afectación de la calidad de vida por este trastorno es bastante similar al del Trastorno Distímico o Depresivo Mayor (Natalia, et al., 2005).

En segundo lugar, se evalúa los resultados de la intervención psicológica, ya que en la actualidad el tratamiento más utilizado para pacientes diagnosticadas con TDPM se ha centrado en el tratamiento con psicofármacos y terapia hormonal. Sin embargo, estudios han demostrado que las mujeres con TDPM se benefician de tratamiento psicológico que les faciliten el manejo de las sensaciones corporales negativas y prevengan el desarrollo de actitudes disfuncionales hacia estas sensaciones perturbadoras corporales y mentales (Kuehner & Nayman, 2021; Beddig et al., 2020; Roomaney & Lourens, 2020; Gamze, et al., 2020).

Finalmente, la historia clínica y el acercamiento particular en psicoterapia a esta unidad de caso, podrá evidenciar la importancia de la historia de vida de la paciente para el desarrollo sus síntomas, tal como lo reportan otras investigaciones, las cuales concluyen que antecedentes como eventos adversos en la infancia, maltrato y violencia física y/o sexual, se asociaron con la gravedad del trastorno disfórico premenstrual en la edad reproductiva intermedia y tardía (Carlini, et al., 2022; Morishita, et al., 2022; Islas-Preciado, et al., 2021; Pilver, et al., 2011; Bertone-Johnson et al., 2014; Pilver, et al., 2011; Schiola et al., 2011).

Como pregunta guía de investigación se plantea la interrogante, ¿Es la intervención psicológica una herramienta fundamental para tratar los síntomas de un caso con Trastorno Disfórico Premenstrual? Para dar respuesta a esta interrogante, el objetivo principal de esta investigación será analizar las manifestaciones, la evaluación y resultados de la intervención psicológica de un caso con Trastorno Disfórico Premenstrual. Los objetivos específicos de esta investigación se centraron en identificar las manifestaciones físicas y psicológicas de una paciente diagnosticada con Trastorno disfórico premenstrual, detallar el plan de intervención psicológica realizada en la paciente y finalmente, reportar los resultados de la intervención psicológica.

Metodología

Diseño

Este trabajo es un estudio de caso con enfoque mixto, de tipo no experimental y longitudinal, con alcance descriptivo. El proceso de evaluación e intervención se llevó a cabo en consulta privada.

Unidad de Caso

La investigación contó con una muestra única de una paciente, de sexo y género femenino, 40 años, divorciada, en unión libre, madre de dos hijas adolescentes. Secretaria. Actualmente trabaja como asistente de un médico psiquiatra, el cual fue quien refirió a la paciente para el análisis y manejo del caso, ya que pese a nunca haber sido diagnosticada con el trastorno, cumple con todos los criterios, incluso, con algunos síntomas menos comunes. La paciente, una vez que se le explicó detalladamente el propósito de la investigación, accedió libremente a participar y mostró su acuerdo a la publicación de los datos anonimizados que se obtengan, en fe de lo cual, firmó el consentimiento informado.

Se acordó una entrevista inicial, en la cual relató su sintomatología y cómo había evolucionado. Una vez recogidos los datos, se evidenció la importancia de este caso. La paciente manifestó que nunca había sido tratada por psicólogos debido a su religión. La investigación en lo referente a la asesoría metodológica, será tutorada por la Dra. Idania de Armas, Psicóloga Clínica, Master en Psicología Clínica y Master en Terapias de Tercera Generación. La intervención psicoterapéutica con la paciente será supervisada por la Dra. Maria José Vintimilla, Psicóloga Clínica y actual presidenta del observatorio ciudadano para vigilar la política pública de prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres en la provincia del Azuay.

Instrumentos

El Instrumento de Detección de Síntomas Premenstruales (PSST).

El PSST es un cuestionario de autoinforme que tiene como objetivo identificar no sólo la presencia de TDPM, sino también la gravedad y el impacto de los síntomas del trastorno en cinco áreas del funcionamiento: área laboral, interrelaciones en el trabajo, área familiar, área social y tareas domésticas. Esta escala está compuesta de 14 ítems, los cuales están basados en el conjunto de criterios del DSM-IV. Como consigna, se le pide a la participante que respondan a la pregunta "¿Experimenta algunos o alguno de los siguientes síntomas premenstruales que comienzan antes de su período y se detienen unos días después del sangrado?". La calificación de la respuesta es en escala de Likert que va desde "Nada" = 0 a "Severo" = 3. Se calcula una puntuación de 0 a 42 con los 14 ítems. Las puntuaciones más altas indican una sintomatología más grave. El PSST ha sido traducido y probado transculturalmente y mostró un α de Cronbach = .91 (Meza-Moreno, et al., 2020).

La Escala de Fredrickson.

La presente escala tiene como objetivos específicos reconocer las emociones tanto positivas (buen humor, sorpresa, inspiración, alegría, calma, entre otras), así como también reconocer aquellas negativas, (como enojo, estrés, ansiedad, culpa, odio, estrés, entre otras). El puntaje oscila en una escala de Likert que va del 0 al 4, se suman los puntos obtenidos en cada subescala y al obtener un total se divide entre diez para tener un puntaje final. La fiabilidad satisfactoria de la escala fue demostrada en una investigación española, con un alfa de Cronbach= .94 para emociones positivas y .80 para emociones negativas (Da Costa & Páez, 2015).

Entrevista

Esta herramienta es utilizada por todos los psicólogos para poder recolectar datos, ya que permite la obtención de información del sujeto, ya sea de forma directa o indirecta, a través

de preguntas, en donde el entrevistador puede comprender de mejor manera lo vivido por el paciente. Se deben tomar en cuenta aspectos como el ambiente, la comodidad, el sitio, la presentación del investigador. La entrevista puede contener preguntas abiertas donde se le permite al entrevistado expresarse sobre un tema de forma global, también se aplicarán preguntas semiestructuradas, en donde se precisan ciertos aspectos que van relacionados a los objetivos, y finalmente, preguntas estructuradas, que se asocian directamente con el objetivo de la investigación. Se sugiere realizar preguntas de cierre al finalizar la entrevista (Troncoso-Pantoja & Amaya-Placencia, 2017)

Estrategias de evaluación

Pre-tratamiento. Se realizó una evaluación inicial a la paciente a partir de una entrevista semiestructurada, en donde se hizo el registro de los datos sociodemográficos, anamnesis, evaluación física e historia de la enfermedad. En esta primera sesión se obtuvo información sobre los días de ciclo menstrual de la paciente. El día del ciclo menstrual en donde los síntomas del TDPM son más severo, se citó a la paciente para aplicar el Instrumento de Detección de Síntomas Premenstruales (PSST) y la escala de Fredrickson.

Con el fin de descartar organicidad en los síntomas, la paciente fue derivada a una consulta ginecológica privada antes de iniciar el tratamiento, donde se realizó hematología completa, citología, examen clínico ginecológico completo, ecografía transvaginal y perfil hormonal.

Durante el tratamiento. Para el seguimiento se aplicaron nuevamente el Instrumento PSST y la escala de Fredrickson en la sesión número seis.

Posterior al tratamiento. Tras el proceso de intervención, se aplicó las mismas escalas utilizadas en el pre-tratamiento. Se tuvo en cuenta un proceso de seguimiento posterior al mismo de al menos 4 semanas con la finalidad de observar si los cambios suscitados se mantuvieron en el tiempo.

Aspectos Bioéticos

El presente estudio, al ser un estudio de caso no se requiere de la revisión y aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos (CEISH), sin embargo, se tuvieron en cuenta todas las normas y principios que rigen los derechos humanos, dándole a conocer a la paciente su autonomía en aceptar o bien declinar en cualquier momento la participación en esta investigación. Mediante la utilización del consentimiento informado se dio a conocer a la participante sobre el estudio y su implicación en él.

Una vez firmado el consentimiento informado, la paciente accedió al proceso de intervención psicológica que se llevó a cabo a través de la anonimización de datos, es decir, modificando los datos personales que puedan identificar a la paciente de manera que no pueda ser asociado con la persona. También se tomaron en cuenta los principios bioéticos fundamentales de la beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia. La retención y responsabilización de los instrumentos originales de recolección de entrevistas e instrumentos estuvo bajo la custodia y bajo llave del investigador, el cual se eliminaron una vez realizada la transcripción al paquete de análisis estadístico. No existe conflicto de intereses.

Análisis de la información

Para medir el efecto de la intervención, se compararon las puntuaciones de los tests aplicados a partir del análisis descriptivo de las pruebas pre y postratamiento. Para el análisis cualitativo se utilizó el programa NVIVO 14, obtenido por cortesía del Centro de Investigación e Innovación de Transferencia Tecnológica (CIITT) de la Universidad Católica de Cuenca para categorizar las respuestas de las entrevistas. Con este programa se logra establecer un patrón de frecuencia en la repetición, en el cual se identifican los temas que repite más la paciente durante de las sesiones. Se recogerá la información a partir de las técnicas descritas y se validará la información por el proceso de triangulación, realizando comparaciones con la literatura científica sobre el tema.

Presentación del caso

Descripción del Caso Clínico

Paciente de sexo femenino de 40 años quien acude a la consulta por recomendación de un profesional médico de la salud mental en búsqueda de ayuda profesional debido a síntomas que presenta la paciente como llanto fácil, ansiedad, mucha tristeza, hipersomnia, baja concentración, sentimientos de minusvalía (“siento que soy inútil, que no sirvo para nada” sic. paciente) e ideas autoreferenciales (“siento que todos me critican, que todas las personas hablan mal de mí” sic. Paciente) que, de acuerdo a la paciente, se presentan recurrentemente alrededor de 5 días antes del inicio de la menstruación y mejoran en el curso de esta. Los síntomas han venido agravándose de forma progresiva hasta el punto de volverse incapacitantes, lo que la ha obligado a faltar a su trabajo y a no culminar sus tareas habituales.

Al momento de la primera consulta la paciente muestra mucha preocupación por su sintomatología, no aparenta estar ansiosa o agitada, y refiere no estar recibiendo medicación de ningún tipo. Su lenguaje es coherente, su pensamiento es de curso normal, detectándose algún grado de contenido místico religioso. Tiene conciencia de su problema. Durante la entrevista se muestra colaboradora, con contacto visual intermitente. En relación a su padecimiento actual señala que, si bien desde su menarquia venía sufriendo episodios de dismenorrea e hipermenorrea, los síntomas psíquicos premenstruales descritos anteriormente se desarrollaron o exacerbaron paulatinamente luego de su primer embarazo.

Dichos síntomas cognitivos, entre los que se destacan la labilidad emocional y la intolerancia a cualquier tipo de interacción social, serían tan significativos que mientras estos duran se ve obligada a aislarse de su medio familiar, social y en ocasiones, a solicitar baja laboral. Esta situación le ha causado conflictos dentro de su núcleo familiar, sobre todo con sus hijas adolescentes, quienes, según dice, también estarían también presentando síntomas que ella identifica como similares a los suyos.

Otros síntomas que presenta la paciente, pero con menos frecuencia durante el periodo premenstrual son: fotosensibilidad, misofonía, hiperfagia, dolores y calambres musculares intensos. Ella considera que padecimiento afecta notoriamente su calidad de vida y que necesita ayuda psicológica.

Antecedentes personales

La paciente nació por parto normal, producto de un embarazo de curso normal. No tuvo según dice, problemas en su desarrollo psicomotriz. Creció en un hogar estructurado, de mucho apego a preceptos religiosos, constituido por sus padres y 4 hermanos, siendo ella la primogénita. Según relata, su papá era muy estricto, “de estilo militar” sic paciente. Destaca que desde niña presenció los maltratos que su padre sometía a su madre, cuya sumisión, basada en cuestiones de su fe cristiana, hicieron que permaneciera dentro de la relación matrimonial pese al maltrato.

La paciente realizó el jardín de niños en Cuenca, pero al iniciar el primer grado, su familia se muda a Huaquillas, en donde manifestó nunca haber tenido problemas para relacionarse, haciendo amigos que conserva hasta ahora. Como evento significativo en su infancia, menciona el fallecimiento de su hermana menor por muerte súbita, que empezó por un dolor de cabeza seguida de una epilepsia a los 6 años. Para ese entonces la paciente tenía 9 años. Este evento marcó la vida de toda la familia, sobre todo para su mamá, la cual sufrió de depresión, ansiedad y problemas gastrointestinales como gastritis luego de ese acontecimiento.

Tuvo su menarquia a los 13 años. Desde un inicio sus ciclos fueron regulares, aunque con hipermenorrea y dismenorrea. No obstante, nunca fue evaluada por un ginecólogo ya que su madre y su abuela también sufrieron de estos desarreglos menstruales, lo que llevó a sus padres a asumir que se trataba de algo normal, heredado quizás. Durante su adolescencia tuvo ausentismo escolar durante sus periodos por la dismenorrea, aunque niega síntomas cognitivos asociados. El vínculo emocional con sus hermanos ha sido de protección ya que, según refiere,

como su padre era comerciante, debía viajar muy seguido a otras provincias, y su madre debía acompañarlo por “su misión de ser su esposa” a pesar de tener hijos pequeños, por lo que la paciente, a pesar de ser una adolescente, debió en muchas ocasiones ayudar a sus padres a criar a sus hermanos, sobre todo a su hermana menor, la cual es 19 años menor que ella.

A la edad de 20 años, regresa a vivir a Cuenca para estudiar en la Universidad la carrera de Laboratorio clínico, pero deja sus estudios para contraer matrimonio a los 22 años con un pastor de su Iglesia, supuestamente, víctima de una manipulación de éste, quien le habría asegurado que Dios le reveló que ella sería su futura esposa. A los 23 años, sumergida en la religión, empieza a estudiar Teología Pastoral, mismo periodo en donde el pastor afirmó que Dios se habría comunicado nuevamente con él para revelar que ella era estéril. La paciente queda sin embargo encinta, a lo que su esposo habría reaccionado atribuyendo el embarazo a una “obra del demonio”.

En consecuencia, es sometida a rituales de supuesto exorcismo a lo largo del embarazo. El último de estos rituales, tuvo lugar durante el último trimestre del embarazo, en donde le fue introducido un artefacto metálico que la paciente no sabe describir por vía transvaginal. Esto ocasionó, según refiere, un sangrado profuso que obligó a llevarla al hospital en malas condiciones generales siendo sometida a una cesárea de urgencia, en la cual se extrajo una bebé pretérmino que requirió hospitalización por algún tiempo en la sala de Neonatología, logrando sobrevivir.

Pese a lo ocurrido, la paciente se aferra a su matrimonio y a su fe religiosa, sobre todo por su condición de Pastora de su Iglesia. Sin embargo, la relación con su cónyuge siguió siendo conflictiva por las múltiples infidelidades de este, algunas de ellas incluso constatadas por ella misma. Fue también constantemente abusada sexual y psicológicamente por su esposo, quien, además de sus argumentos místico/religiosos, se valía también del chantaje económico para someterla y manipularla.

A pesar del conflictivo matrimonio, la paciente queda nuevamente embarazada, y da a luz a su segunda hija, la cual nació con discapacidad intelectual y afectación de la visión. Posterior al nacimiento de su hija, decide de forma definitiva separarse de su esposo luego de que éste, en estado de ebriedad, le confiesa en tono de burla que se había casado con ella por su físico, y hace mofa de su ingenuidad al haber dado crédito a su historia de que Dios le había revelado que ella sería su esposa.

Sintiéndose burlada y humillada, abandona el hogar común y regresa a casa de sus padres a quienes pone en conocimiento de todos los abusos, engaños y humillaciones a que ha venido siendo sometida, logrando que estos le brinden acogida y apoyo. Luego de concluido el proceso de divorcio, convive en su casa con una nueva pareja, sin embargo, el ex esposo ha continuado acosándola, y recientemente ha iniciado un proceso judicial en contra de su nuevo conyugue porque su hija mayor le habría dicho a su padre que había sido objeto de insinuaciones de índole sexual por parte de su padrastro.

Mientras estuvo casada, ejercía labores como administradora del hotel con su esposo. Luego de su divorcio, trabajó por 3 años en una empresa de Estados Unidos de emprendimiento, y luego empezó sus labores como asistente de un profesional de la salud mental. La paciente se considera una persona social, pero de pocos amigos, “siempre he querido tener amigos que te ayuden a superarme” sic. Paciente. En cuanto a su personalidad, aparenta sumisión, es reservada, prudente y seria. Es amable, obediente y complaciente. Evita los conflictos. Tiene rasgos dependientes. Es comunicativa y accesible pero desconfiada.

Evaluación ginecológica

La paciente fue evaluada por una especialista en ginecología quien a tacto vaginal no encontró nada patológico. En la exploración bimanual del útero, no reveló nada especial, sobretodo masas parauterinas o aumento del tamaño del útero. Al examen con espéculo se

observó un quiste de Naboth, el cual es un hallazgo común en la anatomía cervical de naturaleza benigna que no causan síntomas ni requieren tratamiento.

En el eco transvaginal de útero, parametrios y ovarios se encontraron dos pequeños miomas intramurales benignos que por ubicación y localización en este caso no producen síntomas. Los ovarios presentan características normales, se descartó la presencia de ovario poliquístico y endometriosis. Fondo de saco de Douglas libre. A la paciente se le realizaron los siguientes estudios hormonales:

- Insulina Basal en rango normal.
- Glicemia en rango normal-
- TSH (Hormona estimulante de tiroides) en rango normal.
- FT4 (Hormona Tiroide libre en sangre) en rango normal.

La determinación de la FSH (Hormona folículo estimulante) se encontraba en rango normal para la fase folicular en la que se encontraba la paciente. Lo mismo con los niveles de estradiol y los niveles de testosterona total. Los niveles de hormona Anti-Mülleriana, que mide la reserva ovárica estaban en niveles normales según su edad. La conclusión fue que su perfil hormonal era normal, sin indicios de diabetes mellitus. Las hormonas se determinaron por el método MEIA (Inmuno ensayo por micropartícula) y por Electroquimioluminiscencia, por lo que la precisión y confiabilidad del estudio del perfil hormonal es muy elevada.

Antecedentes familiares patológicos

Ambos padres presentan hipertensión arterial, desde joven la mamá presenta síntomas de disforia premenstrual. A raíz de la muerte de la hermana, presenta síntomas clínicos de depresión, gastritis y problemas estomacales. Actualmente presenta problemas cardíacos inespecíficos y Diabetes tipo II. Una de sus hermanas muere por muerte súbita a la edad de 6 años.

su primer embarazo, durante el cual fue sometida a múltiples ritos de exorcismo por presunta posesión demoníaca, por lo que no tuvo un control prenatal, y en algún momento del último trimestre, durante un ritual de exorcismo, tuvo que ser llevada de emergencia al hospital para realizar una cesarí pretérmino en malas condiciones físicas generales.

- Los episodios de disforia se tornaron más constantes y severos en la medida en que ella continuó siendo objeto de abusos y humillaciones por parte de su pareja. Con su pareja actual, de la cual ahorita está separada, la historia continuó. Actualmente tiene miedo al abandono, ideas de minusvalía y pensamiento referencial.

Formulación Dinámica del Problema

Dentro de los factores predisponentes de este caso está la normalización de los síntomas que acompañan al trastorno, ya que a pesar de que la paciente desde joven presentaba síntomas menstruales anormales, nunca se le otorgó la importancia que merecían los síntomas, ya que todas las mujeres de su familia presentaban síntomas similares. En este sentido Agostini (2018) señala que existen numerosos estudios que desestiman la existencia del TDPM, calificando a sus síntomas como normales del periodo menstrual, incluso, como un estereotipo cultural, en donde las mujeres están socialmente condicionadas a experimentar síntomas cambiantes, volubles, con baja tolerancia a sus emociones, sin ser juzgadas, por el contrario, es tolerado y considerado femenino, por lo que este tipo de comportamiento se mantiene en el tiempo.

El factor determinante fue su primer embarazo, el cual se caracterizó por ser un evento traumático en la vida de la paciente, y, a raíz de dicho evento, la paciente empezó a desarrollar la sintomatología cognitiva del TDPM, tal como lo indica el estudio de Pilver, et al. (2011), en donde se constató que la exposición a un trauma incrementa de forma significativa las probabilidades de que una mujer desarrolle síndromes premenstruales, así cumpla o no los criterios de un estrés post-traumático.

Como factores mantenedores destacan la violencia intrafamiliar y los constantes abusos sexuales, psicológicos y económicos que la paciente experimentó a lo largo de su vida matrimonial, factores que fueron exacerbando los síntomas del trastorno de forma paulatina, tal como lo menciona Bertone-Johnson, et al. (2014), quien puso en evidencia que el abuso físico, psicológico y sexual en la vida temprana aumenta sustancialmente el riesgo de síndrome premenstrual en la etapa reproductiva media a tardía.

Finalmente, la descalificación y satanización de la psicología en algunos grupos religiosos, como aquel al que pertenece la unidad de estudio, pudo llegar a ser un factor mantenedor y determinante para su trastorno. Con el fin de visualizar e identificar las variables que influyen en los problemas y metas de la paciente, se realizó un análisis funcional de la conducta, el cual es una hipótesis dinámica, ya que puede cambiar con el tiempo, y que investiga los problemas de comportamientos, las relaciones funcionales y las variables que influyen en los problemas que presenta la paciente ya sean causales o no causales (Kaholokula, et al., 2013).

Tabla 1.

Análisis Funcional de la Conducta

A. Antecedentes	B. Conducta Problema	C. Consecuencias
<p>Varias <u>Predisponentes</u> a) Predisponentes internos: Genética, ya que su mamá y su abuela tenían síntomas disfóricos. Posibles rasgos dependientes y sumisos, ya que, a pesar de haber experimentado violencia intrafamiliar y constantes abusos sexuales, psicológicos y económicos, la paciente continuaba en la relación matrimonial. Este patrón lo repite actualmente con su nueva pareja, el cual ejerce sobre ella</p>	<p>Triple Sistema de Respuesta Conductual: (durante su periodo perimenstrual) Aislamiento social como esquivar cualquier tipo de interacción social incluso con su familia, conductas evitativas como faltar al trabajo, estar a la defensiva porque siente que todos están en su contra, por lo que responde con agresividad, reducción de las actividades tanto sociales, familiares y laborales, hiperfagia.</p>	<p>A corto plazo: Refuerzo negativo: Aislarse de todos, incluso faltar a su trabajo.</p>

abuso emocional y ella intenta que no la deje.

b) Predisponentes externos: Aprendizaje vicario de creencias irracionales sobre la menstruación, ya que a pesar de que la paciente desde joven presentaba síntomas menstruales anormales, nunca se le otorgó la importancia que merecían los síntomas, ya que todas las mujeres de su familia presentaban síntomas similares.

AVE: Familia que tuvo que vivir con violencia doméstica debido a una figura paterna autoritaria, que se valía de sus fuertes convicciones religiosas para someter a la madre, la cual era sumisa, y no fue un ejemplo a seguir de autorespeto, y de esa familia castradora aprendió la indefensión y la sumisión hacia la figura patriarcal. Su infancia estuvo cargada de responsabilidades que no se correspondían a su edad. Maltrato físico, sexual y psicológico por parte de su pareja sentimental y padre de sus hijas. Pérdida de metas Universitarias por la misma sumisión. Haber sido objeto de exorcismos y desvalorizaciones en toda su etapa matrimonial.

Variable Desencadenante: Primer embarazo, en donde casi pierde su vida y la de su bebé debido a los rituales de exorcismos realizados.

Antecedentes Inmediatos: Vivir aún con estas con fuertes ideas religiosas y sumisas reforzadas por su familia y

Cognitivo: (durante su periodo perimenstrual) pensamientos de minusvalía, (“siento que soy inútil, que no sirvo para nada” sic. paciente) e ideas autoreferenciales (“siento que todos me critican, que todas las personas hablan mal de mí”, problemas de concentración, pérdida de interés, irritabilidad, intolerancia a cualquier tipo de interacción social, labilidad emocional significativa, ideación suicida.

Fisiológico: (durante su periodo perimenstrual) llanto fácil, ansiedad, tristeza, hipersomnias, abulia, calambres, dolores musculares, fotosensibilidad, misofonía, dismenorrea e hipermenorrea.

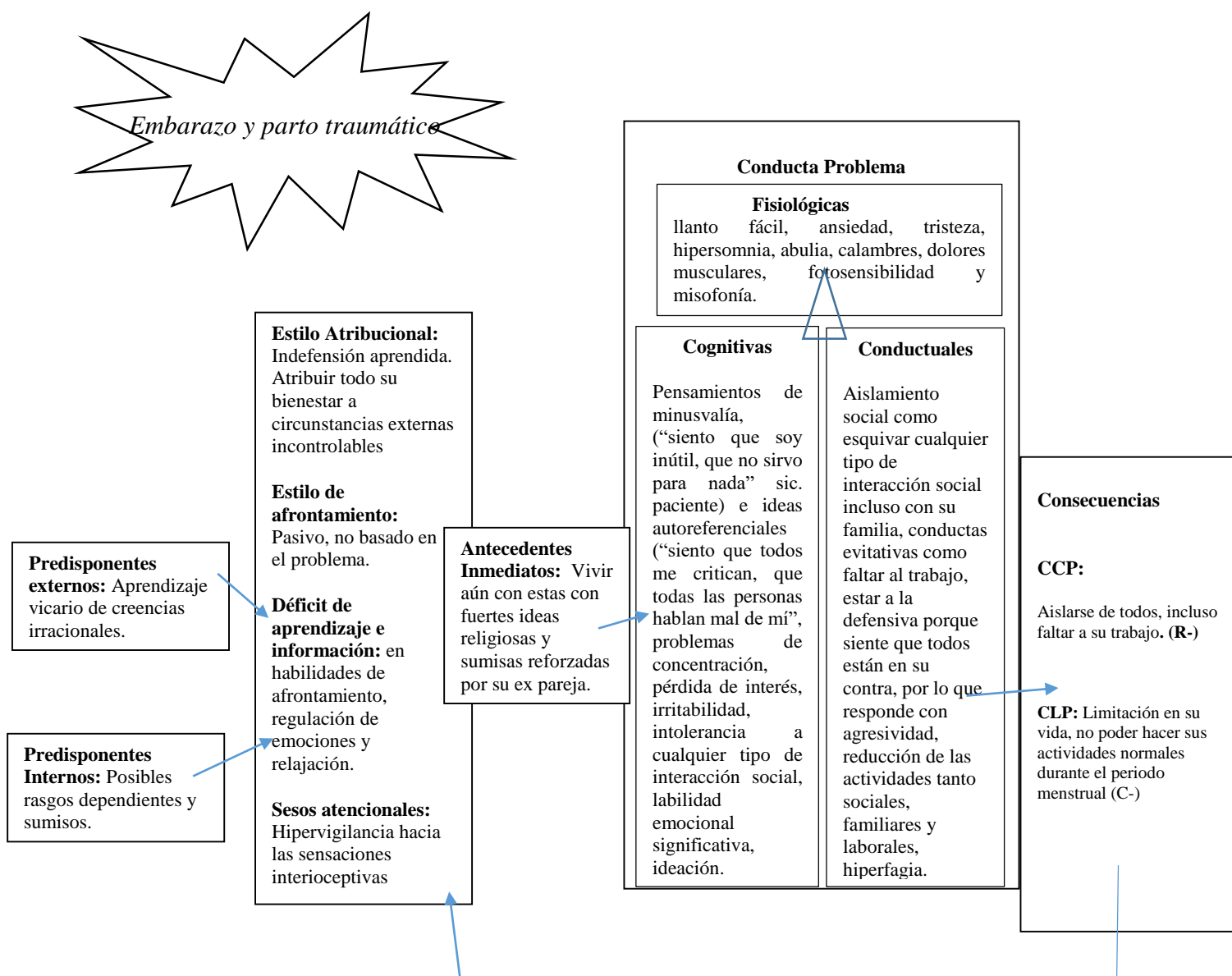
A largo plazo:

Castigo negativo: limitación de poder vivir una vida normal, y del disfrute de su vida en todas las esferas de su vida.

actual expareja, el cual es también Pastor.

Figura 2.

Formulación Clínica del caso: Análisis Funcional de la Conducta.



Diagnostico Presuntivo

- Trastorno Disfórico Premenstrual

Diagnósticos Diferenciales

Se podría llegar a pensar que, debido a la severidad de los traumas a los que la unidad de caso ha sido expuesta, la paciente podría haber desarrollado un Trastorno de Estrés Post-

traumático (TEPT). Uno de los criterios diagnósticos mencionados por el DSM-5 sobre el TEPT es hablar con angustia sobre los hechos vividos, y en efecto la paciente, al recordar los hechos, se angustia y muestra labilidad emocional, sin embargo, la paciente no cumple con los criterios de actuar como si se repitiera el suceso, ni tampoco lo evita, ni presenta reacciones fisiológicas al hablar del tema. Así mismo, la paciente no presenta lagunas mentales con respecto al suceso, ni tampoco se acusa por lo ocurrido. Finalmente, uno de los criterios más significativos en el TEPT es la incapacidad de experimentar emociones positivas, sin embargo, la paciente sí tiene la capacidad de experimentar emociones positivas, siempre y cuando no se encuentre en la fase lútea de la menstruación, que es cuando entonces empiezas las alteraciones cognitivas y la afectividad negativa (APA, 2013).

Por otra parte, el TDPM es también confundido con los trastornos de tipo bipolar, ya que ambos son enfermedades cíclicas del estado de ánimo, en donde tanto el individuo como las personas de su entorno pueden notar cambios sobre todo en el humor de la persona. Dichos cambios pueden ser problemáticos y generar tanto irritabilidad como el deterioro en sus relaciones interpersonales (laboral, familiar, de pareja, social). Sin embargo, la diferencia principal entre TDPM y la bipolaridad, es que, los síntomas depresivos de la bipolaridad se presentan sin previo aviso, en cambio los síntomas del TDPM se presentan únicamente en la folicular y luteínica (El Dahr, et al., 2022).

Diagnóstico Definitivo

Trastorno Disfórico Premenstrual 625.4 (N94.3)

Tratamiento y curso

Metas y objetivos del tratamiento

Objetivos a corto plazo

- Aprender a contemplar los pensamientos, emociones, sentimientos y sensaciones corporales a través de la meditación mindfulness.

- Lograr la relajación corporal a través de la meditación para la disminución del dolor corporal en la fase lútea de la menstruación.

Objetivo a mediano plazo

- Integrar los cambios cognitivos de patrones y actitudes sobre los pensamientos disfuncionales en los días de la fase lútea.
- Auto-regulación de respuestas de afrontamiento que faciliten el autocuidado.

Objetivo a largo plazo

- Identificación temprana de los comportamientos y pensamientos disfuncionales.
- Aceptación del contenido psicológico y fenómenos corporales como el dolor.
- Autocompasión para darse a uno mismo cuidado y consuelo.

Tipo de tratamiento

Se utilizó como modelo psicológica principal para este caso las terapias de tercera generación, utilizando como base la técnica del mindfulness, que se centra en la atención plena. Este tipo de técnica es utilizada también para estimular la aceptación de los pensamientos y alejarse de las conductas evitativas de los pensamientos desagradables. Una vez que el sujeto logre aceptar y alejarse de la evitación, puede aprender la regulación de la atención en el presente, con las bases de mantenerse con mente de principiante, siempre dispuesto a la apertura y la aceptación (Hernandez, 2017).

A continuación, tomamos entonces como referencia la terapia cognitiva basada en Mindfulness, la cual ha demostrado ser eficaz para el síndrome premenstrual, ya que, a diferencia de la TCC convencional, la TCC basada en mindfulness se centra en entrenar al paciente a que tome conciencia de sus pensamientos, sensaciones y emociones negativas. El tratamiento que se utilizará para la paciente es de carácter preventivo, que minimice la incomodidad y las conductas de evitación y facilite el manejo de las sensaciones corporales

negativas del síndrome premenstrual, así como también logre prevenir el desarrollo de actitudes disfuncionales hacia estas sensaciones perturbadoras corporales y mentales (Vásquez-Dextre, 2016; Mazaheri, et al., 2022).

Descripción del tratamiento

Se realizó una evaluación inicial de la paciente a partir de una entrevista semiestructurada, en donde se hizo el registro de los datos sociodemográficos, Anamnesis, evaluación física, mental, historia familiar, historia de la enfermedad actual y antecedentes. En esta sesión previa a las sesiones terapéuticas, se explicó el encuadre terapéutico, direccionalidades e intencionalidad del estudio. Así mismo, se obtuvo información sobre los días de ciclo menstrual de la paciente, ya que posteriormente, se aplicaron los test en los días donde fisiológicamente cabría esperar que esté ocurriendo la fase lútea, y en donde los síntomas del TDPM son más severos. El día de la fase lútea se citó a la paciente para aplicar el PSST y la escala de Fredrickson. Una vez obtenido los primeros resultados se procedió a la intervención, la cual estará estructurada en el modelo Cognitivo Conductual basado en Mindfulness. La intervención tuvo una duración de 8 sesiones 1 vez por semana, y se realizaron en consulta privada.

En la primera sesión se realizó el primer contacto de la paciente con el mindfulness, a través de las prácticas de meditación más básicas de mindfulness para entender qué es vivir en piloto automático, las cuales fueron el escáner corporal y la meditación de la “Uva Pasa”. En la segunda sesión se le incorporó al escáner corporal, la técnica del agradecimiento corporal, y la meditación META, que es una meditación enfocada al perdón. En la tercera sesión aprenderemos a usar la meditación a través de los sentidos básicos, el cual es el oído, como una forma de salirnos de los pensamientos inútiles. En esta misma sesión, realizamos una introducción al modelo ABC a través de una meditación de introyección hipotética.

En la cuarta sesión, se empezó a trabajar sobre la habilidad de observar estímulos aversivos, y reconocer pensamientos automáticos, en la quinta y sexta sesión se trabajó la

aceptación del dolor, y la relación del dolor con los pensamientos y sentimientos. En la séptima se explorará junto con la paciente nuevas maneras de auto cuidarse y planificar planes para adherir a su rutina actividades positivas que añadieran energía a su vida, y en la octava, se resumirá lo aprendido para poder emplearlo en situaciones futuras, y se realizó una meditación de cierre (Parra, et al., 2012). Una vez finalizado el proceso terapéutico, se realizó nuevamente una entrevista semiestructurada, más la aplicación de los test seleccionados con anterioridad durante la fase lútea para evaluar el cambio y la mejoría. A las 4 semanas de concluidas las terapias, se realizó un retest en su fase lutea a forma de seguimiento.

Tabla 2.

Resumen y resultado de las sesiones

Sesión	Objetivo	Método	Resultados
1	Introducción a la meditación mindfulness.	Meditación mindfulness de escaneo corporal. Ejercicio de la uva pasa. TIS: Realizar escáner corporal de 15 minutos una vez al día.	Al concluir el ejercicio, la paciente comentó que había logrado percibir todas las partes de su cuerpo de forma consciente y habría experimentado “dolores en las rodillas, en la garganta y dolores menstruales” (estaba es vísperas del inicio del periodo menstrual en ese momento).
2	Aumentar la conciencia hacia el agradecimiento corporal.	Escáner corporal de agradecimiento a las partes del cuerpo. Meditación Mindfulness “META”. TIS: Realizar 1 vez al día el escáner corporal de agradecimiento a su cuerpo y anotar cada día palabras positivas sobre ella misma.	Al finalizar la primera meditación, la paciente rompió en llanto, al tiempo que manifestaba sentirse culpable de no agradecer nunca lo suficiente a su cuerpo. pues, siempre mis agradecimientos estaban siempre dirigidos a Dios y a mi pareja”. Al finalizar a meditación “META” la paciente dijo: “mi principal enemigo soy yo misma”. (Luego de esta sesión, la paciente canceló el encuentro terapéutico en 3 ocasiones. Se sospechó que la paciente podría haber comenzado a abrir un proceso de resistencia a la terapia).
3	Explicar el Modelo ABC a través de la meditación Mindfulness.	Meditación del Oído. Meditación de introyección hipotética. Introducción al modelo ABC. TIS: Realizar una carta de despedida a su ex	Al concluir la sesión, la paciente se mostró lábil emocionalmente por pensamientos acerca de posible infidelidad de su pareja actual. Refirió haber estado presentado de forma permanente cefaleas y contracturas de los músculos de la espalda. Al preguntarle sobre su última menstruación, dice que ha sido la más severa, con dolores y síntomas psíquicos más intensos, al extremo de que tuvo que guardar cama durante dos días.

		esposo, y realizar meditación META de agradecimiento propio 1 vez al día.	
4	Identificar pensamientos irracionales a través de la catarsis.	Meditación Mindfulness de introyección Catarsis TIS: Realizar un diario de experiencias placenteras y desglosar la sensación corporal, de la emoción y de los pensamientos.	La paciente comienza la sesión nuevamente con notable labilidad emocional. Su tono de voz es bajo y presenta llanto fácil. Uno de los hechos que se podrían destacar de la sesión es el discurso que presenta la paciente sobre sí misma, en lo que se destacan las siguientes ideas reiterativas: A la pregunta de si volvería con su pareja pese a todo lo sucedido recientemente, responde: “Si, volvería con él si él me lo pidiera”. La paciente atribuye el hecho de que su pareja desistiese a casarse y procrear hijos con ella a lo siguiente: “ya cumplí 40, ya no sirvo para ser madre, creo que por eso él ya no quiere casarse conmigo”. En relación al futuro de su nexo materno con sus hijas, afirma: “Ellas se irán con su papá, siento que me van a abandonar y me voy a quedar sin familia”. Como retroalimentación de esta sesión, pudimos notar que la paciente presenta algunas distorsiones cognitivas y ciertos rasgos dependientes sobre los que se programó trabajar en la sesión subsiguiente.
5	Implementar estrategias para reconocer pensamientos irracionales, y evitar comportamientos negativos.	Flecha ascendente. Meditación del Silencio. TIS: cineterapia con películas de autoconocimiento, y realizar un registro cognitivo sobre pensamientos automáticos.	Se interrogó a la paciente si había realizado la tarea intercesión contestando de forma afirmativa, y que esta tarea le ayudado a sentirse mejor físicamente, ya que en su última menstruación su dolor y síntomas psíquicos disminuyeron importantemente La paciente se sorprendió de escuchar la dureza con que ella se calificaba y minusvaloraba a sí misma.
6	Lograr que la paciente se percatara de que los pensamientos y sentimientos negativos que cierran la puerta a conductas positivas alternativas.	Aplicación de Retest Ejercicio de juicios automáticos por experiencias directas. Meditación Mindfulness “La montaña”	Al preguntarle sobre su última menstruación, afirma que pudo notar el dolor y que tuvo pensamientos intrusivos, pero que siente que pudo gestionarlos mejor al calificarlos como lo que son, “meros pensamientos”. Esta vez, al ponerle límites a su pareja, no sintió “el miedo al abandono” que experimentaba cada vez que le asomaba la idea de terminar la relación. Según la paciente, está aprendiendo a “soltar”. La paciente no mencionó ni a su ex esposo ni a sus hijas en esta ocasión, y se concentró a hablar de sí misma.
7	Mantener los cambios a futuro.	Actividad: “cuidar de uno mismo”. Planteamiento de metas a futuro	La paciente llega a la terapia con una actitud más relajada y tranquila, mejor cuidada en su arreglo personal, y manifiesta sentirse mucho mejor. Refiere que su última menstruación ha sido mucho menos dolorosa y con menos síntomas psíquicos, y que ahora ha podido incluso identificar con claridad cada uno de sus síntomas. Señala que sus hijas han notado su cambio, y que ahora sostiene una mejor relación con ellas. Luego de hacer el ejercicio, dice sentirse en paz

			con lo que antes le afligía, y que está tratando de dejar que las cosas fluyan, sin tratar de forzar las situaciones.
8	Retroalimentación y cierre	Retest Retroalimentación de las sesiones Meditación final. Cierre.	En esta sesión manifiesta que está intentando priorizar su bienestar psíquico día a día pues se ha dado cuenta que no quiere terminar somatizando todo lo malo que le acontecía. Realizamos una meditación final de introyección y aplicamos nuevamente los test.

Retroalimentación

En un principio, pudimos notar que la paciente tenía cierta resistencia a abrirse al proceso psicológico. En las 2 primeras sesiones, la paciente comentaba cosas de su vida de forma muy superficial y se notaba un poco escéptica al proceso terapéutico. De hecho, cuando se realizó un escáner corporal un poco más profundo, la paciente empezó a hacer resistencia y a cancelar las citas. No fue sino hasta la sesión 3 donde la paciente empezó a abrirse y a hacer catarsis, desahogándose y sincerándose sobre lo que en realidad le estaba afectando. La sesión 3 y 4 fueron claves para poder apreciar cuales eran los problemas principales de la paciente. Sin embargo, el momento culminante de la terapia fue la sesión 5, en donde se confrontó a la paciente con sus distorsiones cognitivas. En este momento, al hacer insight de sus pensamientos, pudimos notar la mejoría progresiva que se hizo evidente en las sesiones subsiguientes. La paciente se comprometió mucho más, y la labilidad emocional mejoró y su sintomatología disfórica mejoró significativamente.

Resultados

Los resultados obtenidos luego de la aplicación de los Test Pre-tratamiento de la paciente pueden evidenciarse en la **Tabla 3**. En el PSST la paciente obtuvo una puntuación de 35 puntos, señalando al menos dos puntos como “severos” en el apartado de “interferencias de los síntomas en su vida cotidiana”. Este resultado indica un “Trastorno Disfórico Premenstrual

Severo”. En cuanto a la Escala de Fredickson, la paciente durante la fase lútea, presenta un estado afectivo predominantemente negativo con un puntaje de 3.9 pts.

Tabla 3.

Resultados de los Test aplicados en la fase Pre-tratamiento

Características	Niveles	Pre- Tratamiento	6ta Sesión	8va Sesión	Post- Tratamiento
Escala de Fredickson (Puntuación del 0- 4)	Negativo	3,9 pts.	-	-	-
	Positivo	1,2 pts.	-	-	-
PSST (Nivel de gravedad de los síntomas premenstruales)	Leve	-	-	-	-
	Moderado	-	-	-	-
	Grave	35 pts.	-	-	-

Nota. – Sin Codificación.

En la **Tabla 4** se incluyen los resultados de los test aplicados luego de la intervención psicológica en la 6ta sesión y en la 8va sesión. En los resultados, se evidencia la mejoría a través de los puntajes en la esfera afectiva, así como en la sintomatología disfórica premenstrual.

Tabla 4.

Resultados de los test aplicados en la 6ta. y 8va. Sesión.

Características	Niveles	Pre- Tratamiento	6ta Sesión	8va Sesión	Post- Tratamiento
Escala de Fredickson (Puntuación del 0- 4)	Negativo	3,9 pts.	0,1 pts.	0 pts.	-
	Positivo	1,2 pts.	3,9 pts.	3,9 pts.	-
PSST (Nivel de gravedad de los síntomas premenstruales)	Leve	-	5 pts.	4 pts.	-
	Moderado	-	-	-	-
	Grave	35 pts.	-	-	-

Nota. – Sin Codificación.

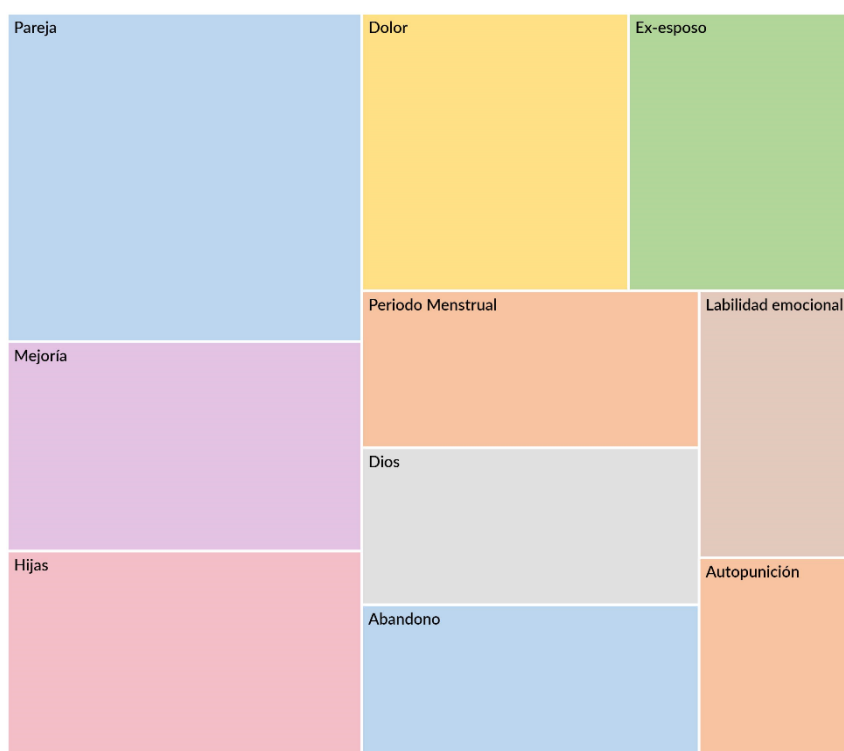
En la **Tabla 5** se incluyen los resultados del re-test post-tratamiento realizado 4 semanas después de la última sesión, a manera de evidenciar el mantenimiento de la intervención.

Tabla 5.*Resultados de los test aplicados Post-tratamiento.*

Características	Niveles	Pre-Tratamiento	6ta Sesión	8va Sesión	Post-Tratamiento
Escala de Fredickson (Puntuación del 0-4)	Afecto Negativo	3,9 pts.	0,1 pts.	0 pts.	0,4 pts.
	Afecto Positivo	1,2 pts.	3,9 pts.	3,9 pts.	3,7 pts.
PSST (Nivel de gravedad de los síntomas premenstruales)	Leve	-	5 pts.	4 pts.	2 pts.
	Moderado	-	-	-	-
	Grave	35 pts.	-	-	-

Nota. – Sin Codificación.

En la **Figura 2**, se han graficado cualitativamente los contenidos más mencionados por la paciente en el programa NVIVO 14. Nótese que los temas más recurrentes durante las sesiones eran, “Dios, pareja e hijas”. Sin embargo, durante el transcurso de las terapias, el tema “mejoría” fue ganando mayor significancia, en contraposición al decrecimiento de las ideas de “autopunición y abandono”.

Figura 2.*Resultados Cualitativos*

Discusión

El presente estudio evaluó la viabilidad, aceptabilidad y eficacia de una intervención psicológica basada MBCT en una paciente con síntomas severos de TDPM. Este trastorno es frecuentemente abordado terapéuticamente como un problema de desbalance hormonal. Sin embargo, nuestra unidad de caso muestra un perfil hormonal normal para su edad. Además, se descartó la presencia de ovarios poliquísticos u otras patologías en el área ginecológica que pudiesen guardar alguna relación con su sintomatología.

Algunos investigadores han sugerido que las mujeres que sufren de TDPM podrían tener una mayor sensibilidad cerebral a las fluctuaciones hormonales, concretamente, de los estrógenos naturales como estradiol, estrona y estriol y, sobre todo, de la progesterona y su principal metabolito (Bixo, et al., 1997). Las hormonas ováricas antes mencionadas son esteroides neuroactivos que actúan como neuromoduladores endógenos en áreas de relevancia para las emociones y la cognición. Esto ha dado pie a la utilización de neurofármacos y terapias hormonales en estas pacientes, y al hecho de que, en muchos casos, las pacientes con TDPM sean tratadas inicialmente por ginecólogos y psiquiatras (Barth, et al., 2015).

Es por ello que las mujeres que padecen TDPM reciben en la mayoría de los casos terapia de reemplazo hormonal o antidepresivos, y con ello, enmascaran los síntomas de un trastorno que tiene en muchos casos un trasfondo de abuso y violencia prolongados. Otro aspecto a tener en cuenta de este abordaje erróneo son los potenciales efectos colaterales del tratamiento farmacológico. Por ejemplo, los inhibidores de la recaptación de serotonina producen algunos efectos adversos como molestias abdominales, disfunción sexual, insomnio y otros efectos sobre el SNC (Marjoribanks, et. al., 2013).

Más aún, no todas las mujeres responden al tratamiento y casi la mitad dejan de tomar estos fármacos dentro de los primeros 6 meses. Además, los moduladores selectivos del receptor de progesterona, como el acetato de ulipristal han sido efectivos en mitigar o eliminar

los síntomas del TDPM, pero producen amenorrea y esto puede no ser aceptable para una mujer durante su período de fertilidad. Otros efectos adversos incluyen hipertensión, elevación de la creatin-fosfoquinasa (CPK) en sangre y sofocos (Sundström-Poromaa, et al., 2000).

Si bien el carácter cíclico del TDPM, teniendo como eje de referencia el inicio del período menstrual, ha llevado a postular que la fluctuación hormonal que ocurre a lo largo del ciclo menstrual es un elemento fundamental en este trastorno, llama la atención que el perfil hormonal en pacientes que han participado en estudios sobre el TDPM, no difiere del de aquellas mujeres que no lo padecen (Hantsoo & Epperson, 2015).

Este caso puso en evidencia que la historia de vida y los eventos adversos que habría vivido la paciente fueron factores predisponentes y determinantes para la evolución de las manifestaciones clínicas del TDPM. Resulta interesante que Pilver et al. (2011), en un estudio de transversal de 3.968 mujeres de 18 a 40 años, encontraron una asociación significativa entre historia de exposición a trauma psicológico y TDPM. Igualmente, en un estudio longitudinal prospectivo de Bertone-Johnson et al. (2014), que incluyó a un total de 3.295 mujeres entre 27 a 44 años se encontró que los abusos emocionales y físicos estaban fuertemente correlacionados con un síndrome premenstrual de moderado a grave.

Otro estudio comparativo, con un número bastante menor de casos, 55 mujeres con TDPM vs 149 controles, no encontró un vínculo entre TDPM y abuso, aunque se reportó que todas las mujeres entrevistadas habían sufrido algún grado de violencia y abuso, dejando la puerta abierta a la forma de gestionar cada una sus experiencias personales como posible causa del trastorno (Segebladh, et al., 2011).

Nuestra unidad de caso configura una relación entre abuso y desarrollo de un TDPM. Este abuso fue condicionado por las propias creencias religiosas de la paciente y un modelo de crianza de autoritarismo patriarcal. En este sentido, cabe destacar que, por una parte, muchos estudios señalan que la religión y la espiritualidad pueden promover la salud mental mediante

un afrontamiento religioso positivo, de comunidad y apoyo, así como también han demostrado que una faceta de la religión puede servir como recurso psicológico y social para afrontar el estrés, representando poderosas fuentes de consuelo, esperanza y significado (Weber & Pargament, 2014; Koenig, 2009; Papaleontiou - Louca, 2021; Garssen, et al., 2021).

Sin embargo, en estas mismas investigaciones, también se encontró que la religión y la espiritualidad pueden también ser perjudiciales para la salud mental por medio de un afrontamiento y creencias religiosas negativas, la incomprensión y la falta de comunicación. Algunos autores señalan que las creencias y prácticas religiosas, a menudo, están estrechamente relacionadas con los trastornos neuróticos y psicóticos, lo que a veces dificulta determinar si son un recurso positivo, o son factores desencadenantes de tales trastornos (Koenig, 2009; Weber & Pargament, 2014)

Existen grupos religiosos cristianos que preconizan ciertos preceptos nocivos como el endiosamiento el pastor, lo que puede conducir a lo que Steven Lambert en su libro “Captación, carismática, abuso autoritario y esclavitud psicológica en las iglesias neopentecostales” denominó “abuso espiritual”, definiéndolo como “un tipo de predominio psicológico que podría constituir una forma de esclavitud religiosa”. Este endiosamiento de los líderes espirituales, producto de un permanente y sistemático adoctrinamiento, suele convertir a algunos de ellos, sobre todo aquellos con rasgos narcisistas y paranoicos, en personajes elitistas, al punto de autodenominarse “mediadores” exclusivos entre los humanos y Dios (Lambert, 2014).

Con base a lo anterior, nuestra unidad de caso constituiría un ejemplo de abuso espiritual. La paciente cree ciegamente en las revelaciones que Dios supuestamente hace al pastor. Primero, accede a casarse con él y luego, éste la asegura que su embarazo es obra del demonio. Al respecto, Simonič, (2021) señala que “la religiosidad combinada con otros factores puede contribuir con la vulnerabilidad de la víctima o con el poder del perpetrador”.

De hecho, la narrativa y denuncia de sonados casos de violencia espiritual están disponibles y son libremente accesibles en la web (Muñoz, 2021).

Es muy probable que la indefensión aprendida en el seno familiar desde su niñez producto de la violencia machista paterna hayan sido un factor que contribuyó a que permaneciera en una relación marital de abuso y maltrato (Pugh, et al., 2018). Al respecto, Lawless & Lawless (1997) en su libro “La deriva hacia el engaño: Las ocho características del cristianismo abusivo”, definen los criterios sugerentes de una cristiandad abusiva, entre los que destacan una estructura autoritaria esclavizante, inmoral, exclusiva y de exigencia de lealtad y honores.

Posterior a un embarazo traumático, ya en el reinicio de sus períodos menstruales, la paciente desarrolla un trastorno disfórico premenstrual. Esta paciente habría requerido terapia psicológica desde ese momento. Sin embargo, no se había atrevido a hacerlo debido a la satanización de la psicología y la psiquiatría por parte de algunas iglesias cristianas no integracionistas que rechazan las valoraciones, opiniones y críticas de estos profesionales. Una clásica referencia de esta posición lo constituye el libro de Jim Owen: “La guerra de la psicología cristiana contra la Palabra de Dios: La victimización del creyente” (Christian Psychology's War on God's Word: The Victimization of the Believer), en donde se menciona que pastores de algunas de estas iglesias, durante sus prédicas religiosas acusan a los psicólogos de ser “malévolos adivinos” y de estar influenciados por el demonio (Owen, 2004). Ya libre de la influencia negativa del perpetrador, la paciente tuvo la libertad de optar por la intervención psicológica que se reporta en el presente estudio.

Finalmente, la intervención psicológica utilizando la MBCT para manejar el dolor y los síntomas depresivos durante el periodo menstrual resultó ser efectiva en esta unidad de caso gracias al “descentramiento”. Las técnicas de Mindfulness lograron que la paciente pudiese conectar con su cuerpo, y ver al dolor y a las emociones que asociaban con el periodo menstrual

en modo espectador. Al mismo tiempo, el Mindfulness fue el trampolín para que la terapia cognitiva fuese más efectiva, al lograr identificar sus pensamientos catastrofistas y darse cuenta de su discurso autopunitivo. Esto último condujo a que la paciente tuviese una disminución de los síntomas cognitivos como por ejemplo los pensamientos de minusvalía y las conductas evitativas.

Con respecto a la intervención psicológica, el estudio de Naymán, et al., (2023), evaluó a 61 mujeres con TDPM, aplicando conjuntamente las técnicas de mindfulness y la escala de Fredrickson como herramienta de evaluación. Se encontró que el uso de Mindfulness fue útil para la disminución del afecto negativo y el aumento del afecto positivo a lo largo del ciclo menstrual en mujeres con TDPM. Por otra parte, en un estudio llevado a cabo por Payne et al., (2020), se aplicó la MBCT a 20 mujeres con TDPM, observándose que las pacientes no reportaban diferencias significativas en la percepción del dolor menstrual. Sin embargo, si se pudo registrar una disminución en la consideración de catastrofización del dolor. Pese a los resultados de los estudios antes mencionados, se estima que no existe aún una evidencia definitiva de las bondades de este tipo de terapia para casos con mujeres con TDPM.

Lo que sí puede afirmarse, es que el TDPM es probablemente una condición multifactorial, y por lo tanto debe ser abordada multidisciplinariamente. En ningún caso los síntomas de este trastorno deben ser considerado como algo “normal” del periodo menstrual. Por lo tanto, y basado en los estudios que se dispone, el psicólogo sería el profesional a ser consultado primariamente en estos casos, realizando el diagnóstico y efectuando la intervención psicológica correspondiente. En caso necesario el psicólogo puede solicitar las interconsultas con los distintos profesionales del área de la salud.

Conclusión

En el presente estudio se cumplieron los objetivos planteados, primeramente, la identificación de las manifestaciones clínicas de una paciente con TDPM, siendo las más significativas los síntomas depresivos que acompañan al trastorno como, llanto fácil, tristeza, hipersomnias, poca concentración, sentimientos de minusvalía, ideas autoreferenciales, dismenorrea e hipermenorrea. En segundo lugar, pudo apreciarse como esta sintomatología derivó en problemas conductuales como conductas evitativas e intolerancia a cualquier tipo de interacción social, aislarse de su medio familiar, y en ocasiones, solicitar baja laboral.

Adicionalmente, las ideas referenciales causaron muchas veces conflictos a nivel familiar y laboral. En el cuadro clínico, llamó la atención otros síntomas menos comunes en el TDPM como la fotosensibilidad y la misofonía. El presente estudio tiene una gran limitación, ya que se trata de un estudio de caso único. No obstante, el caso está revestido de una gran complejidad. La intervención psicológica fue exitosa en este caso. Sin embargo, es importante realizar nuevos estudios, que ayuden a confirmar la eficacia de la intervención psicológica aplicada.

Referencias

- American Psychological Association [APA]. (2013). *Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales (5ta ed.)*. Editorial Médica Panamericana
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Agostini, G. (2018). Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM). *Psiquiatría y Salud Mental*, 35(3/4), 238-243. Obtenido de
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/1005047/14-trastorno-disforico-premenstrual-g-agostini.pdf>
- Barth, C., Villringer, A., & Sacher, J. (2015). Sex hormones affect neurotransmitters and shape the adult female brain during hormonal transition periods. *Front Neurosci*, 9(37), 1-20. 10.3389/fnins.2015.00037
- Beddig, T., Reinhard, I., Ebner-Priemer, U., & Kuehner, C. (2020). Reciprocal effects between cognitive and affective states in women with Premenstrual Dysphoric Disorder: An Ecological Momentary Assessment study. *Behaviour Research and Therapy*, 131, 103613. <https://doi.org/10.1016/J.BRAT.2020.103613>
- Bertone-Johnson, E., Whitcomb, B., Missmer, S., Manson, j., Hankinson, S., & Rich-Edwards, J. (2014). Early Life Emotional, Physical, and Sexual Abuse and the Development of Premenstrual Syndrome: A Longitudinal Study. *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH*, 23(9), 729-739. 10.1089/jwh.2013.4674
- Bixo, M., Andersson, A., Winblad, B., Purdy, R., & Bäckström, T. (1997). Progesterone, 5 α -pregnane-3,20-dione and 3 α -hydroxy-5 α -pregnane-20-one in specific regions of the human female brain in different endocrine states. *Brain Research*, 764(1-2), 173-178.
[https://doi.org/10.1016/S0006-8993\(97\)00455-1](https://doi.org/10.1016/S0006-8993(97)00455-1)
- Bustos, R., Arriagada, V., Briceño, K., Matamala, Y., Pozo, P., Merino, F., . . . Parra, J. (2018). Influencia de la Actividad Física en la Sintomatología del Síndrome

- Premenstrual en universitarias. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 83(1), 45-51. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100045>
- Carlini, S., Lanza, T., Trentacoste, S., Lester, J., & Deligiannidis, K. (2022). Management of Premenstrual Dysphoric Disorder: A Scoping Review. *Int J Womens Health.*, 21(14), 1783-1801. 10.2147/IJWH.S297062
- Carlini, S., Weiss, S., Mordukhaev, L., Jacob, S., Flynn, H., Deligiannidis, F. & Kristina, D. (2022). Clinical correlates of women endorsing premenstrual suicidal ideation: a cross-sectional study. *BioPsychoSocial Medicine*, 16(23), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s13030-022-00252-3>
- Da Costa, S., & Páez. (2015). Afectividad inducida e impacto en la creatividad, crecimiento personal después del cambio y ajuste percibido al narrar una experiencia emocional intensa. *Anales de Psicología*, 31(2), 716–724. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.174551>
- El Dahr, Y., Azevedo, T., Syan, S., Caropreso, L., Minuzzi, L., Smith, M., . . . Azevedo, R. (2022). Investigating biological rhythms disruptions across the menstrual cycle in women with comorbid bipolar disorder and premenstrual dysphoric disorder. *Archives of Women's Mental Health*, 25, 345–353. <https://doi.org/10.1007/s00737-022-01220-0>
- Gamze, E., Oğuzhan, K., Şenol, B., Osman, T., Vahap, K., Güven, Ö., . . . Kadir, Ö. (2020). Evaluation of dysfunctional attitudes, distress and discomfort tolerance levels in patients with premenstrual dysphoric disorder. *Turkish Journal of Clinical Psychiatry*, 23(3), 248-255. 10.5505/kpd.2020.09216
- Garay, C., Korman, G., & Keegan, E. (2015). Terapia Cognitiva basada en Atención Plena (mindfulness) y la «tercera ola» en Terapias Cognitivo-Conductuales. *Rev. Arg. de Psiquiat*, 26(119), 49-56. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/281519109_Mindfulness-

Based Cognitive Therapy MBCT and the 'Third Wave' of Cognitive-Behavioral Therapies CBT

- Garssen, B., Visser, A., Pool, & Grieteke. (2021). Does Spirituality or Religion Positively Affect Mental Health? Meta-analysis of Longitudinal Studies. *The International Journal for the Psychology of Religion*, 31(1), 4-20. 10.1080/10508619.2020.1729570
- Halbreich, U., Borenstein, J., Pearlstein, T., & Kahn, L. (2003). The prevalence, impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology*, 28(3), 1-23. 10.1016/s0306-4530(03)00098-2
- Hantsoo, L., & Epperson, N. (2015). Premenstrual Dysphoric Disorder: Epidemiology and Treatment. *Current Psychiatry Reports*, 17(11), 87. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0628-3>
- Hantsoo, L., Rangaswamy, S., Voegtline, K., Salimgaraev, R., Zhaunova, L., & Payne, J. (2022). Premenstrual symptoms across the lifespan in an international sample: data from a mobile application. *Arch Womens Ment Health*, 25(5), 903-910. 10.1007/s00737-022-01261-5.
- Hernandez, A. (2017). A propósito de un caso: mindfulness y terapia cognitivo conductual aplicados para el tratamiento de la amaxofobia. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 1, 77-97. Obtenido de <https://www.semanticscholar.org/paper/A-PROP%C3%93SITO-DE-UN-CASO%3A-MINDFULNESS-Y-TERAPIA-PARA-G%C3%B3mez/c190f3c10834df2f8ba737a485a132aff6ea75a>.
- Islas-Preciado, D., Flores-Celis, K., González-Olvera, J., & Estrada-Camarena, E. (2021). Effect of physical and sexual violence during childhood and/or adolescence on the development of menstrual related mood disorders: A systematic review and meta-analysis. *Salud mental*, 44(3), 145-153. <https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2021.019>

- Kaholokula, J., Godoy, A., O'Brien, W., Haynes, S., & Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud*, 24(2), 117-127. <https://dx.doi.org/10.5093/cl2013a13>
- Koenig, H. (2009). Research on religion, spirituality, and mental health: a review. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 54(5), 283–291. 10.1177/070674370905400502.
- Kuehner, C., & Nayman, S. (2021). Premenstrual Exacerbations of Mood Disorders: Findings and Knowledge Gaps. *Current Psychiatry Reports*, 23(78), 1-11. <https://doi.org/10.1007/S11920-021-01286-0>
- Lambert, S. (2014). *Charismatic Captivation: Authoritarian Abuse & Psychological Enslavement In Neo-Pentecostal Churches*. CreateSpace.
- Lawless, A., & Lawless, J. (1997). *The Drift into Deception: The Eight Characteristics of Abusive Christianity*. Kregel Publications.
- López-Mato, A., Illa, G., Boullosa, O., Márquez, C., & Vieitez, A. (2000). Trastorno disfórico premenstrual. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 38(3), 187-195. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272000000300006>
- Marjoribanks, J., Brown, J., O'Brien, P., & Wyatt, K. (2013). Selective serotonin reuptake inhibitors for premenstrual syndrome. *The Cochrane database of systematic reviews*, 2013(6), CD001396. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001396.pub3>
- Mazaheri, D., Zahedi, K., & Gharaei, B. (2022). Mindfulness Training Intervention With the Persian Version of the Mindfulness Training Mobile App for Premenstrual Syndrome: A Randomized Controlled Trial. *Front. Psychiatry*, 13, 922360. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.922360>
- Meza-Moreno, F., Pimienta-Alcaraz, M., Vázquez-Valdez, M., Balderas-Sánchez, C., & Toledo-Fernández, A. (2020). Self-reported executive function, and not performance-

based measures, strongly associates with symptoms of premenstrual syndrome/premenstrual dysphoric disorder. *Salud Mental*, 44(2), 83-90.

<https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2021.012>

Morishita, C., Inoue, T., Honyashiki, M., Ono, M., Iwata, Y., Tanabe, H., . . . Masuya, J. (2022). Roles of childhood maltreatment, personality traits, and life stress in the prediction of severe premenstrual symptoms. *BioPsychoSocial Medicine*, 16(11), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13030-022-00240-7>

Muñoz, D. (23 de Junio de 2021). *Violencia espiritual: un peligro que asecha a las comunidades religiosas*. Obtenido de <https://semanariouniversidad.com/pais/violencia-espiritual-un-peligro-que-acecha-a-las-comunidades-religiosas/>

Natalia, E., Fuenzalida, A., & Urrutia, M. (2005). Relación entre rendimiento laboral y síndrome premenstrual. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 70(2), 113-118. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262005000200011>

Naymán, S., Beddig, T., Reinhard, I., & Kuehner, C. (2023). Effects of cognitive emotion regulation strategies on mood and cortisol in daily life in women with premenstrual dysphoric disorder. *Psychological medicine*, 53(11), 5342–5352. <https://doi.org/10.1017/S0033291722002495>

Organización Panamericana de la Salud (2008). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. 10a. revisión. Editorial Médica Panamericana. <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

Owen, J. (2004). *Christian Psychology's War on God's Word: The Victimization of the Believer*. Timeless Texts.

Papaleontiou - Louca, E. (2021). Effects of Religion and Faith on Mental Health. *New Ideas in Psychology*, 60, 100833. <https://doi.org/10.1016/j.neideapsych.2020.100833>

- Parra, M., Latorre, J., & Montañés, J. (2012). Terapia cognitiva basada en mindfulness y reducción de los síntomas de ansiedad en personas con fibromialgia. *Ansiedad y Estrés*, 18(2-3), 141-154. Obtenido de <https://www.ansiedadystres.es/sites/default/files/rev/ucm/2012/anyes2012a12.pdf>
- Payne, L., Seidman, L., Romero, T., & Sim, M.-S. (2020). An Open Trial of a Mind–Body Intervention for Young Women with Moderate to Severe Primary Dysmenorrhea. *Pain Medicine*, 21(7), 1385–1392. 10.1093/pm/pnz378
- Pilver, C., Kasl, S., Desai, R., & Levy, B. (2011). Exposure to American culture is associated with Premenstrual Dysphoric Disorder among ethnic minority women. *J Affect Disord*, 130(1-2), 334–341. 10.1016/j.jad.2010.10.013.
- Pilver, C., Levy, B., Libby, D., & Desai, R. (2011). Posttraumatic stress disorder and trauma characteristics are correlates of premenstrual dysphoric disorder. *Arch Womens Ment Health*, 14(5), 383–393. 10.1007/s00737-011-0232-4.
- Pugh, B., Li, L., & Sun, I. (2018). Perceptions of Why Women Stay in Physically Abusive Relationships: A Comparative Study of Chinese and U.S. College Stu. *Journal of Interpersonal Violence*, 36((7-8)), 3778-3813. <https://doi.org/10.1177/08862605187782>
- Roomaney, R., & Lourens, A. (2020). Correlates of premenstrual dysphoric disorder among female university students. *Cogent Psychology*, 7(1), 1-13. <https://doi.org/10.1080/23311908.2020.1823608>
- Schiola, A., Lowin, J., Lindemann, M., Patel, R., & Endicott, J. (2011). The Burden of Moderate/Severe Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder in a Cohort of Latin American Women. *Value In Health*, 5(1), 93-5. 10.1016/j.jval.2011.05.008

- Segebladh, B., Bannbers, E., Kask, K., Nyberg, S., Bixo, M., Heimer, G., & Sundström-Poromaa, I. (2011). Prevalence of violence exposure in women with premenstrual dysphoric disorder in comparison with other gynecological patients and asymptomatic controls. *Acta obstetrica et gynecologica*, *90*(7), 746–752.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0412.2011.01151.x>
- Simonič, B. (2021). The Power of Women's Faith in Coping with Intimate Partner Violence: Systematic Literature Review. *ournal of religion and health*, *60*(6), 4278–4295.
<https://doi.org/10.1007/s10943-021-01222-9>
- Sundström-Poromaa, I., Bixo, M., Björn, I., & Nordh, O. (2000). Compliance to antidepressant drug therapy for treatment of premenstrual syndrome. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, *21*(4), 205–211. .
<https://doi.org/10.3109/01674820009085589>
- Troncoso-Pantoja, C., & Amaya-Placencia, A. (2017). Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Revista de la Facultad de Medicina*, *65*(2), 329-32. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v65n2.60235>
- Vásquez-Dextre, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, *79*(1), 42-51. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100006&lng=es&tlng=es.
- Weber, S., & Pargament, K. (2014). The role of religion and spirituality in mental health. *Current opinion in psychiatry*, *27*(5), 358–363.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000080>

Carolina Isabel Salgado Mendieta portador(a) de la cédula de ciudadanía N° **0152168811**. En calidad de autor/a y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“Trastorno disfórico premenstrual. Un estudio de caso”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de éste trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **22 de febrero de 2024**

F: *Carolina Salgado*

Carolina Isabel Salgado Mendieta

C.I. 0152168811