

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

Efectividad de un programa psicoeducativo para disminución de sintomatología depresiva en el
Trastorno Disfórico Premenstrual

Natalia Vidales Martelo

Diana Velasco Pinzón*

Universidad de La Sabana

Facultad de Psicología

Chía, Colombia

2016

Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo conocer, evaluar y analizar el efecto de un programa de psicoeducación centrado en estilos de vida saludables sobre los síntomas depresivos que presenta un grupo de mujeres entre los 19 y los 34 años, diagnosticadas clínicamente con el Trastorno Disfórico Premenstrual que atienden a consulta ginecológica en la ciudad de Cartagena. Se propuso para este estudio un diseño Cuasi-Experimental, con aplicación de la prueba de rangos de Wilcoxon para muestras no paramétricas relacionadas; la hipótesis nula postula que no hay diferencia entre las medianas de Pretest y Posttest, mientras que la hipótesis alterna plantea que sí hay diferencias entre estas; se utiliza un nivel de significancia de 0,05. Los resultados indican, con un valor de significancia de 0,012, que se rechaza la hipótesis nula. En conclusión, se comprueba que el programa de psicoeducación demuestra ser efectivo en cuanto a la disminución de la sintomatología depresiva que se presenta en el trastorno.

Palabras Clave: Trastorno Disfórico Premenstrual, depresión, Escala de Depresión de Zung, psicoeducación, estilos de vida saludables.

Abstract

This research aimed to identify, evaluate and analyze the effect of a psychoeducation program focused on healthy lifestyles on depressive symptoms presented by a group of women between 19 and 34 years, diagnosed clinically with Premenstrual Dysphoric Disorder, who attend gynecologist practice in the city of Cartagena. It was proposed for this study a quasi-experimental design, applying the Wilcoxon rank test for nonparametric related samples; the null hypothesis states that there is no difference between the medians of pretest and posttest; while the alternative hypothesis states that there are differences between them; a significance level of 0.05 is used. The results indicate, with a significance value of 0.012, that the null hypothesis is rejected. It is found that the psychoeducation program has been proven effective in reducing depressive symptoms that occur in the disorder.

Keywords: Premenstrual Dysphoric Disorder, depression, Zung Depression Scale, psychoeducation, healthy lifestyles.

Tabla de contenido

- 0. Resumen, 2
- 1. Abstract, 3
- 2. Introducción, 8
- 3. Justificación, 9
- 4. Marco teórico, 12
 - a. Ciclo menstrual, 12
 - b. Trastorno Disfórico Premenstrual, 13
 - c. Depresión, 17
 - d. Etapas de vida, 18
 - e. Psicoeducación, 19
 - f. Estilos de vida saludables, 21
 - i. Sueño, 21
 - ii. Alimentación, 23
 - iii. Actividad física, 23
 - iv. Reducción del Estrés, 24
 - v. Regulación emocional, 25
- 5. Objetivos, 27
 - a. Objetivo general, 27
 - b. Objetivos específicos, 27
- 6. Variables, 27

- a. Variable independiente, 27
 - b. Variable dependiente, 28
7. Hipótesis, 28
- a. Hipótesis nula, 28
 - b. Hipótesis alterna, 28
8. Método, 29
- a. Tipo de estudio, 29
 - b. Participantes, 30
 - c. Tipo de selección, 31
 - d. Instrumentos, 31
9. Procedimiento, 33
10. Resultados, 37
11. Discusión, 41
12. Referencias, 46

Lista de tablas

Tabla 1. Caracterización de las participantes por datos sociodemográficos, 30

Tabla 2. Desarrollo de las sesiones, 34

Tabla 3. Resumen de contrastes de hipótesis, 37

Tabla 4. Estadísticos, 38

Tabla 5. Checklist de síntomas Pretest, 39

Tabla 6. Checklist de síntomas Posttest, 40

Lista de anexos

- A. Escala de Depresión de Zung, 51
- B. Cuestionario de datos, 52
- C. Consentimiento informado, 53

Efectividad de un programa psicoeducativo para disminución de sintomatología depresiva en el
Trastorno Disfórico Premenstrual

Introducción

La presente investigación busca beneficiar a las mujeres en edad reproductiva, específicamente entre los 19 y los 34 años de edad, que padecen el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) cuya sintomatología interfiere con las áreas de ajuste, con el fin de que aprendan a manejar los síntomas a través de la implementación de estilos de vida saludables, y así disminuir el malestar significativo logrando un mejor funcionamiento en sus vidas cotidianas. Adicionalmente, este proyecto tiene en cuenta la necesidad de identificar y explicar las implicaciones de padecer dicho trastorno, los síntomas y las posibilidades de tratamiento, para luego desarrollar un programa psicoeducativo centrado en estilos de vida saludables que aporte conocimientos a la psicología clínica y de la salud, y a los profesionales de la salud en general quienes abordan e intervienen en esta problemática, con el propósito de ayudar a las mujeres a reducir el impacto negativo que se presenta con el trastorno. De acuerdo con esto, es relevante anotar que el TDPM es usualmente tratado con fármacos como antidepresivos y ansiolíticos, siendo los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (SSRI por sus siglas en inglés) la primera opción de tratamiento (Bocchino, 2004; Perarnau, 2010; Subhash, 2002); por esto, la presente investigación se enfoca a plantear un tratamiento menos invasivo que las mujeres afectadas puedan autoaplicarse.

El TDPM, el cual es una forma severa del Síndrome Premenstrual (SPM), afecta aproximadamente entre el 2 y el 10 por ciento de las mujeres en edad reproductiva, durante una o dos semanas antes del inicio de su ciclo menstrual hasta dos semanas después de haber iniciado. La principal diferencia entre el TDPM y el SPM es que en el TDPM predomina la sintomatología

emocional y su manifestación es más severa, en especial las conductas depresivas. Las mujeres que sufren del TDPM exhiben síntomas emocionales y físicos que pueden interferir con su funcionamiento en varias áreas de ajuste y afectar las relaciones interpersonales. (Perarnau, 2010; Subhash, 2002)

Entre los síntomas físicos del TDPM se encuentran: fatiga, cefaleas, dolor muscular y articular, sensibilidad en los senos, estreñimiento o diarrea, y aumento de peso o hinchazón. Por su parte, los síntomas emocionales incluyen: nervios, ansiedad, depresión, llanto fácil, irritabilidad, alteraciones en el sueño, anhedonia, dificultad para concentrarse y alteraciones alimenticias (falta de apetito o fuertes antojos de ciertos alimentos). (Subhash, 2002)

En su investigación acerca del TDPM, Subhash (2002) señala que aún no se conocen las causas exactas, aunque éste podría estar relacionado con cambios hormonales que ocurren durante el ciclo menstrual, los niveles de serotonina en el cerebro, factores hereditarios o, eventos estresantes. La medicina continúa investigando este trastorno.

Justificación

Cada día en el mundo millones de mujeres se ven afectadas por síntomas relacionados a sus ciclos menstruales, los cuales muy frecuentemente perjudican de forma significativa su funcionamiento en actividades físicas, laborales e incluso en las relaciones sexuales. Teniendo en cuenta la prevalencia a nivel mundial del TDPM, que es alrededor del 2% al 10% de las mujeres en edad reproductiva (Subhash, 2002), es pertinente iniciar esta investigación; cabe resaltar que en la literatura revisada no se especifican datos sobre la prevalencia e incidencia del TDPM en Colombia.

Gaviria (1999) en Perarnau (2010) afirma que:

La importancia de esta temática radica en que los desórdenes relacionados con la menstruación pueden afectar un largo periodo de la vida de la mujer, los síntomas comprenden un promedio de 8 días por mes, lo que implica un total de 96 días por año, es un malestar que dura aproximadamente 25 a 30 años, hasta que llegue a la menopausia. (p. 201)

El presente trabajo se considera oportuno y relevante para diferentes campos de la salud como la medicina (ginecología) y la psicología (más específicamente la psicología clínica y de la salud), ya que al estudiar la efectividad de una intervención psicoeducativa centrada en estilos de vida saludables para el manejo de la sintomatología depresiva en el TDPM, se puede aportar a la disminución de los costos en el sistema de salud promoviendo que las mujeres se empoderen y se responsabilicen de su propio bienestar, lo cual finalmente reduce tanto el número de consultas como la cantidad de medicamentos prescritos para tratarlo; además, se ha demostrado que los programas de psicoeducación grupal son en muchos casos más efectivos y cuestan significativamente menos que la psicoterapia individual (Cummings, 2008 en O'Donohue, 2008).

Por otra parte, según Subhash (2002) en el TDPM predomina la sintomatología emocional y esta es más severa que en el SPM, por esto se busca desarrollar una intervención efectiva dirigida a las mujeres en edad reproductiva, en la que se aborde la capacidad y competencia de llevar un estilo de vida saludable, se reconozcan las características del trastorno y se logre identificar tanto los factores de riesgo como los de protección, con el objetivo de disminuir los síntomas depresivos característicos del cuadro clínico, aumentar las competencias

de regulación emocional y reducción del estrés, promover el bienestar integral y, facilitar el afrontamiento eficaz del ciclo menstrual.

De acuerdo con lo anterior, la pregunta base de la presente investigación es:

¿Qué efecto tiene un programa psicoeducativo sobre estilos de vida saludables, centrado en regulación emocional y reducción del estrés, actividad física, alimentación y sueño, en los síntomas depresivos que exhibe un grupo de mujeres entre los 19 y los 34 años, diagnosticadas con el Trastorno Disfórico Premenstrual?

Marco teórico

A continuación se contextualizan teóricamente los conceptos clave para comprender el marco del presente estudio. Se exponen las generalidades del ciclo menstrual, la definición del TDPM, la sintomatología y las características, las causas y los posibles tratamientos reportados en la literatura. Así mismo se incluye la revisión de otros temas pertinentes como las características de la etapa reproductiva, la psicoeducación como modalidad de tratamiento, el concepto de estilos de vida saludables y, los componentes que incluirá el programa de intervención: alimentación, sueño, actividad física, reducción del estrés y regulación emocional.

Ciclo Menstrual

Cada mes, el sistema reproductor femenino prepara al cuerpo para el embarazo, repitiendo un patrón de cambios provocados hormonalmente. A este proceso se le denomina ciclo menstrual, comienza desde el primer día de la menstruación y se extiende hasta el primer día de la siguiente menstruación; su duración normal es de 21 a 35 días, siendo 28 días la duración promedio. (Nelson, 2012). El ciclo menstrual consta de 4 fases: fase menstrual, fase folicular, fase ovulatoria y fase lútea.

La fase menstrual comienza el primer día del ciclo y consiste en el sangrado mensual de la mujer, también llamada comúnmente período, que es producido por el desprendimiento del endometrio; este sangrado proviene del útero, luego atraviesa el cérvix y finalmente fluye por la vagina; la menstruación dura aproximadamente entre 3 y 7 días. En la fase folicular, el endometrio inicia su desarrollo gracias a la presencia de estrógeno, en caso de que haya fecundación; simultáneamente, el incremento de la hormona foliculoestimulante provoca el

crecimiento de los folículos ováricos, donde se encuentra un óvulo en cada uno; los niveles de estrógeno continúan en aumento, produciendo un mayor grosor del endometrio y el aumento de la hormona leutinizante, la cual causa la liberación de un óvulo por medio del rompimiento del folículo ovárico. La fase ovulatoria comienza alrededor del día 14 del ciclo, cuando el óvulo liberado se dirige hacia la Trompa de Falopio y llega al útero a los varios días, si no se fecunda el óvulo en las próximas 24 horas, este se descompone y es expulsado en la siguiente menstruación. Finalmente, en la fase lútea el óvulo fecundado llega al útero y se implanta en el endometrio, donde comenzará a desarrollarse como feto y la hormona gonadotropina coriónica humana (HCG) suspende el ciclo menstrual; si no hay fecundación, los niveles de progesterona se reducen causando la ruptura del endometrio, dando lugar a un nuevo ciclo menstrual. (López, 2000; Nelson, 2012)

Trastorno Disfórico Premenstrual

Durante la etapa reproductiva entre el 2 y el 10 por ciento de las mujeres presentan “Desórdenes Relacionados con la Menstruación” (MRD por sus siglas en inglés) entre los cuales se encuentra el TDPM, cuyos síntomas son de tipo emocional y físico; dichos síntomas se presentan habitualmente al finalizar la fase lútea del ciclo menstrual y desaparecen durante los primeros días de la menstruación (Perarnau, 2010). Algunas mujeres experimentan estos síntomas de forma leve y otras de forma severa; en la última, el malestar se convierte en un impedimento para realizar sus actividades cotidianas. El diagnóstico del TDPM fue establecido inicialmente por el Instituto Nacional de Salud en 1980, el cual fue aprobado por el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM III-R) en el año 1987 como “trastorno disfórico en

fase lútea última”, y posteriormente denominado en el DSM-IV (1994) como “Trastorno Disfórico Premenstrual”, donde se caracteriza por la manifestación de síntomas positivos específicos (Cunningham, 2009).

Según el DSM-V (2014), para el diagnóstico del TDPM se requiere por lo menos de dos ciclos menstruales completos para el seguimiento de síntomas diarios. El criterio A incluye que al menos cinco de los síntomas deben estar presentes en la semana previa a la menstruación e ir mejorando hasta hacerse mínimos o desaparecer desde el inicio de la menstruación hasta una semana después de su finalización. Se deben además presentar, uno o más síntomas del Criterio B: labilidad afectiva intensa, irritabilidad intensa o enfado, estado de ánimo intensamente deprimido, y ansiedad. Uno o más de los síntomas del Criterio C también deben estar presentes, hasta que combinados con los síntomas del Criterio B, se complete un total de cinco síntomas: disminución del interés por las actividades habituales, dificultad subjetiva de concentración, letargo, cambio importante en el apetito, hipersomnias o insomnio, sensación de agobio, y síntomas físicos (dolor en los senos, articulaciones, músculos y/o de cabeza). Según el Criterio D, los síntomas deben ser de malestar clínicamente significativos e interferir con las actividades cotidianas y relaciones interpersonales. Finalmente, el Criterio E indica que estos síntomas no deben ser causados por otro trastorno, como el Trastorno de Depresión Mayor. Es importante considerar sin embargo, que en el manual CIE-10 (2015) el TDPM aún no es considerado un trastorno, sino una tensión premenstrual que se resuelve al inicio de la menstruación.

El TDPM puede tener comorbilidad con otros cuadros como el Trastorno Depresivo y el Trastorno de Ansiedad (Kim, 2004); no obstante, aunque exista una comorbilidad entre el TDPM

y dichos trastornos, el TDPM debe ser considerado como un fenómeno aparte aunque se presenten varias similitudes en los síntomas (Landén, 2003).

En la misma línea, Halbreich (2004) propone que los principales criterios de exclusión deben ser: que la mujer no esté menstruando, incluyendo que no esté embarazada; la presencia de historia familiar de vulnerabilidad a efectos adversos de la medicación indicada; trastornos físicos suficientemente severos como para requerir tratamiento; cualquier trastorno mental crónico; alcoholismo o abuso de sustancias entre 6 a 12 meses previos a la prueba; el uso de anticonceptivos orales u otras intervenciones hormonales dentro de los 3 meses anteriores a la prueba; y finalmente, los valores de laboratorio fuera del rango normal definido.

Aunque todavía se desconocen las causas exactas del TDPM, Perarnau (2010) propone algunas: factores hormonales, neurotransmisores, dietas, drogas y estilo de vida. En cuanto a los factores hormonales, el trastorno se puede deber a un desequilibrio entre los niveles de estrógeno y de progesterona; por esto, de acuerdo con Perarnau (2010), Halbreich (2003) plantea que los síntomas del TDPM sólo deben aparecer durante los ciclos ovulatorios y no deben manifestarse cuando se emplea un tratamiento anovulatorio, el cual elimina la ovulación, sin embargo se conoce que dicho tratamiento no siempre es efectivo. Respecto a los neurotransmisores, algunos estudios han corroborado que las mujeres diagnosticadas con TDPM presentan niveles más bajos de endorfinas y de serotonina durante la fase lútea, lo cual explica la eficacia del uso de los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (SSRI) como opción de tratamiento antidepresivo. Adicionalmente, se puede afirmar que una de las causas del TDPM es el factor genético, en la medida en que el 70% de las mujeres manifiestan este trastorno si sus madres lo

padećían. No obstante, como se mencionó anteriormente, aún no se conoce la causa estricta del trastorno. (Perarnau, 2010)

En cuanto al abordaje psicológico del TDPM, la literatura propone que se puede implementar la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC). La TCC es un enfoque de psicoterapia que incluye estrategias de relajación, técnicas de exposición, entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento, competencias de solución de problemas, modificación conductual y reestructuración cognitiva, las cuales se enfocan en modificar pensamientos, emociones y comportamientos disfuncionales (Nathan y Gorman, 2002 en Lustyk et al., 2009). Christensen y Oei (1995) comprueban la eficacia de la TCC para el manejo y tratamiento del TDPM, ya que por medio de la reestructuración cognitiva se logra modificar creencias irracionales que pueden presentar las mujeres sobre sí mismas y sobre el futuro, y así reducir la sintomatología depresiva y ansiosa que se experimenta con el trastorno. Adicionalmente, esta opción terapéutica promueve que las mujeres tengan un mayor conocimiento sobre el TDPM, facilitando por este medio la reducción del estrés y el conflicto que pueden causar los síntomas (Subhash, 2002). No obstante, Lustyk et al. (2009) proponen la necesidad de continuar estudiando los efectos de la TCC sobre el TDPM, ya que no existen pruebas ni estudios suficientes al respecto.

De acuerdo con lo anterior es posible afirmar que la prescripción de un tratamiento adecuado (incluso combinando varios componentes), sumado a la adherencia y el compromiso por parte de las pacientes, puede tener como consecuencia la reducción a un nivel tolerable o la desaparición por completo de los síntomas que se presentan en el TDPM.

En conclusión, la finalidad de los tratamientos para el TDPM es reducir la sintomatología y optimizar el funcionamiento social y ocupacional de las mujeres, para lograr con esto una

mejor calidad de vida percibida; es importante tener en cuenta que las intervenciones deben ir enfocadas a las necesidades individuales y a los síntomas manifiestos que señala cada paciente. Así, se puede abordar este cuadro desde varias propuestas: cambios en el estilo de vida, con la ingesta de vitaminas y minerales, con medicamentos, o con la combinación de varios tratamientos, incluyendo la aplicación de la TCC. Específicamente, los cambios de estilo de vida sugieren una mejor alimentación, realizar actividad física, meditar, dormir bien, dejar de fumar, reducir el estrés, y disminuir el consumo de cafeína y alcohol. Por su parte, en el manejo farmacológico se incluyen diuréticos (para reducir la hinchazón), analgésicos, anticonceptivos, antidepresivos y ansiolíticos. (Cunningham, 2009; DSM-V, 2014; Freeman, 2003; Perarnau, 2010; Subhash, 2002)

Depresión

Teniendo en cuenta el interés de la presente investigación y que una de las manifestaciones características del TDPM es la depresión, se entiende en primer lugar que ésta es más que sólo tristeza. Las personas con depresión pueden experimentar síntomas emocionales y/o físicos de alta intensidad.

Los síntomas emocionales incluyen además de tristeza, falta de interés en las actividades que antes producían placer, llanto fácil, desesperanza, irritabilidad, sentimientos de inutilidad y culpabilidad excesiva, y pensamientos recurrentes de muerte o ideas de suicidio en los casos más graves. Por otro lado, los síntomas físicos incluyen cambio de peso significativo, cambios en el apetito (aumento o disminución), falta de energía, insomnio o hipersomnio, baja concentración, y otros dolores físicos (de cabeza o de espalda) (Hershenberg, 2014; Subhash, 1999).

Es importante aclarar que según el DSM-V (2014) el TDPM no es una simple exacerbación de los síntomas de un Trastorno Depresivo Mayor (TDM) y tampoco es causado por este, sin embargo los dos pueden coexistir.

De acuerdo con lo anterior, es posible afirmar que aunque las personas son vulnerables a experimentar depresión en cualquier momento de la vida, padecer además de enfermedades médicas aumenta el riesgo y viceversa, es decir que las personas con este tipo de cuadros tienen mayor riesgo de contraer otras condiciones de salud. Por esto, para un adecuado proceso de diagnóstico es importante contar con una evaluación médica que complemente la evaluación psicológica, ya que al tratar la depresión se puede aliviar una gran variedad de síntomas, y así mejorar la calidad de vida del paciente. (Yon, 2014)

Etapas de vida

A lo largo de la vida, el ser humano experimenta un desarrollo gradual desde que nace hasta que muere, en el cual se manifiestan cambios físicos, psíquicos, personales y sociales, entre otros. La adultez por su parte, es la etapa en la cual el ser humano logra alcanzar el pleno desarrollo biopsicológico, se presenta entre los 20 y los 60 años, y se divide en dos momentos: adultez temprana (20 a 40 años aproximadamente) y adultez media (40 a 60 años aproximadamente) (Erikson, 2000; Papalia, 2009). En la presente investigación se aborda la adultez temprana, ya que es la etapa de desarrollo en que se encuentran las participantes del estudio.

La adultez temprana se conoce como el inicio de la mayoría de edad, por lo que muchos consideran que comienza alrededor de los 18 años. Durante esta etapa, las funciones biológicas y psicológicas se encuentran en su mejor funcionamiento, lo cual le permite a los individuos ser

más estables y autónomos; por esto, la sociedad espera que las personas en este momento de vida realicen sus proyectos (en todas las áreas de ajuste) y se adapten adecuadamente al entorno. En cuanto a la cognición, en esta etapa se desarrolla el pensamiento maduro posformal que le permite al adulto emergente, basarse en la experiencia subjetiva y en la intuición para la solución de problemas (Papalia, 2009).

Relacionado con el objeto de este trabajo, Papalia (2009) advierte que las personas atravesando por la adultez temprana deben contar con adecuados hábitos en su estilo de vida, ya que factores como alimentación inadecuada, falta de actividad física, mala calidad de sueño, tabaquismo y consumo de drogas, pueden afectar gravemente la salud, que aunque suele ser buena durante esta etapa, se identifica mayor propensión a desarrollar condiciones como la depresión.

Psicoeducación

Teniendo en cuenta que el abordaje en este estudio se realizará desde la psicoeducación, resulta pertinente definir este concepto.

La psicoeducación como opción de intervención surgió al final de los años 50s al intentar alternativas para mejorar la salud de las personas por medio de la participación en su propio bienestar (Cummings, 2008 en O'Donohue, 2008). El propósito de esta aproximación era incentivar a los pacientes a renunciar a los fármacos y como alternativa, utilizar soluciones conductuales para el manejo de sus síntomas. Sin embargo, aunque hoy en día se puede obtener información sobre la salud en internet, y se ha demostrado que el conocimiento de la enfermedad propia es un recurso terapéutico, basarse sólo en la educación no asegura el éxito ni la mejoría,

por lo cual se debe combinar con terapia, técnicas y estrategias para poner en práctica en la vida cotidiana (Cummings, 2008 en O'Donohue, 2008).

Cummings (2008) en O'Donohue (2008) define la psicoeducación como la combinación de la psicología de la salud con el asesoramiento conductual y la psicoterapia (cuando es requerida); es aplicada a un grupo con un mismo diagnóstico y es tanto estructurada como abierta, dependiendo de las necesidades identificadas. El autor indica que un programa de psicoeducación debe incorporar cuatro componentes precisos: tratamiento del diagnóstico, manejo de la condición, obediencia al régimen médico y psicológico (adherencia), y prevención contra el progreso o recaída. Se resalta la importancia de que las personas participantes de un programa psicoeducativo, padezcan la misma condición y experimenten síntomas similares para que puedan apoyarse entre ellas por medio de la empatía y la solidaridad y así, se facilite el manejo grupal e individual de la problemática.

Los programas psicoeducativos se organizan dentro de un tiempo límite, según Cummings (2008) en O'Donohue (2008) el número de sesiones y el espacio entre estas depende de la condición a trabajar (entre 5 y 24 sesiones), así mismo el número de personas en un grupo varía entre cuatro y doce participantes.

Finalmente, se considera que la mayor ventaja de la psicoeducación grupal es la alta efectividad terapéutica y los bajos costos, comparada con la psicoterapia individual (Cummings, 2008 en O'Donohue, 2008).

Estilos de vida saludables

El estilo de vida saludable es un conjunto de actividades y actitudes que asume una persona para beneficiar su salud integral. Adoptar estilos de vida saludables es esencial para la reducción de síntomas desfavorables y enfermedades, así como para mejorar el desempeño en las áreas de funcionamiento (Subhash, 2002). De acuerdo con esto, llevar una alimentación adecuada y realizar actividad física (ejercicio) beneficia la salud general de las personas, incluyendo en esta afirmación a las mujeres que experimentan la sintomatología del TDPM; los estudios plantean por ejemplo, que moderar el consumo de cafeína reduce la ansiedad y la irritabilidad, así como la disminución del sodio aporta a la reducción de la hinchazón (edemas) (Johnson et al., 1995). Subhash (2002) confirma que el cambio en el estilo de vida debe ser considerado la primera opción que tienen las pacientes diagnosticadas con TDPM, antes o simultáneo (según la gravedad de los síntomas) a someterse a tratamientos más invasivos como los farmacológicos, pues asumir un estilo de vida saludable le permite a las personas involucrarse en los diferentes roles de forma más satisfactoria.

Sueño. Aunque actualmente millones de personas en el mundo se han familiarizado con la gran ingesta de cafeína durante el día con el fin de mantenerse despiertos en sus diferentes jornadas, la privación del sueño es un serio problema, tanto mental como físico. El Center for Disease Control and Prevention (CDC, 2015) no exagera cuando describe este fenómeno como una “epidemia de salud pública”.

Se considera que las personas con falta de sueño tienen peor salud que aquellas personas sin problemas de sueño, ya que son más propensas a desarrollar hipertensión, diabetes,

depresión, obesidad y cáncer, así como también tienen mayor probabilidad de exponerse a accidentes de tránsito e industriales (CDC, 2015; Hägg, 2014). Dado que la calidad del sueño está asociada a la salud y a la calidad de vida, es pertinente entender cómo funciona el ciclo del sueño y los factores influyentes en este proceso.

Durante la noche, los seres humanos pasan por diferentes etapas del ciclo del sueño que se repite alrededor de cinco veces por noche, y tiene una duración aproximada de 90 minutos en su totalidad. Este ciclo consta de cinco etapas, iniciando con la etapa del sueño ligero y finalizando con la etapa del sueño profundo, o REM (Hobson, 2005).

El Institute of Medicine (IM, 2006) afirma que se debe tener en cuenta la calidad del sueño y no sólo la cantidad, por lo que propone evitar ciertas actividades que puedan afectarla. Un factor que desordena el ciclo es la luz, en especial la luz azul (encontrada en aparatos electrónicos como los celulares), pues contribuye a la inhibición de la melatonina, la cual es una hormona que produce el cuerpo para controlar los procesos de sueño y vigilia (se inhibe durante el día y se libera en la noche) (IM, 2006; Hobson, 2005).

En la misma línea, se recomienda que los adultos duerman aproximadamente entre 7 y 8 horas cada noche, aunque en la actualidad las demandas sociales y académicas, entre otras, no lo permiten y pueden situarse como factores de riesgo (CDC, 2015; Alvaro, 2014). La promoción de los hábitos adecuados de sueño es conocida como la higiene del sueño y para mejorarla, el CDC (2015) propone evitar la nicotina y el consumo de cafeína y alcohol cerca a la hora de dormir, evitar consumir grandes cantidades de alimentos antes de acostarse, y mantener un horario fijo para dormir y levantarse.

Alimentación. La conducta alimentaria, según Santacoloma y Quiroga (2009) es “un acto a través del cual se incorporan nutrientes al organismo” (p. 8), la cual se emite por condiciones sociales y por placer, para saciar el hambre y disminuir la ansiedad.

Según el Ministerio de Salud y Protección Social (2015) una alimentación saludable requiere de consumir alimentos variados y nutritivos diariamente, disminuir el consumo de grasas saturadas (manteca, mantequilla y carnes rojas), evitar las comidas rápidas, aumentar la ingesta de frutas y verduras, evitar el consumo de bebidas azucaradas, moderar el consumo de sal, preferir alimentos integrales, y disminuir el consumo de cafeína y alcohol. Sin embargo, cabe resaltar que la composición de una alimentación saludable depende de las características y necesidades de cada persona.

Los miembros de la World Health Organization (WHO, 2015) confirman que una alimentación saludable a lo largo de la vida, es un factor fundamental en la prevención de la malnutrición y las enfermedades no transmisibles, entre estas la diabetes y el cáncer.

Actividad Física. La actividad física es considerada por la World Health Organization (2016) como, “cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía”. Es importante tener en cuenta que la actividad física no debe confundirse con el ejercicio, aunque sí lo abarca, junto con otras actividades de movimiento corporal que pueden ser realizadas como parte de las tareas y rutinas de la vida cotidiana (WHO, 2016).

De acuerdo con lo anterior se ha reportado que la inactividad física es el cuarto factor de riesgo de mortalidad en el mundo, siendo la causa principal de 21% a 25% el cáncer de mama y de colon; el 27% la diabetes; y el 30% las fallas cardiopáticas. (WHO, 2016)

Por su parte, Subhash (2002) afirma que la actividad física ayuda a reducir los síntomas presentes en el TDPM. Se recomienda a las mujeres realizar ejercicios aeróbicos durante aproximadamente 20 a 30 minutos, al menos 3 veces a la semana; lo cual favorece el control de la tensión arterial, el colesterol y los niveles de glucosa en la sangre, así como también facilita la reducción de los niveles de estrés y ansiedad, disminuye el riesgo de enfermedades no transmisibles y la depresión, y mejora las funciones musculares, óseas y cardiorrespiratorias (Johnson et al., 1995; WHO, 2016).

Reducción del Estrés. Teniendo en cuenta que el estrés es un factor de riesgo que puede facilitar el desarrollo o acentuar los síntomas del TDPM, el programa de psicoeducación diseñado en esta investigación contiene elementos que aportan a la disminución de los niveles de estrés.

El estrés es una respuesta del organismo generada frente a un estímulo percibido como demanda o amenaza que altera el equilibrio físico y/o mental de la persona. Cuando una persona se enfrenta a un estresor se produce la respuesta de “lucha o huida”, la cual provoca que la adrenalina y el cortisol fluyan por el cuerpo. Se establecen dos clases de estrés: el estrés agudo, que permite estar alerta en situaciones de peligro; y, el estrés crónico que puede convertirse en patológico y afectar la salud global del ser humano (Holinka, 2015).

Se sabe que aunque no es posible controlar el entorno y las situaciones estresantes, la persona sí puede ser capaz de manejar la forma en que reacciona ante estas y regular el nivel de estrés percibido. De acuerdo con esto, al presentarse el evento estresor la persona experimenta cambios en el cuerpo producidos por la liberación de adrenalina y cortisol: respiración acelerada,

aumento en el ritmo cardiaco y la presión arterial, tensión muscular y agudización de los sentidos, lo cual tiene como objetivo preparar al organismo para reaccionar ante una emergencia o situación de peligro. (Eagan, 2015; Holinka, 2015; Sabonmatsu, 2014)

Las distintas formas en que las personas manejan y afrontan el estrés son importantes para su desempeño, ya que tienen un efecto directo en el bienestar psicológico y físico. Estas formas están influenciadas por la personalidad, la situación, los recursos disponibles y los factores sociales inmersos (Sabonmatsu, 2014). Para reducir los niveles de estrés y mejorar la autoeficacia, varios autores han propuesto diferentes estrategias y técnicas, incluyendo el modelo de solución de problemas, las autoinstrucciones, la inoculación de estrés, la habilidad de toma de decisiones, la meditación, el ejercicio, escuchar música, disminuir el consumo de alcohol y caféina, la relajación muscular y el buen dormir (Larzelere, 2008; Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012).

Regulación Emocional. Los programas de intervención psicológica incluyen cada vez más estrategias de regulación emocional, las cuales son pertinentes en la presente investigación ya que se busca que las participantes implementen dichas competencias para disminuir la sintomatología emocional del TDPM. “La regulación emocional se refiere a la capacidad de un individuo para experimentar, influenciar, controlar y expresar emociones, de tal forma que dichos estados emocionales no interfieran con la conducta” (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012, p. 592). Debido a que las emociones tienen el poder de afectar la manera en que el ser humano actúa, se considera importante aprender a manejarlas para lograr una mejor calidad de vida y facilitar la interacción saludable con el entorno.

Para llevar a cabo un adecuado proceso de regulación emocional, Ruíz, Díaz y Villalobos (2012) afirman que se deben reconocer, discriminar y aceptar los estados emocionales, conocer y aplicar las herramientas necesarias para disminuir la intensidad de la emoción y, adquirir la capacidad de inhibir las conductas impulsivas; de lo contrario la persona puede perder el autocontrol en la experiencial emocional.

A partir de evidencia empírica se comprueba que el uso de las estrategias de regulación emocional es efectivo, en especial para el manejo de emociones negativamente intensas (ira, miedo, tristeza). Es fundamental además que la persona cuente con una red social de apoyo, ya que cuando el entorno castiga el proceso, la intervención y la puesta en marcha de las alternativas pueden fracasar. (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012)

Entre las estrategias existentes para facilitar la adecuada regulación emocional, la presente investigación incluye la técnica de respiración diafragmática y la de relajación progresiva. La respiración diafragmática es considerada el tipo de respiración más adecuado fisiológicamente, en el cual el diafragma participa activamente y se produce gran movilidad de las costillas inferiores y la parte superior del abdomen. Por su parte, en cuanto a la relajación progresiva, se tiene claridad sobre la capacidad de reducir casi por completo las tensiones musculares y lograr una profunda relajación; dicha técnica consiste en la tensión y distensión progresiva de 16 grupos musculares, tomando conciencia de cada uno. (Ruíz, Díaz y Villalobos, 2012)

Objetivos

Objetivo general

El objetivo general de la presente investigación es conocer, evaluar y analizar el efecto de un programa de psicoeducación centrado en estilos de vida saludables sobre los síntomas depresivos que presenta un grupo de mujeres entre los 19 y los 34 años, diagnosticadas clínicamente con el Trastorno Disfórico Premenstrual que atienden a consulta ginecológica en la ciudad de Cartagena.

Objetivos específicos

Conceptualizar los síntomas, características, causas, tratamientos, impacto y gravedad del TDPM.

Definir y caracterizar el concepto de estilos de vida saludables.

Desarrollar una intervención psicoeducativa efectiva, centrada en estilos de vida saludables (regulación emocional y reducción del estrés, actividad física, alimentación y sueño) para mujeres, entre los 19 y los 34 años, que presentan síntomas depresivos durante sus ciclos menstruales y están diagnosticadas con el TDPM.

Variables

Variable independiente

Programa de intervención psicoeducativo grupal, compuesto por 6 sesiones, orientado a enseñar y entrenar estilos de vida saludables (regulación emocional y reducción del estrés, actividad física, alimentación y sueño). Se entiende por psicoeducación la combinación entre la

información que se le proporciona a un grupo de participantes con un diagnóstico específico, y el entrenamiento en estrategias para abordar la condición (Cummings, 2008 en O'Donohue, 2008).

Variable dependiente

Sintomatología depresiva exhibida en el TDPM, caracterizada por: labilidad afectiva intensa, irritabilidad, estado de ánimo deprimido y tristeza, sentimiento de desesperanza, disminución del interés por las actividades habituales, dificultad subjetiva de concentración, letargo o falta de energía, cambio de apetito, hipersomnia o insomnio y sensación de agobio (DSM-V, 2014).

Hipótesis

Hipótesis nula

No hay diferencia entre las medianas de Pretest y Posttest

Hipótesis alterna

Hay diferencias entre las medianas de Pretest y Posttest.

El propósito es rechazar la hipótesis nula, para poder afirmar que hay diferencias entre las medianas de Pretest y Posttest, y así comprobar la eficacia de la intervención.

Método

Tipo de estudio

Se propone para este estudio un diseño Cuasi-Experimental, a través del cual se pretende identificar el efecto de un programa de intervención psicoeducativo centrado en estilos de vida saludables sobre los síntomas depresivos que se presentan en el Trastorno Disfórico Premenstrual. En los diseños Cuasi-Experimentales se manipulan intencionalmente una o más variables independientes para observar el efecto y la relación que tienen con una o más variables dependientes; los grupos en estos diseños ya existen antes de comenzar el experimento, es decir, no son seleccionados al azar (Sampieri, 2006). Se realizaron medidas Pretest y Posttest, se recogieron los datos sobre los síntomas depresivos antes y después de la intervención a partir de la aplicación de la Escala de Depresión de Zung, para así medir el efecto y comprobar si se generaron cambios con el programa psicoeducativo (Sampieri, 2006); entonces, se realizó una medida previa a la intervención, luego se intervino, y finalmente se repitió la medida al completar un mes (un ciclo menstrual) de la puesta en práctica de las estrategias por parte de las participantes.

Teniendo en cuenta la cantidad de participantes (8), se propone la prueba de rangos de Wilcoxon, una prueba no paramétrica que se utiliza para comparar las medianas de dos muestras ordinales relacionadas, con el fin de establecer si existen o no diferencias entre estas (Wilcoxon, 1945).

Participantes

El grupo de participantes está compuesto por 8 mujeres de clase media y media alta, entre los 19 y los 34 años de edad, siendo 25.75 años la media, diagnosticadas clínicamente con el Trastorno Disfórico Premenstrual, que asisten a consulta ginecológica por EPS en la ciudad de Cartagena. Respecto al estado civil, 6 de las participantes son solteras y 2 son casadas. Adicionalmente, sólo dos participantes continúan cursando educación universitaria, mientras que las 6 restantes son ya profesionales (Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización de las participantes por datos sociodemográficos

PARTICIPANTE	Edad	Estado Civil	Educación
N1	34	Casada	Profesional
N2	26	Soltera	Profesional
N3	23	Soltera	Profesional
N4	30	Casada	Profesional
N5	27	Soltera	Profesional
N6	26	Soltera	Profesional
N7	19	Soltera	Universitaria en curso
N8	21	Soltera	Universitaria en curso

Acorde con lo anterior cabe explicar que el diagnóstico del TDPM se realiza en ocasiones con base a exámenes de sangre paraclínicos, donde se miden los niveles de progesterona y la Hormona Folículo Estimulante (FSH por sus siglas en inglés). Sin embargo, usualmente el diagnóstico es netamente clínico, ya que las pruebas paraclínicas no son contundentes en este tipo de trastorno; incluso son contradictorias en algunos casos. El diagnóstico clínico consiste en comprobar si la paciente experimenta dolor en los ligamentos del útero al realizarle tacto vaginal,

aunque esto puede significar también otro cuadro clínico, como la Endometriosis. Además, el ginecólogo debe valerse de los registros que hace la mujer sobre los síntomas físicos y emocionales que presenta, durante por lo menos dos ciclos menstruales (Hill, 2005). Según el DSM-V (2014), se puede hacer un diagnóstico provisional basado en los registros sintomáticos de al menos dos ciclos menstruales antes de confirmar los demás criterios, y se debe resaltar que dicho diagnóstico es “provisional” luego del rótulo que se le dé al diagnóstico.

Tipo de selección

Al ser un diseño Cuasi-Experimental los participantes no son asignados al azar, sólo participa un grupo que es expuesto al programa de intervención, y se toma la muestra por conveniencia (Sampieri, 2006). Los criterios de exclusión planteados para este estudio son los siguientes: mujeres cuya edad esté por fuera del rango establecido para la investigación, mujeres embarazadas o con sospecha de embarazo y, mujeres que estén actualmente diagnosticadas o reporten antecedentes de enfermedad mental o ginecológica.

Instrumentos

Para medir los síntomas de depresión se utilizó la Escala de Depresión de Zung (1965) (Anexo A). Según la World Health Organization (WHO, 2015), la Escala de Depresión de Zung es un cuestionario de auto-reporte compuesto por 20 ítems para medir el nivel de depresión; los ítems califican los síntomas afectivos, psicológicos y somáticos, dentro de una escala Likert de 1 a 4. Es útil para fines clínicos y de investigación, ya que el puntaje final indica la gravedad de la depresión; sin embargo se resalta que no debe ser el único instrumento para el diagnóstico de

dicho cuadro. Es pertinente señalar que la escala demuestra validez de contenido al hacer el análisis factorial exploratorio con rotación varimax, en un estudio con población de adolescentes colombianos (Lezama, 2012). En otra investigación con estudiantes universitarios colombianos, Cogollo et al. (2006) comprueban que la Escala de Depresión de Zung muestra una consistencia interna ideal entre 0.80 y 0.90 (valores esperados para considerar confiable una escala), identificando dos factores: el factor del estado de ánimo y el factor de síntomas cognoscitivos y somáticos, los cuales explican más de 36% de la varianza, siendo el mismo comportamiento factorial que en la población adulta colombiana; dado que los dos factores principales explican menos de 50% de la varianza, no se sugiere utilizar la Escala de Depresión de Zung como único diagnóstico, ya que la homogeneidad del instrumento no es perfecta. Según dichos autores, aunque la Escala de Depresión de Zung varía psicométricamente en distintas poblaciones, según los resultados logra óptimas propiedades psicométricas de validez de constructo y confiabilidad en adolescentes y adultos con depresión en Colombia.

En segundo lugar se diseñó un cuestionario de datos (Anexo B) con el objetivo de conocer información relevante para el estudio y particular de cada participante, se preguntaron datos sociodemográficos (nombres y apellidos, edad, cédula de ciudadanía, teléfono de contacto, estado civil, nivel de educación y ocupación actual), y duración del periodo y del ciclo menstrual; así mismo sintomatología experimentada durante una o dos semanas antes del inicio del ciclo menstrual hasta dos semanas después de que haya iniciado. Estos datos son útiles para la caracterización de la población.

Procedimiento

La presente investigación se realizó en primer lugar a partir de una revisión exhaustiva en las bases de datos EBSCO y APA PsycNET, por medio de las cuales se estudiaron y conceptualizaron los temas pertinentes para el estudio, expuestos en el marco teórico.

Luego se realizó una entrevista a un médico ginecólogo de la ciudad de Cartagena, con el fin de ampliar la información sobre el TDPM, los tratamientos indicados y los diferentes métodos de diagnóstico. El ginecólogo procedió a explicar con base a qué elementos realiza el diagnóstico del trastorno, las manifestaciones de dicho cuadro y el tratamiento que proporciona a sus pacientes. Así mismo, al hacer énfasis en la privacidad, seguridad y bienestar de las participantes involucradas en la investigación, el ginecólogo accedió a compartir su base de datos para realizar el estudio con las pacientes que decidieran participar voluntariamente.

Seguido, a partir de obtener el permiso y la aprobación de cada participante se procedió a dar inicio al programa psicoeducativo, en el cual se expusieron inicialmente los objetivos de la investigación y los componentes de cada sesión, así como la importancia del diligenciamiento del consentimiento informado (Anexo C) y el conocimiento de los aspectos éticos. Posteriormente se aplicó la Escala de Depresión de Zung (medida Pretest) y se comenzó el proceso grupal de intervención que constó de 5 sesiones de trabajo y 1 después de un mes, en la cual se aplicó por segunda vez la Escala de Depresión de Zung (medida Posttest) y se realizó seguimiento a la experiencia de cada una de las participantes, respecto a la puesta en práctica de las estrategias aprendidas. A continuación se expone en la Tabla 2 el procedimiento llevado a cabo en cada una de las sesiones del programa.

Tabla 2. Desarrollo de las sesiones

Sesión	Objetivos	Actividades
1 -Inicio e introducción al programa -Introducción al Trastorno Disfórico Premenstrual	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar los objetivos y las consideraciones éticas de la investigación. - Realizar la evaluación inicial. - Favorecer la comprensión de los síntomas característicos del Trastorno Disfórico Premenstrual y generar conciencia sobre los factores implicados (físicos, emocionales, sociales, etc.). - Exponer los componentes del programa (temas). 	<ul style="list-style-type: none"> - Explicación de los objetivos y las consideraciones éticas de la investigación. - Firma del consentimiento informado. - Diligenciamiento del cuestionario de datos. - Aplicación de la Escala de Depresión De Zung (Pre-Test). - Presentación en Power Point sobre el ciclo menstrual. - Presentación en Power Point acerca del Trastorno Disfórico Premenstrual: características generales, síntomas, causas y tratamientos. - Introducción a los temas de las siguientes sesiones. - Tarea: asistir a las próximas sesiones con ropa cómoda.
2 -Introducción a los estilos de vida saludables y hábitos de autocuidado -Actividad física -Sueño	<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar y generar conciencia sobre la importancia de los estilos de vida saludables y el autocuidado para el manejo de la sintomatología depresiva experimentada en el Trastorno Disfórico Premenstrual. - Educar respecto a los conceptos de actividad física y sueño. - Promover la práctica de actividades físicas y una apropiada calidad de sueño. 	<ul style="list-style-type: none"> - Introducción al concepto de estilos de vida saludables. - Presentación en Power Point sobre el tema de actividad física. - Entrenamiento y práctica de estiramientos musculares por medio de un video (https://www.youtube.com/watch?v=Lx4YFmORsWc). - Entrenamiento y práctica de ejercicios aeróbicos por medio de un video (https://www.youtube.com/watch?v=IPNbBXR8EA0). - Presentación en Power Point sobre el tema de sueño. - Ejercicio práctico en el que se les solicita a las participantes elaborar una lista de las actividades que realizan antes de acostarse e irse a dormir. - Enseñar “qué hacer” para lograr una adecuada calidad de sueño y explicación acerca de las actividades y hábitos inapropiados previos al proceso de dormir. - Cierre: se les solicita a las participantes aportar conclusiones sobre los temas trabajados y la aplicación que encuentran a sus vidas. - Tarea: se les solicita a las participantes traer a la próxima sesión una lista sobre lo que comen habitualmente.

<p>3</p> <p>-Alimentación</p> <p>-Introducción al manejo del estrés</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Educar y enseñar en qué consiste una alimentación balanceada, nutritiva y sana. - Promover hábitos adecuados de fortalezas y debilidades alimentación. - Definir el concepto de estrés. - Identificar los factores desencadenantes de estrés. - Entrenar habilidades para manejar el estrés de la vida cotidiana. 	<ul style="list-style-type: none"> -Presentación en Power Point sobre el concepto de alimentación saludable. -Enseñar cómo calcular el índice de masa corporal (BMI) y explicar el concepto. -Actividad: se les solicita a las participantes dialogar en grupo sobre sus creencias acerca de lo que son los buenos hábitos alimenticios. -Actividad: se les solicita a las participantes asignar su lista de alimentos habituales (tarea asignada en la sesión anterior), para luego señalar las fortalezas y debilidades. -Explicar los componentes de una dieta adecuada “qué se recomienda comer y qué se debe moderar o eliminar”. -Actividad: se concluye en grupo cuáles son los hábitos efectivos para poner en práctica en las horas de las comidas. -Explicar la pirámide nutricional con imágenes.
<p>4</p> <p>-Disminución del estrés</p> <p>-Regulación emocional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Explicar el sistema de regulación emocional. - Enseñar y facilitar el desarrollo de repertorios efectivos para la regulación de las emociones, con énfasis en el manejo de la sintomatología depresiva. - Trabajar de manera práctica sobre cómo disminuir la sintomatología depresiva y el estrés. 	<ul style="list-style-type: none"> -Presentación en Power Point sobre el concepto de estrés y, las estrategias concretas para manejar los estresores cotidianos. -Introducción sobre las consecuencias de la inadecuada regulación de las emociones propias. -Cierre: se les solicita a las participantes aportar conclusiones sobre los temas trabajados y la aplicación que encuentran a sus vidas. -Actividad introductoria en la que se les pregunta a las participantes “¿Qué les causa estrés?” y se realiza una lluvia de ideas con las respuestas. -Entrenamiento en habilidades para la solución de problemas; se les presentan ejemplos de situaciones hipotéticas con el fin de que practiquen el proceso. Se retroalimenta la ejecución. -Ejercicio en el que se les solicita a las participantes realizar un cronograma de sus actividades semanales, disminuyendo la carga con el fin de favorecer rutinas más ajustadas. -Presentación en Power Point sobre el concepto de regulación emocional y los pasos del proceso, incluyendo la técnica de respiración diafragmática y la técnica de relajación progresiva. -Modelamiento de la técnica de respiración diagramática y práctica del ejercicio por parte de las participantes. -Entrenamiento en la técnica de relajación progresiva y práctica guiada del ejercicio. -Entrega de la guía de relajación progresiva. -Cierre: se les solicita a las participantes aportar conclusiones sobre los temas trabajados y la aplicación que encuentran a sus vidas. -Tarea: se les solicita a las participantes poner en práctica los ejercicios aprendidos diariamente (respiración mínimo dos veces al día durante 5 minutos y relajación una vez al día).

5 -Seguimiento a las técnicas aprendidas, ajustes y cierre del programa	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar seguimiento y verificar el aprendizaje de las técnicas y estrategias entrenadas. - Resolver inquietudes. - Realizar ajustes en caso de ser necesario. - Propiciar el compromiso a largo plazo respecto a las conductas y hábitos aprendidos durante el programa, explicar la importancia de la adherencia a las indicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> -Retroalimentación de las sesiones anteriores: resumen de cada sesión. -Se realizan preguntas orientadas a verificar el aprendizaje de las participantes y se resuelven las inquietudes. -Actividad: se les entrega diferentes materiales a las participantes (marcadores, revistas, etc.) para que en una cartulina realicen y decoren una lista de las recomendaciones que deben seguir diariamente (sobre cada tema abordado en el programa). -Como recordatorio se les regala una tarjeta laminada que incluye los hábitos saludables aprendidos a lo largo del programa, para que la lleven en la billetera y sea de fácil acceso. -Establecer la fecha de la próxima sesión, luego de un ciclo menstrual, para realizar la medida post test de la Escala de Depresión De Zung. -Cierre: se les solicita a las participantes aportar conclusiones sobre los temas trabajados y la aplicación que encuentran a sus vidas. -Tarea: se les solicitará a las participantes la práctica diaria y solicita de los ejercicios.
6 -Post-Test	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de la evaluación Post-Test para identificar la efectividad del tratamiento. - Reforzar el compromiso a largo plazo respecto a las conductas y hábitos aprendidos durante el programa, explicar la importancia de la adherencia a las indicaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicación de la Escala de Depresión De Zung. - Diligenciamiento de la check list de la sintomatología incluida en el cuestionario de datos.

Finalmente se tabularon los resultados Pretest y Posttest de la Escala de Depresión De Zung y se realizó el análisis por medio del programa estadístico informático SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) aplicando la prueba de rangos de Wilcoxon para muestras no paramétricas relacionadas; el nivel de significancia fue de 0,05.

Resultados

A continuación se exponen los resultados de la investigación, incluyendo el resumen de contrastes de hipótesis, los estadísticos, y las checklists de registro de cada paciente respecto a los síntomas depresivos asociados al TDPM, antes y después del programa psicoeducativo.

Se muestra en la Tabla 3 el resumen de contrastes de hipótesis, obtenido a partir de la prueba de rangos de Wilcoxon en el programa SPSS. Se observa que la mediana de las diferencias entre Pretest y Posttest es igual a 0, lo cual significa que existe diferencia entre una mediana y la otra. Visualmente las medianas son diferentes entre sí, y al aplicar la prueba de rangos de Wilcoxon se prueba que estas diferencias entre las medianas son estadísticamente significativas. El valor de la significancia es 0,012, menor que el nivel de significancia establecido de 0,05, por esto se rechaza la hipótesis nula.

Tabla 3. Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	La mediana de las diferencias entre Pretest y Posttest es igual a 0.	Prueba de rangos con signo de Wilcoxon para muestras relacionadas.	0.012	Rechace la hipótesis nula.

En la Tabla 4 se muestran los estadísticos evidenciados en el programa SPSS; se identifica que la mediana del Pretest fue de 46, mientras que en el Posttest fue de 32, lo cual evidencia que existe una diferencia entre las dos medidas. Con una desviación estándar de 6,789 en el Pretest y de 4,406 en el Posttest, se observa qué tan alejados se encuentran los valores de la

media de cada uno: 44,25 en Pretest y 31,38 en Posttest; estos datos indican que las medidas no contradicen la teoría, ya que no están significativamente alejadas de la predicción.

Tabla 4. Estadísticos

		Pretest	Posttest
N	Válido	8	8
	Perdidos	0	0
Media		44.2500	31.3750
Mediana		46.0000	32.0000
Moda		49.00	32.00
Desviación estándar		6.79811	4.40576
Varianza		46.214	19.411
Asimetría		-1.434	-1.016
Error estándar de asimetría		0.752	0.752
Curtosis		2.270	0.908
Error estándar de curtosis		1.481	1.481
Mínimo		30.00	23.00
Máximo		51.00	37.00
Suma		354.00	251.00

En la Tabla 5 y en la Tabla 6 se presentan los registros de las participantes, acerca de la sintomatología experimentada durante una o dos semanas antes del inicio del ciclo menstrual hasta dos semanas después de que haya iniciado, pre y post intervención. Se evidencia que el número de síntomas disminuye en todas las participantes luego de la participación en el

Discusión

Los argumentos expuestos a continuación corresponden a los objetivos planteados y a los resultados obtenidos en el presente estudio.

En primer lugar, El TDPM es una condición que afecta entre el 2% y el 10% de las mujeres en etapa reproductiva a nivel mundial, el cual puede interferir con el funcionamiento en varias áreas de ajuste y afectar las relaciones interpersonales, además de dificultar o impedir la realización de las actividades diarias. La sintomatología de este trastorno es predominantemente de tipo emocional (nervios, ansiedad, depresión, llanto fácil, irritabilidad, alteraciones en el sueño, anhedonia, dificultad para concentrarse y alteraciones alimenticias) y físico (fatiga, cefaleas, dolor muscular y articular, sensibilidad en los senos, estreñimiento o diarrea, y aumento de peso o hinchazón). Aunque aún no se conocen las causas exactas del trastorno, se considera que puede estar relacionado con cambios hormonales durante el ciclo menstrual, los niveles de los neurotransmisores como la serotonina, la herencia de un gen que aumente el riesgo de prevalencia del trastorno o, con eventos estresantes que lo detonen. De acuerdo con los estudios revisados, el TDPM puede ser abordado y tratado adoptando estilos de vida saludables, aplicando la Terapia Cognitivo Conductual, o con medicamentos como los diuréticos, analgésicos, anticonceptivos, ansiolíticos y antidepresivos. (Cunningham, 2009; DSM-V, 2014; Freeman, 2003; Perarnau, 2010; Subhash, 2002). Así, los datos revisados permiten conceptualizar los síntomas, las características, las causas, los tratamientos, el impacto y la gravedad del TDPM.

Se entiende por estilos de vida saludables, todas aquellas actitudes y actividades que adopta una persona con el propósito de beneficiar su salud integral, lo cual resulta esencial al momento de disminuir los síntomas que afectan el desempeño en las áreas de funcionamiento.

Estos cambios de estilo de vida implican asumir una mejor alimentación, lograr una buena higiene del sueño, realizar actividad física, meditar y relajarse, no fumar ni consumir sustancias psicoactivas, disminuir los niveles de estrés y de ansiedad, y reducir el consumo de alcohol y de caféina. Dichos hábitos han demostrado ser efectivos para tratar la sintomatología experimentada en el TDPM, y deben ser considerados la primera opción de tratamiento, previo a abordar el trastorno a través de fármacos e intervenciones médicas invasivas. (Johnson et al., 1995; Subhash, 2002). Lo anterior, responde al objetivo específico de definir y caracterizar el concepto de estilos de vida saludables.

Con el fin de dar respuesta al tercer objetivo de la investigación, se desarrolló una intervención psicoeducativa de 6 sesiones centrada en estilos de vida saludables, en la cual se abordaron los temas de regulación emocional, reducción del estrés, actividad física, alimentación y sueño, para ser aplicada a un grupo de 8 mujeres entre los 19 y los 34 años de edad, diagnosticadas con el TDPM. En el transcurso del programa psicoeducativo, se informó y entrenó a las participantes en distintas estrategias que facilitaron la comprensión del concepto de estilos de vida saludables, aplicado a la sintomatología depresiva presente en el trastorno. En cuanto a actividad física se les planteó realizar ejercicios aeróbicos durante aproximadamente 30 minutos, al menos 3 veces a la semana (Subhash, 2002), y se realizó un entrenamiento en estiramientos seguido de una sesión de aeróbicos. Respecto al sueño, se trabajó en grupo y se expuso a las participantes una lista de los hábitos saludables (qué hacer) vs hábitos no saludables (qué reducir o eliminar) para obtener una mejor calidad e higiene del sueño (CDC, 2015; Alvaro, 2014). Sobre la alimentación saludable, se resaltó la importancia de proteger de la malnutrición y de las enfermedades no transmisibles, se plantearon los componentes generales de una

alimentación adecuada y balanceada, y se enseñó el concepto del índice de masa corporal. Igualmente, teniendo en cuenta que el estrés es un factor de riesgo que puede facilitar el desarrollo o acentuar los síntomas del TDPM, el programa incluyó estrategias enfocadas a reducir dichos niveles presentes en la vida cotidiana de las participantes: meditación, ejercicio, escuchar música, disminuir el consumo de alcohol, dormir bien, moderar la carga de actividades diarias y realizar más actividades de esparcimiento. Finalmente, luego de realizar una introducción sobre el sistema emocional, se procedió al entrenamiento en repertorios de regulación emocional (respiración diafragmática y relajación progresiva), con el fin de lograr que los estados emocionales percibidos como negativos por las participantes, no interfieran en las conductas saludables.

El objetivo general del trabajo fue conocer, evaluar y analizar el efecto de un programa de psicoeducación centrado en estilos de vida saludables sobre los síntomas depresivos que presenta un grupo de mujeres entre los 19 y los 34 años, diagnosticadas clínicamente con el Trastorno Disfórico Premenstrual que atienden a consulta ginecológica en la ciudad de Cartagena. A partir de la revisión bibliográfica y del análisis estadístico de los resultados, se identifica un efecto favorable de la variable independiente sobre la variable dependiente, es decir que la intervención psicoeducativa diseñada resulta efectiva para la disminución de la sintomatología depresiva que se presenta en el TDPM. Al aplicar la prueba de rangos de Wilcoxon, con un nivel de significancia de 0,05, se demuestra que se rechaza la hipótesis nula con una significancia menor de 0,012. Esto quiere decir, que existe una diferencia significativa entre las medianas de Pretest y Posttest, lo cual permite afirmar que la intervención tuvo un efecto positivo evidenciado en los resultados de la Escala de Depresión de Zung. En la misma línea cabe señalar que las checklists

de registro aplicadas en el cuestionario de datos, aportan a respaldar los resultados pues indican disminución del número de síntomas experimentados por las participantes, entre la medida Pretest y la medida Posttest.

En conclusión, teniendo en cuenta que las mujeres que padecen el TDPM sufren los síntomas durante un promedio de 96 días al año, por aproximadamente 25 a 30 años de su etapa reproductiva (Gaviria, 1999 en Perarnau, 2010), resulta pertinente aportar al desarrollo de conocimientos sobre el tema, y generar conciencia sobre las características e implicaciones del trastorno con el fin de abordarlo de manera más eficiente. Dicho esto, se entiende el valor de diseñar intervenciones psicoeducativas grupales, centradas en estilos de vida saludables que las mujeres diagnosticadas se puedan autoaplicar, y que a su vez, favorezcan la disminución de los costos en el sistema de salud.

Por otra parte, es importante plantear los aspectos limitantes del presente estudio. Entre estos, el pequeño número de la muestra; teniendo en cuenta que la prueba de rangos de Wilcoxon no es exacta (aunque resulta pertinente dadas las condiciones del trabajo), se recomienda que las futuras investigaciones incluyan un mayor número de participantes, para así aplicar pruebas más complejas que aporten a la obtención de datos generalizables a la población, y que permitan una conceptualización más amplia de los efectos de los tratamientos sobre el trastorno. Adicionalmente, resultó limitante la escasa información bibliográfica disponible sobre las estadísticas del trastorno en Colombia, las causas y los tratamientos probados para el TDPM.

Se recomienda para futuros estudios continuar estudiando los efectos de la TCC sobre el TDPM, ya que no existen argumentos suficientes al respecto. Así mismo, es pertinente profundizar sobre los tratamientos no farmacológicos que se puedan utilizar para intervenir el

trastorno. También, se sugiere plantear investigaciones de enfoque cualitativo o mixto que faciliten el acceso a la experiencia subjetiva de las mujeres respecto a la sintomatología depresiva presente en el cuadro clínico, con el fin de abordar ampliamente la complejidad de la problemática. Finalmente, es de suma importancia ahondar en el conocimiento de la(s) causa(s) del TDPM, ya que este factor parece fundamental en cuanto a los procesos de prevención e intervención psicológica.

Referencias

- Alvaro, P. (2014). Relation between sleep quality and attention in students of business administration. *Biological Rhythm Research*, 45, 1, 131-142.
- American Psychiatric Association (2014). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5ta ed.). Arlington, VA.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2015). *Insufficient Sleep Is a Public Health Problem*. Recuperado de <http://www.cdc.gov>
- Christensen, A. P & Oei, T. P. (1995). The efficacy of Cognitive Behaviour Therapy in treating Premenstrual Dysphoric Changes. *Journal of Affective Disorders*, 33, 1, 57-63.
- Cogollo, Z., Díaz, C. E., y Campo, A. (2006). Exploración de la validez de constructo de la escala de Zung para depresión en adolescentes escolarizados. *Colombia Médica*, 37, 2, 102-116.
- Cummings, N. A., & Cummings, J. L. (2008). Psychoeducation in Conjunction with Psychotherapy Practice. En O'Donohue, W., Cummings, N. A. (2008). *Evidence-Based Adjunctive Treatments* (pp. 41-56). USA: Academic Press.
- Cunningham, J., Yonkers, K. A., O'Brien, S., & Eriksson, E. (2009). Update on Research and Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 2, 120-137.
- Eagan Jr., M.C. (2015). Stressing Out: Connecting Race, Gender, and Stress with Faculty Productivity. *Journal Of Higher Education*, 86, 6, 923-954.
- Erikson, E. H. (2000). *El Ciclo Vital Completado*. Barcelona: Paidós.

- Ford, B.J. (2014). Desperately Seeking Happiness: Valuing Happiness is Associated With Symptoms and Diagnosis of Depression. *Journal Of Social & Clinical Psychology*, 33, 10, 890-905.
- Freeman, E.W. (2003). Premenstrual Síndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Definitions and Diagnosis. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 3, 25-37.
- Hägg, M. C. (2014). Sleep quality, use of hypnotics and sleeping habits in different age-groups among older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28, 4, 842-851.
- Halbreich, U. (2004). The diagnosis of premenstrual syndromes and premenstrual dysphoric disorder - clinical procedures and research perspectives. *Gynecological Endocrinology*, 19, 6, 320-334. doi:10.1080/0951590400018215
- Hershenberg, R. H. (2014). Depressive Symptoms in Women and the Preference and Emotional Benefits of Discussing Positive Life Events. *Journal of Social & Clinical Psychology*, 33, 9, 767-788.
- Hill, L. J. (2005). Obstetrician-gynecologists' decision making about the diagnosis of major depressive disorder and premenstrual dysphoric disorder. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 26, 1, 41-51.
- Hobson, J. A. (2005). Sleep is of the brain, by the brain and for the brain. *Nature*, 437, 7063, 1254-1256.
- Holinka, C. (2015). Stress, Emotional Intelligence, and Life Satisfaction in College Students. *College Student Journal*, 49, 2, 300-311.
- Institute of Medicine. (2006). *Sleep Disorders and Sleep Deprivation: An Unmet Public Health Problem*. Washington, DC: The National Academies Press.

- Johnson, W., Carr-Nangle, R., & Bergeron, K. (1995). Macronutrient Intake, Eating Habits, and Exercise as Moderators of Menstrual Distress in Healthy Women. *Psychosom Med*, 57, 4, 324–30.
- Kazdin, A. E. (2000). *Encyclopedia of Psychology*. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kim, D. R., Gyulai, L., Freeman, E. W., Morrison, M. F., Baldassano, C., & Dubé, B. (2004). Premenstrual dysphoric disorder and psychiatric co-morbidity. *Archives Of Women's Mental Health*, 7, 1, 37-47. doi:10.1007/s00737-003-0027-3
- Kootker, J. L. (2015). An augmented cognitive behavioural therapy for treating post-stroke depression: description of a treatment protocol. *Clinical Rehabilitation*, 29, 9, 833-843.
- Landén, M. E. (2003). How does premenstrual dysphoric disorder relate to depression and anxiety disorders?. *Depression & Anxiety (1091-4269)*, 17, 3, 122-129.
- Larzelere, M., Jones, G. (2008). Stress And Health. *Prim Care*, 35, 4, 35-56.
- Lezama, S. R. (2012). Propiedades psicométricas de la Escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana. *Psycholgia. Avances de la Disciplina*, 6, 1, 91-101.
- Lozano, A. S. (2015). Treating Depression At The Source. *Scientific American*, 312, 2, 68-73.
- Lustyk, M. K., Gerrish, W. G., Shaver, S., & Keys, S. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: a systematic review. *Archives Of Women's Mental Health*, 12, 2, 85-96. doi:10.1007/s00737-009-0052-y
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Decálogo de una Alimentación Saludable. Recuperado de <http://www.who.int>

- Nelson, L. M. (2012). Menstruación y El Ciclo Menstrual. *Women's Health*. Recuperado de <http://www.womenshealth.gov>.
- Papalia, D. E., & Olds, S. W. (2009). *Human Development*. New York: McGraw-Hill.
- Perarnau, M. P., Fasulo, S. V., García, A., & Doña, R. (2010). Síntomas, Síndrome y Trastorno Disfórico Premenstrual en una muestra de mujeres universitarias. *Fundamentos En Humanidades, 11*, 22, 195-209.
- Ruíz, A., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). Intervenciones para la regulación emocional. En *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales* (pp. 590-594). Bilbao: Desclée.
- Sampieri, R., Collado, C., & Lucio, P. (2006). Concepción o elección del diseño de investigación. En *Metodología de la investigación* (4a ed.). México: McGraw Hill.
- Sanbonmatsu, D.N. (2014). Selective Testing of Possible Causes of Personal Stress: Effects on Coping Intentions. *Journal Of Social & Clinical Psychology, 33*, 9, 789-804.
- Santacoloma, A., & Quiroga, L. (2009). Perspectivas De Estudio De La Conducta Alimentaria. *Revista Iberoamericana De Psicología: Ciencia y Tecnología, 2*, 2, 7-15.
- Subhash, C., & Shashi, K. (1999). Depression In Women: Diagnostic And Treatment Considerations. *American Family Physician, 60*, 1, 225-234.
- Subhash, C., & Shashi, K. (2002). Diagnosis and Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder. *American Family Physician, 66*, 7, 1239-1249. Recuperado de <http://www.aafp.org>
- Wilcoxon, F. (1945). Individual Comparisons by Ranking Methods. *Biometrics Bulletin, 1*, 6, 80-83.
- World Health Organization. (2015). *Alimentación Sana*. Recuperado de <http://www.who.int>

World Health Organization. (2016). *Recomendaciones Mundiales Sobre La actividad Física Para La Salud*. Recuperado de <http://www.who.int>

World Health Organization. (2015). *The Zung Self-Rating Depression Scale*. Recuperado de <http://www.who.int>

Yon, A. W. (2014). Do Manualized Treatments for Depression Reduce Insomnia Symptoms?. *Journal Of Clinical Psychology*, 70,7, 616-630.

Zung, W. K. (1965). A Self-Rating Depression Scale. *Archives of General Psychiatry*. 12, 63–70.

Anexos

Anexo A

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Anexo C

Consentimiento Informado

Autorizo mi participación en la investigación de pregrado en Psicología titulada “Efectividad de un programa psicoeducativo para disminución de sintomatología depresiva en el Trastorno Disfórico Premenstrual”; así como la publicación de los resultados del estudio, siempre que la información sea anónima. Entiendo que aunque se guardará un registro de mi participación en la investigación, todos los datos recogidos estarán identificados por un código velando por la confidencialidad de mi identificación.

He sido informado acerca de que:

1. La participación en esta investigación no implica ningún riesgo conocido o esperado.
2. La investigación se realizará con fines académicos e investigativos, e incluye procesos de evaluación e intervención que serán supervisados continuamente por la asesora de la tesis, quien es docente de la Facultad de Psicología de la Universidad de La Sabana.
3. La necesidad de romper el principio de confidencialidad responderá al conocimiento e identificación de riesgos contra la integridad física y/o mental de la participante o de otras personas de la comunidad. “Los psicólogos tienen una obligación básica respecto a la confidencialidad de la información obtenida de las personas en el desarrollo de su trabajo como psicólogos; revelarán tal información a los demás sólo con el consentimiento de la persona o del representante legal de la persona, excepto en aquellas circunstancias particulares en que no hacerlo llevaría a un evidente daño a la persona o a otros; los psicólogos informarán a sus usuarios de las limitaciones legales de la confidencialidad” (Ley 1090 del 2006, título II, Artículo 2°, n° 5).
4. No hay procedimientos “engañosos” en este estudio. Todos los procedimientos son lo que parecen y me han sido explicados.
5. Mi participación es voluntaria y soy libre de retirarme de la investigación en cualquier momento sin penalización de ningún tipo.
6. La investigadora responderá gustosamente a las preguntas respecto a los procedimientos de este estudio. Para cualquier información adicional acerca de los derechos de los participantes puedo contactarme con Natalia Vidales Martelo, estudiante de pregrado de la Universidad de La Sabana al correo electrónico natividales@gmail.com, y/o Diana Velasco Pinzón, psicóloga clínica y docente de la facultad de Psicología de la Universidad de La Sabana al correo electrónico diana.velasco@unisabana.edu.co

Yo _____ identificada con cédula de ciudadanía número _____ de _____ informo que se me han comunicado los objetivos de la investigación y voluntariamente doy el consentimiento para participar.

Firma: _____

CC. _____

Fecha: _____