

Fundamentos en Humanidades
Universidad Nacional de San Luis – Argentina
Año XI – Número II (22/2010) 193/207 pp.

Síntomas, Síndrome y Trastorno Disfórico Premenstrual en una muestra de mujeres universitarias

**Premenstrual symptoms, syndrome, and dysphoric disorder
in a sample of university women**

María Paula Perarnau

Sara Verónica Fasulo

Adriana García

Roberto Doña

rdona@unsl.edu.ar
Universidad Nacional de San Luis

(Recibido: 12/02/10 – Aceptado: 16/06/11)

Resumen

Introducción: El Síndrome premenstrual (SPM) es un ciclo mensual de síntomas físicos, psicológicos y comportamentales que se inician al finalizar la fase Luteínica y revierten durante los primeros días de la menstruación. El 80% de las mujeres lo presenta, y cuando alcanzan mayor severidad pueden constituirse en un desorden que afecta al 3-10% de las mujeres, denominado Trastorno Disfórico premenstrual (TDPM).

Objetivos: Evaluar la incidencia del SPM y TDPM, estableciendo si las Variables “edad” y “regularidad de los ciclos” influyen en la sintomatología.

Materiales y métodos: En una muestra no aleatoria de mujeres universitarias (n= 125, 18-39 años), se realizó un estudio transversal, exploratorio preliminar, mediante un cuestionario impreso estructurado adaptado, de auto aplicación. Para el análisis de los datos se utilizaron herramientas de estadística descriptiva.

Resultados: Síntomas frecuentes: dolor abdominal (71.2%), mayor sensibilidad (49.6%), sensación de desgano (48%). El 33% de las mujeres cumpliría con los criterios diagnósticos del DSM IV TR (APA, 2002)

para el TDPM. Un 62 % padecería síntomas aislados del trastorno, por lo que podrían presentar SPM. Entre ambos grupos etarios se observaron diferencias altamente significativas en la Frecuencia de síntomas, de 2-6 síntomas en mujeres mayores y entre 1-4 síntomas las menores de 25, años. No hubo diferencias entre el grupo que toman anticonceptivos y las que no toman, como tampoco entre regulares e irregulares.

Abstract

Introduction: The premenstrual syndrome (PMS) is a monthly cycle of physical, psychological and behavioral symptoms which starts at the end of the luteinic phase and reverses during the first days of menstruation. These symptoms are reported by the 80% of women and when they are more severe, they may become "Premenstrual Dysphoric Disorder" (PMDD) which affects between 3% and 10% of women.

Objectives: To study the incidence of PMS and PMDD, in order to find out whether the variables "age" and "cycle regularity" have any influence on the symptoms.

Materials and Methods: In a non-random sample of university women (n=125, age: 18-39), an exploratory, cross-sectional study provided preliminary data collected by an adapted structured self-administered printed questionnaire. For data analysis, tools from descriptive statistics were used.

Results: Common symptoms: abdominal pain (71.2%), increased sensitivity 49.6%), feeling of reluctance (48%). The 33% of women would comply with the diagnostic criteria of DSM- IV-TR (APA, 2002) for PMDD, while 62% would suffer isolated symptoms of the disorder, and therefore they could present PMS. Between both age groups, there was a highly significant difference in the frequency of the symptoms, 2-6 symptoms in elder women and between 1-4 symptoms in less than 25 year-old women). There were no differences between those who took oral contraceptives and those who did not, as well as between women with regular or irregular cycle.

Palabras clave

menstruación - síntomas premenstruales - síndrome premenstrual (SPM) - trastorno disfórico premenstrual (TDPM)

Key words

menstruation - premenstrual symptoms - premenstrual syndrome (PMS) - premenstrual dysphoric disorder (PMDD)

Introducción

El Síndrome premenstrual (SPM) puede ser considerado como un ciclo mensual de síntomas físicos, psicológicos y comportamentales que se inician al finalizar la fase lútea del ciclo menstrual y revierten durante los primeros días de la menstruación.

El estudio de este conjunto de síntomas ha cobrado mayor relevancia durante las últimas décadas, ya que afecta a un gran número de mujeres en edad reproductiva provocando un impacto en su vida diaria y rendimiento habitual (Espina, Fuenzalida y Urrieta, 2005). Los síntomas premenstruales son reportados en un 80% de las mujeres (Halbreich, Borenstein, Pearlstein y Kahn, 2003) y cuando alcanzan mayor severidad, pueden constituirse como un desorden que afecta al 3-10% de las mujeres (American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG, 1989). La mayoría de las publicaciones concuerdan en que los síntomas pueden ser lo suficientemente severos como para interferir en una o más áreas de la vida de la mujer, entre ellas el área interpersonal, social y laboral (Espina y cols., 2005).

Al describir este tipo de desordenes relacionados con la menstruación, debemos tener en cuenta que los síntomas involucran tres aspectos: emocional, físico y conductual.

- Los síntomas más comunes a nivel emocional son: depresión, irritabilidad, tensión, llanto, mayor sensibilidad alternada con tristeza e ira.
- Los síntomas físicos incluyen, entre otros, calambres abdominales, fatiga, inflamación acné y aumento de peso.
- A nivel conductual la sintomatología se caracteriza por atracones de comida, disminución de la concentración, aislamiento social, olvidos y disminución de la motivación (Myint Thu, Odessa Ore-Giron Diaz y Sawhsarkapaw, 2006).

Si bien el SPM no es considerado por el DSM IV TR (APA, 2002), este tipo de patologías premenstruales aparecen mencionadas en el DSM III R (APA, 1987), pero recién en el DSM IV TR (APA, 2002) se incorpora el Trastorno Disfórico Premenstrual (TDPM) que puede ser considerado como un exacerbación de los síntomas del SPM en donde se manifiestan severas alteraciones del estado de ánimo, con depresión, irritabilidad, angustia y marcada labilidad emocional (Bocchino, 2004). Para la evaluación del TDPM es necesario seguir los criterios diagnósticos propuestos en el DSM IV TR (APA, 2002) (Tabla I). Estos criterios diagnósticos para el TDPM parecerían ser bien aceptados en el círculo de la investigación clínica, aunque fuera del ámbito psiquiátrico y psicológico, su aceptación

es limitada. Los datos que arroja este manual indican que entre el 15% y 45% de las mujeres en edad reproductiva cumplen con los criterios para el TDPM (De La Gándara 1999).

Algunos autores denominan a este conjunto de síntomas como “Desórdenes relacionados con la menstruación” (MRD) en el que se incluiría el SPM. Su criterio se fundamenta en la presencia de alteraciones anímicas/emocionales, síntomas conductuales y físicos (Halbreich 1982). Otros autores proponen tres categorías: SP, SPM y TDPM (Bocchino, 2004). Hargrove y Abraham (1982) simplifican esta clasificación adoptando solo dos categorías SPM y TDPM, ya que consideran que un solo síntoma es suficiente para su diagnóstico, sin necesidad de un seguimiento para detectar la disfunción. El presente trabajo se propone evaluar esta problemática siguiendo este último criterio.

Se ha descrito que las mujeres pueden experimentar alrededor de 20 síntomas, aunque diferentes investigaciones sobre el tema han reportado más de 300 síntomas relacionados con la menstruación (Freeman, 2003; Halbreich, Borenstein, Pearlstein y Kahn, 1982).

Aun cuando no se conozcan las causas exactas del SPM, estas son atribuidas a factores hormonales, neurotransmisores, dietas, drogas y al estilo de vida, etc. En este sentido, Bocchino (2004) propone una descripción de las posibles causas de los Trastornos Premenstruales y menciona en primer lugar a la causa tradicional a la que se ha atribuido dichos trastornos que refiere a la implicancia hormonal. Esta se desprende de los primeros estudios realizados por Robert Frank (1931), donde se propone que el TDPM obedecía a un exceso de estrógenos, o a un defecto de progesterona. Luego se planteó que podría deberse a un desequilibrio entre estrógenos y progesterona (Bocchino 2004). Desde esta postura, se propone que los síntomas solo se manifiestan en los ciclos ovulatorios, por tal motivo al suprimirse la ovulación, el TDPM no debería presentarse. Sin embargo los tratamientos con anovulatorios no han tenido resultados contundentes (Halbreich y cols., 2003).

Recientemente han surgido nuevas líneas de investigación que ponen énfasis en la implicancia de las endorfinas. Aunque estos estudios requieren posteriores evidencias, es posible decir que se ha corroborado que las mujeres con TDPM presentan niveles más bajos de endorfinas en plasma durante la fase luteínica (Parry y Rausch, 1995).

Otra perspectiva indica que los andrógenos podrían ser los principales agentes responsables de la irritabilidad característica del SPM, ya que se han observado niveles aumentados de testosterona en mujeres con irritabilidad premenstrual severa (Ericsson, Nyberg y Backstrom, 1997).

Otro enfoque propone que los trastornos del ánimo, la irritabilidad y la disforia premenstrual se hallan probablemente relacionados con el sistema serotoninérgico (Palacios, 2000). Durante la fase luteínica de las mujeres con TDPM se ha detectado valores descendidos de serotonina en plasma, disminución de los sitios de reconocimiento de serotonina en las plaquetas, así como una menor recaptación de este neurotransmisor, la cual podría explicarse porque las hormonas gonadales originan cambios en la actividad del sistema serotoninérgico. Tales hechos justificarían la eficacia de los inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) en el tratamiento de estos trastornos. Durante la fase luteínica de las mujeres con TDPM se ha detectado valores descendidos de serotonina en plasma, disminución de los sitios de reconocimiento de serotonina en las plaquetas, así como una menor recaptación de este neurotransmisor. Esto podría explicarse porque las hormonas gonadales originan cambios en la actividad del sistema serotoninérgico. Estos hechos explicarían la eficacia de los ISRS, siendo la más usada la fluoxetina, en el tratamiento de estos trastornos (De La Gándara, 1999).

Otra postura menciona la etiología inflamatoria, en ella se postula una posible inflamación útero-pelviana de evolución cíclica que suele experimentar agravación progresiva con el paso de los años, y que presupone una alteración en la síntesis de los mediadores de la inflamación involucrados en el ciclo menstrual (Lolas, 1993). Recientemente se ha demostrado la existencia de síntesis anormal de mediadores inflamatorios, como prostaglandina E y tromboxano en mujeres que padecen TDPM (Bocchino, 2004).

La perspectiva de análisis, que focaliza en la posible alteración de los ritmos cronobiológicos, indica que las mujeres con trastornos premenstruales presentan anomalías cronobiológicas. Ciertos estudios sugirieron que el 70% de las mujeres presentaba menos síntomas durante el verano. En estas pacientes los ritmos pueden ser alterados terapéuticamente mediante luz intensa (Parry, Berga, Mostofi y Klauber, 1997).

Finalmente Bocchino (2004) destaca la relevancia que los factores genéticos pueden presentar en este tipo de Trastornos. Un estudio halló que 70% de las hijas de madres con alteraciones premenstruales (tensión premenstrual) experimentaba los mismos síntomas. Aun no hay consenso a cerca de una causa única que explique el origen de los trastornos premenstruales, de hecho esto podría ser originado por muchos factores debido a la variedad de síntomas que pueden presentarse. De ahí surge la importancia de desarrollar líneas de investigación que contribuyan al esclarecimiento de dicha temática y permitan aportar estrategias de tra-

tamiento eficaces para posibilitar una mejor calidad de vida en aquellas mujeres que padecen algún trastorno premenstrual.

En los estudios sobre el SPM se presentan posturas controvertidas como la de García Porta (2006), quien recientemente discutió el uso de la terminología de SPM. La autora no desconoce los cambios asociados a la etapa de la menstruación, aunque refiere que SPM sería una terminología no apropiada y un término injustificado, ya que surge de modelos de estudio unidireccionales y que no tienen en cuenta los factores sociales. Sugiere que el SPM es un síndrome asociado a la cultura occidental, donde la mayoría de las mujeres tiene expectativas negativas acerca de la menstruación. Así mismo, realiza una crítica a los estudios que utilizan cuestionarios-registros, tanto prospectivos, como retrospectivos ya que, según su opinión, homogenizan las experiencias premenstruales de la mujeres (García Porta, 2006).

En cuanto a la evolución del trastorno, las quejas del SPM son más frecuentes al envejecer y se evidencian en mujeres por encima de los 30 años de edad. Aunque algunos estudios recientes han demostrado que las adolescentes también padecen la sintomatología premenstrual (Fisher, Trieller y Napolitano, 1989). En el mismo sentido, Bocchino (2004) afirma que la sintomatología premenstrual puede aparecer desde la menarca, en la pubertad, pero las mujeres recién consultan a partir de los 30. En relación a ello, cabe destacar que según una investigación realizada con adolescentes universitarias (18 a 21 años) de la ciudad de San Luis, Argentina, un 22,1% cumple con los criterios para el TDPM y un 66.7% presenta entre cuatro y un síntoma, quedando solo 11,1 sin experimentar ningún síntoma durante la fase lútea (Perarnau, Fasulo, García y Doña, 2007).

Por otro lado, Bocchino (2004) menciona que se reportan con mayor incidencia los síntomas premenstruales en aquellas mujeres que presentan ciclos irregulares.

Cuando los síntomas del SPM son muy severos e interfieren significativamente en la vida diaria de la persona se lo denomina (TDPM) Trastorno Disfórico Premenstrual (American Psychiatric Association, 2002). Esta interferencia puede ser a nivel laboral, interpersonal y académico. La severidad de la sintomatología varía frecuentemente de mujer a mujer. En el caso de la sintomatología leve a moderada (SPM) puede revertirse con cambios en el estilo de vida. Sin embargo cuando la sintomatología es grave (TDPM), se requieren tratamientos e intervenciones farmacológicas intensas, sumadas a tratamientos no farmacológicos (Freeman y Sondheimer, 2003). El tratamiento farmacológico, basado en los ISRS (inhibidores de la recaptación selectiva de serotonina), entre ellos la fluoxetina, suelen

ser eficaces al ser aplicados de manera intermitente, solo en la fase lútea del ciclo, 10 a 12 días cada mes y en dosis moderadas. Otra alternativa es la terapia hormonal, basada en la primera concepción de que dichos trastornos eran ocasionados por desbalances hormonales, se utiliza el tratamiento de diferentes hormonas, solas o combinadas (anticonceptivos orales). También se recomienda Psicoterapia Cognitivo-Integrativa orientada al manejo del estrés y a lograr un mejor afrontamiento de los síntomas (Bocchino, 2004).

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, en un malestar que dura aproximadamente 25 a 30 años, hasta que llegue a la menopausia (Gaviria, 1999).

Otro factor de interés es, que el TDPM puede ser comparable a la Depresión Mayor (Halbreich y cols., 2003). Mientras que el SPM tiene algunas similitudes y asociaciones con trastornos afectivos, depresión mayor y desórdenes afectivos estacionales (Altshuler, Cohen y Hendrick, 1998). Finalmente se recalca la importancia de dicha investigación, ya que en América Latina son escasos los desarrollos sobre la temática SPM y TDPM.

Objetivos

Conocer la frecuencia de la sintomatología premenstrual y la incidencia del SPM y TDPM en este grupo de mujeres universitarias de 18 a 39 años.

Comparar, las mujeres mayores y menores de 25 años, las mujeres que toman, y las que no toman anticonceptivos orales y las mujeres que presentan ciclos regulares, con las que presentan unos ciclos irregulares. Estas comparaciones tienen como finalidad, conocer si hay menor o mayor en la incidencia de la sintomatología premenstrual.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio transversal, exploratorio preliminar, en el que se aplicó un cuestionario impreso de tipo estructurado, diseñado para fines específicos de esta investigación.

Se realizó una adaptación de Ficha de Evaluación Clínica Integral del Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI), Opazo Castro (1992) y del Cuestionario Multimodal de Historia de Vida, Instituto de Terapias Cognitivas e Integrativas (CETEM), Lazarus (1982).

En el presente trabajo se consideraron, la edad y la historia menstrual de las encuestadas en la que se incluye regularidad de las menstruaciones, si toma anticonceptivos, presencia de síntomas previos a la menstruación, descripción de los mismos (cuestionario retrospectivo).

La muestra aleatoria se compuso de 125 mujeres universitarias de 18 a 39 años quienes fueron informadas sobre los fines del estudio y se mantuvo la confidencialidad de la identidad de los encuestados. Para el análisis de los datos se utilizaron herramientas de estadística descriptiva, frecuencias y porcentajes de los síntomas premenstruales en mujeres universitarias, con el fin de conocer la severidad de los mismos. Se tomó el criterio A y B, debido a que el método de evaluación utilizado es de carácter prospectivo y no de evaluación diaria.

Resultados

Del total de 125 mujeres que respondieron el cuestionario, se dividió la muestra según el análisis a realizar: una primera división fue según dos grupos etarios, el Grupo I: 18-24 años y el Grupo II: 25 -39 años. Otro aspecto a analizar fue la frecuencia de síntomas en mujeres que toman anticonceptivos con respecto a las que no toman y una tercera observación consistió en el análisis de frecuencia de síntomas en mujeres con ciclos regulares vs. ciclos irregulares.

En el total de mujeres se pudo observar que la edad de la menarca fue de $12,3 \pm 1.5$ años. Los síntomas más frecuentes presentados en la muestra fueron: dolor abdominal (71.2%), mayor sensibilidad (49.6%), sensación de desgano (48%), (Tabla I), entre otros síntomas que se presentaron en menor proporción.

En relación al número de síntomas presentados por las mujeres, el 33% cumpliría con los criterios diagnósticos (A y B) propuestos por el DSM IV TR (2002) para el trastorno Disfórico Premenstrual. Los mismos requieren la presencia de 5 o más síntomas y que produzcan una interferencia en el rendimiento habitual. Un 62 % padecería síntomas aislados del trastorno, por lo que podrían presentar el Síndrome Premenstrual (SPM), ya que manifiestan entre uno y cuatro síntomas. Solamente un 8 % no experimenta ningún síntoma premenstrual (Figura I).

Cuando se analiza la frecuencia de síntomas según los dos grupos etarios se observó que existen diferencias altamente significativas entre estos dos grupos ($p= 0,0025$). El grupo de las mujeres mayores presentaron entre 2 y 6 síntomas mientras que el grupo de mujeres menores de

25 años entre 1 y 4 síntomas ($3,53 \pm 0,3687$; $2,46 \pm 0,176$ media \pm ES) (Test de Wilcoxon para muestras independientes) (Figura II y Tabla III).

En relación a la cantidad de síntomas no se encontraron diferencias significativas entre las mujeres que toman anticonceptivos y las que no lo toman ($p=0,1348$). Tampoco se observaron diferencias entre las que presentaron ciclos regulares y las irregulares ($p=0,1079$) (Test de Wilcoxon para muestras independientes) (Tabla III)

Discusión

Los ciclos menstruales que se desarrollan a lo largo de la vida reproductiva de la mujer, corresponden a un ciclo fisiológico que puede afectar el afecta el desarrollo psicológico femenino (Nurhan, Basak y Bedia, 2004). Los posibles trastornos anímicos relacionados con la menstruación, refieren a síndromes como el SPM y el TDPM.

Dentro de esta temática, un factor de gran interés es que el TDPM puede ser comparable a la Depresión Mayor (Halbreich y cols. 2003). Mientras que el SPM tiene algunas similitudes y asociaciones con trastornos afectivos, depresión mayor y desórdenes afectivos estacionales (Altshuler, Cohen y Hendrick, 1998).

En relación al SPM la mayoría de las mujeres, experimentan algunos de los síntomas premenstruales. Solo una pequeña proporción de mujeres no experimentaría ningún síntoma en los días previos a la menstruación, coincidiendo así con las cifras informadas por diversos autores (De la Gandara, 1999; ACOG, 1989; Halbreich y cols. 2003).

Según los aportes de García Porta (2006) el uso del término SPM es discutido, ya que si bien las vivencias premenstruales existen, este trastorno denominado SPM sería presentado por las mujeres profesionales de países de primer mundo o de aquellos con influencia anglosajona. Al respecto, se podría considerar un hallazgo de importancia en este grupo de mujeres de condiciones socioeconómicas varias (San Luis-Argentina), con acceso a la formación académica, las que presentaron un alto número de síntomas propios del SPM. En el mismo sentido, cabe señalar que si bien un gran número de investigaciones sobre este trastorno han sido realizadas en el occidente, principalmente en Estados Unidos, también existen amplios desarrollos con mujeres universitarias en Tailandia (Myint Thu y cols., 2006) Turquía (Nurhan y cols., 2004) y Malasia (Lee, Chen, Lee y Kaur, 2006). Coincidiendo así con lo propuesto por Logue y Moos (1986) concluyen en que el SPM se observó en todos los países, aunque con diferentes niveles y características, por lo que no se podría considerar

como un “producto de la cultura occidental”. Por tales razones, cabe señalar que esta área temática, comienza a cobrar importancia y difusión en países del oriente abriendo amplias perspectivas de investigación a futuro.

Con respecto a la forma de evaluar este tipo de trastornos existen dos métodos uno de tipo retrospectivo (usado en esta investigación) y uno prospectivo (método diario de registro). García Porta (2006) desestima el uso de ambos tipos de métodos para la evaluación del SPM, entendiendo que para comprender las vivencias premenstruales, es necesario dejar de lado la objetividad, para dar lugar a la subjetividad de la vivencia de cada mujer, ya que la cultura puede determinar la relevancia otorgada a los síntomas por las mujeres. En sentido contrario, la mayoría de los estudios utilizan cuestionarios tanto prospectivos como retrospectivos para la evaluación del SPM, reconociendo que su uso se hace imperioso en investigación ya que contemplan los principales síntomas que pueden experimentarse, apuntando a lograr una mayor objetividad en la obtención de información para lograr resultados favorables en el conocimiento de la Salud Femenina.

En relación a este trastorno, aproximadamente el 33% de las mujeres cumplen con los criterios diagnósticos, propuestos por el DSM IV TR (2002). Al cumplir los criterios, este porcentaje de mujeres podría padecer un TDPM, experimentando así sintomatología que puede ser lo suficientemente severa para interferir en una o más áreas de la vida de la mujer, como lo social, lo interpersonal e incluso en lo laboral (Espina y cols., 2005). Este porcentaje es coincidente con lo propuesto por el DSM IV TR (APA, 2002) y por autores como De la Gándara (1999).

Los síntomas que se presentaron con mayor frecuencia en esta muestra son: dolor abdominal, sensibilidad emocional y desgano. Los cuales podrían considerarse como posibles factores de interferencia en el rendimiento laboral, académico y en la vida de la mujer actual. Si bien la sintomatología premenstrual está presente en las mujeres menores de 25 años, se evidencia mayor cantidad de síntomas en las mujeres mayores de 25 años. Por tal motivo, se podría afirmar que las quejas SPM son más frecuentes al envejecer (Fisher y cols., 1989), aunque esta sintomatología puede presentarse desde la menarca (Perarnau y cols., 2007) o la pubertad, aunque las mujeres en general, recién consultan después de los 30 años (Bocchino, 2004). Aunque se mencione que la sintomatología premenstrual es más frecuente en las mujeres con ciclos irregulares (Bocchino, 2004), no se encontró diferencia en este aspecto. Al mismo tiempo, no se encontraron diferencias significativas que demuestren que con el uso de anticonceptivos disminuya la sintomatología propia del SPM. Por lo

fundamentos en humanidades

cual, este método no tendría eficacia en la disminución de los síntomas premenstruales en este grupo de mujeres.

Finalmente, cabe destacar que estos trastornos que afectan el rendimiento y el desempeño de la mujer tienen poca aceptación fuera del ámbito psiquiátrico y psicológico; por las características del trastorno, que incluye síntomas físicos y psicológicos, reclama un abordaje interdisciplinario. Sería necesario avanzar en el conocimiento de dichos malestares, para el logro de estrategias de tratamiento más eficaces.

Para investigaciones futuras se utilizarán métodos de evaluación prospectiva de síntomas, en una población de similares características a fin de obtener mayor información sobre aspectos tales como la gravedad y grado de interferencia de los síntomas. A su vez, sería importante trabajar sobre la diferenciación de dichos desordenes con respecto a posibles trastornos del Estado de ánimo y ansiedad. Tal propósito se orienta a cumplir con los criterios del DSM IV TR (APA, 2002). Por otro lado, sería importante conocer si durante la fase lútea, aumenta el consumo de sustancias como café y tabaco.

San Luis, (Argentina) 20 de Noviembre de 2009.

Referencias bibliográficas

- Altshuler, L., Cohen, L. y Hendrick, V. (1998). Course of mood and anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period. *J. Clin Psychiatry*, 59, 9-33.
- American College of Obstetricians and Gynecologists, (ACOG) (1989). Premenstrual Syndrome. Comité Opinión, N° 66, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (1987). *DSM III R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pp. 439 - 442). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (pp. 858 - 862). Barcelona: Masson.
- Bocchino, S. (2004). Salud mental de la mujer: síntomas y trastornos premenstruales. Clínica y tratamiento. *Rev. Psiquiatría del Uruguay*. Vol. 68, pp. 78-89.
- De La Gándara, J. (1999). Trastorno Disfórico Premenstrual. En C. Leál Cercós. *Trastornos Depresivos en la Mujer* (pp. 49 - 73). Barcelona: Masson.
- Ericsson, Nyberg y Backstrom (1997). Patients with premenstrual syndrome have reduced sensitivity to midazolam compared to control subjects. *Neuropsychopharmacology*, N° 17, pp. 370 - 381.
- Espina, N., Fuenzalida, A. y Urrutia, S. (2005). Relación entre el Rendimiento Laboral y el Síndrome Premenstrual. *Revista Chilena Obstetricia y Ginecología*. Vol. 70, pp. 113 - 118.
- Fisher, M., Trieller K. y Napolitano B. (1989). Premenstrual symptoms in adolescents. *J. Adolescent. Health Care*. N° 10, pp. 369 - 375.
- Frank, R. (1931). The hormonal causes of Premenstrual Tension. *Archives of Neurology and Psychiatry*, N° 26, pp.1053 - 1057.
- Freeman E.W., Sondheimer S.J. (2003). Premenstrual dysphoric disorder: recognition and treatment Primary care companion. *J Clin Psychiatry*, N° 5(1) pp. 30-39.
- Freeman, E.W. (2003). Premenstrual Síndrome and Premenstrual Dysphoric: definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology*. N°28 Suppl 3 PP. 25-37.
- García Porta, M. (2006). Síndrome premenstrual: una aproximación crítica. *Revista de Antropología Iberoamericana*, Volumen 1, N° 1. pp. 80 - 102.
- Gaviria, S.L. (1999). El Síndrome premenstrual. En *Afrodita y Esculapio* (pp. 317 - 28). Santa Fe de Bogota, Colombia: Nuevo Milenio.
- Halbreich, U., Borenstein, J., Pearlstein T., Kahn, L. S. (2003). The preva-

lence impairment, impact, and burden of premenstrual dysphoric disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology*, N° 28. Suppl 3, pp.1 - 23.

Hargrove, J. y Abraham, G. (1982) .The incidence of premenstrual tension in a gynecologic clinic. *Journal of Reproductive Medicine*, N° 27, pp. 721 - 724.

Lazarus (1982). *Cuestionario Multimodal de Historia de Vida*. Instituto de Terapias Cognitivas e Integrativa (CETEM).

Lee, K., Chen, Y., Lee, K. y Kaur, J. (2006). Menstruation among adolescent girls in Malaysia: a cross-sectional school Survey. *Singapore Med J*, N° 47 pp. 869.

Logue, C. y Moos, R. (1986). *Perimenstrual Symptoms: Prevalencia and Risk Factors*. EEUU: Board.

Lolas, J. (1993). Síndrome premenstrual: un ignorado problema de salud pública. *Rev. Méd. Chile* (versión electrónica), N° 121(5), pp. 560 - 66.

Myint Thu, Odessa Ore-Giron Diaz y Sawhsarkapaw (2006). Premenstrual Syndrome among Female Unirversity Students in Thailand, Faculty of Nursing Science. *A.U. Journal of Thailand*, N° 9 (3) pp. 158 - 162.

Nurhan I., Basak Y. y Bedia A. (2004) Una definición de las quejas premenstruales en adolescentes: un estudio preliminar Estambul/Turquía. *Eur. J. Psychiatry*. N°. 18 (2) pp. 83 - 90.

Opazo Castro, R. (1992) *Ficha de Evaluación Clínica Integral*. Instituto Chileno de Psicoterapia Integrativa (ICPSI).

Palacios, S. (2000). *Salud y Medicina de la mujer* (pp. 163 - 169). España: Elsevier.

Parry, L. y Rausch, J. (1995).Trastorno Disforico Premenstrual. En H. Kaplan y B. Sadock. *Tratado de Psiquiatría* (pp. 1636 - 1643). Buenos Aires: Inter medica.

Parry, B., Berga, S., Mostofi, N. y Klauber, M. (1997). Plasma melatonin circadian rhythms the menstrual cycle and after light therapy in Premenstrual Disforic Disorder and normal subjects. *J Biologist rhythms*, N° 12, pp. 47 - 64.

Perarnau, P., Fasulo, V., García, A. y Doña, R. (2007).Síndrome premenstrual y trastorno disfórico premenstrual en estudiantes universitarias adolescentes. *Fundamentos en Humanidades*. Año VIII, Número II, N° 16, pp. 153/163.

Tablas y gráficos

Tabla I. Síntomas más frecuentes

Frecuencia de síntomas	p (Wilcoxon)
Dolor Abdominal	71.2%
Mayor sensibilidad	49.6%
Sensación de desgano	48%

Figura I. Porcentaje de mujeres que presentan síntomas.

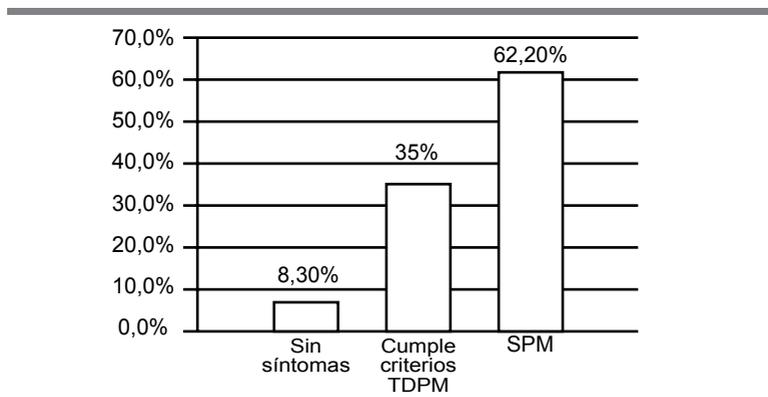


Figura II. Comparación entre mujeres mayores y menores de 25 años.

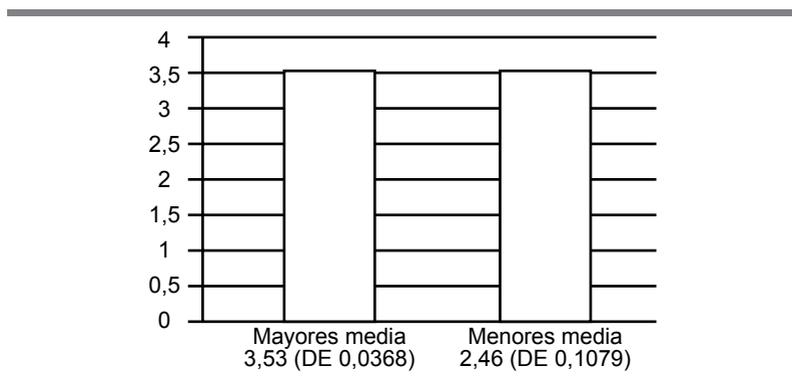


Tabla II. Cuadro de Criterios para el diagnóstico de TDPM (APA, 2002)

Se establecen 4 criterios A, B, C y D:

A. Cinco (o más) de los siguientes síntomas durante la mayor parte del día de la última semana de la fase lútea de la mayoría de los ciclos menstruales, comienzan a remitir después del 2º día y desaparecen completamente después la menstruación.

1. Estado de ánimo deprimido, sentimientos de desesperanza e ideas de desaprobación acusadas.
2. Ansiedad, tensión, sensación de agobio o de estar "al límite".
3. Labilidad emocional evidente.
4. Enfado, irritabilidad o aumento de conflictos interpersonales de forma acusada y persistente.
5. Pérdida del interés por las actividades cotidianas
6. Sensación subjetiva de dificultad para concentrarse.
7. Letargia, fatigabilidad fácil o falta evidente de energía.
8. Cambios significativos del apetito, atracones o antojos por determinadas comidas.
9. Hipersomnia o insomnio.
10. Sensación subjetiva de estar rebasada o fuera de control.
11. Otros síntomas físicos como hipersensibilidad o aumento del tamaño mamario, dolores de cabeza, molestias articulares o musculares, sensación de hinchazón o ganancia de peso.

B. Estas alteraciones interfieren acusadamente con el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o las relaciones interpersonales.

C. La alteración no representa una simple exacerbación de síntomas de otro trastorno, por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno de angustia, trastorno distímico o trastorno de la personalidad.

D. Los criterios A, B y C deben ser corroborados por técnicas de valoración diaria y prospectiva de los síntomas en al menos dos ciclos consecutivos.

Tabla III. Prueba de Wilcoxon para muestras Independientes.

Subgrupo Analizado	p (Wilcoxon)
Rango etario (25-39) vs. (18-24)	p=0.0025*
Anticonceptivos si/ no	p= 0,1348
Ciclos regulares /irregulares	p= 0.1079