

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL

INFLUENCIAS DEL CICLO MENSTRUAL EN LA
SINTOMATOLOGIA DE PACIENTES.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRIA

P R E S E N T A

YOLANDA CORTES HERNANDEZ

CIUDAD UNIVERSITARIA 1993.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

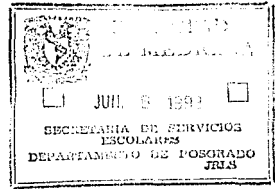
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

11241
3
de J.

TITULO DE LA TESIS

INFLUENCIAS DEL CICLO MENSTRUAL EN LA SINTOMATOLOGIA DE PACIENTES

AUTOR: DRA. YOLANDA CORTES HERNANDEZ ✓
ALUMNA DEL TERCER AÑO DEL CURSO
DE ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA.



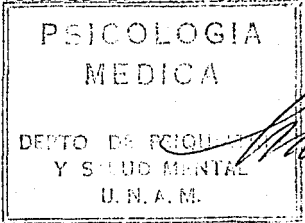
TUTOR: DRA. MARTHA ONTIVEROS U.

ASESOR ESTADÍSTICO: ING. JOSE CORTES

LUGAR: 2o. PISO DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO
"FRAY BERNANRDINO ALVAREZ"
SECRETARIA DE SALUD:

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA ✓
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL ✓
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ✓

FIRMA DRA. MARTHA ONTIVEROS U. FIRMA ING. JOSE CORTES



1120-11241

1993

INDICE

CAPITULO	PAG.
ANTECEDENTES.....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
HIPOTESIS.....	16
OBJETIVOS.....	16
METODO.....	17
RESULTADOS.....	19
DISCUSION.....	37
CONCLUSIONES.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	40

ANTECEDENTES

Desde la antigüedad los médicos han advertido en las mujeres la presencia de síntomas previos al inicio de la menstruación.

Durante el período hipocrático se han descrito cambios premenstruales menores, como la sensación de pesantez, dolor de cabeza, acúfenos y fosfénos. En el siglo XVI, Giovanni da Monte estableció una posible relación entre la menstruación y la depresión. (1)

A mediados del siglo pasado Von Feuchtersleben (1847) afirmó que "durante la menstruación la mayoría de las mujeres presentaban inquietud, irritabilidad y tristeza".

En 1892 Madden refiere que "por algún tiempo previo al sangrado menstrual las pacientes comenzaban a quejarse de sentir molestias generales y frecuentemente comenzaban a quejarse de sentir --- molestias generales y frecuentemente comenzaban a irritarse y provocando ellas mismas síndrome de enfermedades"

Evans en 1893 afirmó que ocurren fenómenos nerviosos sobre la función del ciclo menstrual muy marcados y muy variados en características de intensidad (2).

El concepto de síndrome específico premenstrual, relacionado con los cambios negativos en el afecto, como fatiga, irritabilidad, alteración en la concentración, fué presentado por primera vez por el médico norteamericano Robert Frank en 1931. Introdujo el término de tensión premenstrual (TP) y lo describió como un Síndrome Afectivo severo y específico que se presenta en los 7 y 10 días que preceden a la menstruación, con una

recuperación completa después de iniciarse el sangrado menstrual.

Los síntomas son inquietud, irritabilidad, sentimiento de tensión indescriptible, deseos de saltar fuera de la piel, idea de que mejorará realizando acciones consideradas como enfermeisas o tontas. (3)

El doctor Frank en 1932 informó de 15 casos: dos de ellos tuvieron deseos de suicidarse, once aminoraron dramáticamente al iniciarse el sangrado menstrual y cuatro mejoraron gradualmente hasta el final del sangrado. (4)

Se sabe que el tipo de malestar que se presenta en el periodo premenstrual varía de una mujer a otra y en la forma de presentarse de un ciclo a otro. (5)

No se ha podido establecer la prevalencia del síndrome porque no todos los estudios toman en cuenta los mismos criterios diagnósticos: no hay un instrumento universal utilizado para evaluar a las pacientes; la mayoría de los estudios han sido retrospectivos y los autores han notado que hay discrepancias entre los reportes retrospectivos y los prospectivos y al parecer, en los retrospectivos la sintomatología referida, tiene que ver más con las expectativas y los prejuicios de las mujeres respecto al periodo premenstrual y no con la sintomatología que realmente experimentan, la que podría ser explicada con mayor exactitud si los reportes se hicieran diariamente. Dependiendo de la metodología utilizada, la

prevalencia varia desde el 25 hasta el 100%. (1)

Se considera que síndromes de tensión premenstrual puede afectar severamente al 10% de la población femenina (1).

Se utiliza el término de síndrome de tensión premenstrual en aquellas mujeres que el periodo premenstrual experimentan síntomas emocionales, físicos o una combinación de ambos, que no necesariamente alteran su funcionamiento. En la tercera versión revisada del Manual Diagnostico y Estadístico de la Asociación Psiquiátrica Americana (6) se incluye el trastorno Disfórico de la fase Lútea Tardía en el apéndice A, dentro de los trastornos que todavía deben estudiarse más considerandolo como un subgrupo del síndrome de tensión premenstrual cuyos criterios diagnosticos son:

a) En la mayoría de los ciclos menstruales del año anterior, los síntomas de B se presentan durante la última semana de la fase lútea y desaparecieron dentro de los primeros días después de haberse iniciado la fase folicular. En las mujeres menstruantes esto corresponde a la semana anterior a la semana anterior a la menstruación y a los primeros días después de haberse iniciado ésta. Para definir la fase lútea y folicular en las mujeres que no menstruan por estar histerectomizadas, deben medirse las hormonas circulantes.

b) Por lo menos 5 de los siguientes síntomas han estado presentes casi todo el tiempo durante cada fase lútea tardía sintomática, y uno de esos síntomas ha sido el 1,2,3, o el 4:

1. Una marcada labilidad afectiva (tristeza, llanto, irritabilidad o enojo repentinos).
 2. Enojo o irritabilidad persistente y marcado.
 3. Una gran ansiedad, tensión o sensación de estar "exitada o nerviosa".
 4. Afecto marcadamente depresivo, sentimiento de desesperanza o pensamientos de autodesaprobación.
 5. Interés disminuido en las actividades habituales (trabajo, amistades, pasatiempos).
 6. Fatiga o una notable pérdida de la energía.
 7. Sensación subjetiva de tener dificultad para concentrarse.
 8. Notables cambios en el apetito, como comer en exceso o deseo de tomar alimentos específicos.
 9. Hipersomnias o insomnio.
 10. Otros síntomas físicos, como los senos hinchados o con más sensibilidad: dolor de cabeza, dolores articulares musculares, sensación de estar hinchada o abotagada y aumento de peso.
- C. Los síntomas interfieren seriamente con el trabajo, con las actividades sociales y en sus relaciones con los demás.
- D. No se trata solamente de la exasperación de otro trastorno psiquiátrico, aunque puede superponerse a otro trastorno.
- E. Se requiere de la confirmación prospectiva durante dos ciclos menstruales sintomáticos. (7)

En 1931, año en el que Frank identificó por primera vez al

síndrome, y postuló como posible evidencia etiológica una alteración en la función ovárica, la psicoanalista Karen Horney indicó que el síndrome es el resultado del deseo sexual reprimido.(1) A partir de entonces, las hipótesis han sido fundamentalmente de dos tipos:

psicológico-culturales

Biologicos-Hormonales.

Con respecto a las psicológico-culturales, es importante tener en cuenta que nuestra cultura, la menstruación está considerada como un suceso negativo que se acompaña de malestar emocional y físico, y que la mayoría de las mujeres que sufren de tensión premenstrual presentan factores psicológicos que exacerban su problema(1) .

Esta hipótesis incluye la relación interpersonal conflictiva con familiares, así como baja autoestima(4).

Por lo que respecta a hipótesis biológicas en el terreno genético hay estudios que han encontrado una correlación altamente significativa en la presencia de tensión premenstrual entre madre e hijas: y otros que estudiaron pares de gemelas monocigótas encontraron una mayor correlación entre las gemelas monocigótas que en las dicigótas respecto a la abundancia del flujo menstrual, el dolor y la limitación en la menstruación.

a) Hipótesis EDDCRINA:

En relación con niveles de estrógenos, progesterona, prolactina y función tiroidea.

b) Hipótesis HIPOGLICEMICA:

En relación con la concentración de insula_receptor.

c) Hipótesis de RETENSIÓN DE LIQUIDOS;

Renina_angiotensina_aldosterona, hormona antidiurética, y retención de agua.

d) Hipótesis de las ENDORFINAS:

Peptidos opiáceos, endógenos, noradrenalina, dopamina, serotonina, acetilcolina.

e) Hipótesis de las prostaglandinas.

f) Hipótesis de las VITAMINAS;

g) Hipótesis de INFECCIÓN OVARICA;

h) Hipótesis de LA SOBREPoblación DE LAS LEVADURAS; (4).

Rubinow (1) propone otros modelos hipotéticos:

1. BIOQUÍMICA O MODELOS ENDOCRINOS.

2. EXASERBACIÓN DE SÍNTOMAS O MODELOS DE SENSIBILIDAD ESPECIAL

3. SÍNDROME PREMENSTRUAL COMO UNA VARIANTE DE TRASTORNOS AFECTIVOS.

4. SÍNDROME PREMENSTRUAL COMO UN TRASTORNO DE ESTADO DE REGULACIÓN.

Se ha propuesto que las mujeres con síntomas predominantemente depresivos, que prestan niveles altos de prolactina y bajos de estrógenos y en las mujeres en las que predominan los síntomas de ansiedad, irritabilidad, hostilidad, los niveles de prolactina también son altos, pero los de progesterona son bajos.

Por lo que toca a la enzima monoaminooxidasa (MAO), se sabe que

es sensible a las hormonas gonadales esteroides: los estrógenos pueden tener un efecto inhibitor sobre la MAO, y cuando los niveles de progesterona son altos se da un pico en la actividad de la MAO plasmática, es decir, al final del ciclo menstrual, cuando predomina la progesterona, la actividad de la MAO plasmática es del doble. (1).

Por otro lado es importante mencionar las diferencias de predisposición a padecer enfermedades entre el sexo masculino u femenino, por ejemplo en el sexo masculino prevalecen enfermedades cardiovasculares, alcoholismo, farmacodependencia, CA de lengua secundario a tabaquismo. En las mujeres predominan otras y se van presentando de manera característica en las diferentes etapas de la vida o del ciclo reproductivo. (2)

Segun Barbara Perry en la adolescencia con la menarca pueden presentarse alteraciones de la alimentación como (anorexia_bulimia), en el periodo postparto hay mujeres que pueden sufrir de depresión (2)

Como un posible factor asociado, está la fluctuación de esteroides gonadales durante el ciclo reproductivo, lo que puede provocar vulnerabilidad en las mujeres para los cambios afectivos, lo que hace inevitable asociar la influencia que ejerce el ciclo menstrual en las enfermedades psiquiátricas.

Endicott y asociados realizan estudios en pacientes con trastornos de ánimo relacionados con la menstruación y trastornos

mayores de ánimo, seleccionando pacientes para el síndrome premenstrual o para enfermedad psiquiátrica y después valorando la presencia o ausencia de otro. Se examinó la prevalencia de depresión premenstrual, en cinco estudios con enfermedad psiquiátrica diagnosticada.

Cuatro estudios mostraron que la depresión que la depresión premenstrual tenía una prevalencia de alrededor de 65% en pacientes con trastorno afectivo de tipo predominantemente unipolar. (8)

Siendo ésta frecuencia mucho más alta que en pacientes con otros trastornos psiquiátricos y en testigos. En uno de los 4 estudios se examinaron pacientes en estado de ánimo eufórico para eliminar la posibilidad de que se informaran síndrome premenstrual (PMS) como producto de un estado depresivo que podría haber influido en la recolección. Otro estudio enfocó en pacientes con trastorno cíclico del estado de ánimo (es decir afectivo bipolar y estacional) y no se demostró mayor prevalencia de (PMS) que en sujetos testigos. Todos éstos estudios tienen limitaciones porque el (PMS) se diagnosticó en forma retrospectiva y no se logra confirmar en prospectiva (PMS) en sus muestras, quizá los supuestos cambios premenstruales del ánimo fueron signos tempranos de un --- síndrome afectivo del desarrollo ulterior. La concurrencia de los dos trastornos en una persona suelen usarse para apoyar la idea de que son manifestaciones de un proceso fisiopatológico subyacente similar o relacionado. (8)

Jean Endicott y asociados, 4 años después, hicieron nuevos

estudios en mujeres que manifestaban cambios premenstruales en el comportamiento y afecto, parecidos a los síntomas vistos en trastornos mentales.

La similaridad a llevado a estudios, relacionando trastornos mentales y cambios premenstruales. Desafortunadamente, los resultados no han sido consistentes y la naturaleza de la relación es incierta.

Estos autores como otros, asumieron, que dos de los problemas en la mayoría de los estudios ha sido la falla del uso explícito de criterios para categorizar otros de los cambios premenstruales o el diagnóstico de trastorno mental. (10)

Además la mayoría de éstos tienden a tratar ambas variables en forma unidimensional y han fracasado en examinar los subtipos específicos de otros cambios premenstruales o de trastornos mentales. La importancia de especificación de subtipos de cambios premenstruales, tiene el potencial de incrementar la replicidad de estudios, como ha sido el caso con trastornos de ansiedad.(11) La subtipificación podría también facilitar la identificación de correlatos específicos de subtipos específicos de cambios premenstruales, tales como respuesta a tratamientos o cambios biológicos.

Los autores utilizaron "The Premenstrual Assseement Form" (PAF) El Formulario de Valoración Premenstrual, que consiste en 95 --- items y se califica del uno a ó puntos en escala de severidad, y contiene diferentes tipos de cambios premenstruales en afecto, --- comportamiento, condiciones físicas y funcionamiento. Se aplicó

el formulario mencionado a 4 grupos de mujeres, 1) Trastornos depresivos mayores, 2) Otros trastornos afectivos; como episodio - afectivo menor, trastorno depresivo intermitente, trastorno afectivo, 3) Trastornos No afectivos; desordenes de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y otros trastornos psiquiátricos con características esquizotípicas. 4) Sin trastorno mental. Aplicándose diariamente por dos ciclos. Los resultados sugieren que los -- cambios premenstruales caracterizados por síndrome depresivo, puede representar una forma suave o manifestación subclínica del trastorno afectivo. (10) (11) (12) (13)

U. Halbreich y J. Endicott posteriormente realizan nuevos estudios enfocados a demostrar la asociación de cambios disfóricos premenstruales y trastornos depresivos, en 170 mujeres y usando como instrumento The Premenstrual Assessment Form (PAF), y The Research Diagnostic Criteria (RDC), realizando en forma retrospectiva y prospectiva.

Los autores concluyen que; los cambios premenstruales pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo de Trastorno depresivo mayor en el futuro. Además sugiriendo que si tal asociación es confirmada posteriormente, esto puede fortalecer la noción de que los cambios premenstruales pueden ser un modelo para el estudio de variables biológicas y sociopsicológicas asociadas con trastornos depresivos. Si ésto se demuestra el comprender la patofisiología de los cambios premenstruales puede ser aun más -- significativa. (11) (14) (15)

Nasayuki y asociados reportaron 7 casos de pacientes que

cursaban un cuadro psicótico durante el periodo menstrual y quienes mostraron ciertas características en común son: la edad de inicio en promedio; características clínicas similares, factores psicogénicos hallazgos electroencefalográficos anormales como; ondas teta y delta, ondas en espiga con alta y bajo voltaje ondas en espiga atípicas. (14) (16)

Como hallazgo endocrino, el incremento de estrógenos y en un caso con menstruación anovulatoria. En cuanto al sistema nervioso central se encuentra el metabolismo de la monoamina fluctuante en -- conexión con el ciclo menstrual, atribuyendosele a posibles disturbios por impactos emocionales u otras causas desconocidas o -- trastornos de la actividad del sistema nervioso central. (16)

Kimberly A. (17) y asociados, mencionan en su artículo sobre depresión y exaservación premenstrual; que los síntomas premenstruales que concurren sobre otros trastornos psiquiátricos, particularmente trastornos afectivos, es un tema muy controversial, debido a que existe el cuestionamiento nosológico si el síndrome premenstrual es una entidad distinta a otros trastornos psiquiá-- tricos. Ellos revisaron la asociación entre depresión y síndrome premenstrual en una pequeña muestra de pacientes con síndrome -- premenstrual, ambos durante y después de la remisión del la de-- presión mayor. La mayoría de los síntomas disminuyen después del tratamiento antidepressivo, pero ésta disminución fué sólo-- significativa para disforia. En dos mujeres, persistían otros-- síntomas cíclicos con el síndrome premenstrual, volviéndose más-- aparentes después del tratamiento de depresión mayor, posiblement--

te porque síntomas fundamentales de la depresión mejoraron. Concluyendo que síntomas premenstruales, incluyendo cambios diáforicos e irritabilidad, pueden continuar a pesar de un tratamiento efectivo para la depresión mayor. (18)

Trevor y asociados reportaron un caso de epilepsia del lóbulo temporal caracterizado por sintomatología parcial que se presentaba durante el periodo premenstrual, así mismo el autor menciona sobre otros casos reportados en la literatura, presentandose desde crisis convulsivas generalizadas hasta síntomas aislados de sintomatología compleja, que se aparesce selectivamente durante la fase del síndrome premenstrual. (19)

La exaservación de un cuadro psicótico en asociación con el ciclo menstrual, ha sido un hallazgo comun con psicosis endógena. (19)

En el siglo 19 la menstruación fue tomada como una causa importante de psicosis. Pero en el comienzo del siglo 20, aun la causa etiológica no ha sido encontrada, hoy en día el término "Menstruación-Psicosis" aun no se encuentra en los libros de psiquiatría, pero esto no puede ser negado, (22) (23) los casos reportados por Masayuki (7 casos) (16) (24) (25) cursan con un cuadro psicótico en asociación a la menstruación mencionando además características en común y bajo cuidadosas observaciones realizadas los síntomas no son similares a la esquizofrenia o psicosis maniácos depresiva. Kimura (26) encuentra en estrudios de EEG de pacientes con psicosis atípicas, en dos casos, la presencia de síntomas psicóticos periódicos en concordancia al síndrome premenstrual. Tekagi (27) también reporta dos casos simila-

res, uno de una niña, de 15 de edad, que presentaba --- síntomas psicóticos (28) regularmente asociación con el ciclo --- menstrual, Altschule observó un caso con sintomatología similar, --- una niña de 13 años de edad, en el que el primer día de sangrado menstrual presentaba alucinaciones visuales y auditivas, confusión, miedo y hablaba excesivamente. Pauleikhoft hace una---- clasificación de psicosis atípicas, acorde a los cuadros psicóticos en relación a la menstruación. (19) (27)

Williams (29) reporta 16 casos de tensión premenstrual en asociación con episodios psicóticos, en los que describe como los síntomas se van presentando conforme se acerca la menstruación y como se recuperan completamente al terminar el sangrado y su tendencia a recuperarse y recurrir nuevamente. Describe también síntomas simples del episodio maniaco en la Psicosis maniaco-depresiva o la esquizofrenia catatónica y evidenciando los cambios --- psicológicos subyacentes de la tensión premenstrual, mencionando además que la psicosis en cuestión puede presentar diferentes características en la tensión premenstrual. (29)

Barbara L. Farry evidencia la influencia de las hormonas reproductivas en mujeres con padecimientos afectivos, mencionando--- que en estudios realizados con pacientes con padecimientos maniacos depresivos; cicladores rápidos son mujeres en una proporción mayor. (6)

Dunner (31) encuentra en una muestra de pacientes bipolares que el 70% son mujeres. Kukopulos en una muestra de cicladores rápidos el 70% son mujeres, en contraste con los no rápidos, las mujeres

representan el 47%. (2)

Barbara Perry menciona las siguientes conclusiones:

- Una historia previa de padecimientos psiquiátrico o cambios afectivos durante el embarazo, puede predisponer a la depresión inducida por contraceptivos orales. (6) (30) (31)
- Una depresión premenstrual severa puede predisponer a depresión postparto. (6)
- Alternativamente un trastorno depresivo mayor puede ser exacerbado o precipitado durante el periodo premenstrual. (2) (6) (31)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Hasta el momento y en nuestro país no se han realizado estudios para determinar si en pacientes psiquiátricas hospitalizadas, la sintomatología fluctúa de acuerdo al ciclo menstrual.

HIPOTESIS.

De acuerdo a la bibliografía revisada, se esperaría que la sintomatología psiquiátrica en pacientes del sexo femenino, se exacerbara en la fase premenstrual y/o durante la menstruación.

OBJETIVOS:

DETERMINAR EN UN GRUPO DE PACIENTES PSIQUIÁTRICAS HOSPITALIZADAS SI LA SINTOMATOLOGÍA SE INTENSIFICA EN EL PERIODO PREMENSTRUAL (8 DÍAS DE LA MENSTRUACIÓN) Y/O DURANTE LA MENSTRUACIÓN, INDEPENDIENTE DEL DIAGNÓSTICO.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- a) Sujetos del sexo femenino
- b) Edad comprendida entre los 18 y 45 años
- c) Mujeres menstruantes, la presencia de la menstruación comprobada por el investigador.
- d) Con cualquier diagnóstico psiquiátrico del eje I del DSMIII R.
- e) Que requirieron hospitalización, por un mínimo de 2 meses.
- f) Todas las pacientes fueron sometidas a revisión ginecológica en el mismo hospital para toma de papanicolau y revisión de

cavidad uterina, sobre todo para descartar embarazo o patología adyacente.

CRITERIOS DE EXLUCION:

a) Mujeres no menstruantes (por edad, embarazo o histerectomía).

MATERIAL Y METODO:

El estudio se llevó acabo en el 2o. piso del Hospital Psiquiatrico Fray Bernardino Alvarez de la Secretaría de Salud (piso subrogado del ISSSTE Y FEMEX) durante los meses de mayo y diciembre de 1992.

Se obtuvieron los datos demográficos de las pacientes, los datos del padecimiento psiquiatrico y los antecedentes ginecobstetricos, por medio de la entrevista a las pacientes y a los familiares y con apoyo del expediente previo. El diagnostico se establecio en base a entrevista semiestructurada de acuerdo a criterios Dx del Eje I Dsm-III-R.

Los pacientes ingresaban al estudio al constatar el investigador el 1er dia de sangrado menstrual., y si llenaban los Criterios de inclusión mencionados previamente.

El investigador aplicó a cada paciente los siguientes instrumentos:

- a) B.P.R.S. Escala de Evaluación Psiquiátrica Breve, Brief Psychiatric Scale.
- b) Escala de Ansiedad de Hamilton.
- c) Escala de Depresión de Hamilton
- d) Escala para Mania.

Por dos ciclos menstruales consecutivos en los siguientes tiempos :

- 1.- Al inicio de la menstruación (días 1a 3)
- 2.- A la mitad del ciclo (días 15 a 17)
- 3.- En la fase premenstrual (días 23 a 25)

Además las pacientes contestaron por 2 (CM) consecutivos el cuestionario de Malestar Menstrual de MOOS, en la cual se interrogan 27 síntomas y se contestaban con si o no.

Brief Psychiatric Rating Scale, (B.P.R.S.)

Que consta de seis apartados, que califican síntomas psicóticos

Escala para ansiedad de Hamilton (E A H) - que consta de 14 apartados, que se califican en una escala de 0 = ausente, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = fuerte 4 = máximo y que evalúan síntomas de ansiedad.

Escala para depresión de Hamilton (E D H) - que consta de 21 apartados , algunos con, calificación de 0 a 2 ó de 0 a 4 a mayor calificación mayor intensidad y evalúa síntomas depresivos.

Escala para mania de Raffaelsen (R E M) - que consta de 11 apartados, que se califican de 0 a 4, a mayor calificación mayor intensidad y evalúa síntomas maniacos.

El Cuestionario de malestar menstrual de MOOS que interroga 47 síntomas y se contestan con si o no.

RESULTADOS:

Inicialmente se reunieron 16 pacientes, pero 3 de ellas fueron excluidas del estudio porque no presentaron menstruación.

La muestra finalmente quedó conforme por 13 pacientes del sexo femenino.

Tres pacientes con el diagnóstico de Esquizofrenia, 3 (232) paciente con el diagnóstico de Trastorno afectivo (2 en fase maníaca y una en fase depresiva) y 7 (532) pacientes con el diagnóstico de Daño Organico Cerebral. (Gráfica 1)

A continuación se describen las tablas de:

1.- DATOS DEMOGRAFICOS

Tabla 1.1. Edad promedio

Tabla 1.2. Estado Civil

Tabla 1.3. Escolaridad y Ocupación

Tabla 1.4. Datos Demográficos del padecimiento

Tabla 1.5. Número de Internamientos

Tabla 1.6. Antecedentes Ginecobstétricos

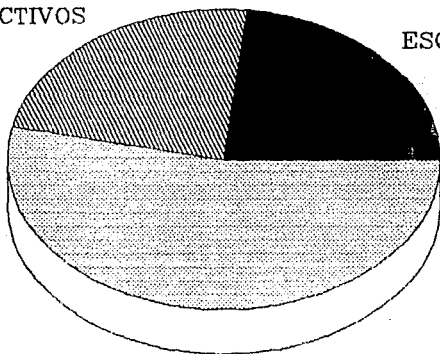
Tabla 1.7. Terapéutica medicamentosa empleada

GRAFICA 1

DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO

TRASTORNOS AFECTIVOS
23%

ESQUIZOFRENIA
23%



DANO ORG. CEREBRAL
54%

PACIENTES DEL SEXO FEMENINO

2.- ANALISIS FACTORIAL

Tabla 2.1. Cuestionario meelestar menstrual MOOS

Tabla 2.2. Escala breve de valoración psiquiatrica

Tabla 2.3. Escala para mania de Raffaelsen

Tabla 2.4. Escala para ansiedad de Hamilton

Tabla 2.5. Escala para depresión de Hamilton

Resultado Global en Gráfica No. 2

DATOS DEMOGRAFICOS

TABLA 1.1

EDAD PROMEDIO:

$X \pm d.s$ 34.46 \pm 6.28

ESQUIZOFRENIA n=3	TRASTORNOS AFECTIVOS n=3	DAÑO ORGANICO n=7
41	40	29
36	36	34
38	22	35
		25
38.33 \pm 2.5	32.66 \pm 9.45	30
		42
		40
		33.6 \pm 6.1

TABLA 1.2

ESTADO CIVIL:

N=13

CASADAS	SOLTERAS	UNION LIBRE	DIVORCIADAS
3	8	1	1

DATOS DEMOGRAFICOS.

DESCRIPCION TABLA 1.1

EDAD PROMEDIO

Como podemos observar en la tabla de edad promedio, se obtiene el promedio de $x \pm d.s$ 34.46 \pm 6.28 de calificación para toda la muestra y en cuanto a los diferentes diagnósticos incluidos para cada uno como Esquizofrenia se obtuvo 38.33 \pm 2.5, para Trastornos Afectivos 32.66 \pm 9.45 y para Daño Organico 33.6 \pm 6.1 es decir un promedio más alto para Esquizofrenia.

DESCRIPCION TABLA 1.2

ESTADO CIVIL:

En la tabla dos se encuentra el apartado sobre Estado Civil nuevamente en cuanto a la muestra total y se puede observar que fueron 3 pacientes: 3 casadas, 3 solteras, una en unión libre y una divorciada.

DATOS DEMOGRAFICOS DE PADECIMIENTO

TABLA 1.3

ESCOLARIDAD ESQUIZOFRENIA T. AFECTIVOS DAÑO ORG.

PRIMARIA INCOMPLETA			1
PRIMARIA COMPLETA			1
SECUNDARIA	1		
COMERCIO	2	2	3
PREPARATORIA			1
LICENCIATURA		1	1
OCUPACION:			
DESEMPLEADA	3	1	1
HOGAR			5
EMPLEADA		2	1

DESCRIPCION TABLA 1.3

ESCOLARIDAD Y OCUPACION

ESCOLARIDAD:

Como podemos observar en la tabla tres en cuanto a escolaridad se obtiene que pacientes Esquizofrénicos sólo una de ellas estudia hasta la secundaria y dos realizan estudios posteriores a la secundaria de comercio pero sin llegar a terminarlos.

En cuanto a Trastornos Afectivos se encuentran dos pacientes que realizan estudios comerciales y los cuales concluyen y un ultimo paciente del padecimiento mencionado realiza estudios a nivel licenciatura sin llegar a titularse.

En cuanto a padecimientos con Daño Organico se encuentra una realiza estudios de primaria incompletos, otra de ellas estudia la primaria completa, 3 estudian comercio y preparatoria y licenciatura el resto de la muestra.

OCUPACION

En cuanto a el área ocupacional se encuentran tres pacientes esquizofrénicos desempleadas, en cuanto a Trastornos Afectivos -- sólo una de ellas desempleada y 3 empleadas, y en cuanto a Daño orgánico 5 dedicadas a las labores de hogar y una de ellas para empleadas y desempleadas respectivamente.

TABLA 1.4

DATOS DEMOGRAFICOS DEL PADECIMIENTO

n	Edad de Inicio del Padeamiento (años)	Tiempo de Evolucion (años)
n=13 $\bar{x} \pm d.s$	$\bar{x} \pm d.s$ 20 +- 4	17.7 +-7.5
<hr/>		
Trastornos Afectivos n=3	$\bar{x} \pm d.s$ 23.33+-5.13	9+-8.2
<hr/>		
Daño Organico n=7	$\bar{x} \pm d.s$ 16.43 +- 5.25	17.3+-7.5
<hr/>		
TOTAL	$\bar{x} \pm d.s$ 18.8 +- 5.4	15.5+-8

DESCRIPCION TABLA 1.4

En la tabla cuatro encontramos edad de inicio del padecimiento con promedio de 20+-4 y con tiempo de evolucion de 17.7 +- 7.5 para Esquizofrenicos.

Para trastornos afectivos el promedio edad de inicio del padecimiento promedio de 23.33 +- 5.13 y tiempo de evolucion de 9 +- 8.2

Pacientes con daño cerebral con edad de inicio promedio de 16.43 +- 5.25., y tiempo de evolucion de 17.3 +- 7.5 promedio con un promedio total de 18.8 +- 5.4 para edad del inicio y

15.5 +- 8 de tiempo de evolucion.

NUMERO DE INTERNAMIENTOS

TABLA 1.5

Esquizofrenia	Trastornos Afectivos	Daño Orgánico
n=3	n=3	n=3
4	1	5
3	2	2
4	6	2
		5
		4
		4
		1
11	9	
		23

En el cuadro 1.5 se especifican los promedios de numeros de internamientos para cada padecimiento encontrando para esquizofrenia 11 en total de las pacientes incluidas en el estudio para trastornos afectivos y 23 de promedio para pacientes con Daño -- Organico Cerebral.

ANTECEDENTES GINECOBSTETRICOS

TABLA 1.6

TRASTORNOS AFECTIVOS ESQUIZOFRENIA DAÑO ORGANICO

MENARCA	10.3	12.6	11.14
RITMO	7.33	8 X 29.3	6.2X29.4
GESTACION	2	1.6	1.14
ABORTOS	1	1	0.14
PARTOS	.6	1.6	0
CESAREAS	.33	0	.14
OVITOS	0	0	0
INICIO DE VIDA SEXUAL ACTIVA	18.3	14.3	16.1
CONTROL DE LA NATALIDAD	SIN CONTROL	S/C	S/C

En la tabla de antecedentes ginecosbtétriciicos para pacientes con trastornos afectivos se encuentran los promedios de menarca con 10.3, ritmo de 7.33 x 28.6 gestaciones con 2, abortos 1, partos con.6 , cesáreas .33 , ovitos 0, inicio de vida sexual activa 18.3, ninguna de ellas con control de natalidad y su sangrado fué su eumenorréico.

En la columna designada para las pacientes esquizofrenicas se encuentran los promedios para mernarca con 12.6 , ritmo con 1.6, abortos 1, partos 1.6, cesareas y ovitos 0, el promedio de inicio de vida sexual activa fue de 14.3, sin control de la

natalidad para todas las pacientes de este padecimiento. En cuanto a los promedios encontrados para pacientes con daño cerebral tenemos lo siguiente: menarca 11.14, ritmo 6.2×29.4 , gestaciones con 1.14, abortos 0.14, partos .85, cesareas .14, ovitos 0, inicio de vida sexual activa de 16.1, y todas ellas sin control de natalidad.

Observando para las pacientes con trastornos afectivos que el promedio de menarca fue menor que en la muestra restante así como mayor promedio de paridad.

TABLA 1.7

TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA EMPLEADA.

pacientes		1	2	3	4	5	6
Haloperidól	5 mg.	3*					2*
Perfenazina	4 mg.		4*			3*	
Trifluoperazina	5 mg.			3*			
Decanoato de flufenazina	25 mg.		1*				
Biperidén	2 mg.					1*	
Carbanazepina	200 mg.						
Primidóna	250 mg.						
Clonazepán	2 mg.	1*	1*			2*	2*
Difenilhidantoína	100 mg.						
Acido Valpróico	400 mg.						
Diazepám	10 mg.						
Amitriptilina	25 mg.				1*		

* Tabletas o ampolleta de las dosis señalada.

Los números que aparecen junto al asterisco represen la cantidad de tabletas administradas.

TERAPEUTICA MEDICAMENTOSA

Paciente		1	2	3	4	5	6	7
Haloperidól	5 mg.	3*	3*	4*				
Perfenazina	4 mg.				3*	3*	2*	
Trifluoperazina	5 mg.							
Decanoato de flufenazina	25 mg							
Biperidén	2 mg.							
Carbamazepina	200 mg.	3*			3*	3*	3*	3*
Primidóna	250 mg.				3*			
Diazepám	10 mg.							
Acido Valpróico	400 mg.							3*
Difenilhidantoína	100 mg.	3*					3*	
Amitriptilína	25 mg.	2*	3*	3*		2*		
Clonazepán	2 mg.	1*	1*	3*	1*			

* Tableta o una ampollita de las dosis señaladas.

En la tabla designada para los medicamentos administrados a los pacientes se encuentran enlistados en una columna en el costado izquierdo de la hoja y designando el número de columna para cada paciente, incluido en la muestra y utilizando un asterisco para representar tabletas del medicamento elegido así como señalando en números arabigos cantidad de tabletas o ampollitas administradas en el caso requerido.

2. ANALISIS FACTORIAL

Se hizo un análisis factorial por bloques o medidas referidas. Con un factor que corresponde a 2 ciclos menstruales y otro factor anidado que son las 3 mediciones en cada uno de los 2 ciclos menstruales.

TABLA 2.1

CUESTIONARIO MALESTAR MENSTRUAL MOOS

C M M M

n = 13

\bar{x} +- d.s.

	MENSTRUACION	MITAD DEL CICLO	FASE PREMENSTRUAL
1er. Ciclo Menstrual	28.69 +- 8.79	15.54 +- 7.88	24.69 +- 6.57
2o. Ciclo Menstrual	25.15 +- 6.32	13.23 +- 4.99	19.92 +- 9.37

ANALISIS FACTORIAL

CICLOS (F (1,24) = 16.28 ; p < .001)

MEDIDAS REPETIDAS (F (2,24) = 69.71 ; P<.001)

INTERACCION CICLOS / MEDIDAS REPETIDAD N.S.

DESCRIPCION TABLA 2.1

CUESTIONARIO MALESTAR MENSTRUAL MOOS

En el cuestionario de Malestar Menstrual de MOOS, los promedios más altos en la calificación, se dieron en el inicio de la menstruación (día 1) en los ciclos:

1er. ciclo menstrual 28.69 +- 8.79

2o. ciclo menstrual 25.15 +- 6.32

En una disminución notable a la mitad del ciclo:

1er. ciclo menstrual 15.54 +- 7.88

2o. ciclo menstrual 13.32 +- 4.99

Y un nuevo aumento en la fase premenstrual;

1er. ciclo menstrual 24.69 +- 6.57

2o. ciclo menstrual 19.92 +- 9.37

Siendo las diferencias significativas entre los ciclos $P < .001$ y entre las medidas repetidas $P < .001$ (Tabla 1).

TABLA 2.2

Brief Psychiatric Rating Scale

	MENSTRUACION	MITAD DEL CICLO	FASE PREMENSTRUAL
1er. Ciclo Menstrual	27.54 +- 9.27	13.08 +- 10.72	19.92 +- 10.95
2o. ciclo Menstrual	17.07 +- 10.59	8.47 +- 9.54	12.38 +- 11.14

Análisis Factorial

Ciclos (F (1,24) = 81.60 ; P<.001>)

Medidas Repetidas (F (2,24) = 63.82 ; P<.001)

INTERACCION CICLOS / MEDIDAS REPETIDAS (F (2,24) = 4.09 ; P<.05)

DESCRIPCION TABLA 2.2

ESCALA BREVE DE VALORACION PSIQUIATRICA

En escala B.V.F.S. el promedio de calificación más alto se dió al inicio de la menstruación en el 1er. Ciclo Menstrual Registrando; 1er. Ciclo Menstrual 27.54 +- 9.27, 2o. Ciclo Menstrual 17.08 +- 10.59. Disminuyendo en la mitad del ciclo. 1er Ciclo Menstrual 13.08 +- 10.72, 2o. Ciclo Menstrual 8.46 +- 9.59. Volviendose a aumentar en fase premenstrual con; 1er. Ciclo Menstrual 19.92 +- 10.95, 2o. Ciclo Menstrual 12.38 +- 11.14 .

Observandose que en el 2o. ciclo menstrual se repite el mismo patrón que en el primero pero con promedios menores al primero.

Siendo significativas las diferencias entre los ciclos $P < .001$ y entre las medidas $P < .001$ encontrándose también interacción significativa entre ciclos / medidas repetidas $P < .05$ (Tabla 2)

TABLA 2.3

ESCALA PARA MANIA DE FAFFAELSEN

$n = 13$

$\bar{x} = \pm d.s.$

	MENSTRUACION	MITAD DEL CICLO	FASE PREMENSTRUAL
1er. ciclo Menstrual	10.23 +- 7.78	4.85 +- 5.65	9.31 +- 7.06
2o. ciclo Menstrual	6.62 +- 6.63	2.77 +- 2.42	5.08 +- 6.89

Análisis Factorial

CICLO $F(1,24) = 51.38$; $P < .001$

Medidas repetidas $F(2,24) = 35.76$; $p < .001$

Interacción Ciclos / Medidas repetidas n.s.

DESCRIPCION TABLA 2.3

ESCALA PARA MANIA DE RAFFAELSEN

En la EMR, el promedio de calificación más alto se dió al inicio de la menstruación en el primer ciclo menstrual

registrando: 1er. Ciclo Menstrual 10.23 +- 7.78 , 2o. Ciclo Menstrual 6.62 +- 6.63. Disminuyendo en la mitad del ciclo: 1er. Ciclo Menstrual 4.85 +- 5.65 , 2o. Ciclo Menstrual 2.77 +- 2.42. - Volviéndose a aumentar en fase premenstrual: 1er. Ciclo M. 9.31 +- 7.06, 2o. Ciclo M. 5.08 +- 6.89. Observándose nuevamente que en el 2o. Ciclo menstrual se repite el mismo patron que en el primero pero con promedios menores. Siendo significativas las diferencias entre los ciclos $P < .001$ y entre las medidas repetidas $P < .001$ encontrándose una interacción no significativa entre ciclo / Medidas repetivas. (tabla 3)

TABLA 2.4

ESCALA PARA ANSIEDAD DE HAMILTON

E. A. H.

n = 13

\bar{x} = d.s.

	MENSTRUACION	MITAD DEL CICLO	FASE PREMENSTRUAL
1er. Ciclo Menstrual	19.46 +- 7.27	8.85 +- 7.15	14.69 +- 7.22
2o. Ciclo Menstrual	13.92 +- 7.64	5.92 +- 6.20	12.92 +- 10.23

Análisis Factorial

Ciclos (F (1,24) = 11.78 ; $P < .001$)

Medidas Repetidas (F (2,24) = 30.65 ; $P < .001$)

Interacción Ciclos / Medidas repetidas n.s.

DESCRIPCION TABLA 2.4.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

En la E.A.H. los promedios más altos de calificación se dieron en el inicio de la menstruación (días 1) en el primer ciclo menstrual registrados 19.46 ± 7.27 , disminuyendo en la mitad del ciclo 8.85 ± 7.15 , volviendo a aumentar en la fase premenstrual 14.69 ± 7.22 . Este mismo patrón se repitió en el 2o. ciclo menstrual pero con promedios menores al 1er. ciclo, siendo significativas las diferencias entre los ciclos $p < .001$ y entre las medidas repetidas $p < .001$ observandose también una interacción no significativa entre interacción ciclos / medidas repetidas.

(Tabla 2.4)

TABLA 2.5

ESCALA PARA REPRESION DE HAMILTON

E . D . H .

n = 13

 $\bar{x} \pm d.s$

	MENSTRUACION	MITAD DEL CICLO	FASE PREMENSTRUAL
1er. ciclo Menstrual	23.77 \pm 5.99	11.08 \pm 7.04	17.62 \pm 6.82
2o. ciclo Menstrual	15.23 \pm 7.32	6.69 \pm 4.66	13.62 \pm 11.11

Análisis Factorial

ciclos (F (1,24) = 15.53 ; $P < .001$)Medidas Repetidas (F (2,24) = 18.78 ; $P < .001$)

Interacción Ciclos / Medidas Repetidas n.s.

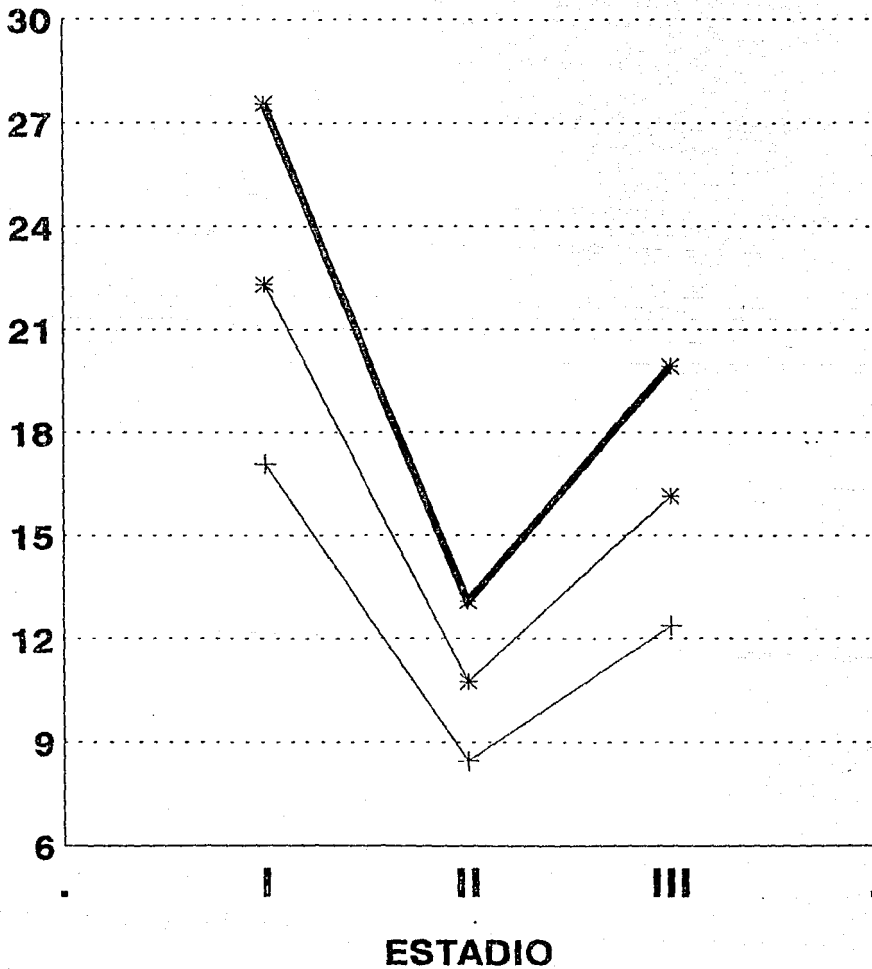
DESCRIPCION TABLA 2.5

ESCALA PARA DEPRESION DE HAMILTON

En la E.D.H. el promedio de calificación más alto se dió al inicio de la menstruación en el 1er. ciclo menstrual registrando 23.77 +- 5.99, disminuyendo nuevamente en la mitad del ciclo 11.08 +- 7.04, volviéndose a aumentar en la fase Premenstrual con; 13.62 +- 11.11. Este mismo patrón se repitió en el segundo ciclo menstrual, pero con promedios menores al primer Ciclo Menstrual.

Siendo significativas las diferencias entre los ciclos $P < .001$ y - entre las medidas repetidas $P < .001$ y no siendo significativas la interacción con la interacción de ciclos / medidas repetidas.

MEDIA



* CICLO 1 + CICLO 2

D I S C U S I O N

Los resultados de este trabajo, apoyan la información de la literatura respecto a la influencia del ciclo menstrual en la patología psiquiátrica en el sexo femenino, DANDOSE UNA - MAYOR INTENSIDAD DE LA SINTOMATOLOGIA PSIQUIATRICA DURANTE LA MENSTRUACION Y LA FASE PREMENSTRUAL (6) (10) (11) PATRON QUE SE MANTIENE A PESAR DEL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO. ¿ CUALES SON LOS POSIBLES FACTORES QUE CONDICIONAN ESTE FENOMENO ? HASTA LA FECHA RUBINOW Y VARIOS AUTORES (1) (2) (6), PROPONEN LO SIGUIENTE:
NO SE HA PODIDO PRECISAR.

C O N C L U S I O N E S

Los Resultados nos permiten Concluir lo siguiente:

1- Independientemente del Diagnóstico y del tratamiento, como es de esperarse se dió una mejoría entre las evaluaciones durante el primero y segundo ciclos menstruales. Es decir la sintomatología fué menos intensa en el segundo mes de internamiento.

2- Independientemente del diagnóstico y del tratamiento, hay una diferencia entre las evaluaciones a lo largo de cada uno de los ciclos menstruales registrados.

Es decir la sintomatología fué más intensa durante la menstruación y en la fase premenstrual que en la mitad del ciclo.

A pesar de saber poco sobre el ciclo menstrual, en cuanto a naturaleza y causa, se han hecho numerosos estudios que relacionan cambios del afecto y ciclo menstrual, lo que sugiere la importancia de la psiquiatría con respecto a este fenómeno con diversos aspectos, desde ser un problema que puede ser visto en la consulta psiquiátrica externa y ser factor de influencia en pacientes internadas y afectando el curso y tratamiento de pacientes.

Esto puede ser un modelo que enseñe sobre los cambios de afecto, es un proceso interesante tanto para la psicoterapia y la

investigación clínica y conceptualmente como un potencial significativo para proveer una dualidad biológica y fenomenológica y además entender el rol de presentación en episodio o trastornos psiquiátricos cíclicos. (11) (13) (16)

Sobre lo anteriormente mencionado se postulan 5 interrogantes en relación entre cambio del afecto relatados en la menstruación y trastornos psiquiátricos formales:

- 1- Los Síndromes psiquiátricos mayores y los síndromes premenstruales ¿ son coincidentes, pero son trastornos separados ? (10) (12)
- 2- ¿ Pueden presentar síndromes premenstruales con síntomas que imitan trastornos psiquiátricos ? (10)
- 3- ¿ Hay exacerbación premenstrual de trastornos psiquiátricos ? (11) (14) (31)
- 4- ¿ El síndrome premenstrual es una experiencia sensibilizadora que puede influir el curso o desarrollo de un síndrome psiquiátrico mayor ? (2) (12)
- 5- Hay etiología común entre síndromes afectivos menstruales y síndromes psiquiátricos mayores que pueden permitir que uno sirva como un modelo para explicar el otro. (2) (6)

El estudio apoya el punto 3 propuesto por Rubinow, de ninguna manera este estudio tiene pretensiones etiológicas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ontiveros U. Martha,
Diagnóstico del Síndrome de Tensión Premenstrual.
Información Clínica. Instituto Mexicano de Psiquiatría
Vol. 3. pag. 46-47, año 1992.
- 2.- Rivera Tovar A D, Frank E.
Late Luteal phase dysphoric disorder in young women.
Am. J Psychiatry Vol. 147, pag. 1634-1636, 1990.
- 3.- Gallant S J, Popiel A.H.
Using dily ratings to confirm premenstrual syndrome
Parte I y II Psychosomatic Medicine, 54; 149-181, 1992.
- 4.- Kendler KS, Silberg J.L, Neale Mckessler
Genetic and environmental factors in the aetiology of
menstrual, premenstrual
Psychological Medicine 22; 85-100, 1992.
- 5.- David R, Rubinow and Peter J. Schmitt
Models for the development and Expression of
Symptoms in premenstruals syndrome.
The psychiatric clinics of North America
Vol. 7, pag. 53-68, 1989.
- 6.- Barbara L. Farry.
Reproductive Factors affecting the course of
affective illness in women.
Vol. 7, pag. 207-220, 1989.
- 7.- I. Formenti, Ronquillo J. M.
Manual diagnostico y estadistico de los transtornos
mentales. Apendice A categorías diagnosticas que
requieren estudios posteriores. Barcelona .- Pag. 339-442,
1988.
- 8.- Hurt SW, Schnurr. FP, Severino Sk, Freeman, EW.
Late Luteal Phase dysphoric disorder in 670 women
evaluated for premenstrual complaints.
AmJ. Psychiatry 149: 525-530, 1992.
- 9.- Lurie Samuel and Borenstein Richard
Review: The Premenstrual Syndrome
Obstetrical and Gynecological Suvey
Vol. 45 No. 4 Pag. 220-228, 1990.
- 10.- Endicott, PHD, Jean, Halbreich, MD, U.
Premenstrual Changes and affective Disorders
Psychosomatic Medicine, Vol. 43, No. 6,
pag. 519-529, 1989.

- 11.- Halbreich U. and Endicott J.
Relationship of dysphoric premenstrual changes to depressive disorders.
Acta Psychiatr. scand. vol. 9 pag. 331-338, 1984
- 12.- Halbreich U. Endicott J.
Premenstrual depressive changes: Value of differentiation
Arch Gen Psychiatry. Vol. 40 Pag. 535-542, 1983.
- 13.- Kashiwagi T, McClure J N, Wetzel R.
Premenstrual affective syndrome and psychiatric disorder.
Dis Nerv Syst Vol. 37, pag. 116-119, 1976.
- 14.- Haskett R F. Steiner M, Osmun J N.
Severe Premenstrual tension: Delineation of the syndrome.
Biol. Psychiatry Vol. 15 Pag. 121-139, 1980.
- 15.- Sampson G A. Prescott P.
The assessment of the symptoms of premenstrual syndrome and their response to therapy.
Br. J. Psychiatry Vol. 138 Pag. 339-415, 1981.
- 16.- Masayuki Endo , Makoto daiguiji
Periodic Psychosis Recurring in Association with Menstrual Cycle.
The Journal of Clinical Psychiatry, Vol. 39 pag.456-466, 1968.
- 17.- Kimberly Ann Yonkers, M.D., and Kerrin White, M.D.
Premenstrual Exacerbation of Depression: One Process or Two?
J. Clin Psychiatry, Vol. 53 Pag. 289-292, 1992.
- 18.- Mackenzie TB, wilcox K,
Lifetime prevalence of psychiatric disorders in women with premenstrual difficulties.
J Affective Disord Vol. 10 pag. 15-19, 1986.
- 19.- Trevor R.D. Price.
Temporal Lobe Epilepsy as a Premenstrual Behavioral Syndrome,
Biological Psychiatry, Vol. 16 No. 6 Pag.957-963, 1980.
- 20.- Adebimpe, V. R.
Complex partial seizures simulating schizophrenia
J. Am. Med. Assoc. vol. 237, pag. 1339-1341, 1977

- 21.- Bardwick, J.
Psychological correlates of the menstrual cycle and oral contraceptive Medication, in Hormones, Behavior and Psychopathology,
J. Am. Med. Assoc. Vol. 30 Pag. 40-50, 1985.
- 22.- Dalton, K.
The Premenstrual Syndrome, Charles C. Thomas, Springfield,
Biol. Psychiat. Vol. 7. pag. 89-99, 1980.
- 23.- Hatotani H. Wakao T. Yoshimoto S. Takekoshi A.
Psychophysiological studies on the atypical endogenous psychosis,
Psychiat Neurol Jap. Vol. 61 pag. 855-870, 1989.
- 24.- Itaru Yamashita,
Psychiatrie, Review.
Am. J. Psychiatric, Vol. 1 Pag. 72-80, 1978.
- 25.- Ota Y. Mukai T. and Gotada k.
Estudies on the relationship between psychotic symptoms and sexual cicle.
Neurol Jap. vol. 8 pag. 208-217, 1988
- 26.- Kimura B.L.
Correlation of the EEG-between atypical endogenous Psychosis
Psychiat Neuron Vol. 69 pag. 1237-1259, 1987.
- 27.- Maeda T and Naito A.
On one case of religious-obsessional delusion accompanying with menstrual cycles.
Clin Psychiat. Vol 11, pag. 773-779, 1970
- 28.- Alshule MD and Brem J.
Periodic psychosis of puberty
Am. J. Psychiat. Vol. 19, pag. 1176-1178, 1968.
- 29.- Williams EY and Weeks LR.
Premenstrual tension associated with psychotic episodes.
J. Nwrv. Ment. dis. Vol. 116. pag. 321-329, 1980.
- 30.- Kukopulos A. Reginaldi P. Laddomada GF.
Course of the manic depressive cycle and changes caused by treatmentes.
Pharmacopsychiatry Vol. 13 pag. 156, 1980.
- 31.- Dunner DL, Patrick V,
Rapid cycling manic depressive patients,
Compr Psychiatry vol. 18 pag. 561, 1987.