

11241

12

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA**

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MEDICA,
PSIQUIATRIA Y SALUD MENTAL**


HOSPITAL PSIQUIATRICO "FRAY BERNARDINO ALVAREZ"

**"Valoración de quejas premenstruales en mujeres sin
diagnóstico de Trastorno Disfórico Premenstrual"**

276419

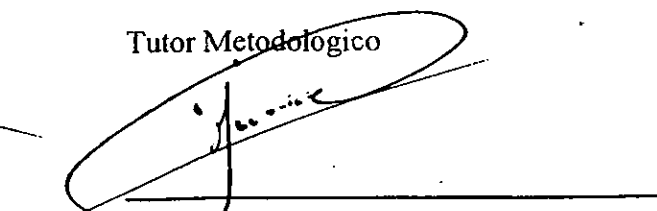
Tesis que para obtener el Título de Especialista en Psiquiatría presenta
Dra. Marbella Espino Cortés

Tutor Teórico




Dr. Javier Alfaro Torres

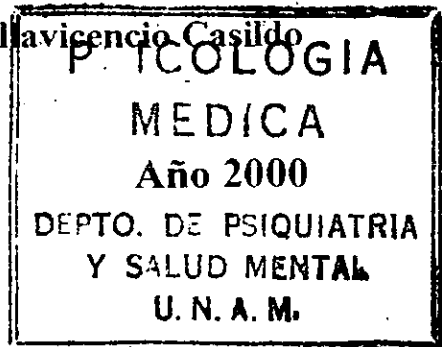
Tutor Metodológico



Dr. Miguel Villavicencio Casildo

Vo. Bo.



Dr. Alejandro Díaz
2000



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 esta 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.

INDICE

I.- Resumen	3
II.- Antecedentes	
II a- El ciclo menstrual normal	5
II b- El síndrome premenstrual	6
II c- Historia	8
II d- Factores de riesgo y personalidad premórbida	9
II e - Etiología y patogenia	11
II f - Intervención de la serotonina en el síndrome premenstrual	13
II g - Papel de la serotonina en la personalidad y conducta social	15
II h - Comorbilidad	18
II i - Diagnóstico	18
II j - Tratamiento.	26
III.- Metodología	
III a -Universo y muestra	31
III b Definición del problema	32
III c Objetivos	33
III d Hipótesis	34
IV.- Resultados	36
V.- Discusión	39
VI.- Conclusiones	42
VII -Bibliografía	44
VIII.- Anexos	49

RESUMEN

El síndrome premenstrual (SPM) constituye un padecimiento frecuente en las mujeres en edad reproductiva. Aunque su reporte varía en las series estudiadas, la mayoría de los autores argumentan que puede afectar hasta un 75% de esta población, y aproximadamente en un tercio de ellas, las mujeres están seriamente afectadas y pueden requerir de atención médica para su trastorno.

La evaluación y tratamiento de este síndrome se ha dado primordialmente en el campo de la Ginecología y la Psiquiatría (en este último caso, la consulta es más frecuente cuando hay un proceso psiquiátrico comórbido).

Algunos autores consideran importantes limitaciones en el estudio de este trastorno, siendo frecuente el que los médicos no diagnostiquemos o minimizemos la frecuencia y severidad de los síntomas.

Los resultados obtenidos en páneles de discusión han cuestionado la utilización de categorías diagnósticas para el SPM en manuales de clasificación estadística (DSM IV), dado que éste tiene grandes diferencias en su presentación, considerando varios "subsíndromes" debido a la variabilidad interindividual.

Además, diversos factores influyen en el reconocimiento y reporte de los síntomas en las mujeres, así como lo que ellas consideran como interferencia o limitación en sus actividades sociales, laborales y familiares. Ciertamente, tanto el reporte de los síntomas como su identificación por los médicos, dependerá del conocimiento de esta entidad como un trastorno que puede requerir un abordaje farmacológico y psicoterapéutico.

Este trabajo se realizó con la intención de valorar a mujeres con diagnóstico de TDPM (trastorno disfórico premenstrual) y aquellas que no reúnen criterios (según el DSM IV) en cuanto al reporte de sus síntomas premenstruales, así como el que ellas adviertan o no sus síntomas como un trastorno.

El ciclo menstrual normal.

El proceso principal, necesario, es la ovulación; La fisiología y patofisiología se desarrollan alrededor de ésta. La ovulación también marca la etapa del ciclo en las fases folicular y lútea. En la primera fase se secreta un folículo maduro en el ovario y estrógenos.

A la mitad del ciclo, un pico en la secreción de hormona folículo estimulante y hormona luteinizante estimula la ovulación: Ruptura del folículo y liberación del ovocito, listo para ser fertilizado.

Tras la involución del folículo hacia cuerpo lúteo, empezará la fase lútea (a menos de que se haya fertilizado el huevo y producido un embarazo). La duración de la fase lútea es uniforme y va de doce a catorce días. Al final de esta fase disminuyen los niveles de estrógenos y progesterona, el endometrio no puede seguir sosteniéndose y al desprenderse provoca el sangrado menstrual. Empieza entonces un nuevo ciclo que se repetirá cada 24 a 35 días durante la vida reproductiva.

La ovulación y el ciclo menstrual son controlados en una cascada de eventos, con delicados mecanismos de retroalimentación. Esta función, regulada principalmente por el sistema hipotálamo hipófisis ovario, se da en una relación-tiempo, que altera cíclicamente la homeostasis y es responsable de la vida reproductiva normal.(57)

Generalmente, en la fase media del ciclo menstrual, las mujeres se consideran más activas y reportan sensación de bienestar, mientras que en la segunda mitad del ciclo, la conducta es más pasiva y receptiva, los días anteriores a la menstruación pueden acompañarse de irritabilidad, hostilidad, ansiedad y rasgos de depresión.

El síndrome premenstrual (SPM).

Se describe como una gama de síntomas físicos y psicológicos que pueden presentarse en mujeres durante la semana previa (dos a doce días) a la menstruación y que de manera característica se mitigan durante el flujo menstrual (21).

También se le define como un estado transitorio y recurrente que interfiere con las actividades cotidianas y que no produce la exacerbación de otros trastornos como la depresión mayor, la crisis de angustia o el trastorno de la personalidad. (31)

Diferentes estudios reportan que por lo menos 10% de las mujeres padece síntomas premenstruales severos y que entre un 80 y 95% presentan por lo menos un síntoma premenstrual. En algunos estudios se ha reportado que 31 % de las encuestadas considera que los síntomas afectan su comportamiento social, especialmente alterando sus relaciones personales y pudiendo también limitar el funcionamiento laboral. Hasta un 7.5 % de éstas ha requerido

asistencia médica por las alteraciones depresivas presentadas antes de su menstruación.(1,17)

En general, casi todos los estudios coinciden en que alrededor de tres cuartas partes de las diferentes muestras estudiadas padecen algún síntoma premenstrual. Muchas veces, los cambios sutiles que suelen aparecer en el período premenstrual de la mujer son más bien percibidos por aquellos que la rodean, antes de que ella misma los reconozca. Esta situación puede repercutir en la vida diaria de las mujeres en cuestión. Esta bien reconocido que en esta fase del ciclo se afectan más las relaciones familiares, la comunicación marital disminuye y muchas veces ésta se relaciona con una vida sexual deficiente en este período, aún en mujeres sin diagnóstico de síndrome premenstrual. (4,46,63).

Los síntomas físicos asociados al síndrome premenstrual incluyen: Distensión abdominal, cólicos, inflamación y sensibilidad de los senos, cefalea, dolores musculares y edema. Los datos afectivos y conductuales se refieren a alteraciones del estado de ánimo, depresión, ira, ansiedad e irritabilidad. Se incluyen además, síntomas como fatiga, dificultad para concentrarse, aumento del apetito, insomnio o hipersomnia y antojos. Ninguno de estos síntomas se ha propuesto como necesario o suficiente para el diagnóstico.(3,43,47)

En la mayoría de los estudios ha sido manifiesta la variabilidad interindividual en la presentación de los síntomas (35) Un amplio estudio revisó los síntomas presentados en mujeres con síndrome premenstrual durante al menos cinco años, evaluando datos divididos en Trastornos del afecto, físicos y de la funcionalidad:

- 1.- Afecto.- irritabilidad, ansiedad, labilidad emocional, tristeza, sentimientos de inseguridad y disminución de la autoestima.
- 2.- Físicos.- fatiga, edema, malestar físico, sensibilidad mamaria, antojos.
- 3.- Funcionalidad.- trabajo, aislamiento social y sentimiento global.

Este estudio apoyó que el síndrome premenstrual se caracteriza por una considerable estabilidad en la aparición de los síntomas, cuando se evalúa individualmente.

Ninguno de los síntomas consignados anteriormente se ha propuesto como necesario o suficiente para el diagnóstico.

A pesar de la variabilidad, existen series que han encontrado que síntomas como la irritabilidad, hostilidad y afecto depresivo son reportados como los más frecuentes y severos (45,65).

Bloch afirma que el síndrome premenstrual se caracteriza por una considerable estabilidad en la aparición de los síntomas y que esto lo valida como un síndrome afectivo, que puede incluirse en el espectro de los trastornos afectivos recurrentes.

Historia

Hipócrates observó la relación entre las alteraciones del talante y el ciclo menstrual en su referencia a "la enfermedad de las Vírgenes". Pinel en 1799, Prichart en 1853 e Icard en 1890, hicieron también referencia a diferentes

síntomas afectivos, conductuales y hasta psicóticos asociados al período catamenial.

En 1931, R.T. Frank acuñó el concepto de "Tensión premenstrual".

Ya en 1950, Bleuler resumía los síntomas encontrados en : tensión, irritabilidad, inestabilidad del humor, depresión, ansiedad, sensación de cansancio y fases de debilitamiento.

El trastorno disfórico de la fase luteínica tardía (en inglés LLPDD) se propuso por vez primera en 1983. En 1987 se incorporó como apéndice en el DSMIII-R (Categorías diagnósticas que requieren estudios ulteriores (36).

Factores de riesgo y personalidad premórbida

En el estudio de los factores que pueden influir en la incidencia de síndrome premenstrual, no se ha encontrado clara relación con la edad, el estado marital, la paridad, o la raza de las mujeres afectadas, Algunos estudios (Woods y col) reportaron que las mujeres con mayor paridad y a mayor edad, las mujeres separadas, viudas y solteras, manifestaron mayor incidencia de síntomas premenstruales; sin embargo, estas observaciones no han sido concluyentes en estudios posteriores. Estudios realizados en gemelas, sugieren cierta predisposición genética para padecer este síndrome. Los estudios realizados entre madres e hijas no han reportado significancia estadística al evaluar este padecimiento.(11)

Es necesario considerar que los síntomas de cualquier entidad psicopatológica están influidos por la personalidad del individuo. En el caso del Síndrome Premenstrual se ha evidenciado su relación con algunos trastornos de la personalidad y algunos padecimientos psiquiátricos, como la distimia, las fobias, los trastornos obsesivo compulsivos y la dependencia a alcohol y otras drogas.

El primer estudio que correlacionaba los cambios del ciclo menstrual con el humor fue publicado por Benedek y Rubinstein en 1942, en mujeres bajo tratamiento psicoanalítico. Los resultados reportaron haber encontrado mujeres felices, alertas y extrovertidas durante la primera mitad del ciclo, cuando los niveles de estrógenos estaban elevados. En la ovulación encontraron un punto máximo en la integración del ego, el pico psicológico se correlacionaba con el de los estrógenos. Después de la ovulación, junto con la elevación de los niveles de progesterona, sus pacientes se tornaron más pasivas, narcisitas e introvertidas. En la premenstruación, cuando los niveles de estrógenos y progesterona estaban bajos, encontraron a las mujeres agresivas, tensas y ansiosas. (19,36)

Diversos estudios han reportado mediciones altas en escalas de ansiedad e hipocondriasis. En general, los estudios reportan mayor grado de neuroticismo en pacientes con síntomas premenstruales severos.

Etiología y patogenia

Aunque existen muchos hallazgos biológicos y psicológicos que se correlacionan a la fisiopatología del síndrome, la revisión en la investigación reportada, aún le considera oscura (inexacta), habiéndose formulado diversas hipótesis:

Los estudios basales en hormonas séricas (esteroides gonadales, gonadotropinas, progesterona, testosterona, androstenediona, GABA, cortisol, etc), no revelan diferencias significativas, y si éstas se encuentran, son inconsistentes. Algunos estudios reportan niveles alterados de hormonas tiroideas, prolactina, aldosterona, beta endorfina plasmática, entre otras, sin embargo, no hay evidencia que apoye deficiencia hormonal como causa del síndrome premenstrual.(40)

Contrariamente, el síndrome premenstrual, puede más bien, representar una respuesta anormal a niveles endócrinos normales.

En los estudios de dinámica endócrina, se ha encontrado que las mujeres con síndrome premenstrual responden de manera anormal a TSH por estimulación de TRH, hay una secreción temprana de melatonina, entre otros hallazgos. Sin embargo, no ha podido mostrarse una anormalidad específica en la fase lútea del SPM.(5)

En estudios de manipulación farmacológica (con antagonistas de progesterona) del ciclo menstrual, se ha considerado que puede eliminarse la fase lútea, sin que esto modifique el SPM, y por lo tanto, éste fuera un

trastorno autónomo, un desorden cíclico y que pudiera originarse de eventos que preceden a la fase lútea.

El SPM a diferencia de otros trastornos del afecto relacionados a disfunción endócrina (hipotiroidismo, depresión inducida), ocurre en el contexto de rangos normales más que en función anormal; concluyéndose que éste puede representar un estado físico, afectivo y conductual provocado por un estímulo reproductivo en mujeres vulnerables. (32)

Se ha considerado también la similitud de los síntomas premenstruales con trastornos como la hipoglucemia y el hipertiroidismo, algunos estudios que apoyan estas consideraciones son: el aumento de antojos y consumo de carbohidratos (relacionado probablemente a la disminución de metabolitos de serotonina en líquido cefalorraquídeo) y las modificaciones de dieta en el tratamiento de este síndrome (privación de sal, azúcares refinados, cafeína y alcohol).(57)

Finalmente, habrá de considerarse que la patofisiología del SPM es compleja, multidimensional y los síntomas no pueden atribuirse a un solo factor, la fenomenología de los cambios relacionados a este padecimiento refleja la participación de muchos sistemas.

Estudios que evalúan los niveles de endorfinas han mostrado que los niveles de beta endorfinas han sido significativamente más bajos en pacientes con TDPM. Otros neuropéptidos como la neurotensina, el péptido pancreático humano, el polipéptido intestinal vasoactivo y la gastrina no mostraron niveles significativamente diferentes en mujeres con TDPM.

Deficiencias vitamínicas, especialmente la B6 se ha relacionado a la presencia de SPM, al parecer relacionada con las reacciones autónomas y cambios en el comportamiento.

El sistema renina-angiotensina-aldosterona tiene una asociación bien demostrada con los niveles de estrógenos, que provocan el balance normal entre la diuresis y la retención de líquidos. En la mujeres con síntomas premenstruales es frecuente observar una persistente retención de líquidos.

Intervención de la serotonina en el SPM.

Muchos de los síntomas coexistentes en el SPM (tristeza, sentimientos de desesperanza, pesimismo, desinterés, fatiga, irritabilidad, agresión, alteraciones del sueño y apetito) aparecen en episodios depresivos.

Es clara la importancia que juega la serotonina en la fisiopatología de la depresión (además de la evidencia de su alteración en las conductas suicidas, la respuesta a antidepresivos y electrochoque, etc). En las mujeres portadoras de SPM se han encontrado niveles séricos de ésta y sus metabolitos disminuídos.

Hay evidencias de una interacción funcional entre hormonas ováricas y serotonina.

En ratas de laboratorio se ha demostrado que la concentración de serotonina y sus receptores varían en las diferentes fases del ciclo estral del

animal. En el proestro (días de ovulación y conducta sexual) se encuentra una regulación hacia debajo de los receptores de serotonina en hipotálamo, septum, área preóptica e hipocampo. En el estro (que correspondería al premenstruo en la mujer, o los días que siguen a la ovulación) existe una regulación hacia arriba.

El 5HIAA (metabolito de la serotonina) se ha encontrado disminuído en la fase premenstrual. Hay aumento en el catabolismo de triptófano periférico (precursor en la síntesis de serotonina) en la fase lútea y durante ésta etapa también hay mayor susceptibilidad de los receptores de 5HT1A.

Existen diversas observaciones que apoyan que la neurotransmisión puede ser influenciada por hormonas ováricas: La administración de etinilestradiol y progesterona aumentan la concentración de serotonina en corteza cerebral, hipotálamo, tálamo y cuerpo estriado. La progesterona aumenta la recaptura y recambio de 5HT en diferentes áreas cerebrales. Los estrógenos modulan la síntesis de serotonina al modificar la actividad de la enzima triptófano hidroxilasa y piridoxina (cofactor en síntesis de serotonina), además de modificar la actividad de la enzima monoaminoxidasa (enzima que degrada a la serotonina).

Las mujeres con SPM tienen disminución en el contenido de serotonina plaquetaria en la fase premenstrual, además de presentar mayor actividad de la monoaminoxidasa plaquetaria.

Estas variaciones no han sido encontradas en mujeres sanas, aunque las mujeres con síntomas premenstruales no psiquiátricos tienen resultados

similares a las mujeres sanas, y éstos si están presentes en mujeres con otras alteraciones afectivas y conductuales.

El consumo de triptófano sólo aumenta las concentraciones sanguíneas de serotonina en la fase folicular y lútea media en mujeres con SPM.

La administración de antidepresivos (selectivos en la inhibición de la recaptura de serotonina) alivia síntomas como la irritabilidad y la tristeza premenstrual (aún en dosis inferiores a las antidepresivas), y la administración de carbohidratos y grasas (por su contenido en triptófano) puede mejorar también dichos síntomas.(44,56)

Papel de la serotonina en la personalidad y la conducta social.

De manera consistente en los estudios clínicos de pacientes psiquiátricos, se sugiere que la disminución en la actividad serotoninérgica puede relacionarse con trastornos que incluyen afecto hostil y conducta agresiva. Las personas con una historia de conducta impulsiva y violenta (incendiarios, criminales violentos, suicidas por métodos violentos) tienen niveles bajos de metabolitos de serotonina en líquido cefalorraquídeo. Los fármacos que aumentan la eficacia serotoninérgica reducen sentimientos hostiles y explosiones de violencia.(18)

Estudios con monos rhesus muestran que aquellos con niveles bajos de metabolitos de serotonina muestran mayor agresión espontánea, reciben más heridas y mueren a menor edad. El aumentar precursores en la dieta o

administrar inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina reduce la agresión, vigilancia y locomoción, y aumenta la aproximación y socialización con sus compañeros.(38)

La baja actividad de serotonina en el sistema nervioso central, asociada a la conducta violenta se encuentra frecuentemente en individuos con psicopatología caracterizada por pérdida del control del impulso. Este cuadro es compatible con el estado de hiposerotonergia central que se caracteriza por irritabilidad, hiperexcitabilidad e hiposensibilidad. (28)

Ya que la neurotransmisión serotoninérgica cerebral esta influenciada por las concentraciones sanguíneas de estradiol y progesterona, se piensa tentativamente que la irritabilidad premenstrual y la disforia pueden ser causados por la influencia de los esteroides sexuales sobre la actividad de la serotonina. Diversos estudios reportan mejoría más dramática de síntomas como la irritabilidad en mujeres con síndrome premenstrual tratados con antidepresivos con mayor acción serotoninérgica.

Por tanto, se ha evidenciado también que las mujeres con síndrome premenstrual son más susceptibles que el resto de la mujeres para experimentar episodios cortos de síntomas depresivos que pueden ser intensos y severos, considerándolas como un grupo de alto riesgo para el suicidio. (9,10)

Un número elevado de mujeres ingresan a las clínicas psiquiátricas durante los días que anteceden a la menstruación, a menudo los internamientos se deben a actitudes agresivas o impulsivas, así como a intentos de suicidio.(7)

Santosh y Chatuverdi (1995) estudiaron a 223 mujeres atendidas en la clínica de síndrome premenstrual. Observaron que 63% de ellas refirió ideación suicida en la fase premenstrual y hasta un 15% tuvo alguna vez un intento suicida, afirmando que la cantidad de intentos suicidas o ideas suicidas previas en estas mujeres, indican que ellas constituyen un grupo de alto riesgo.

Sus hallazgos sugieren que los síntomas como irritabilidad, sensación de pérdida de control, labilidad afectiva y afecto depresivo fueron los más frecuentemente reportados en mujeres con ideación suicida durante el período premenstrual. Consideraciones como la impulsividad y la conducta violenta (bien relacionadas a las alteraciones serotoninérgicas antes mencionadas) sustentan tales afirmaciones.

Tales datos apoyan el papel fundamental de este neurotransmisor en la fisiopatología del SPM, sin embargo no habremos de olvidar que no se le puede atribuir a un padecimiento psiquiátrico el exceso o disminución de un solo neurotransmisor.

Comorbilidad

En la investigación de los síntomas, a veces pueden identificarse síndromes, pero algunas, las mujeres sólo presentan un síntoma dominante, o bien, presentan únicamente la exacerbación de una enfermedad subyacente (asma, epilepsia parcial y generalizada, porfiria, lupus, dermatitis), que se aprecia cíclicamente (24).

Especial mención merece la exacerbación de diferentes trastornos psiquiátricos, que muchas veces puede requerir la revaloración de indicaciones farmacológicas.(29)

Se encuentra una importante relación con la depresión mayor, observándose la exacerbación de un episodio depresivo o bien, el riesgo que las mujeres con SPM presentan de deprimirse en el futuro.(8,30)

Se considera que las mujeres con SPM son más vulnerables a otros períodos de inestabilidad o cambio, como el posparto, la suspensión súbita de hormonales orales, la menopausia, entre otros.(27)

Diagnóstico.

Para algunos autores, el SPM es considerado el trastorno psiquiátrico más común en la mujer "que no puede tomarse como una neurosis benigna o primariamente psicogénica" (28)

Aún no son claros los factores endócrinos, metabólicos y bioquímicos involucrados en esta entidad y todavía está poco estudiado el rol que los factores del desarrollo y psicosociales juegan en la formación o expresión del Síndrome Premenstrual. La naturaleza y constelación de los síntomas dependen de la variabilidad individual (52).

Dado el desacuerdo aún en la patogénesis del padecimiento, su variable presentación y la particular diferencia individual, actualmente gran parte de las consideraciones en relación a él, están basadas en evaluar si es realmente útil y productivo enlistar los puntos que se consideren más importantes. Cuestionan también la necesidad de reunir los criterios de investigación señalados en el DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), ya que en ausencia de ellos, existe un gran porcentaje de mujeres que son afectadas por algún "subtipo" de trastorno disfórico o predominantemente físico en el premenstruo.

Muchas veces, las mujeres que se incluyen en el grupo de portadoras de trastorno disfórico premenstrual son aquellas en las que se identifican claros síndromes; sin embargo, frecuentemente las mujeres presentan sólo un síntoma dominante que aparece cíclicamente (41).

De acuerdo a estas consideraciones, la herramienta diagnóstica más útil en el síndrome premenstrual es más bien el cuándo se presenta un síntoma que la naturaleza de éste (cuando - que), aunque resulta necesario especificar que la

duración en el período sintomático puede ir de uno a dos días hasta la fase lútea entera.(17)

Existe el consenso en la evaluación de condiciones clave para el diagnóstico:

- ciclicidad
- recurrencia
- asociación consistente y temporal con la fase lútea
- necesidad de confirmación prospectiva
- para considerarse trastorno habrá de producir estrés clínicamente significativo y demostrarse su asociación con limitación en su funcionalidad.
- La consistencia, en lo que se refiere a los síntomas, debe enfocarse de manera individual, y su severidad puede fluctuar a través de los ciclos.

Diferentes consideraciones con respecto al tratamiento son discutidas. Aunque idealmente el tratamiento debe encaminarse de acuerdo a la patofisiología del trastorno (y ésta aún no es clara) la mayoría de las acciones terapéuticas se enfocan a la eliminación del síntoma, o bien a la supresión de la ovulación.

Factores como el papel y la eficacia de las intervenciones psicosociales así como la secuencia de tratamientos recomendada, aún no son claros.

Algunos autores (59,64) consideran un incremento significativo de los síntomas premenstruales, cuando éstos aumentan un 30% en su severidad de la fase folicular a la lútea.

Proponen que un aumento del 50% en la severidad de los síntomas ameritará tratamiento farmacológico, y sugieren la utilización de una fórmula para calcular el porcentaje de cambio:

Lútea- folicular / lútea x 100

Consideran que su resultado debe combinarse a los de la puntuación alcanzada en escalas (p. ej. Menos de 20 en fase folicular y mayor a 40 en fase lútea).

De acuerdo a ello, se podrían dividir los siguientes tipos:

- PURO-PURO.- Se trata de mujeres que cumplen criterios para trastorno disfórico premenstrual según el DSM IV y en las que no existe comorbilidad psiquiátrica presente ni pasada.
- PURO.- Mujeres que cumplen criterios del DSM para TDPM, que actualmente no tienen un proceso comórbido pero pueden tener antecedente de algún padecimiento psiquiátrico.
- MAGNIFICACIÓN PREMENSTRUAL.- Aquellas con diagnóstico del DSMIV para TDPM, pero que en proceso de atención pueden reevaluarse e identificarse un trastorno psiquiátrico mayor o una condición médica inestable.
- No PMDD.- (No Premenstrual Distress Disorder).- Mujeres sin síntomas premenstruales severos, suficientes para reunir criterios según el DSMIV, pero algunas pueden reunir criterios para otro trastorno como depresión

intermitente, ciclotimia, etc, en que los síntomas no necesariamente concuerdan con la fase lútea.

- PMS (Premenstrual Syndrome).- Quienes no reúnen criterios para TSPM del DSM IV pero sí para síndrome premenstrual según CIE 10:

Ligero disconfort psicosocial

Constipación intestinal

Aumento de peso

Sensibilidad mamaria

Cambios en el apetito

Sudoración de manos y pies

Acné

Dolor

Pobre concentración

Trastornos del dormir

Según estos criterios, es necesario un síntoma para el diagnóstico, pero la sintomatología debe restringirse a la fase lútea con un pico corte previo a la menstruación que cesa al presentarse ésta.

Estos autores reportaron que de una muestra de 300 nuevas referencias a su clínica de síndrome premenstrual, 60% de ellas reunieron criterios para TDPM, 273 en la categoría de puro-puro y 173 en la de puro.

Encontraron que el TDPM severo no se asocia usualmente con trastornos de la personalidad.(64)

Criterios de Investigación en el DSM IV para Trastorno Disfórico Premenstrual

La cuarta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition (DSM IV) clasifica los casos severos de síndrome premenstrual como trastorno disfórico premenstrual (TDPM). El predominio de síntomas psicológicos en el TDPM separa a este síndrome del síndrome más prevalente de SPM.

Sin embargo, dicha entidad está incluida en el apéndice B del DSM IV, que corresponde a "Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores", en el que se concluye que todavía no se dispone de la suficiente información como para avalar la inclusión de estas propuestas como categorías oficiales o ejes del DSM IV. Este apartado busca ayudar a determinar la posible utilidad de ítems, umbrales y tiempos de evolución definidos en los criterios de investigación, habiendo de considerarlos mientras tanto, como provisionales.

El diagnóstico de TDPM requiere la recurrencia de un mínimo de cinco síntomas la mayor parte del tiempo durante la última semana de la fase lútea. Uno de ellos debe ser: 1) Tristeza, desesperanza o desaprobación; 2) Tensión, ansiedad o impaciencia; 3) Estado de ánimo marcadamente lábil, al que se añade llanto frecuente; 4) Irritabilidad o enfado persistentes y aumento de los conflictos interpersonales; 5) Pérdida del interés por las actividades habituales, a lo que puede asociarse un cierto distanciamiento en las relaciones sociales;

6) Dificultad para concentrarse; 7) Sensación de fatiga, letargia o falta de energía; 8) Cambios acusados del apetito, que a veces pueden acompañarse de atracones o antojos por una determinada comida; 9) Hipersomnia o insomnio; 10) Sensación subjetiva de estar rebasada o fuera de control; 11) Síntomas físicos como hipersensibilidad o crecimiento mamario, dolores de cabeza o sensación de hinchazón o ganancia de peso, con dificultad para ajustarse la ropa, el calzado o los anillos. Entre este grupo de síntomas se finaliza "También pueden aparecer dolores articulares o musculares y paralelamente a este cuadro sintomático, pueden aparecer ideas de suicidio".

Estos síntomas deben haberse producido la mayoría de los meses en el último año, y desaparecer al inicio o durante la menstruación.

Es necesario, se menciona, que en la semana precedente al inicio de la menstruación, estas condiciones afecten de manera evidente las actividades y relaciones laborales escolares o sociales.

Estos síntomas pueden añadirse a un trastorno diferente, como un episodio depresivo mayor, trastorno distímico, de ansiedad o de la personalidad, sin embargo, no debe ser una mera exacerbación de ellos. Además, los síntomas deberán confirmarse mediante calificaciones prospectivas diarias en un mínimo de dos evaluaciones diferentes.

En el DSM IV, las mujeres que cumplen estos criterios de investigación reciben el diagnóstico de Trastorno depresivo no especificado. (12)

La calificación prospectiva diaria de los síntomas constituye actualmente el medio aceptable para confirmar un diagnóstico de TDPM. Las escalas de calificación propician el que las pacientes lleven un registro de la duración del sangrado menstrual y del ciclo, califiquen una variedad de síntomas físicos y psicológicos, tomen nota de eventos importantes en su vida, y registren el uso concurrente de medicamentos. Se han utilizado diversos instrumentos de evaluación para el SPM y el TDPM en estudios clínicos. La mayor parte de ellos, que se utilizan en el ámbito clínico, evalúan los síntomas esenciales incluidos en el DSM IV para el diagnóstico del TDPM. Hasta la fecha, no existe un consenso respecto a cual puede ser el instrumento más apropiado para establecer el diagnóstico (25,66).

Algunas de las escalas reconocidas y validadas para este padecimiento son:

- Calendar of premenstrual experiences (COPE = calendario de experiencias premenstruales).
- Daily assessment Form (DAF = Forma para evaluación diaria).
- Daily Rating Form (DAF = Forma de calificación diaria).
- Premenstrual Assessment Form (PAF = Forma de evaluación premenstrual)
- Premenstrual Tension Syndrome (PMTS = Síndrome de tensión premenstrual)
- Visual Analog Scale (VAS = Escala análoga visual)
- Prospective record of the impact of menstrual Symptomatology (PRISM = Registro prospectivo del impacto de la sintomatología menstrual).
- Premenstrual Syndrome diary (PMS = Diario de síndrome premenstrual).
- Cuestionario de malestar menstrual de Moos. (Moos. Menstrual Distress Questionnaire).

En los estudios realizados, se prefiere la aplicación de escalas que evalúen en forma prospectiva y retrospectiva, dado que se ha encontrado que los cuestionarios retrospectivos acerca de la menstruación se correlacionan de manera pobre con las escalas de autoreporte diario. (8,14)

Tratamiento.

El abordaje en el tratamiento del síndrome premenstrual, está relacionado a las consideraciones etiopatogénicas de dicha entidad. Por tanto, existen formas de tratamiento farmacológicas y no farmacológicas en la atención del trastorno.

La terapia hormonal en el tratamiento, especialmente encaminada a la supresión de la ovulación ha tenido resultados favorables, disminuyendo, en algunos reportes hasta 50 a 75 % de la depresión e irritabilidad en el SPM:

La anovulación con agonistas de hormona liberadora de gonadotropina y análogos sintéticos de GNRH (factor liberador de hormona del crecimiento) que cesan la liberación cíclica de estrógenos y progesterona han sido ampliamente utilizados. Sin embargo, y a pesar de los resultados obtenidos, el tratamiento a largo plazo puede provocar enfermedades como osteoporosis, cardiopatías y un elevado costo.

Existen otros reportes, que han utilizado danazol (esteroide sintético), anticonceptivos orales, progesterona y estradiol, los últimos tres, en los estudios, no encontraron mejoría respecto a la utilización de placebo. (37).

El uso de tiroxina se ha reportado benéfico en disfunción tiroidea asociada, pero en ausencia de anomalía no está indicada.

Estas alternativas se han encaminado al tratamiento suponiendo excesos o deficiencias hormonales, pero generalmente en los estudios se ha encontrado mayor respuesta a placebo, dificultad para replicar los hallazgos o falla de tratamientos cuando se aplican a muestras clínicas.

Otros tratamientos considerados efectivos incluyen al litio (si se toma al SPM como un tipo de trastorno afectivo bipolar), aunque muchos no han encontrado diferencia significativa con placebo.

Por sus propiedades antidepresivas y ansiolíticas ha sido utilizado el alprazolam, en una dosis media de .75 a 4 mg diarios, prescritos sólo en la fase lútea, encontrándose superior a placebo y más eficaz que progesterona.(33,62)

El uso de antidepresivos, inhibidores en la recaptura de serotonina (clorimipramina y selectivos), antagonistas 5HT₂ (nefazodona), agonistas (fenfluramina) y combinados (venlafaxina) ha sido también reportado. Los inhibidores selectivos como fluoxetina, paroxetina, sertralina y citalopram (68,26) han tenido efectos superiores a placebo. Diversos reportes utilizan dosis que equivalen a las antidepresivas (20 mg en fluoxetina, citalopram y paroxetina, 50 mg en sertralina) y algunos ha utilizado dosis inferiores (la mitad o una cuarta parte de lo referido), encontrándolas con mejor tolerancia para las pacientes. También se ha estudiado el beneficio que representa el tratamiento sólo en la fase lútea, que además disminuye considerablemente el

costo del tratamiento. Se ha reportado que los resultados muestran que la administración del medicamento durante la mitad del ciclo no tiene diferencia estadísticamente significativa comparado a la administración durante el ciclo completo (22). Con la venlafaxina no hay estudios completos, aunque se refiere una respuesta rápida a él en dosis de 25 a 37.5 mg por día. La clorimipramina es otro antidepresivo que se considera útil, y que puede ser administrado sólo en los días posteriores a la ovulación. (55,60,64)

Con nefazodona se han encontrado resultados benéficos en la mayoría de las mujeres, con la administración diaria de 200 a 500 mg, aunque las muestras estudiadas no han sido tan amplias como las encontradas para ISRS.

Con buspirona se han obtenido mejores resultados que con placebo, considerando que probablemente sea más eficaz con administración diaria que sólo en la fase lútea.

No todos los antidepresivos son efectivos, estudios comparativos entre paroxetina- maprotilina (15); otros con fluoxetina, bupropión y placebo han sugerido que los que actúan en el sistema serotoninérgico son particularmente más eficaces en el tratamiento del SPM: (52,53)

La mayoría de los estudios evalúan el tratamiento al cabo de pocos ciclos. fluoxetina es uno de los antidepresivos que han sido estudiados a más largo plazo (55).

Se ha encontrado que después de un año, muchas mujeres abandonan el tratamiento, lo cual puede provocar el reinicio de los síntomas, que remiten al

iniciar nuevamente el tratamiento. Se considera que si hay mejoría a los 6 meses, es muy probable que ésta se mantenga.(20)

Es posible que los anticonceptivos orales o agonistas de hormona liberadora de gonadotropina pueden beneficiar a mujeres que no respondieron en forma inicial a antidepresivos o ansiolíticos.

Otros medicamentos, como el ácido mefenámico y el naproxén sódico, inhibidores en la síntesis de prostaglandinas repercute en algunos de los síntomas, pero es muy probable que esta mejoría se deba simplemente a la supresión de dolor y no a las acciones sobre otros síntomas del SPM: La utilización de antidiuréticos como espironolactona, a partir de la mitad del ciclo, permite mejorar los síntomas premenstruales; aquellos que mejor respondieron a su administración fueron: irritabilidad, depresión, sensación de tensión, deseo de comer y dolor mamario.(34)

Tratamiento no farmacológico del SPM

El tratamiento no farmacológico ha sido menos estudiado que el tratamiento medicamentoso. Se han realizado reportes no controlados que recomiendan la eliminación de azúcares refinados, sal, cafeína y alcohol, además del aumento en la ingestión de carbohidratos complejos. Hay similitud entre los datos del síndrome premenstrual y la hipoglicemia, pero no se ha encontrado de manera consistente una alteración en el metabolismo de la glucosa en esta fase. El aumento en los antojos y el consumo de carbohidratos se relaciona con el

afecto depresivo. En un amplio estudio con 5546 mujeres se encontró que la severidad de los antojos se relacionó a la intensidad del afecto depresivo; el consumo de carbohidratos mejoraba el afecto en mujeres con SPM. Por tanto, se ha propuesto que las pacientes pueden apetecer más carbohidratos en un esfuerzo por aumentar la disponibilidad de triptófano para la síntesis de serotonina y poder mejorar el afecto. (34)

Un apropiado plan de tratamiento debe focalizar primero la intervención "no específica" benigna, incluyendo la educación sobre el síndrome premenstrual, disminución de sal y las metilxantinas (chocolate, refrescos de cola, alimentos ricos en cafeína) y ejercicios, dichas modificaciones pueden mejorar los síntomas en un alto porcentaje de pacientes (58).

Se recomienda el inicio de un régimen de ejercicio, o bien el aumento en la práctica de ejercicios aeróbicos. Diversos estudios (Timonen, Prior, Aganoll y colaboradores) han estudiado muestras de mujeres sedentarias y aquellas que realizan ejercicio regularmente, hallándose que el ejercicio mejora las molestias mamarias y la disforia premenstrual; sin embargo, pocos estudios han evaluado su afecto aislado, la mayoría estudia terapias combinadas (modificación de dieta, ejercicio, psicoterapia, etc), pero en ellos se han encontrado resultados favorables. No es claro si el beneficio está más bien dado por los cambios fisiológicos (p. ej. aumento en los niveles de endorfinas) o psicológicos (54)

La psicoterapia, en terapia cognitivo conductual, terapia de grupo y técnicas de relajación, encaminadas al manejo del enojo y la ansiedad, han reportado buenos resultados. Los efectos de la terapia cognitivo conductual se

consideran mejores que la terapia cognitiva en el tratamiento del afecto depresivo. Las técnicas de relajación han documentado su efectividad cuando forma parte de un tratamiento conductual. La terapia de grupo se ha reportado útil en tratamientos combinados y se considera tan efectiva como la terapia cognitivo conductual. (2,10)

Se han considerado otras alternativas como la terapia de luz (49), la privación de sueño, etc, pero es necesario evaluar su efecto de manera individual y el que tiene asociado a el tratamiento farmacológico.(13,39,50,51)

METODOLOGIA

1.- Diseño.- Prospectivo, transversal.

2.- Universo y muestra.-

El estudio se llevó a cabo en una población cerrada, mujeres que trabajan en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

Se incluyeron a mujeres con edad de 20 a 45 años, con ciclos menstruales regulares, no embarazadas, sin padecimientos físicos diagnosticados y libres de medicación, excluyéndose aquellas que tengan enfermedades físicas concomitantes, usuarias de anovulatorios y otros medicamentos y aquellas con irregularidad en ciclos menstruales.

consideran mejores que la terapia cognitiva en el tratamiento del afecto depresivo. Las técnicas de relajación han documentado su efectividad cuando forma parte de un tratamiento conductual. La terapia de grupo se ha reportado útil en tratamientos combinados y se considera tan efectiva como la terapia cognitivo conductual. (2,10)

Se han considerado otras alternativas como la terapia de luz (49), la privación de sueño, etc, pero es necesario evaluar su efecto de manera individual y el que tiene asociado a el tratamiento farmacológico.(13,39,50,51)

METODOLOGIA

1.- Diseño.- Prospectivo, transversal.

2.- Universo y muestra.-

El estudio se llevó a cabo en una población cerrada, mujeres que trabajan en el Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez".

Se incluyeron a mujeres con edad de 20 a 45 años, con ciclos menstruales regulares, no embarazadas, sin padecimientos físicos diagnosticados y libres de medicación, excluyéndose aquellas que tengan enfermedades físicas concomitantes, usuarias de anovulatorios y otros medicamentos y aquellas con irregularidad en ciclos menstruales.

3.- Procedimiento.- A las mujeres seleccionadas para su inclusión en el estudio se les entrevistó inicialmente para considerar si cumplían criterios diagnósticos de trastorno disfórico premenstrual. (DSM IV).

A aquellas con diagnóstico positivo se le incluyó en el grupo uno, a las que no, en el grupo dos.

Diariamente, se les pidió contestaran el cuestionario Moos, empezando a partir del inicio de la menstruación, y hasta la presentación del siguiente período menstrual, durante tres ciclos menstruales consecutivos. De acuerdo a las fechas proporcionadas por las mujeres en relación a su período menstrual, se dividió el ciclo en 3 fases de estudio (premenstrual, menstrual y posmenstrual).

Definición del problema.-

Algunos autores han cuestionado la utilidad de los criterios diagnósticos para la valoración del SPM. Muchas veces, las mujeres pueden presentar una alteración del afecto (labilidad, irritabilidad, afecto triste, inquietud) físicas (cefalea, edema, sensibilidad mamaria, dificultad en la concentración, etc), o la exacerbación de las molestias de una condición previa (enfermedades psiquiátricas como episodios depresivos y ansiosos, epilepsia, asma, dermatitis, lupus, etc), que demuestran consistencia en su aparición cíclica y la severidad de su presentación, y que en muchos casos, puede representar tal malestar que aquellas que lo padecen, gustaría de recibir tratamiento.

Buscamos identificar la variación de síntomas asociada a la fase del ciclo menstrual presentada, para demostrar la consistencia en ellos, aún en mujeres que no cumplen criterios diagnósticos para trastorno disfórico premenstrual.

Estas consideraciones pueden servir para cuestionar la utilidad de reunir los criterios diagnósticos del DSM IV para TDPM, a fin de identificar síntomas que pueden ser de severidad tal, que ameriten aproximación y tratamiento, o bien el reajuste de medidas terapéuticas durante la fase premenstrual en específico, cuando la mujer es portadora de enfermedades afectivas como la depresión.

Objetivos

- Determinar la estabilidad en la aparición y severidad de síntomas asociados a la fase premenstrual en mujeres sin diagnóstico de TDPM, con la aplicación del MDQ durante 3 ciclos menstruales consecutivos
- Confirmar prospectivamente el diagnóstico de TDPM por la medición del MDQ durante 3 ciclos menstruales
- Valorar el grado de interferencia en el desempeño de las actividades (desde ausente hasta incapacitante) que representan las molestias premenstruales para las mujeres con síntomas persistentes.

Hipótesis

- Un elevado porcentaje de mujeres en edad fértil, con ciclos menstruales regulares, experimentan síntomas premenstruales estables en su aparición y severidad en la mayoría de ellos.
- En las mujeres que reúnen criterios para el diagnóstico de TDPM, éste puede ser confirmado prospectivamente con la aplicación del MDQ
- La mayoría de las mujeres con síntomas premenstruales persistentes pueden considerar que éstos interfieren en el desempeño de sus actividades habituales.

CUESTIONARIO DE MALESTAR PREMENSTRUAL DE MOOS (MDQ)

Cuestionario de autoaplicación constituido por 47 ítems que describen los síntomas que experimenta la mujer en determinada fase de su ciclo. Se le solicita la evaluación de la molestia en una escala de 6 puntos:

1= No lo presenta

2= Apenas lo percibe

3= Leve

4= Moderado

5= Fuerte

6= Incapacitante.

El cuestionario se aplica diariamente (algunos autores sugieren se pudiera aplicar cada tercer día), y se divide su calificación en:

Fase 1.- Durante la menstruación (menstrual)

Fase 2.- Una semana antes de la menstruación (premenstrual)

Fase 3.- El resto del ciclo (intermenstrual)

En la muestra de 839 sujetos estudiados por MOOS, éste consideró la presencia de 47 síntomas que podrían agruparse en 8 diferentes tipos.

Cada fase del ciclo menstrual se correlacionó positivamente con cada una de las ocho escalas, con una correlación típica y con un rango promedio de 0.18 a 0.63 con una media de 0.36 (48).

Esto incluye que una escala contenga síntomas positivos y el control de la escala, ambos se correlacionaron de manera positiva en las tres fases del ciclo, con un rango de 0.17 a 0.77m, con una media de 0.54. Estos datos se correlacionan entre las escalas para cada fase y entre las fases para cada escala, considerándose estadísticamente significativas, con una p menor que 0.001.

Por lo tanto, Moos señala que el Cuestionario de Malestar Premenstrual diseñado por él tiene una alta medición en otras escalas, lo cual evidencia la validez del Test. La variación en la severidad de los síntomas en las primeras seis escalas evidenció la modificación cíclica de acuerdo a la fase del ciclo menstrual, con significancia estadística de p menor que 0.05, Mann-Whitney U Test.

Resultados

El estudio incluyó a 30 mujeres en edad reproductiva, que se dividieron en dos grupos. El grupo 1 consistió de mujeres con diagnóstico de trastorno disfórico premenstrual (TDPM) según criterios del DSMIV y el grupo 2 de mujeres que no reunieron dichos criterios de investigación.

Las mujeres estudiadas tuvieron una edad promedio de 31.8 años (rango de 21 a 42 años). 53.3% (16 de ellas) estuvieron casadas, 40% (12) eran solteras una fue divorciada y una más viuda (3.3% respectivamente).

El 40% de ellas (12) fueron médicos especialistas, 16.6% (5) laboraban como empleadas administrativas, 13.3 % fueron secretarias (4) y el mismo porcentaje laboraba como secretaria; 2 (6.6%) trabajadoras sociales y 3 (10%) psicólogas.

La paridad promedio reportada en la muestra fue de 1.13 (rango de 0 a 3). 11 (36.6%) fueron nulíparas.

Del grupo de controles (sin diagnóstico de TDPM), 7 (50%), consideraron que sus molestias premenstruales nunca interferían en su desempeño familiar, social o laboral. 3 (21.4%) dijo que sólo algunas veces, 3 (21.4%) reportó que muchas veces sus síntomas interferían su desempeño y sólo 1 (7.1%) consideró que lo hacía siempre o casi siempre.

De las 14 mujeres pertenecientes al grupo de controles (sin diagnóstico de TDPM), 10 (71.4%) presentaron por lo menos un síntoma asociado al período premenstrual de manera consistente.

De ellas, todas presentaron un aumento de por lo menos 30% en la severidad de sus síntomas (de la fase intermenstrual a la premenstrual.

9 (64.2%) aumentaron aproximadamente el mismo porcentaje en las escalas de concentración y retención de agua. 7 (50%) incrementaron por lo menos 30% en el grupo de síntomas que miden cambios conductuales. 6 (42.8%) lo hicieron en la escala de reacciones autonómicas y 5 (35.7%) presentaron dicho aumento en la medición de alertamiento y control, respectivamente.

En el total del grupo 1 (casos) se confirmó prospectivamente el diagnóstico, todas ellas aumentaron por lo menos un 30% de sus síntomas con respecto a la fase intermenstrual durante los tres ciclos evaluados.

Las gráficas 1, 2 y 3 muestran comparativamente las modificaciones en los grupos de síntomas en las fases menstrual (1), premenstrual (2) e intermenstrual (3)

La tabla 1 muestra los promedios obtenidos en las calificaciones del MDQ para cada grupo de síntomas (ocho) de el grupo de casos y controles, en las diferentes fases del ciclo menstrual, así como la desviación estándar correspondiente a ellos.

Tabla 1. Promedio y Desviación estándar obtenidas en el MDQ para las diferentes fases del ciclo menstrual.

	Menstrual		Premenstrual		Intermenstrual	
	Controles	Casos	Controles	Casos	Controles	Casos
Dolor						
Promedio	4.9	4.7	8.1	10.8	4.1	3.7
DS	5.3	5.3	9.6	11.9	4.8	4.3
Concentración						
Promedio	5.6	4.7	10.4	11.3	5.4	4.5
DS	6.4	5.6	11.6	12.7	6.3	5.4
Conducta						
Promedio	4.3	3.8	8.4	8.4	4.0	3.4
DS	5.2	4.6	9.9	10.2	5.1	4.1
Reacciones autonómicas						
Promedio	2.7	2.5	3.7	4.9	2.5	2.2
DS	2.7	2.8	4.4	6.2	2.5	2.5
Retención de agua						
Promedio	3	3.3	5.0	7.9	2.6	2.5
DS	3	3.9	6.6	9.6	2.7	2.9
Afecto negativo						
Promedio	6.3	5.8	12.3	12.9	6.0	5.3
DS	7.3	6.8	13.1	14.1	7.3	6.2
Alertamiento						
Promedio	4.5	4.0	5.6	5.7	4.3	3.7
DS	4.6	4.6	6.9	7.5	4.5	4.3
Control						
Promedio	3.9	3.5	5.4	6.6	3.8	3.3
DS	4.2	3.9	6.2	8.0	4.1	3.6

Discusión.

Se evaluaron a 30 mujeres trabajadoras de Hospital Psiquiátrico. En su mayoría con escolaridad técnica o licenciatura advertidas de la intención de valorar quejas premenstruales.

En la primera entrevista se determinó si ellas reunían criterios diagnósticos para TDPM (según DSM IV). Quienes no los reunieron se incluyeron en el grupo 2.

Las mujeres pertenecientes a éste grupo, no cumplieron dichos criterios por las siguientes razones:

9 (64.2%) no reunieron los 5 síntomas requeridos en el inciso A.

7 (50%) consideraron que sus molestias no interferían "acusadamente" con el trabajo, la escuela, actividades sociales habituales o relaciones interpersonales.

6 (42.8%) manifestó que sus síntomas no se presentaban en la mayoría de sus ciclos en el último año.

Ninguna de ellas había buscado atención médica debido a la alteración (si la presentaba).

Encontramos que 71% de ellas presentó síntomas de severidad suficiente (mayor del 30% con respecto a otras fases del ciclo) en el período premenstrual, asociado de manera consistente en los 3 ciclos.

Los síntomas más frecuentemente reportados fueron los relacionados a síntomas de dolor y afecto negativo, los síntomas correspondientes a concentración, retención de agua y cambios conductuales le siguieron en

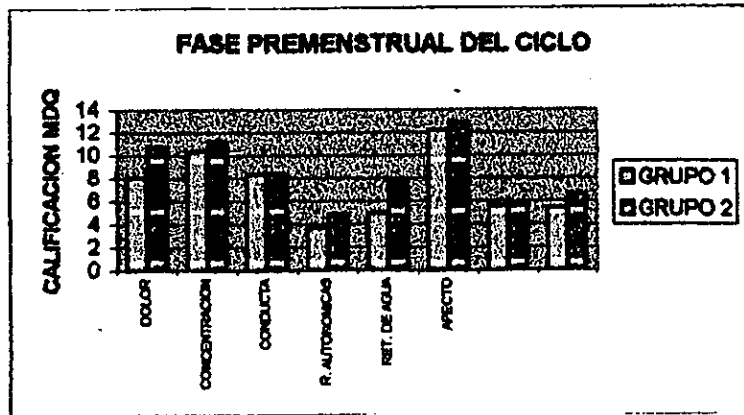
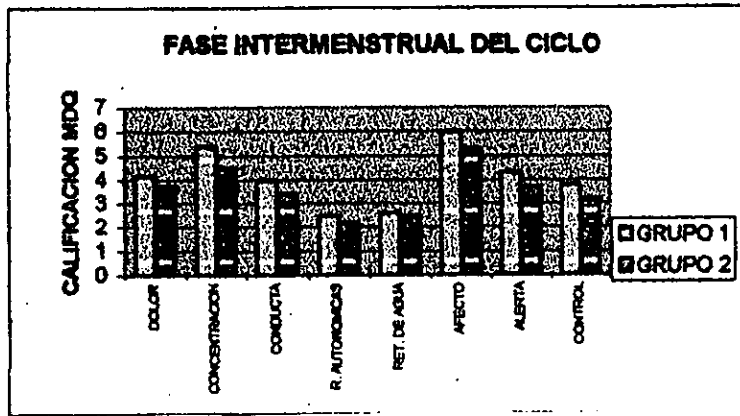
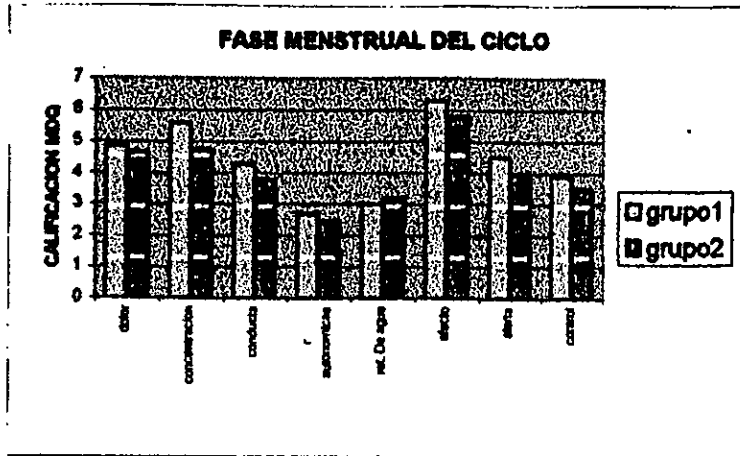
presentación, tal como se ha reportado en otras series según las fuentes revisadas.

Existen también en la literatura, datos que reportan que el hecho de que las encuestadas conozcan el síndrome premenstrual y la intención de medirlo, puede arrojar frecuentemente resultados positivos en cuanto a las quejas premenstruales (61).

Posteriores estudios podrían intentar evaluar estas molestias premenstruales en poblaciones de nivel sociocultural diferente. Por un lado, por ejemplo, aquellas mujeres (psiquiatras, ginecólogas) con pleno conocimiento del síndrome, contra un grupo de mujeres con menores conocimientos médicos y que no conozcan, como las primeras, la presencia de un SPM:

Resulta necesario, también, la evaluación más objetiva de condiciones físicas (no sólo que las mujeres se reconozcan como "no enfermas", sino la realización de exámenes físicos y pruebas de laboratorio que constaten dichas afirmaciones), para correlacionar, de manera más firme la influencia e interacción de otros sistemas (p. ej. perfil tiroideo, perfiles de hormonas ováricas, etc.), que aunque no se manifiesten clínicamente, pueden ser condiciones subyacentes que predispongan a la población afectada.

De esta manera, lo más relevante es reconocer la complejidad que implica el examinar las variaciones físicas, afectivas y conductuales en el ciclo vital de la mujer. Existen muchos elementos que pueden condicionar cambios al respecto, y hasta ahora, el acercamiento a ellos ha sido puramente biológico, y aún, no concluyente.



Sin embargo, se hace necesario que en nuestra práctica médica, y específicamente como psiquiatras, contemplemos la posibilidad de que una mujer pueda estar afectada por un trastorno propio y circunscrito a cierta etapa de su vida reproductiva. Siendo así, se realizarán los protocolos diagnósticos necesarios, que aclaren el seguimiento y abordaje de dichos padecimientos.

Además, resulta también importante el considerar estos cambios neuroquímicos independientemente de que se identifique o no un síndrome premenstrual como tal, ya que estas condiciones pueden afectar la evolución y el tratamiento de diversos padecimientos médicos y psiquiátricos (ya antes hemos hablado acerca de la exacerbación de padecimientos como epilepsia, trastornos afectivos, enfermedades inmunológicas: asma, lupus, etc.) que en algunos casos pueden requerir revaloración terapéutica en esta fase.

En adelante, podrán realizarse mayores estudios encaminados al estudio de la disfunción que para algunas mujeres puede representar el ciclo menstrual. Para otros padecimientos como la esquizofrenia o la depresión, se han realizado ya diversos estudios que evalúan la adaptación social, la calidad de vida, la disfunción laboral y los costos que representan tales enfermedades. Para el SPM, éstas condiciones no debieran ser ajenas, sin embargo, objetivar tales circunstancias, en condiciones que dependen del tiempo, el ciclo de vida, las circunstancias individuales, entre otras cosas, le hace todavía más difícil.

CONCLUSIONES

Habiéndose demostrado la consistencia de las quejas premenstruales en un porcentaje considerable del género, consideramos nosotros que aunque no se establezca el diagnóstico de TDPM, muchas mujeres podrían presentar alguna modificación del afecto, físicas o conductuales que son de alguna manera estables en su aparición y severidad en la mayoría de los períodos menstruales.

La presencia de algún síntoma en el período premenstrual puede ser de severidad tal que interfiera en el desempeño de las actividades cotidianas en la mujer. Sin embargo el desconocimiento del trastorno condiciona el hecho de que estas limitaciones se atribuyan a diferentes circunstancias en la vida de la mujer afectada, sin considerar las posibles alteraciones biológicas que les hacen susceptibles.

Además de investigar la posible presencia de un síndrome premenstrual, habrá de ser necesario el reconocimiento de las variaciones hormonales y bioquímicas, propias del ciclo de vida en cada mujer. El evaluarlas física y psicológicamente debiera ser un proceso dinámico. Su funcionamiento es el producto de su interacción biológica, su fase de vida y del ciclo menstrual.

Debe también valorarse su adaptación única a cada fase y estado de vida en relación a otros individuos, las influencias reguladoras de la sociedad, y sus circunstancias contemporáneas que atribuyen a experiencias o prácticas de conducta.

Períodos como la menopausia, el embarazo, el posparto, al igual que la fase previa al período menstrual están fuertemente relacionados a la frecuencia y forma de aparición de síntomas psiquiátricos diversos.

En este sentido, es innegable la utilidad de los Manuales de Clasificación Estadística para unificar los criterios diagnósticos en las enfermedades psiquiátricas. Los apéndices referidos a aquellos "trastornos que requieren estudios posteriores", pueden representar un extenso campo orientado a la investigación de otras entidades que nos conduzcan a reevaluar los criterios propuestos hasta ahora, ya que, finalmente, nuestra intención siempre será la de proporcionar atención y tratamiento, en lo posible, a quienes padecen dichos trastornos.

ASPECTOS ETICOS

Esta investigación no pone en peligro la integridad biopsicosocial de las personas estudiadas de acuerdo a la declaración de Helsinki modificada en Tokio en 1975, además toma en cuenta las normas institucionales, nacionales e internacionales para la investigación en humanos.

BIBLIOGRAFIA

1. Ainscough Carolyn E. Premenstrual Emotional Changes a Prospective Study of Symptomatology in Normal Women. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 34, No. 1, pp. 35-45, 1990.
2. -Blake F; Salkovskis P; Gath D; Day A; Garrod A. Cognitive Therapy for Premenstrual Syndrome: A Controlled Trial *J Psychosom Res.* Oct 1998 45 (4) p307-18.
3. -Bloch Miki, Schmidt Peter J., Rubinow David R. Premenstrual Syndrome: Evidence for Symptom Stability Across Cycles. *Am J Psychiatry* 154:12, December 1997, p 1741-46.
4. -Brown Parlee Mary. Stereotypic Beliefs about Menstruation: A Methodological Note on the Moos Menstrual Distress Questionnaire and Some New Data. *Psychosomatic Medicine.* Vol. 36 No. 3 (May-June) 1974 p229-240.
5. -Brown Walter A. Commentary on "Menstrual Related Disorders: Points of Consensus, Debate, and Disagreement. *Neuropsychopharmacology* 1993-Vol. 9 , No. 1, p. 23-24.
6. -Brown Walter A. PMS: A Quiet Breakthrough. *Psychiatric Annals* 26:9 pp. 569-580. Sept 1996.
7. -Chaturvedi Santos K., Chandra Prabha S., Gururaj G., et al.. Suicidal Ideas During Premenstrual Phase. *Journal of Affective Disorders* 34(1995) 193-199.
8. Chisholm G.; Jung S.O.J.; Cumming C.E.; Fox E.E.; Cumming D.C. Premenstrual anxiety and depression: comparison of objective psychological tests with a retrospective questionnaire. *Acta Psychiatr Scand.* 1990 : 81 : 52-57.
9. -Christensen Alison P., Oei Tian. Correlates of Premenstrual Dysphoria in Help-Seeking Women. *Journal of Affective Disorders* 33 (1995) 47-55.
10. -Christensen Alison P., Oei Tian. The Efficacy of Cognitive Behavior Therapy in Treating Premenstrual Dysphoric Changes. *Journal of Affective Disorders* 33(1995) 57-63.
11. -Condon John T. The Premenstrual Syndrome: A Twin Study. *British Journal of Psychiatry* (1993), 162, 481-486.
12. -Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition. American Psychiatric Association;1994:717-718.
13. Einon Dorothy. The Influence of Ambient Light and Menstrual Status on the Moods of a Nonclinical Population of Young Women. *Psychosomatic Medicine* 59:616-619 (1997).
14. -Endicott Jean Cols. Psychobiology of Premenstrual Change. *Psychopharmacology Bulletin.* Vol. 18, No. 3, July 1982 PP. 109-112.

15. -Eriksson E, Hedberg MA, Andersch B, Sundblad C. The serotonin reuptake inhibitor paroxetine is superior to the noradrenaline reuptake inhibitor maprotiline in the treatment of premenstrual Syndrome. *Neuropsychopharmacology* 1995;12(2):167-176.
16. -Fawcett Jan. Which Comes First? *Psychiatric Annals* 26:9 p.568. Sept. 1996.
17. -Fillingim Roger B. Cols. Ischemic but not Thermal Pain Sensitivity Varies Across the Menstrual Cycle. *Psychosomatic Medicine* 59:512-520 (1997).
18. -Fitz Margret Gerald, Malone Kevin M., Li Shuhua, Harrison Wilma M., McBrideAnne Endicott Jean, Cooper Thomas, Mann John J. Blunted Serotonin Response to Fenfluramine Challenge in Premenstrual Dysphoric Disorder. *Am J Psychiatry* 154:4, April 1997: 556-558.
19. -Fontaine Kevin R., Seal Anne. Optimism, Social Support, and Premenstrual Dysphoria. *Journal of Clinical Psychology*. Vol 53 (3), 243-247 (1997).
20. -Freeman E.W.; Schweizer E.; Rickels K. Personality Factors in Women with Premenstrual Syndrome. *Psychosomatic Medicine* 57:453-459 (1995).
21. -Freeman EW; Halbreich U. Premenstrual Syndrome. *Psychopharmacol Bull.* 1998 34 (3) p 291-5.
22. -Freeman EW; Rickels K; Arredondo F; Kao LC; Pollack SE; Sondheim SJ. Full-or half-cycle treatment of severe premenstrual syndrome with a serotonergic antidepressant. *J Clin Psychopharmacol* Feb 1999 19 (1) p 3-8
23. -Gold Judith H. Commentary on "Menstrual Related Disorders: Points of Consensus, Debate, and Disagreement. *Neuropsychopharmacology* 1993-Vol. 9, No. 1, p 22.
24. Halbreich U. Premenstrual Dysphoric Disorders: a Diversified Cluster of Vulnerability Traits to Depression. *Acta Psychiatr Scand* 1997 : 95 : 169-176.
25. -Halbreich U.; Endicott J.; Schacht S.; Nee J. The Diversity of Premenstrual changes as Reflected in the Premenstrual Assessment Form. *Acta Psychiatr. Scand.* (1982) 65, 46-65.
26. -Halbreich U; Smoller JW. Intermittent Luteal Phase Sertraline Treatment of Dysphoric Premenstrual Syndrome. *J Clin Psychiatry* Sep 1997 58 (9) p399-402
27. -Halbreich Uriel Cols. Future Directions in the Study of Premenstrual Changes. *Psychopharmacology Bulletin*. Vol. 18 No. 3, July 1982 pp. 121-123.
28. -Halbreich Uriel Cols. Menstrually Related Disorders: Points of Consensus, Debate, and Disagreement. *Neuropsychopharmacology* 1993- Vol. 9 , No. 1.
29. -Halbreich Uriel Cols. Premenstrual Dysphoric Disorders, Anxiety, and Depressions: Vulnerability Traits or Comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*. Vol 52 pp. 606 (1995).

30. -Halbreich Uriel Cols. Relationship of Dysphoric Premenstrual Changes to Depressive Disorders. *Acta Psychiatr. Scand.* 1985;71:331-338.
31. -Halbreich Uriel. Menstrually Related Changes and Disorders: Conceptualization and Diagnostic Considerations. *Neuropsychopharmacology* 1993-Vol 9,No.1 PP.25-29.
32. -Halbreich Uriel. Reflections on the Cause of Premenstrual Syndrome. *Psychiatric Annals* 26:9, 581-585, September 1996.
33. -Harrison Wilma M., Endicott Jean, Nee John. Treatment of Premenstrual Dysphoria with Alprazolam. *Arch Gen Psychiatry.* 1990;47:270-275.
34. -Hart Kenneth E., Hill Angela L. Generalized Use of Over-the-Counter Analgesics: Relationship to Premenstrual Symptoms. *Journal of Clinical Psychology.* Vol. 53(3), 197-200 (1997).
35. -Hurt Stephen W., Schnurr Paula P., Severino Sally K., Freeman Ellen W., Gise Leslie H., Rivera Tovar Ana, Steege John F. Late Luteal Phase Dysphoric Disorder in 670 Women Evaluated for Premenstrual Complaints. *Am J Psychiatry* 149:4, April 1992, p 525-530..
36. -Ibañez Domínguez Jorge. Endócrino Psiquiatría del Síndrome Premenstrual. *Revista Argentina de Psiquiatría Biológica.* Vol. III. No. 20. Pag. 20/27. 1996.
37. Kimberly A. Yonkers, Brown A. Watter. Pharmacologic Treatment of Premenstrual Syndrome. *Psychiatric Annals.* 26:9 Sept 1996 p 590-594.
38. -Knutson Brian, Wolkowitz Owen M., Cole Steve W., Chan Theresa, Moore Elizabeth A., Johnson Ronald C., Terpstra Jan, Turner Rebecca A., Reus Victor I. Selective Alteration of Personality and Social Behavior by Serotonergic Intervention. *Am J Psychiatry* 1998; 155:373-378.
39. Lam Raymond W., Zis Athanasios P., Grewal Arvinder, Delgado Pedro L. Charney Dennis S., Krystal John H. Effects of Rapid Tryptophan Depletion in Patients with Seasonal Affective Disorder in Remission After Light Therapy. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53:41-44.
40. -Le Melleo Jean-Michel Cols. Premenstrual Dysphoric Disorder and Response to Cholecystokinin-Tetrapeptide. *Arch Gen Psychiatry.* Vol 52 pp.605-606. (1995).
41. -M.G. Metcalf, J:H: Livesey, J.E. Wells and V. Braiden. Physical Symptom Cyclicity in Women with and without the Premenstrual Syndrome. *J of Psychosomatic Research.* May 1989.Vol. 34. No. 2 pp.203-213, 1990.
42. -Madden Pamela A.F., Heat Andrew C., Rosenthal Norman E., Martin Nicholas G. Seasonal Changes in Mood and Behavior. *Arch Gen Psychiatry.* 1996;53:47-55.

43. -Marbach Joseph J., Raphael Karen G. Dohrenwend Bruce P. Do Premenstrual Pain and Edema Exhibit Seasonal Variability?. *Psychosomatic Medicine* 57:536-541 (1995).
44. -Marván Ma. Luisa. Síndrome Premenstrual: Participación de la Serotonina. *Psiquis*, Vol. 3 num. 4. Pp 81-85. 1994.
45. -Marván Ma. Luisa; Contreras Carlos M. El Síndrome Premenstrual. *Salud Mental*, V. 16 No. 1, marzo de 1993, p 33-38.
46. -Marván Ma. Luisa; Martínez Millán Ma. de Lourdes. Comunicación Marital y Síntomas Premenstruales. *Acta Psiq y Psicol. de América Latina*. 41 (1), 24-28. 1995.
47. -Maskall Douglas D., Lam Raymond W., Misri Shaila, Carter Diana, Kuan Annie J., Yatham Lakshmi N., Zis Athanasios N. Seasonality of Symptoms in Women with Late Luteal Phase Dysphoric Disorder. *Am J Psychiatry* 154:10, October 1997, p 1436-41.
48. -Moss RH. The development of a menstrual distress questionnaire. *Psychosomatic Medicine*. 1968;30:853-867.
49. -Parry Barbara L., Mahan Anne M., Mostofi Nasim, Klauber Melville R., Lew Gavin S., Gillin Christian J. Light Therapy of Late Luteal Phase Dysphoric Disorder: An Extended Study. *Am J Psychiatry* 1993; 150:1417-1419.
50. -Parry BL, Berga SL, Mostofi N, et a. Morning versus evening bright light treatment of late luteal phase dysphoric disorder. *Am J Psychiatry* 1989;146:1215-1217.
51. -Parry BL, Wher TA. Therapeutic effect of sleep deprivation in patients with premenstrual syndrome. *Am J Psychiatry* 1987;144:808-810.
52. -Pearlstein T; Stone AB. Premenstrual Syndrome. *Psychiatr Clin North Am*. Sep 1998 21 (3) p577-90.
53. -Pearlstein Teri B. Cols. Comparison of Fluoxetine, Bupropion, and Placebo in the Treatment of Premenstrual Dysphoric Disorder. *J Clin Psychopharmacol.*, Vol 17/No. 4, August 1997, p261-266.
54. -Pearlstein Teri. Nonpharmacologic Treatment of Premenstrual Syndrome. *Psychiatric Annals* 26:9 pp. 590-594. Sept. 1996.
55. -Ping Su Tung Cols. Fluoxetine in the Treatment of Premenstrual Dysphoria. *Neuropsychopharmacology* 1997- Vol. 16, No. 5, p 346-356.
56. -Rapkin A. The role of serotonin in premenstrual syndrome. *Journal of Obstetrics and Gynecology* 1992;35:629-631.
57. -Roca Catherine A., Schmidt Peter J., Bloch Miki, Rubinow David R. Implications of Endocrine Studies of Premenstrual Syndrome. *Psychiatric Annals* 26:9, 576-579. September 1996.
58. -Severino K, Moline M. Premenstrual Syndrome: identification and management. *Drugs* 1995;49(1):71-82.

59. -Severino Sally K. Commentary on "Menstrually Related Disorders: Points of Consensus, Debate, and Disagreement. Neuropsychopharmacology 1993-Vol. 9, No. 1, p 17-18.
60. -Shader Richard I. Cols. Premenstrual Tension in Biochemical and Psychotropic Drug Assessment. Psychopharmacology Bulletin. Vol. 18, No. 3, July 1982 PP: 113-121.
61. -Slade Pauline Premenstrual Emotional Changes in Normal Women: Fact or Fiction. Journal of Psychosomatic Research. Vol. 28. No. 1, pp. 1-7, 1984.
62. -Smith Samuel, Rinehart John S., Ruddock Vilma E., Schiff Isaac. Treatment of Premenstrual Syndrome with Alprazolam: Results of a Double- Blind, Placebo-Controlled, Randomized Crossover Clinical Trial. Obstet Gynecol, Vol. 70, No. 1 37-43. 1987.
63. -Steege John F. Commentary on "Menstrually Related Disorders: Points of Consensus, Debate, and Disagreement. Neuropsychopharmacology 1993- Vol. 9, No. 1, p 19-20.
64. -Steiner Meir Cols. Fluoxetine in the Treatment of Premenstrual Dysphoria. The New England J of Medicine. Vol. 332. No. 23, June 8, 1995, p 1529-1534.
65. -Steiner Meir. Premenstrual Dysphoric Disorder. General Hospital Psychiatry 18, 244-250, 1996.
66. -Thys-J.S.; Alvir J.M.; Fratarcangelo P. Assessment and Rating Instruments. Psychopharmacology Bulletin. 31(2):389-396, 1995.
67. -Treicher Martin H., Glod Carol A., Magnus Eleanor Harper David, Benson Gregory, Krueger Kathryn, McGreenery. Circadian Rest-Activity Disturbances in Seasonal Affective Disorder. Arch Gen Psychiatry. 1997;54:124-130.
68. -WikanderI., Sunblad C., Andersch B., Et Al. Citalopram in Premenstrual Dysphoria is Intermittent Treatment During Luteal Phases More Effective than Continuous Medication Throughout the Menstrual Cycle?. J Clin Pshychopharmacol Oct 1998 18 (5) p390-8.

ANEXOS

(INSTRUMENTOS Y CRITERIOS DIAGNOSTICOS)

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Valoración de quejas premenstruales en mujeres sin diagnóstico de Trastorno Disfórico Premenstrual

Registro _____ FUM _____ fecha _____

CUESTIONARIO DE MALESTAR MENSTRUAL DE MOOS

Tiene hoy alguno de estos síntomas?

	No	Apenas percibe	lo leve	moderado	fuerte	Incapacitante
1.-Entumecimiento muscular						
2.-Aumento de peso						
3.-mareo, sensación de desmayo						
4.-Se siente sola						
5.-Molestias en la piel						
6.-Dolor de cabeza						
7.-Escalofríos						
8.-Ansiedad						
9.-Cambios en su estado de ánimo						
10.-Calambres						
11.-Dolor o sensibilidad de los senos						
12.-Náuseas, vómito						
13.-Ganas de llorar						
14.-Dolor de espalda baja						
15.-Abdomen o senos hinchados						
16.-Bochornos						
17.-Irritabilidad						
18.-Tensión						
19.-Fatiga						
20.-Sentimientos de tristeza, abatimiento						
21.-Dolores o malestar general						
22.-Intranquilidad						
23.-Insomnio						
24.-Bajo rendimiento (escuela , trabajo)						
25.-Se siente cariñosa						
26.-Sensación de falta de aire						
27.-Olvidos, descuidos						
28.-Permanece en cama duerme siesta						
29.-Está más ordenada						
30.-Dolores en el pecho						
31.-Confusión						
32.-Su juicio esta alterado						
33.-No tiene ganas de salir						
34.-Se siente emocionada						
35.-Zumbido de oídos						
36.-Dificultad para concentrarse						
37.-Evita actividades sociales						
38.-Sentimientos de bienestar						
39.- Palpitaciones						
40.-Distractibilidad						
41.-Eficiencia disminuída						
42.-Mucha energía/ Gran actividad						
43.-Comezón						
44.-Accidentes menores						
45.-Ve manchitas, ve borroso						
46.-Su coordinación motora disminuída						
47.-Aumento de apetito						

CRITERIOS DE INVESTIGACION PARA EL TRASTORNO DISFORICO PREMENSTRUAL

- 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 del último año, que empiezan a remitir dos días después del inicio de la fase folicular y que desaparecen completamente en la semana siguiente a la menstruación, teniendo en cuenta que al menos uno de estos síntomas debe de ser alguno de los cuatro primeros:
- (1) estado de ánimo deprimido, sentimientos de desesperanza e ideas de autodesaprobación acusadas
 - (2) ansiedad, tensión, sensación de agobio o de estar “al límite”
 - (3) labilidad emocional evidente (p ej. ataques de tristeza, llanto e hipersensibilidad ante el rechazo)
 - (4) enfado, irritabilidad o aumento de conflictos interpersonales de forma acusada y persistente
 - (5) pérdida del interés por las actividades cotidianas (p. Ej., trabajo, escuela, amigos, aficiones)
 - (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

Nota: En las mujeres la fase lútea corresponde al período de tiempo comprendido entre la ovulación y el inicio de la hemorragia menstrual, que da paso a la fase folicular. En las mujeres amenorreicas (p ej., las que han sido hysterectomizadas); la determinación de las fases lútea y folicular puede requerir la cuantificación analítica de las hormonas reproductoras circulantes.

- B. Estas alteraciones interfieren acusadamente con el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o las relaciones interpersonales (p ej., evitación de actividades sociales, disminución de la productividad y eficiencia en el ámbito laboral o académico).
- 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 (si bien en ocasiones el trastorno disfórico premenstrual se añade también a cualquiera de estos trastornos).
- 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 sintomáticos consecutivos. (El diagnóstico puede establecerse provisionalmente a la espera de dicha confirmación).