

Salud mental de la mujer. Síntomas y trastornos premenstruales. Clínica y tratamiento*

Educación médica
continua

Autor

Stella Bocchino

Prof. Agda. de la Clínica Psiquiátrica de la Facultad de Medicina.
Jefe del Servicio de la Clínica Psiquiátrica en el Hospital de Clínicas.

Gral. Andrés Gómez 1668.
bocchino@adinet.com.uy
Fax Clínica Psiquiátrica:
487-5843.

Resumen

Este trabajo, que pretende ser una continuación del ya publicado dentro del capítulo de la Salud Mental de la Mujer, aborda los avances en el conocimiento de la sintomatología premenstrual, definiendo los síntomas premenstruales, el síndrome premenstrual y el trastorno disfórico premenstrual.

En él se resumen los aspectos clínico semiológicos, los criterios diagnósticos, las hipótesis etiopatogénicas biológicas, psicológicas y sociales, y los hallazgos de la paraclínica. Finalmente, se describen los abordajes terapéuticos propuestos para estos trastornos.

Summary

This work intends to be a continuation of the other already published in the chapter of Woman's Mental Health, and describes the advances in the knowledge of premenstrual symptomatology, defining the Premenstrual Symptoms, the Premenstrual Syndrome, and the Dysphoric Premenstrual Disorder. It summarizes the clinical and semiological aspects, diagnosis criteria, biological, psychological and social etiopathogenic hypothesis, and paraclinic findings. Finally, it describes the therapeutical approach proposed for this disorder.

Palabras clave

*Síndrome premenstrual
Trastorno disfórico premenstrual
Diagnóstico
Tratamiento*

Key words

*Premenstrual syndrome
Dysphoric premenstrual disorder
Diagnosis
Treatment*

Introducción

En setiembre de 2002 comenzó a funcionar en el Hospital Universitario la Policlínica de la Mujer, referida especialmente a las patologías que tienen que ver con la especificidad del género. Si bien el número de pacientes que se asisten regularmente es aún muy pequeño, nos basta para evidenciar la frecuencia de los trastornos premenstruales: de 11 pacientes que constituyen el total, 7 padecen síndromes premenstruales.

El estudio de las diferencias de género en la salud y en la enfermedad mental, recién comenzó a cobrar importancia en la última década. Dentro de las diferencias, se remarca la mayor prevalencia en los trastornos depre-

sivos en la mujer, así como una evolución en ella más benigna de la esquizofrenia.

Uno de los temas prevalentes, específicos de la mujer, comprende la patología premenstrual, que viene siendo cada vez más estudiada, por el padecimiento que implica y por la interferencia con el desempeño normal.

Los síntomas premenstruales tienen una severidad muy variable en las distintas mujeres. Por otro lado, también observamos sus cambios a lo largo de la historia. Es notoria la influencia que los factores socioculturales imponen en la vivencia de las menstruaciones por parte de la mujer y su entorno.

Los trastornos anímicos relacionados con la menstruación fueron los primeros trastornos psíquicos que se vincularon con lo biológico.

* Trabajo presentado en las XIII Jornadas Científicas en Psiquiatría. Montevideo. Octubre 2003. Adaptado para su publicación.

Hipócrates describió cambios ligados con el ciclo menstrual. Las mismas relaciones ya se mencionan en la Biblia y en el Talmud¹.

Investigaciones realizadas en diferentes culturas muestran variaciones en la forma como es percibida la menstruación^{2, 3}. Estudios transculturales han probado que estos síntomas son universales y que las diferencias se limitan al tipo de síntoma dominante y a su intensidad⁴.

En la antigüedad, la menstruación se percibía como “la peste” o “la maldición”. En algunas culturas las mujeres deben permanecer recluidas y no comparten actividades con los hombres durante el período menstrual. En el Corán se establece la prohibición de mantener relaciones sexuales durante la menstruación.

Según los códigos y valores imperantes, la menstruación puede ser valorada de manera ambivalente: en algunas culturas aparece asociada a contaminación por un lado, y a limpieza por otro. En otras, donde se sobrealimenta la procreación de una prole numerosa, la menstruación, si bien por un lado tiene la desvalorización de descartar un embarazo, también se asocia a la posibilidad de embarazarse, como signo de salud y fertilidad⁵.

Autores como Chrisler y Caplan² insisten en el peso de los factores históricos, culturales, políticos y económicos en la evolución de los síndromes y trastornos premenstruales, así como en su diagnóstico por el clínico y en la repercusión en la mujer que los padece.

Modernamente, las apreciaciones han ido cambiando, pero, aún hoy, muchas mujeres expresan “estar enfermas” cuando se hallan menstruando.

Es indiscutible que la mujer sufre cambios somáticos y psicológicos a lo largo de su ciclo menstrual. En tal sentido, este trabajo, que aspira a ser una continuación del ya publicado dentro del capítulo de la Salud Mental de la Mujer⁶, pretende abordar el estudio de la sintomatología premenstrual, sus diferentes formas clínicas, sus aspectos psicopatológicos y sus estrategias terapéuticas, recurriendo a la revisión bibliográfica y aportando algunos conceptos extraídos de la experiencia y el aprendizaje que nos brindan nuestras pacientes de la Policlínica de la Mujer del Hospital de Clínicas.

Aspectos generales de las afecciones premenstruales

En los manuales diagnósticos recién se mencionan las patologías premenstruales a partir del DSM III R, año 1987⁷, bajo el denominado “trastorno disfórico del final de la fase luteínica”.

En el DSM IV TR, año 2002, se lo denomina “trastorno disfórico premenstrual”⁸.

Según Parry y Rausch¹ la inclusión de las afecciones premenstruales en un manual de trastornos mentales fue objeto de gran controversia, por las implicancias de rotular como enfermas mentales a las mujeres que las padecían. Por tal razón, en el DSM III R se decidió incluirlas meramente en el Apéndice de “Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores”, y allí continúan hoy, en el DSM IV TR.

Los DSM sólo describen el trastorno disfórico premenstrual, no incluyendo las otras afecciones que cubren el espectro de la patología premenstrual. Esto es comprensible, pues, si bien en el síndrome premenstrual aparecen trastornos del estado de ánimo, la sintomatología mayor está dada por síntomas y signos físicos.

En la 9ª y 10ª Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE)⁹, estas afecciones se mencionan como “síndrome de tensión premenstrual”. Aparece en el Anexo “Otros procesos del CIE 10 frecuentemente asociados con alteraciones mentales y del comportamiento”, en el Capítulo XIV: “Enfermedades del aparato genitourinario (N00-N99), dolor y otras afecciones con los órganos genitales femeninos y con el ciclo menstrual”, sin especificar criterios.

En el período premenstrual la mujer es más vulnerable a presentar trastornos. Algunas mujeres experimentan síntomas de ansiedad o depresión recurrentes sólo durante el período premenstrual, o, si tienen un trastorno depresivo crónico, este se exacerba durante esos días.

Pueden afectar un largo período de la vida de la mujer: los síntomas comprenden un promedio de 8 días por mes, lo que implica 96 días por año. Por otra parte, el padecimiento dura 25 ó 30 años (desde los 25 a los 50-55 años).

96 días x 30 años = 2.880 días.
2.880 días: 365 días = 7.89 años

Si la mujer no se embaraza, esta entidad puede llegar a depararle 8 años de sufrimiento y afectación de su normal desempeño.

En general, se usa la expresión “síndromes premenstruales” para referirse al síndrome premenstrual y al trastorno disfórico premenstrual, pero lo correcto es dividirlos en: *síntomas premenstruales*, *síndrome premenstrual* (SPM) y *trastorno disfórico premenstrual* (TDPM).

Síntomas premenstruales

Los presentan aproximadamente el 75-80% de las mujeres en edad genital activa. Incluyen sobre todo síntomas somáticos, como tensión mamaria, distensión abdominal, retención hídrica generalizada discreta. Pueden aparecer leves variaciones del estado de ánimo^{4, 6, 10}.

Los síntomas premenstruales no se agrupan como entidad patológica. No afectan el desempeño habitual.

Tratamiento de los síntomas premenstruales

Sólo se aconseja tratamiento higiénico dietético (dieta pobre en sal en la fase lútea) y la realización de ejercicios moderados^{4, 6, 10}.

En la evaluación de pacientes jóvenes se debe tener en cuenta la posibilidad de que existan síntomas premenstruales complicando el cuadro que motiva la consulta. Por ello, es prudente retrasar el inicio de un tratamiento con antidepresivos si se sospecha la influencia de síntomas premenstruales en su sintomatología.

Síndrome premenstrual

Ya hemos dicho que esta entidad no es reconocida en el DSM. Autores como Freeman¹¹ subrayan la necesidad de elaborar criterios específicos para su diagnóstico.

El síndrome premenstrual puede definirse como un patrón de síntomas emocionales, conductuales y físicos que se presentan en

el premenstruo y que remiten al iniciarse las menstruaciones, típicamente en el segundo día de iniciadas las mismas, y que incluyen tensión mamaria, edemas, distensión abdominal, cefaleas y cambios del humor o sensación de tensión emocional. A diferencia de lo que acontece en el TDPM, la sintomatología no afecta mayormente el normal desempeño de la mujer, y los cambios del humor, si bien son ostensibles, no configuran un trastorno tan severo como para obligar a un tratamiento farmacológico regular¹⁰.

Aspectos etiológicos

El SPM fue identificado por Robert Frank en 1931^{1, 4, 10, 12}. Este médico asignaba su etiología a un exceso de estrógenos circulantes, por lo que llegó a irradiar los ovarios de las pacientes con sintomatología más grave. (Podemos pensar que estas pacientes casi seguramente padecían un TDPM, pero esto no se aclara en la literatura).

Complementando el exceso de estrógenos, se pensó en una insuficiencia de progesterona, o en la existencia de un desbalance entre los niveles de estas dos hormonas. Sin embargo, las dosificaciones hormonales de las pacientes mostraban valores normales, o con variaciones aleatorias, por lo que estas teorías no pudieron sustentarse.

Actualmente, se acepta que la etiología del SPM no es totalmente conocida, pero existe consenso en el interjuego de factores psicosociales y biológicos, entre los que se estudian las variaciones hormonales y los cambios en los neurotransmisores^{1, 4, 10, 12, 13}.

Buchpiguel y col.¹⁴ han comparado el flujo sanguíneo cerebral mediante la realización de dos SPECT de cráneo, uno en la fase lútea y otro en la fase folicular de 7 pacientes portadoras de SPM, que compararon con 7 controles sanas. Previamente se les aplicó la escala de Hamilton para depresión. Pudieron observar que existían diferencias entre ambos flujos cerebrales, con disminución del flujo en los lóbulos temporales de las pacientes portadoras de SPM, que los autores correlacionaron con el nivel de depresión en las pacientes con SPM.

En la Clínica Psiquiátrica de nuestra Facultad, habíamos formulado el interés de realizar

estudios con SPECT en ambas fases del período menstrual en las pacientes de la Policlínica de la Mujer en las que se diagnosticara un SPM. Sería importante confirmar si en el estudio de Buchpiguel y col. las pacientes padecían SPM o TDPM, pues muchas veces se usa indistintamente la expresión SPM para englobar a ambos. También sería interesante poder replicar el estudio en nuestro medio con una muestra más numerosa.

Se postula que, en algunas mujeres, existiría una sensibilidad aumentada a los cambios cíclicos normales de las hormonas. Teniendo en cuenta el interjuego de factores antes mencionado, podría considerarse la posibilidad de que ese aumento de sensibilidad esté dado por factores psicológicos o psicosociales.

Suele leerse que si bien antes se consideraba que los trastornos premenstruales tenían causa psicológica o psicosocial, desde que se ha comprobado su curación con la supresión de la función ovárica, no puede discutirse su naturaleza hormonal. Sin embargo, este enunciado sí debería discutirse, dado que si se extirpa un órgano efector necesario para la manifestación de los síntomas, estos no aparecerán, pero ello no implica que ese órgano y su función sean los únicos responsables de la afección. Entendemos que los factores hormonales inciden, pero por sí solos no pueden explicar estos trastornos.

Aspectos clínicos

- El SPM afecta al 30-40% de las mujeres con ciclos menstruales.
- Aunque en la mayoría de las publicaciones consta que la edad de inicio se sitúa entre los 25-35 años, lo correcto es afirmar que los síntomas pueden comenzar desde la menarca, en la pubertad, pero las mujeres recién consultan en la década de los 30⁴.
- Se caracteriza por un conjunto de síntomas y signos fundamentalmente somáticos, aunque pueden aparecer variaciones del estado de ánimo, sobre todo sensación de tensión e irritabilidad.
- El SPM tiene mayor importancia clínica que los síntomas premenstruales, ya que puede afectar, aunque sea moderadamente, el desempeño habitual.

- Se ha sugerido que se produciría un agravamiento luego de que la mujer ha tenido hijos, aunque esto requiere mayor investigación¹⁰.
- Varios estudios han mostrado que en los períodos premenstruales se produce un incremento en el consumo de alcohol en pacientes portadoras de SPM, no así en mujeres normales. También se ha observado un aumento de los suicidios en esta fase del ciclo¹.

Tratamiento del síndrome premenstrual

Dependerá de la severidad de los síntomas. Si existe sólo sintomatología física (edemas discretos), generalmente se indica solamente tratamiento higiénico dietético, consistente en dieta pobre en sal durante la fase lútea del ciclo, y ejercicios moderados, igual que para el tratamiento de los síntomas premenstruales^{13, 15, 16}. Si la sintomatología no remite, o los síntomas son severos, se indica tratamiento farmacológico.

Los ISRS suelen ser efectivos en forma intermitente, sólo en la fase lútea del ciclo, 10-12 días cada mes, y a dosis moderadas. Este es un hecho interesante, pues mientras que en el tratamiento de los trastornos depresivos con ISRS existe una latencia de 4 a 6 semanas, los mismos fármacos en el tratamiento del SPM (y del TDPM) suelen ser eficaces desde el inicio del tratamiento. También llama la atención que sean eficaces administrados en forma intermitente, sólo en el premenstruo. Se ha señalado, incluso, que esta forma de prescribirlos sería más eficaz que cuando se administran en forma continua^{10, 15, 16}.

En cuanto al tratamiento psicoterapéutico, sólo hemos hallado trabajos que informan sobre tratamientos con terapia cognitivo comportamental, enfocada al manejo del estrés, y a lograr un mejor afrontamiento de los síntomas¹⁰.

En nuestra experiencia hemos encontrado, como dato interesante, el hecho de que una paciente con severo SPM alternaba los altercados con su madre con las peleas con su esposo durante la fase lútea de sus ciclos. De hecho, este caso clínico fue el disparador de nuestro interés en el estudio de los SPM, pues encontramos

que se trata de padecimientos en los cuales es posible palpar claramente el entrelazamiento de factores biológicos y psico sociales. Si bien no podemos desconocer la influencia de los cambios hormonales, los análisis de los casos clínicos señalan la impronta de la historia personal, de la valoración de lo femenino, del desarrollo como mujer, de la vinculación con la figura materna. El caso que mencionamos, apoya la hipótesis que Freud elabora, justamente, en su trabajo “Sobre la sexualidad femenina”, de 1931, donde formula que las mujeres reeditan en la relación con su esposo muchas de las peripecias que caracterizaron la relación con su madre¹⁷.

Trastorno disfórico premenstrual

Aspectos clínico-semiológicos

Es el de mayor interés desde el punto de vista psiquiátrico, pues en su sintomatología predominan los síntomas psíquicos.

Desde el DSM III R⁷, se incluye en el Apéndice de “Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores”, donde permanece en el DSM IV TR⁸.

En la CIE 10⁹ figura como “síndrome de tensión premenstrual”, en el Anexo “Otros procesos del CIE 10 frecuentemente asociados con alteraciones mentales y del comportamiento”, pero no se incluyen descripciones ni pautas diagnósticas de los síntomas conductuales o psicológicos correspondientes.

El TDPM se caracteriza clínicamente por severas alteraciones del estado de ánimo, con depresión, irritabilidad, angustia y marcada labilidad emocional. La sintomatología aparece en la fase lútea del ciclo (aproximadamente diez días antes de la menstruación) y desaparece típicamente al comenzar esta, más precisamente en el segundo día luego de la menstruación. Este es un dato semiológico muy importante, de modo tal que muchos autores insisten en que si el trastorno se prolonga más allá de la menstruación, debe descartarse el diagnóstico de TDPM.

Afecta al 3-8% de las mujeres jóvenes, con alteración notoria e invalidante del desempeño habitual^{1, 4, 10, 12}.

De la Gándara⁴ ofrece porcentajes mayores, y resume la epidemiología del TDPM en un cuadro como el que sigue:

- La mayoría de las mujeres menstruantes padece síntomas aislados del TDPM.
- Del 3% al 10% sufren una interferencia laboral o social grave.
- El diagnóstico requiere que tales síntomas e interferencias sean recurrentes y persistentes, y que se confirmen mediante autoevaluaciones reiteradas.
- DSM IV: entre el 14% y el 45% de las mujeres cumplen criterios del TDPM. Entre el 3% y el 5% padecen un TDPM bien definido, y entre el 1% y el 7% de las mujeres padecen un TDPM grave.

Criterios del DSM IV TR para el diagnóstico de TDPM

Los criterios diagnósticos propuestos en el DSM IV TR⁷ son:

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 ser alguno de los cuatro primeros:

- Estado de ánimo deprimido, sentimiento de desesperanza e ideas de autodesaprobación acusadas.
- Ansiedad, tensión, sensación de agobio o de estar “al límite”.
- Labilidad emocional evidente (por ejemplo, ataques de tristeza, llanto o hipersensibilidad ante el rechazo).
- Enfado, irritabilidad o aumento de conflictos interpersonales de forma acusada y persistente.
- Pérdida del interés por las actividades cotidianas (por ejemplo, trabajo, escuela, amigos, aficiones).
- Sensación subjetiva de dificultad para concentrarse.
- Letargia, fatigabilidad fácil o falta evidente de energía.

- Cambios significativos del apetito, atracones o antojos por determinadas comidas.
- Hipersomnia o insomnio.
- Sensación subjetiva de estar rebasada o fuera de control.
- 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 fértiles la fase lútea corresponde al período comprendido entre la ovulación y el inicio de la hemorragia menstrual, que da paso a la fase folicular. En las mujeres amenorreicas (por ejemplo, las que han sido histerectomizadas) 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 (por ejemplo, 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 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).

Según nuestra experiencia, los criterios propuestos representan en forma satisfactoria los síntomas que conforman el cuadro clínico. La dificultad que hemos encontrado consiste en la poca confiabilidad de la valoración diaria y prospectiva de los síntomas, en al menos dos ciclos sintomáticos consecutivos como requiere el manual, sobre todo en las pacientes que presentan algunas dificultades en el rendimiento intelectual.

Clásicamente se propone que para realizar el diagnóstico de TDPM, debe haber un

porcentaje igual o mayor al 30% de cambios entre fase folicular y lútea¹⁰. Este criterio ha sido discutido, como luego se verá.

Factores de riesgo para el TDPM

En los estudios realizados^{4,10} existen algunos factores que aparecen asociados más frecuentemente con el TDPM. Estos son:

- Edad 25-35 años. En este sentido reiteramos lo expresado con relación al SPM, es decir, que aunque en la mayoría de las publicaciones se señala que la edad de inicio se sitúa entre los 25-35 años, lo correcto es afirmar que los síntomas pueden comenzar desde la menarca, pero las mujeres recién consultan en la década de los 30.
- Duración atípica de los ciclos menstruales. Se reporta mayor incidencia en mujeres con ciclos más largos o más cortos que los normales.
- Los anticonceptivos orales no parecen incidir en la aparición del TDPM, ya que se ha encontrado similar prevalencia en las mujeres que los usan y las que no los usan¹⁸.
- Trastornos psiquiátricos pasados o actuales. Las mujeres con antecedentes de trastornos del humor, trastornos de ansiedad, o que presentan trastorno de personalidad o trastorno por abuso de sustancias han mostrado mayor incidencia. Es muy alta la frecuencia de antecedentes de trastornos del humor en las pacientes con TDPM: se ha reportado que el TDPM afecta hasta un 65% de las mujeres con trastorno depresivo monopolar. Esta cifra es mucho mayor que la encontrada en mujeres que padecen otros trastornos mentales y, por supuesto, altamente superior que en las mujeres que no presentan morbilidad psiquiátrica. Por otra parte, los trastornos premenstruales predisponen al desarrollo de “maternity blues”, y de depresión posparto⁴.
- Historia familiar de SPM. Este hecho ha planteado la interrogante de si el TDPM podría considerarse una entidad hereditaria. Se encontró una concordancia mayor en gemelas monocigóticas que en dicigóticas^{1,13}.
- Estresores psicosociales. Se encontraron positivamente relacionados con TDPM,

entre ellos, la historia de abuso físico o sexual^{10, 19}.

El antecedente de abuso físico o sexual como factor de riesgo para padecer TDPM, fue objeto de investigación, reportándose los siguientes hallazgos:

- Las mujeres con antecedente de abuso tenían niveles de noradrenalina en reposo significativamente más bajos, así como niveles significativamente mayores de respuesta de los receptores adrenérgicos β 1 y β 2, y mayor respuesta adrenérgica al estrés en la fase lútea¹⁹.
- Se encontró aplanamiento de la curva de cortisol, así como alteraciones en el rendimiento cardíaco con relación a la respuesta al estrés en las mujeres con antecedente de abuso¹⁹.
- Las investigaciones sugieren que el antecedente de abuso estaría relacionado con alteraciones en las reacciones fisiológicas al estrés.

Se ha estudiado las relaciones entre el TDPM y suicidio, hospitalización psiquiátrica y alteraciones conductuales relacionadas con la criminalidad, constatándose aumento de las tasas de los tres factores mencionados en la fase luteínica del ciclo menstrual. Sin embargo, en estas investigaciones no se estableció realmente si esas mujeres padecían o no TDPM, o eran, en cambio, enfermas con antecedentes psiquiátricos⁴.

Tal como habíamos presupuesto, la investigación demostró que los ingresos psiquiátricos son significativamente más frecuentes durante el período menstrual⁴. Parece demostrado que las mayores urgencias psiquiátricas, relacionadas con intentos de suicidio, también se relacionan con la fase luteínica del ciclo.

Se ha observado mayor aparición de otros trastornos psiquiátricos, como trastornos de ansiedad, abuso de alcohol y psicofármacos, así como agravamiento de los trastornos de la alimentación en la fase luteínica del ciclo menstrual.

Clasificación del TDPM

Existe una clasificación clínica del TDPM basada en la predominancia de algunos síntomas:

Tipo A. Predominan los síntomas de ansiedad.

Tipo C. Predomina la apetencia por determinados alimentos (“craving”), sobre todo carbohidratos, para aliviar los síntomas de fatiga, mareos, cefaleas.

Tipo D. Predominan los síntomas depresivos, con decaimiento, desánimo, ideación suicida.

Tipo H. Predomina la hidratación: edemas de miembros inferiores y manos, distensión abdominal, turgencia dolorosa de mamas, aumento de peso.

Etiopatogenia

Al igual que para el SPM, la etiología del TDPM no es aún conocida. Se han descrito factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales.

Factores biológicos

Hipótesis de la implicancia hormonal

Inicialmente, con los estudios de Frank^{1, 4, 10, 12}), se pensó que el TDPM obedecía a un exceso de estrógenos, o a un defecto de progesterona. Luego se planteó que podría deberse a un desequilibrio entre estrógenos y progesterona.

Se sabe que los síntomas sólo se presentan en los ciclos ovulatorios; si se suprime la ovulación el TDPM desaparece.

En general, se acepta que algunas mujeres tendrían una sensibilidad especial, con una respuesta alterada ante las variaciones normales de los niveles hormonales del ciclo menstrual: se postula que las mujeres que padecen TDPM tienen un eje hipotálamo-hipofisario más sensible a las hormonas ováricas⁴.

Sin embargo, últimamente han surgido nuevas hipótesis:

Hipótesis de la implicancia de las β -endorfinas

Aunque estos estudios requieren posteriores comprobaciones, es posible decir que se ha corroborado que las mujeres con TDPM presentan niveles más bajos de β -endorfinas

en plasma durante la fase luteínica que las mujeres controles¹.

Hipótesis de la implicancia del sistema serotoninérgico

Se plantea que el trastorno del ánimo, la irritabilidad y disforia premenstrual se hallan probablemente relacionados con el sistema serotoninérgico.

Durante la fase luteínica de las mujeres con TDPM se ha detectado valores descendidos de serotonina en plasma, disminución de los sitios de reconocimiento de serotonina en las plaquetas, así como una menor recaptación de este neurotransmisor. Esto podría explicarse porque las hormonas gonadales originan cambios en la actividad del sistema serotoninérgico⁴.

Estos hechos explicarían la eficacia de los ISRS en el tratamiento de estos trastornos.

Hipótesis de la implicancia de los neuroesteroides y el GABA A

Habida cuenta de que el TDPM se caracteriza por depresión, ansiedad y otros síntomas afectivos que aparecen en la fase lútea del ciclo menstrual, y que la experimentación ha mostrado la importancia de los neuroesteroides y del receptor GABA A en la etiología y tratamiento de los trastornos del humor, se está investigando la implicancia de ambos en el TDPM.

Se sabe que existe de una acción directa del estrógeno y la progesterona en el cerebro. Los esteroides gonadales pueden modificar el metabolismo de las monoaminas en diversas zonas del SNC; por lo tanto, el cambio en sus concentraciones puede vincularse a la aparición de trastornos afectivos.

Hoy se sabe que los neuroesteroides (esteroides con acción sobre el sistema nervioso, y muchos de ellos sintetizados en el propio cerebro) se metabolizan en el cerebro, y que algunos de estos metabolitos tienen acciones ansiolíticas más potentes que las benzodiazepinas: es el caso de la progesterona y su metabolito la alopregnenolona, con gran efecto sedante. La progesterona protege a la embarazada del estrés, obrando como un potente ansiolítico fisiológico y natural.

Dado que los neuroesteroides modulan la actividad de los receptores GABA, glutamatergicos, nicotínicos y colinérgicos, pueden tener efectos excitatorios o inhibitorios sobre la actividad neuronal, que variarán en los diferentes momentos del ciclo menstrual, según la concentración hormonal.

Hipótesis de la etiología inflamatoria

También se postula la etiología inflamatoria útero-pelviana de evolución cíclica, que suele experimentar agravación progresiva con el paso de los años, y que presupone una alteración en la síntesis de los mediadores de la inflamación involucrados en el ciclo menstrual.

Amparando esta hipótesis, recientemente se ha demostrado la existencia de síntesis anormal de mediadores inflamatorios, como prostaglandina E y tromboxano en mujeres que padecen TDPM.

Hipótesis de alteración de los ritmos cronobiológicos

Datos preliminares indican que las mujeres con estos trastornos tienen anomalías cronobiológicas¹. Ciertos estudios sugirieron que el 70% de las mujeres presentaba menos síntomas durante el verano. En estas pacientes los ritmos pueden ser alterados terapéuticamente mediante luz intensa.

Otras alteraciones

Se evidenció que la inhalación de dióxido de carbono y el lactato inducen crisis de pánico más fácilmente en mujeres que padecen trastornos premenstruales que en mujeres controles. Esto sugirió la presencia de alteraciones biológicas similares en mujeres con TDPM y las que padecen trastorno de ansiedad o de pánico¹.

Factores genéticos

Se plantea la incidencia de factores genéticos, a la luz de diferentes estudios¹. Un estudio halló que 70% de las hijas de madres con alteraciones premenstruales (tensión premenstrual) experimentaba los mismos síntomas. La concordancia fue mucho mayor

entre gemelas monocigotas (93%) que entre las dicigotas (44%) y en hermanas (31%).

Factores psicológicos

Debe reconocerse que, si bien estos trastornos pueden mejorar con aproximaciones psicoterapéuticas de diferentes orientaciones, ninguna escuela ha aportado una explicación psicopatológica consistente que oriente a su comprensión. La teoría psicoanalítica plantea que la sintomatología premenstrual deriva de conflictos relacionados con la identidad femenina, pero dado que los síntomas se alivian justamente con el inicio de la menstruación, lo mencionado no puede sustentarse.

Los estudios no hallaron correlación de los trastornos premenstruales con patología del eje II¹.

Entrevista e historia clínica

Con los datos que ahora poseemos, es importante al realizar las entrevistas tener en cuenta que nuestras pacientes pueden presentar trastornos premenstruales.

- Aspectos a jerarquizar
 - Existencia o no de síntomas premenstruales, físicos y psíquicos.
 - Variaciones periódicas del estado anímico vinculadas con el premenstruo.
 - “Cambios” periódicos del carácter, que alteran las relaciones familiares, laborales y sociales, que aparecen típicamente los días previos a la menstruación y desaparecen no bien iniciada esta.
 - Presencia de antecedentes personales y familiares de patología psiquiátrica.

Paraclínica

No existen estudios específicos. Pueden ser orientadores:

- Estudios de valoración general.
- Estudio en conjunto con ginecólogo y endocrinólogo del equipo, con especial valoración de la función tiroidea.
- EEG. Se ha reportado alteraciones electroencefalográficas durante el sueño en las pacientes que padecen TDPM¹³.

Autoevaluación prospectiva

El DSM IV⁸ y la mayoría de las investigaciones exigen la autoevaluación prospectiva de dos ciclos, como mínimo.

Al realizar estas evaluaciones es posible calcular el porcentaje de cambios entre las fases:

$$\frac{\text{Score fase lútea} - \text{Score fase folicular} \times 100}{\text{Score fase lútea}}$$

Para realizar el diagnóstico de TDPM se requiere un porcentaje $\geq 30\%$ de cambio entre fase folicular y lútea. Sin embargo, ante las dificultades clínicas que implica la diferenciación entre un 29% y un 31%, últimamente se prefiere la evaluación por el juicio clínico, enmarcado en los criterios del DSM¹.

No hay consenso sobre cuál es el mejor instrumento o escala. Las que se usan habitualmente en la literatura consultada son¹⁰:

- PRISM (Prospective Record of the Impact and Severity of Menstruation).
- COPE (Calendar of Premenstrual Experiences).

En nuestra Policlínica, a modo de registro prospectivo, hemos solicitado el registro escrito de los síntomas premenstruales usando un calendario común.

TDPM - Diagnósticos diferenciales

Los diagnósticos diferenciales se deben realizar esencialmente con trastornos del humor; para ello, vale la pena recordar:

- El TDPM tiene características clínicas propias: irritabilidad, angustia, tensión, con inicio y finalización de los síntomas estrechamente relacionados con la fase luteínica del ciclo menstrual.
- En el TDPM no existe una disregulación del eje HHA como en el trastorno depresivo mayor.
- Eliminando el ciclo menstrual se cura el TDPM, pero no otros trastornos del humor: durante el embarazo desaparece el TDPM, pero no el trastorno depresivo mayor.
- Debe descartarse patología tiroidea, sobre todo hipotiroidismo, pues pueden compartir algunos síntomas y signos, sobre todo edemas y astenia. Se identifican porque el hipotiroidismo no ofrece la periodicidad

que define el TDPM. De todos modos, la existencia probada de hipotiroidismo no descarta la coexistencia de un TDPM si la clínica de este es clara. Una de nuestras pacientes presenta ambos trastornos, lo que obliga a un tratamiento combinado con hormona tiroidea.

Tratamiento del TDPM

Dado que la etiología del TDPM no es completamente conocida, sólo es posible, por ahora, instrumentar un abordaje sintomático.

1. *Tratamiento higiénico dietético*

Se indica al inicio e implica un cambio del estilo de vida: reducir o eliminar la sal de la dieta, disminuir, y si es posible eliminar, el consumo de cafeína, chocolate, alcohol y tabaco. Se insiste en los beneficios de realizar ejercicios moderados en forma regular.

2. *Terapia lumínica*

Algunas pacientes con TDPM mejoran durante el verano, lo que motivó que algunos autores hablen del "TDPM estacional". Se pensó que la mejoría estival podría deberse a la mayor cantidad de luz solar, por lo que se ensayó con terapia lumínica, la que se mostró efectiva para síntomas físicos y psíquicos, con mejorías en los síntomas depresivos y de irritabilidad^{1, 10, 13}.

3. *Estrategias farmacológicas*

• Se señalan factores nutricionales como agravantes del TDPM: hipovitaminosis del grupo B, descenso del magnesio y del ácido linoleico. En estos casos se recomienda los suplementos nutricionales con:

B 6	100 mg/día
Calcio	1,200 mg
Magnesio	200 mg/día

La vitamina B (piridoxina) actúa como cofactor en la síntesis de serotonina y dopamina a partir de aminoácidos, lo cual podría explicar su efecto benéfico en estos trastornos^{4, 13}.

• Los ISRS

Los primeros antidepresivos que se usaron fueron los tricíclicos, pero modernamente se prefieren los ISRS por su perfil de mayor seguridad.

Como mencionamos previamente, los estudios vinculan la irritabilidad y disforia premenstrual con el sistema serotoninérgico. Los ISRS parecen ser la estrategia terapéutica más efectiva para estos trastornos, tanto para los síntomas físicos como para los psiquiátricos^{10, 16, 18, 20}.

Igual que en el caso del SPM, los ISRS son efectivos en forma intermitente y a dosis bajas. Suele usarse, por ejemplo, 50 mg de sertralina, o 20 mg de paroxetina, aunque el único aprobado hasta el momento por la FDA para el tratamiento del TDPM es la fluoxetina. La mejoría desaparece al suspender la droga¹³.

Pensamos que para comprender la eficacia intermitente de los ISRS, que parece tan paradójica, se debe tener en cuenta los efectos de las hormonas sexuales en el cerebro. Hoy sabemos que una vez que son activados por los estrógenos, los receptores cerebrales pueden alterar la actividad de los factores de transcripción de otras sustancias, o activar los receptores de glucocorticoides, progesterona y hormona tiroidea. La acción de los neuroesteroides varía con la concentración sanguínea de las hormonas en diferentes períodos, como acontece durante el ciclo menstrual²¹.

• L-Triptofano. Es un precursor en la síntesis de serotonina.

• Ansiolíticos. Se han usado diferentes ansiolíticos benzodiazepínicos, por ejemplo, el alprazolam, pero su eficacia es menor a la de los ISRS.

• Terapia hormonal. A raíz de la concepción inicial de que este trastorno se debía a alteraciones o desbalances en los niveles de las hormonas, se han ensayado diversos tratamientos con diferentes hormonas, solas o en combinaciones²².

En la literatura se cita el uso de GRH (hormona gonadotrófica), así como de combinaciones de estrógenos + progesterona en forma depot o de apliques transdérmicos. También se ha usado anticonceptivos orales. Podría pensarse que al impedir la ovulación y los cambios hormonales normales, los anticonceptivos orales deberían ser efectivos para el tratamiento del SPM y del TDPM; sin embargo, la evidencia ha mostrado que no lo son. Incluso, la combinación de estrógeno y progesterona puede

producir síntomas similares a los del SPM, como retención hídrica e irritabilidad¹⁸.

El tratamiento del TDPM con hormonas ha tenido resultados aleatorios; algunos lo señalan como exitoso y otros como ineficaz o, incluso, nocivo¹³. El consenso general es que el tratamiento hormonal no ha sido muy beneficioso, y que el fracaso y los efectos colaterales de estos tratamientos obedecen al uso indiscriminado de estrógenos y progesterona en mujeres que no presentan alteraciones en sus niveles hormonales.

En nuestra policlínica, aun trabajando en conjunto con la policlínica de endocrinología, sólo hemos usado ISRS en el tratamiento farmacológico del TDPM.

4. Psicoterapia

Las publicaciones halladas documentan tratamientos con terapia cognitiva y basadas en técnicas de afrontamiento y manejo del estrés, por ejemplo, mediante ejercicios de relajación¹⁸. Sin embargo, creemos que en estas patologías la terapia analítica tiene mucho para aportar. Hemos trabajado con nuestras pacientes bajo los postulados analíticos, logrando mejorías. Debemos reconocer que no podemos evaluar el éxito de nuestros ensayos dado que la mayoría de las pacientes se hallan recibiendo terapia farmacológica al mismo tiempo, pero, de todos modos, la mejoría en los vínculos familiares, sociales y laborales desbordan, en nuestra opinión, el efecto de un fármaco, reflejando un proceso de reflexión que sólo el trabajo psicoterapéutico permite desplegar.

Psicosis menstruales

En la literatura consultada se describen estas entidades, que no parecen muy conocidas en nuestro medio.

Son cuadros poco frecuentes, e incluso se cuestiona su existencia como entidad nosográfica. Requieren mayor investigación.

Se caracterizan por la aparición de síntomas psicóticos transitorios relacionados con el ciclo menstrual¹⁰.

Nuevamente se señalan los factores hormonales en su etiología, pues la asociación frecuente de estos cuadros con las psicosis

puerperales sugiere un factor etiológico relacionado con lo hormonal.

Se han clasificado según el momento del ciclo en que aparecen: premenstrual, paramenstrual; o con relación a la época reproductiva de la mujer: puberal, posparto, menopáusica.

Características clínicas

- Inicio agudo.
- Breve duración, con recuperación “ad integrum”.
- Presencia de síntomas psicóticos: alucinaciones, delirio, exaltación del humor.
- Periodicidad aproximadamente mensual, con regular relación con el ciclo menstrual.
- Se ha constatado su remisión con embarazo y/o menopausia.

Tratamiento

No hay consenso. Se ha propuesto ooforectomía por un lado, y terapia hormonal por otro. Llama la atención que no se proponga antipsicóticos.

Consideraciones finales

Los síndromes y los trastornos disfóricos premenstruales aparecen como patologías de muy baja prevalencia. Esto puede deberse a un subdiagnóstico.

Cuando se toma conciencia de que estas alteraciones pueden afectar la vida laboral, social, familiar y sexual de una mujer durante un promedio de 8 años, se evidencia la necesidad de su reconocimiento por el médico general y el especialista.

Estos trastornos nos muestran el entrecruzamiento de factores biológicos, psicológicos y socioculturales. Conocer estos factores e intentar articularlos, es un desafío apasionante, pero además insoslayable en nuestra práctica. Sólo de este modo lograremos un abordaje responsable de nuestras pacientes.

Referencias bibliográficas

1. **Parry L, Rausch J.** Trastorno Disfórico Premenstrual. En: Kaplan H, Sadock B. Tratado de Psiquiatría. 6ª ed. 1995. Buenos Aires: Inter-Médica, pp. 1636-1643.
2. **Chrisler JC, Caplan P.** The strange case of Dr. Jekyll and Ms. Hyde: how PMS became a cultural phenomenon and a psychiatric disorder. *Annu Rev Sex Res* 2002;13:274-306.
3. **Pashigian M.** Constructing Menstrual Regulation. *Current Anthropology* 2003; 44:313-315.
4. **De la Gándara, J.** Trastorno disfórico premenstrual. En: Leal Cercós C. Trastornos depresivos en la mujer. 1ª ed. Barcelona: Masson, 1999, pp. 49-73.
5. **Furth CH, Shu-Yueh, Ch.** Chinese Medicine and the Anthropology of Menstruation in Contemporary Taiwan. *Medical Anthropology Quarterly. Int. Journal Analysis Health* 1992; 6:27-48.
6. **Bocchino, S.** Salud Mental de la Mujer. Boletín Sociedad de Psiquiatría del Uruguay; abril 2003:3-10.
7. **American Psychiatric Association.** DSM III R. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, julio 1988, pp. 439-442.
8. **American Psychiatric Association.** DSM IV TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 2002, pp. 858-862.
9. **Organización Mundial de la Salud.** CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico. 10 ed. Ginebra, pp. 357-378.
10. **Steiner M, Born L.** Psychiatric Aspects of the Menstrual Cycle. In: Kornstein S, Clayton A. Women's Mental Health. A Comprehensive Textbook. 1ª ed. New York: The Guilford Press, 2002, pp. 48-69.
11. **Freeman EW.** Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: definitions and diagnosis. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28 Suppl 3:25-37.
12. **Cotelo M, Fernández A.** Trastornos Premenstruales. Monografía final postgrado de Psiquiatría. Biblioteca de la Escuela de Graduados. Uruguay. Abril 2003, 72 pp.
13. **Jadresic E.** Depresión y ciclo reproductivo en la mujer. En: Retamal C. Depresión. Clínica y Terapéutica. 1ª ed. Santiago: Mediterráneo, 2003, pp. 139-163.
14. **Buchpiguel C, Alavi A, Crawford D, Freeman E, Newberg A.** Changes in cerebral flow associated with premenstrual syndrome: a preliminary study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2000; 21(3): 157-65.
15. **Girman A, Lee R, Kligler B.** An integrative medicine approach to premenstrual syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188(5 Suppl):S56-65.
16. **Macdougall M, Steiner M.** Treatment of premenstrual dysphoria with selective serotonin re-uptake inhibitors: focus on safety. *Expert Opin Drug Saf* 2003; 2(2): 161-6.
17. **Freud S.** Sobre la sexualidad femenina. En: Sigmund Freud. Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu. 1961; v. 21. 223-244.
18. **Rapkin A.** A review of treatment of premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology* 2003; 28 Suppl 3:39-53.
19. **Girdler SS, Sherwood A, Hinderliter AL, y cols.** Biological correlates of abuse in women with premenstrual dysphoric disorder and healthy controls. *Psychosom Med* 2003; 65(5):849-56.
20. **Luisi AF, Pawasauskas JE.** Treatment of premenstrual dysphoric disorder with selective serotonin reuptake inhibitors. *Pharmacotherapy* 2003; 23(9):1131-40.
21. **Sundstrom Poromaa I, Smith S, Gulinello M.** GABA receptors, progesterone and premenstrual dysphoric disorder. *Arch Women Ment Health* 2003; 6(1):23-41.
22. **Brechin S, Owen P.** Management of premenstrual dysphoric disorder. *Hosp Med* 2003; 64(6):348-51.