

TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL. DESARROLLOS RECIENTES

García Ramírez, AT

Medica Cirujana de La Universidad de Caldas. Médica de atención primaria. ESE Hospital San José de Samaná. Caldas. Colombia.

angela.garciaramirez@gmail.com

Ciclo menstrual, Síndrome Premenstrual, Trastorno Disfórico Premenstrual, Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina

Menstrual cycle, Premenstrual Syndrome, Premenstrual dysphoric disorder, selective serotonin reuptake inhibitors

RESUMEN:

Desde la antigüedad se ha descrito la relación entre malestar físico y cambios emocionales o comportamentales en algún momento del ciclo menstrual. El trastorno disfórico premenstrual (TDP) es una condición grave e incapacitante para la mujer que lo padece. Se caracteriza por síntomas somáticos y psíquicos durante la etapa luteínica de la menstruación, diferenciable del síndrome Premenstrual, en donde los síntomas si bien son molestos no llegan a ser incapacitantes y afectan a un alto porcentaje de las mujeres en edad fértil. En el proceso diagnóstico es importante el reporte diario de los síntomas que deben ser observados prospectivamente durante mínimo dos ciclos, con base en los criterios del DSM IV. Se considera una enfermedad de etiología multifactorial, en donde la modulación neuroendocrina entre estrógenos y monoaminas, en especial de la serotonina (5HT), ha sido relacionada con la aparición de las alteraciones físicas y afectivas propias de la enfermedad. Se han estudiado factores culturales como la percepción de la menstruación como enfermedad haciendo parte de su etiología. No hay claridad frente al tratamiento más indicado. Se basa en medidas conductuales y manejo farmacológico con base a ISRS (Inhibidores Selectivos de la

recaptación de serotonina).

ABSTRACT:

Since the antiquity, the relationship between physical and emotional and behavioral changes at certain times of the menstrual cycle has been described. The Disphoric Premenstrual Disorder (PMDD) is a grave and disabling condition to women who suffer it. It is characterized by somatic and psychical symptoms related to the luteal phase of the menstruation, distinguishable from the Premenstrual Syndrome, in which case the symptoms, though embarrassing, are not disabling and affect a high percentage of fertile women. In the process of diagnosis, it is necessary to report on a daily basis on the symptoms that have to be observed, observation which has to be carried out prospectively covering up a minimum of two cycles and its compatibility with DSM IV criteria. This condition is deemed multi-factorial, insofar as the neuro-endocrinal modulation between estrogens and monoamines, especially of serotonin (5HT), which has been linked to physical and affective alterations of the disease. Cultural factors have been related with the appraisal of menstruation as a condition. There is no consensus regarding the most appropriate treatment. It is based on behavioral measures and pharmacologic treatment on the basis of SSRIs (Selective Inhibitors of Serotonin Reuptake).

Introducción

Trastornos afectivos como depresión o ansiedad son frecuentemente encontrados en la consulta ginecológica o del médico de atención primaria. Estas requieren un trabajo en conjunto entre la práctica general, ginecobstétrica y del equipo de salud mental, con el fin de brindar la atención integral que requiere las enfermedades relacionadas con la salud y las particularidades fisiológicas, psicológicas y culturales que involucran a la mujer.

Desde la antigüedad Hipócrates(1) describió la relación entre cambios psíquicos y conductuales en un evento biológico observable como el ciclo menstrual. En sus escritos refirió síntomas como "cefalea" y "sensación de pesantes" relacionados con la menstruación Robert Frank, en 1931 describe el TDP - trastorno disfórico premenstrual- como "condición 7 a 10 días después de la menstruación de tensión severa, cefalea, ganancia de peso y edema. Fue el primero en postular las bases hormonales de la "tensión premenstrual" (2, 3)

En 1983 el Instituto Nacional de salud Mental de los Estados Unidos dicta las primeras directrices para el diagnóstico del denominado entonces Síndrome Disfórico premenstrual, hoy trastorno disfórico premenstrual, resaltando la importancia del registro diario de los síntomas y que por su magnitud, interfirieran de forma considerable con la vida cotidiana. (4, 5)

En 1985, el grupo de trabajo del DSM III-R (manual diagnóstico y estadístico de enfermedades mentales) propuso añadir una nueva categoría diagnóstica como TDP: "recurrencia de los síntomas referidos durante o después de la ovulación, con aumento en el periodo premenstrual y disminución durante la menstruación, con completa desaparición desde el fin de la menstruación a la ovulación" (6) . Finalmente en 1987, se incluye unos criterios para la definición del que llamaron "trastorno disfórico de la fase luteínica tardía" y su inclusión dentro del DSM III-R. Ya en el DSM-IV se incluye con la nomenclatura de trastorno disfórico premenstrual, dentro de los trastornos depresivos no especificados (7)

Años después se integró el concepto en la clasificación internacional de enfermedades CIE-10, en

TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL. DESARROLLOS RECIENTES

donde entre los síntomas referidos por la mujer al menos uno debe relacionarse con el estado de ánimo y ser lo suficientemente graves como para causar gran deterioro funcional de las actividades cotidianas.

EL SÍNDROME PREMENSTRUAL VS EL TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL

Son dos entidades de un mismo espectro que hay que diferenciar. El síndrome premenstrual lo padecen un gran porcentaje de las mujeres, la sintomatología es predominantemente somática y no altera de forma significativa la cotidianidad de la mujer. El trastorno disfórico premenstrual afecta gravemente su funcionalidad llegando a ser incapacitante(8).

El Síndrome premenstrual (SPM)

Es un trastorno de tipo psiconeuroendocrino (9), que afectan la esfera biológica, psicológica y social de la mujer que lo padece. Se han relacionado más 150 síntomas con él, caracterizados por cambios en el estado de ánimo como irritabilidad, ánimo depresivo, inestabilidad emocional; síntomas físicos como cefalea, mastodinia, dolor pélvico, sensación de distensión y tensión generalizadas, disminución de la energía, perturbaciones del sueño y del apetito, acompañados de cambios de la conducta social (4, 10) todos estos ocurridos durante la segunda mitad del ciclo menstrual, en fase luteínica.

Trastorno Disfórico premenstrual (TDP)

Su definición es clínica y se resume en un complejo de síntomas compatibles con los criterios contenidos en el DSM IV

1. Ocurridos en Fase luteínica recurrente, previo al sangrado menstrual
2. Intensidad significativa para alterar la vida cotidiana de la mujer, enfatizando en la gravedad de los cambios cognitivos y emocionales (11)

EPIDEMIOLOGÍA

Se estima que de un 70 (1) a un 75% de las mujeres han referido síntomas aislados o menores asociados a cambios premenstruales (12), pero el TDP afecta sólo del 3 al 8% (13) de las mujeres de este grupo, con deterioro significativo de su desempeño social y laboral.

Factores de Riesgo

Factores demográficos

Edad: Se considera que el TDM ocurre con más frecuencia en la Tercera década de la vida, es infrecuente alrededor de la adolescencia y los síntomas empeoran durante la perimenopausia.

Paridad: Los síntomas del TDP son más frecuente en las mujeres con hijos, comparada con los síntomas experimentados por las mujeres nulíparas.

Factores genéticos

El 70% de las hijas de madres con el diagnóstico de TDP lo padecen. Existe 93% de concordancia en gemelos monicigotos (14) (15)

Características del ciclo

Los síntomas relacionados con el TDP se han asociado con flujo menstrual abundante y ciclos irregulares

Personalidad

Rasgos neuróticos de personalidad especialmente los ansiosos y obsesivos pueden exacerbarse.

Estresores sociales

Probablemente existan aspectos culturales (2) que influyen el modo de experimentar los síntomas. La Organización mundial de la salud (OMS) condujo un estudio (16) con 5322 mujeres de 14 culturas diferentes donde se encontró que todas experimentaron malestar físico y cambios emocionales negativos relacionados con la menstruación, la diferencia radicó en el tipo de síntomas predominantes y en su grado de intensidad. Otro aspecto cultural referido en la literatura es como a través de la generación entre madre e hija se transmiten interpretaciones acerca de de la menstruación, ya sea como signo de feminidad y capacidad reproductiva o como un castigo. En

TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL. DESARROLLOS RECIENTES

general, se considera que entre mayor complejidad de vida aportada por el estilo de vida de la mujer contemporánea, es mayor el impacto negativo de los síntomas premenstruales.(4)

El estrés crónico también ha sido estudiado (17). Mujeres con mayor escolaridad y mayores estresantes sociales, experimentan mayor cantidad de síntomas.

Su Relación con trastornos psiquiátricos

Se ha encontrado trastornos afectivos(8), trastornos de ansiedad, abuso de sustancias psicoactivas, trastornos de la alimentación, suicidio y aumento de hospitalizaciones psiquiátricas asociados al periodo premenstrual junto con alteraciones graves de la conducta social. En Inglaterra se encontró aumento de la criminalidad de las mujeres en fase progestacional del ciclo. La relación más estudiada es la existencia previa de trastornos afectivos y la exacerbación de los mismos durante la fase lutéica. (18) Se ha encontrado correlación entre el TDP e historia de trastorno depresivo mayor.

Las mujeres con trastorno depresivo mayor pueden presentar exacerbación de los síntomas propios de la enfermedad durante el periodo premenstrual y síntomas del trastorno depresivo mayor pueden aparecer de forma cíclica durante el periodo premenstrual. (14)

ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

Es poco conocida y multifactorial, participando en su génesis factores biológicos, fisiológicos, ambientales y sociales. Sin embargo, la actividad ovárica normal es el principal agente desencadenante, comprobado en pacientes en donde la anovulación espontánea o inducida se ha asociado con la disminución o desaparición de los síntomas del TDP.

Se ha estudiado el papel de la modulación neuroendocrina, especialmente de monoaminas como la serotonina (5HT) y su acción dentro del eje hipotalámico, pituitario, del sistema GABAérgico y del sistema opiáceo endógeno. La progesterona es metabolizada en el cerebro y en el ovario en alopregnanolona. El GABA es el neurotransmisor inhibitor más potente del SNC. Regula los estados de ansiedad, niveles de alertamiento, respuestas de estrés y el umbral convulsivo. La acción de la alopregnanolona en el receptor GABA_A (19) (20), desencadena efectos ansiolíticos. Esto sugiere que

TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL. DESARROLLOS RECIENTES

las mujeres con SDP son más sensibles a los cambios de concentración en los metabolitos de la progesterona.

Se ha estudiado también alteraciones en la expresión y el funcionamiento del receptor GABA_A. (1) Alteraciones (21) en sus receptores han sido relacionados con los cambios afectivos y cognitivos del SDP.

Los esteroides ováricos y adrenales son moduladores potentes del sistema GABAérgico.

El sistema serotoninérgico también se ha visto involucrado. Las mujeres con TDP tienen un bajo funcionamiento o regulación a la baja de los receptores serotoninérgico 5-HT₂, contribuyendo a la aparición de la disforia. En el hipotálamo los estrógenos inducen fluctuaciones de las concentraciones de 5HT y la progesterona influye en la producción de 5HT. (22) Se ha encontrado que los estrógenos mejoran el efecto clínico de los ISRS (Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (1) La influencia de los estrógenos y la progesterona en la función serotoninérgica a nivel neuronal parecen jugar un papel especial en el pobre control de impulsos, ánimo depresivo, irritabilidad y mayor deseo por la ingesta de carbohidratos del TDP (23). El descenso de los niveles de estrógenos durante eventos reproductivos como la ovulación, el posparto o la menopausia predispone a la aparición de síntomas depresivos. (24)

Otros factores asociados

- Alteración de la regulación del sistema opiáceo. Las concentraciones de Beta-endorfinas, 5 a 10 veces más potentes que la morfina, fluctúan durante el ciclo menstrual, con pico de secreción durante la ovulación y caída durante la fase lútea modulando la sensibilidad al dolor en el SDP (15)

CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO

Las pacientes experimentan síntomas graves como ideas suicidas y dificultad para controlar impulsos agresivos, distorsiones cognitivas como ideas de minusvalía y culpa, menor capacidad de concentración y de toma de decisiones. Los ritmos biológicos se alteran apareciendo hipersomnia y somnolencia diurna, estreñimiento, hiporexia con avidez por algunos alimentos

TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL. DESARROLLOS RECIENTES

ricos en carbohidratos como los chocolates, todos estos acompañados de sentimientos de angustia y ánimo triste.

El diagnóstico es clínico, luego de haber descartado otros desórdenes médicos y se basa en los Criterios del DSM IV.

CRITERIOS DSM IV para el diagnóstico del TDP(15)

En la mayoría de los ciclos correspondientes al último año, cinco o más de los síntomas que a continuación se relacionan durante la mayor parte de la fase luteínica, empezando a remitir en la fase folicular, desapareciendo durante la semana siguiente a la menstruación, presentando al menos uno de los síntomas descritos en los items 1,2,3 ó 4.

1. Tristeza, disforia desesperanza
 2. Ansiedad, tensión, sensación de "estar con los nervios de punta"
 3. Labilidad emocional, como sensación súbita de tristeza o aumento de la sensibilidad al rechazo
 4. Irritabilidad acentuada o aumento de conflictos interpersonales
 5. Pérdida de interés por las actividades cotidianas
 6. Dificultad para concentrarse
 7. Letargo, o falta de energía
 8. Cambios de apetito: Hiperfagia o proclividad por algunos alimentos como chocolates
 9. Hipersomnia o insomnio
 10. Sensación de estar rebasada o fuera de control
 11. Otros síntomas físicos como Hipersensibilidad o hinchazón, cefalea, molestias articulares, aumento de peso cefalea, molestias articulares, sensación de plenitud.
- B. Los síntomas deben interferir notablemente con el trabajo, estudio, actividades habituales o sociales.
- C. Los síntomas no deben ser solo exacerbación de otro trastorno, como un trastorno depresivo mayor, trastorno de pánico, trastorno distímico, o un trastorno de personalidad

LOS CRITERIOS A,B,C DEBEN SER CONFIRMADOS CON AUTOREPOTE PROSPECTIVO DE DOS O

TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL. DESARROLLOS RECIENTES

MAS CICLOS.

Los anteriores criterios enfatizan en la naturaleza disfórica de este trastorno, en su gravedad y en el predominio de alteración en las relaciones sociales cotidianas, por lo que desde el punto de vista de la psicopatología, este un trastorno del afecto asociado al periodo premenstrual.

El colegio americano de ginecólogos y obstetras recomiendan el uso de los criterios diagnósticos desarrollados por la Universidad de California para el TDP: (15, 20) Al menos uno de los siguientes síntomas afectivos y somáticos se presentan durante 5 días antes de la regla en cada uno de los 3 ciclos anteriores evaluados. (25)

- Síntomas afectivos: Depresión, irritabilidad, impulsividad, ansiedad, confusión, retraimiento social
- Síntomas somáticos: Tensión mamaria, distensión abdominal, cefalea, edema de miembros inferiores
- Síntomas mejoran entre los días 4 a 13 del ciclo

Un instrumento necesario para el establecimiento del diagnóstico de manera más rigurosa, es registro diario de los síntomas (1) en fase luteínica del ciclo. Los instrumentos de valoración más utilizados: Calendario de síntomas de Dalton y el formato de valoración premenstrual de Halbreich et al (15) (Apéndice 1).

Plan diagnóstico

El diagnóstico no es fácil y debe realizarse a través del seguimiento prospectivo de la paciente (26)

1. En las primeras dos consultas se debe analizar el registro de los síntomas de los ciclos evaluados en un periodo de tiempo.
2. En la primera visita realizar una buena entrevista encaminada a descartar otros diagnósticos.
3. Programación de interconsultas pertinentes, indicaciones para aplicar al estilo de vida, evaluación del contexto familiar y social.

Cuadro 1. Entidades para incluir En el diagnóstico diferencial de TDP

Trastorno depresivo mayor, Trastornos de ansiedad y otras entidades mentales	Los síntomas son continuos, pudiéndose exacerbar durante el periodo premenstruales o ser cíclicos y no coincidir con cambios premenstruales
Anemia	Síntomas somáticos Fatiga, sensación de debilidad, disnea y taquicardia de forma crónica no relacionada con alteraciones en el afecto o el comportamiento
Endometriosis	Dismenorrea, dispareunia, dolor con la micción o la defecación, dolor abdominal crónico, infertilidad. Conformación laparoscópica.

TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL. DESARROLLOS RECIENTES

Hipotiroidismo	Somnolencia, fatiga, lentitud mental, síntomas depresivos acompañados de estudios hormonales que la confirmen
Edema cíclico idiopático	Mujeres postmenárquicas, desencadenado con la posición de bipedestación prolongado, empeora el periodo premenstrual y mejora con la menstruación.
Síndrome de fatiga crónica	Fatiga, sueño anormal, dolor musculoesquelético, memoria y concentración deficientes acompañados de depresión y ansiedad leves, de forma crónica, no cíclica.
Fibromialgia	Dolor musculoesquelético generalizado, rigidez y fatiga

MANEJO

Es un reto para el profesional el manejo de los síntomas relacionados por el ciclo menstrual y se basa en estrategias de tipo farmacológicas y de estilo de vida.

- Actividad física: Modifican niveles de endorfinas, mejoran el estado del ánimo (27) y síntomas físicos. Moderado regular e isométrico (12)
- Dieta: Reducción en el consumo de azúcares simples, sal, alcohol, cafeína, con aumento en el

TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL. DESARROLLOS RECIENTES

consumo de carbohidratos compuestos. Los suplementos de calcio y magnesio han mostrado efectos clínicos favorables en la disminución de la retención hídrica y el mejoramiento de los cambios comportamentales del TDP (5)

- Psicoterapia. De elección cognitiva conductual (5) mejores resultados en las pacientes tratadas con psicoterapia frente a los controles.

Tratamiento no farmacológico presta igual importancia que el farmacológico, especialmente en el manejo dietario, que desde los años 50s, han sido recomendados para las mujeres con TDP disfórico premenstrual.

Intervención farmacológica

Supresores de la ovulación.

Los agonistas análogos de la GnRH han mostrado ser efectivos en el tratamiento del TDP (27). Su utilización no se ha generalizado debido a sus reacciones adversas(14), consecuencia del bloqueo del eje hipotálamo-hipófisis-ovario. Podría sugerirse la posibilidad de estudios prospectivos del manejo temporal de estos medicamentos y vigilancia de ausencia de síntomas después de la suspensión para evaluar su efectividad a través del tiempo.

Se ha confirmado el efecto del Danazol, andrógeno con efecto antiestrógeno, bloquea los ciclos ovulatorios y mejora los síntomas asociados a periodo premenstrual. Infortunadamente este tratamiento tiene efectos secundarios graves como aumento de riesgo cardiovascular, disminución de la HDL, aumento de peso, acné e hirsutismo,

Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS)

Datos acumulados en la última década muestran que son el pilar en el manejo farmacológico. En la mayoría de los estudios realizados son los que mayor evidencia han mostrado en el manejo de los síntomas afectivos y comportamentales de las mujeres con diagnóstico de TDP.(28)

TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL. DESARROLLOS RECIENTES

Los ansiolítico (14), del tipo Alprazolam, iniciando entre los días 12 a 18 del ciclo, 0.25 mg/día hasta el último día del ciclo, disminuyendo la dosis 25% al terminar el ciclo, pueden ser utilizado como medicamento de segunda línea cuando la respuesta a los ISRS no es óptima o cuando la ansiedad es el síntoma predominante. En algunos pacientes podría exacerbar la depresión.

Los más estudiados con mejores resultado es la Fluoxetina (28) en dosis bajas, de 20 mg/día. o Paroxetina a 12.5 mg/día, escitalopram 20 mg/día (29) Setralina(30) de 50 a 100 mg de forma intermitente durante la fase lútea del ciclo. La acción de los ISRS sobre los síntomas Metabólicos y neuroendocrinos muestran que además de del efecto serotoninérgico clásicamente descrito, probablemente realice una acción distinta en hipotálamo y/o sistema límbico y consecuentemente sobre los sistemas hormonales.(31) La Fluoxetina presenta acción específica sobre la producción de esteroides sedativos, tanto en cerebro como en ovario Los ISRS estimulan la síntesis de alopregnenolona central y periférica, con acción ansiolítica. Esto explicaría la acción antidisfórica rápida y la mejoría precoz de los síntomas físicos que caracterizan al trastorno.

Surge la pregunta si estos deben usarse continuos o intermitentes, 14 días antes de la menstruación. Se sabe que ambos esquemas son igualmente efectivos. (32)Las pacientes con manejo continuo tienen mejor adherencia al tratamiento, sin embargo aun no hay consenso al respecto. Algunos prefieren esquema de administración en fase lútea, llamado esquema intermitente explicado por la razón de que muchas pacientes prefieren tomar medicación sólo cuando presentan los síntomas y presentan menos efectos secundarios. (33)

Un estudio realizado por el colegio americano de obstetras y ginecólogos demostró la eficacia de la sertralina administrada intermitentemente en dosis de 50 a 100 mg/día, durante la fase lútea del ciclo menstrual. Se ha encontrado iguales beneficios con el uso de Sertralina de forma continua. (33) sin embargo se requiere más investigación para comparar los efectos a corto y largo plazo del uso continuados de los ISRS en el SDP.

Uso de suplementos vitamínicos

Los suplementos de calcio y magnesio han mostrado efectos clínicos favorables en el manejo de los síntomas físicos, especialmente la retención de líquidos y el comportamiento. Vitaminas E y B6 han

TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL. DESARROLLOS RECIENTES

sido recomendado durante muchos años como tratamiento efectivo para la mastalgia cíclica aunque los diferentes estudios no han confirmado la eficacia para el tratamiento de este síntoma.

Los estrógenos tienen su papel en la regulación del metabolismo del calcio. El uso de Carbonato de Calcio en dosis de 1000- 1200 mg/día, luego de 3 ciclos de tratamiento, ha evidenciado mejoría en el estado de ánimo y en los síntomas somáticos. Suplementos de magnesio 200-30mg/día durante la fase luteínica igualmente han mostrado beneficios frente al placebo en algunos estudios. La que parece tener un papel en la inhibición de la PGE2 alfa y así en el dolor.(26)

En el caso de la piridoxina, estudios randomizados controlados no han mostrado mayores beneficios versus placebo. (27), se ha visto que a dosis mayores a 100 mg/día continuas produce neuropatía periférica. En otros estudios la vitamina B6 ha demostrado beneficios en la disminución de síntomas depresivos, sin que exista suficiente evidencia. (34)

Acerca de los anticonceptivos orales y la progesterona

Los anticonceptivos orales no han mostrado mayores resultados en el manejo de los síntomas físicos frente al placebo, además que pudiera llevar a depresión en mujeres susceptibles(35). El manejo de la Progesterona en fase lútea usada para en el tratamiento del SPM es quizás uno de los manejos más controvertidos (34) . Se han realizado números estudios doble ciegos que han mostrado que los progestágenos no son superiores al placebo (36), cuando se administra de 10 -1 4 días luego de la menstruación. En otro estudio muestra el uso de drospiridona 3mg más etinilestradiol 20ug del día 24 al 28 del ciclo podrían mejorar los síntomas del SDP (37). Parches de estradiol han sido probados en mujeres con SPM, con dosis de 100 mcg de estradiol al día, útiles para el bloqueo de ciclos ovulatorios. Se requiere más estudios a largo plazo para validar esta opción.

PRONÓSTICO

Son Factores de mal pronóstico la edad de inicio sobre el final de la segunda década de la vida, evidencia de empeoramiento de los síntomas a través del tiempo o recurrencia a pesar del tratamiento adecuado u oportuno.

Latinoamérica necesita mayor atención de los investigadores para descubrir prevalencia de esta entidad en medio de las particularidades de nuestra cultura.

TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL. DESARROLLOS RECIENTES

La intervención debe ser integral, Se hace necesario tratar a todas las mujeres sobre todo a las que manifiestan síntomas severos. La terapia farmacológica con ISRS ha mostrado ser la más efectiva. El TDP Tiene perfiles clínicos y biológicos diferentes a los de la depresión, sin embargo es necesario indagar la historia familiar y personal de enfermedad mental, especialmente de trastornos del afecto. La prevalencia de trastornos del estado del ánimo y de trastornos de ansiedad es alta en el sexo femenino. Finalmente, si una mujer no es tratada a tiempo, sumando todos los ciclos menstruales de su edad reproductiva padeciendo de este trastorno, sumaría muchos años de mala calidad de vida y sufrimiento

BIBLIOGRAFÍA

1. Daniel R. Mishell J, MD Judith A. Mikacich, MD. *Premenstrual Disorders: Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder*. *Am J Manag Care*. 2005;11:S473-S9
2. Logue C, and RH. Moos. *Perimenstrual symptoms: prevalence and risk factors*. *Psychosom Med* 1986;48(6):388-414.
3. Merry N. Miller M, Miller aBE. *Premenstrual Exacerbations of Mood Disorders*. *PSYCHOPHARMACOLOGICAL BULLETIN*. 2001;35(3):135.
4. Martín JJdIG, editor. *Trastornos Depresivos de la Mujer*.
5. Girman M, MPH, Roberta Lee, MD, and Benjamin Kligler, MD, MPH. *An Integrative Medicine Approach to Premenstrual Syndrome*. *Clin J Women's Health* 2002;2:116-27.
6. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DMS-III R*. 1987.
7. Association AP. *American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed ed. Washington, D.C; 1994.
8. SOARES CN. *Characteristics of Women with Premenstrual Dysphoric Disorder (PMDD) Who Did or Did Not Report History of Depression: A Preliminary Report from the Harvard Study of Moods and Cycles*. *JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH & GENDER-BASED MEDICINE* 2001;10(9).
9. Dechainey N, Goodwin, Laufer. *Diagnóstico y tratamiento ginecobstétricos*. In: *Moderno M, editor. Diagnóstico y tratamiento ginecobstétricos*; 2007. p. 599-600
10. Rapkin AJ WS. *Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: quality of life and burden of illness*. *Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2009;Apr;9(2):157-70.
11. Andrea J. Rapkin M, Judith Ann Mikacich, MD, and, Babak Moatakef-Imani M. *Reproductive Mood Disorders*. *Primary Psychiatry*. 2003;10(12):31-40
12. Steiner M. *Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder: guidelines for management*. *Psychiatry Neurosci* 2000;25(5):459-68.
13. Tana A. Grady-Weliky MD. *Premenstrual Dysphoric Disorder*. *n engl j med*. 2003 348(5):30.
14. Bhatia BK. *Diagnosis and treatment of premenstrual dysphoric disorder*. *Am Fam Physician* 2006;7(66):1239-48.
15. Dickerson L, PJ. Mazyck, and MH. Hunter. *Premenstrual syndrome*. *Am Fam Physician* 2003;15(67):1743-52.
16. *Women's Bleeding Patterns: Ability to Recall and Predict Menstrual Events Studies in Family Planning [database on the Internet]*. 1981 [cited. Available from: <http://www.jstor.org/stable/1965860>].
17. Patricia A. Deuster P, MPH; Tilahun Adera, MPH, PhD; Jeannette South-Paul, MD. *Arch Fam Med*. *Arch Fam Med*. 1999;8:122-8
18. Miller M, and BE. Miller. *Premenstrual exacerbations of mood disorders*. *Psychopharmacol Bull* 2001;35(3):135-49.
19. Rapkin AJ MJ. *New Treatment Approaches for Premenstrual Disorders*. *Am J Manag Care*. 2005;11:S480-S91.
20. Rapkin AJ MJ. *Premenstrual syndrome and premenstrual dysphoric disorder in adolescents*. *Curr Opin Obstet Gynecol*. [Review]. 2008; **Oct 20**(5):455-63.
21. ELLEN W. FREEMAN P, CHERYL A. FRYE, PHD§, KARL RICKELS, MD*†, PAULA A. G. MARTIN, BS‡, AND, SHERYL S. SMITH P. *Allopregnanolone Levels and Symptom Improvement in Severe Premenstrual Syndrome* *J Clin Psychopharmacol*. 2002;22:516-20.
22. Landén M, and ME. Thase. *A model to explain the therapeutic effects of serotonin reuptake inhibitors: the role of 5-HT₂ receptors*. *Psychopharmacol Bull* 2006;39(1):147-66.
23. Simone N. Vigoda and Donna E. Stewarta b. *Emergent research in the cause of mental illness in women across the lifespan*. *Curr Opin Psychiatry* 22:396-400.
24. Barbara B. Sherwin P. *Estrogen and Mood in Women*. *The Endocrinologist* 2005;15:180-5.
25. Johnson SR. *Premenstrual Syndrome, Premenstrual Dysphoric*

TRASTORNO DISFÓRICO PREMENSTRUAL. DESARROLLOS RECIENTES

Disorder, and Beyond: A Clinical Primer for Practitioners. Obstet Gynecol. 2004;104:845-59.

26. **Pearlstein T SM. Premenstrual dysphoric disorder: burden of illness and treatment update.** *J Psychiatry Neurosci.* 2008;33(4):291-301.
27. *Bianchi-Demicheli F, Lüdicke F, Lucas H, and Chardonens D. Premenstrual dysphoric disorder: current status of treatment. Swiss Med Wkly 2002;2(132):574-8.*
28. *el Sa. Selective Serotonin Reuptake Inhibitors for Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder. Obstet Gynecol 2008;111:1175-82.*
29. *Associates Ea. Escitalopram Administered in the Luteal Phase Exerts a Marked and Dose-Dependent Effect in Premenstrual Dysphoric Disorder. J Clin Psychopharmacol 2008;28:195-202.*
30. *Kornstein SG PT, Fayyad R, Farfel GM, Gillespie JA. Low-dose sertraline in the treatment of moderate-to-severe premenstrual syndrome: efficacy of 3 dosing strategies. J Clin Psychiatry. 2006;67(10):1624-32.*
31. *Dimmock PW WK, Jones PW, O'Brien PM. Efficacy of selective serotonin-reuptake inhibitors in premenstrual syndrome: a systematic review. Journal [serial on the Internet]. 2000 Date; 30;356.*
32. *Freeman EW RK, Sammel MD, Lin H, Sondheimer S. Time to relapse after short- or long-term treatment of severe premenstrual syndrome with sertraline. Arch Gen Psychiatry. 2009;May;66((5)):537-44.*
33. *Freeman EW RK, Sondheimer SJ, Polansky M, Xiao S. Continuous or intermittent dosing with sertraline for patients with severe premenstrual syndrome or premenstrual dysphoric disorder. Am J Psychiatry. 2006;161(2):343-51.*
34. *Margaret L. Moline P, and Steven M. Zendell. Evaluating and Managing Premenstrual Syndrome. Journal [serial on the Internet]. 2000 Date; 2(2).*
35. *i JUR. Use of estrogens in the treatment of mental disorders. Act Espa Psiquiatr 2003;31(4):199-204.*
36. *Katrina Wyatt PD, Peter Jones, Manjit Obhrai, Shaughn O'Brien. Efficacy of progesterone and progestogens in management of premenstrual syndrome: systematic review. BMJ. 2001;323:323.*
37. *al Ye. Drospirenone OCP and Premenstrual Symptoms. Obstet Gynecol 2005;106.*