

ARTÍCULOS

Ansiedad y diagnóstico del síndrome premenstrual (SPM)

Anxiety and diagnosis in pre-menstrual syndrome (PMS)

CARMEN BORRÁS SANSALONI
F. JAVIER PÉREZ PAREJA
ALFONSO PALMER POL
CARMEN CASTRO IGLESIAS
ALBER SESÉ ABAD

RESUMEN

La falta de una definición clara y unánime del trastorno constituye uno de los principales problemas metodológicos en la evaluación del síndrome premenstrual (SPM), dificultando enormemente la diferenciación entre los denominados cambios premenstruales negativos (CPM⁻) y el verdadero síndrome premenstrual (SPM). Algunos autores, con el objeto de solucionar este problema, han propuesto una serie de criterios para el correcto diagnóstico del SPM, criterios que hacen referencia a síntomas tanto emocionales como comportamentales relacionados con la fase premenstrual del ciclo ovárico y cuya severidad interfiere significativamente en la vida cotidiana de las mujeres que los padecen. No obstante, por una parte, algunos autores han señalado que dichos criterios diagnósticos se refieren a una manifestación ideal del trastorno y, por otra, numerosos estudios han demostrado que el patrón general de ansiedad constituye uno de los principales factores implicados en el padecimiento del SPM. En el presente trabajo, realizado con una muestra de 133 mujeres se analiza la posible relación entre el patrón general de ansiedad así como de las respuestas emocionales manifestadas en las diferentes fases del ciclo menstrual y los criterios diagnósticos del SPM.

ABSTRACT

One of the main methodological problems in the pre-menstrual syndrome (PMS) assessment is the lack of agreement about its definition, which makes it very difficult to differentiate between the so called negative pre-menstrual changes (PMC) and the actual pre-menstrual syndrome (PMS). In order to solve this problem, some authors have suggested a number of criteria for an accurate PMS diagnosis. These criteria refer to both emotional and behaviour symptoms associated with the pre-menstrual stage of ovarian cycle and which severity significantly hampers the women's every day life.

On one hand, some authors have stated that these diagnosis criteria refer to an ideal show of the disorder. On the other hand, many scholars have demonstrated that the general anxiety pattern makes up one of the most relevant factors involved in the PMS. This study used a sample of 133 females to analyse the relationship between the general anxiety pattern, emotional responses showing up at different stages of the menstrual cycle, and PMS diagnosis criteria.

PALABRAS CLAVE

Síndrome premenstrual, diagnóstico, ansiedad, depresión.

KEY WORDS

Pre-menstrual Syndrome, Diagnosis, Anxiety, Depression.

INTRODUCCIÓN

El estudio científico del ciclo menstrual y del síndrome premenstrual, tal como señala Walker (1997), se inicia en los años 70; sin embargo, es a mediados de los 80 cuando se produce un incremento importante en el número y calidad de las investigaciones al respecto.

Generalmente, el síndrome premenstrual se ha definido como la recurrencia cíclica en la fase lútea de una combinación de cambios físicos, psicológicos y conductuales de tal severidad que interfieren en las actividades cotidianas y en las relaciones interpersonales de las mujeres que lo padecen (Green y Dalton, 1953; Dalton, 1964; 1977, 1980, 1982, 1984; Abplanalp, 1983; Clare, 1983). No obstante, llama la atención que uno de los problemas metodológicos más importantes en el estudio de este trastorno sea, precisamente, la falta de una definición clara del mismo así como de un cierto consenso acerca de la misma. Cuestión que queda claramente reflejada en los numerosos términos propuestos por distintos autores y en el modo en que los definen (anexo 1).

De cualquier modo, los estudios sobre el síndrome premenstrual realizados hasta el momento, se han centrado en:

La identificación y descripción de los síntomas del SPM, llegándose a señalar hasta más de 180 síntomas, aunque ninguno de ellos propio del trastorno; y, que en términos generales, puede presentar cualquier persona en algún momento de su vida independientemente de su sexo y de su edad. En este sentido, cabe destacar la clasificación realizada por Moos (1969) la categorización de los síntomas premenstruales a partir del "Menstrual Distress Questionnaire (MDQ), así como la propuesta por Rubinow y Roy-Byrne (1984), aunque haya gozado de menor aceptación o difusión que la anterior (anexo 2)

La propuesta de modelos explicativos, algunos complementarios, algunos contradictorios, los cuales abarcan desde la defensa de las hipótesis más biomédicas hasta la aceptación de una multicausalidad del trastorno (tabla 1).

El desarrollo de instrumentos y técnicas de evaluación de los síntomas premenstruales, y en el debate acerca de la adecuación/inadecuación del uso de métodos retrospectivos o prospectivos (anexo 3).

No obstante, en los últimos años, el interés se ha centrado en la identificación que presentan las mujeres que padecen el síndrome premenstrual de aquellos que pre-

TABLA 1
Modelos explicativos del SPM.

MODELOS ENDÓCRINOS
<ul style="list-style-type: none"> • Hipótesis hormonal. • Hipótesis de la hipogonadismo. • Hipótesis de la deficiencia de piridoxina. • Hipótesis de las prostaglandinas.
MODELOS INTRAPSÍQUICOS
<ul style="list-style-type: none"> • Teoría psicogénica. • Teorías psiquiátricas. • Aproximación psicoanalítica.
MODELOS CONDUCTUALES
<ul style="list-style-type: none"> • Teoría de conductas condicionadas (generalización). • Respuestas de ansiedad. • Explicación bioconductual de Hochman. • Hipótesis de la ansiedad.
MODELOS COGNITIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • EEM y procesos de autorregulación. • Explicación cognitiva de la depresión premenstrual. • Hipótesis de la activación general del sistema nervioso o de la "responsabilidad marcada".

sentan las demás mujeres y que no requieren atención médica justificada; o, dicho en otras palabras, en determinar qué variables permiten diferenciar a las mujeres con síndrome premenstrual de las que no presentan ningún síntoma

específicamente relacionado con su ciclo menstrual. Cuestión que, ciertamente, supone un reto para los profesionales de la salud, puesto que pueden aparecer síntomas de forma aleatoria a lo largo del ciclo menstrual, así como sín-

tomas que no guarden ninguna relación cíclica con la menstruación aunque tienden ser atribuidos a tal fenómeno (Bird, 1987; Bains y Slade, 1988); pero tampoco hay que olvidar que es muy poco probable que la sintomatología de una mujer sea idéntica cada mes (Livesey et al. 1989; Halbreich et al. 1993; Van der Ploeg y Lodder, 1993).

Esta línea de trabajo ha resultado especialmente intensa en la investigación psiquiátrica, dando lugar a la inclusión del síndrome premenstrual en el DSM-III-R, en el capítulo de "trastornos que requieren mayor investigación" bajo el término "trastorno disfórico del final de la fase luteínica"; y, finalmente, en el DSM-IV con el término "trastorno disfórico de la fase premenstrual", y cuyos criterios diagnósticos, en resumen, incluyen:

A.- Presentar cinco síntomas o más de las once categorías sintomáticas señaladas, la mayor parte del tiempo durante la última semana de la fase luteínica y desaparecer durante la primera semana posterior a la hemorragia menstrual. Alguno de los síntomas experimentados debe ser: estado de ánimo deprimido, elevados niveles de ansiedad, marcada labilidad afectiva, o bien ira o irritabilidad marcada y persistente o

incremento de problemas interpersonales.

B.- El trastorno debe interferir seriamente en el rendimiento laboral o académico, o en las relaciones sociales habituales, así como en las relaciones interpersonales (por ejemplo evitación o pérdida de interés por los contactos sociales).

C.- El trastorno no constituye una mera exacerbación de los síntomas de otro trastorno, si bien en ocasiones al trastorno disfórico premenstrual se suman trastornos como la depresión mayor, el trastorno de angustia, el trastorno distímico o de la personalidad.

En esta misma línea Abplanalp (1983) propone una serie de requisitos para el correcto diagnóstico del síndrome premenstrual, los cuales se recogen en el anexo 3.

MÉTODO

Sujetos

La muestra final objeto de estudio estuvo compuesta por 133 mujeres con una media de edad de 26,22 años ($S = 8,82$). El 97,2% de las mujeres de la muestra autoinformaron tener una historia ginecológica normal, el 83,5% de las mismas, presentar ciclos menstruales regulares, cuyo rango

de duración comprende entre 25 y 30 días, (el 7,7% ciclos de 25 días, el 30,1% de 28 días, el 10,1% de 29 días; y, el 11,3% ciclos con una duración de 30 días).

En cuanto a las características del ciclo menstrual, la duración media de la hemorragia menstrual de las mujeres de nuestra muestra era de 5,011 días. Por otra parte, autoinformaron presentar sintomatología premenstrual con una duración media de 4,1 días (el 83,2% autoinformó presentar sintomatología de naturaleza física y el 77,1% cambios premenstruales emocionales).

Instrumentos

Para la evaluación de la respuesta general de ansiedad utilizamos el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1988,). Este instrumento es un inventario en formato S-R, basado en el modelo interactivo de Endler (1975) y en el modelo tridimensional de Lang (1968,1971). El ISRA, precisamente, no es uno de los instrumentos de evaluación de la ansiedad utilizados con más frecuencia en la evaluación de los cambios experimentados en el ciclo menstrual, sin embargo nos decidimos por su uso puesto que

permite medir la ansiedad autoinformada en función del triple sistema de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor); e, igualmente, permite conocer la ansiedad generada por cuatro áreas situacionales (FI: ansiedad ante la evaluación; FII: ansiedad interpersonal; FIII: ansiedad fóbica; y, FIV: ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana).

La evaluación de la sintomatología premenstrual fue evaluada mediante el ICP-A (Inventario de Cambios Premenstruales, forma retrospectiva) (Pérez Pareja y Borrás Sansaloni, 1991). Este instrumento presenta una consistencia interna $\alpha = .9189$ y consta de dos factores: FI: "patrones de respuesta negativos"; y el FII: "respuestas de bienestar".

Por otra parte, para la evaluación de la sintomatología experimentada en las distintas fases del ciclo utilizamos el ISRA-específico (Miguel Tobal y Cano Vindel, 1988). Este instrumento consiste en una versión reducida del ISRA referida a una situación específica que, en nuestro caso, era el momento concreto en que se respondía a dicha prueba, el cual correspondía a las distintas fases del ciclo.

Asimismo, utilizamos el BDI (Inventario de Depresión de Beck, 1978) para determinar las res-

puestas de estado de ánimo deprimido; y, el ICP-B (Inventario de Cambios Premenstruales forma prospectiva) (Pérez Pareja y Borrás Sansaloni, 1991) con el objeto de determinar los cambios en el estado general en los distintos momentos del ciclo ovárico.

Procedimiento

El ISRA y el ICP-A fueron aplicados independientemente del momento del ciclo y como paso previo a las distintas mediciones realizadas en cada uno de los momentos de los tres ciclos menstruales evaluados, en los que se aplicaron el ISRA-específico, el BDI y el ICP-B.

En este sentido es necesario señalar que las distintas fases del ciclo fueron determinadas siguiendo las recomendaciones de la "Society for Menstrual Cycle Research" (SMCR) (1986) (cit. en Asso, 1988, p. 15). De tal modo se tomó la menstruación como referencia para establecer la duración de cada una de las fases, siendo el día 1 del ciclo el día en el cual se inicia la hemorragia menstrual.

Igualmente, de acuerdo con la SMCR (1986) utilizamos los términos intermenstrual, premenstrual, menstrual y postmenstrual, puesto que se recomienda reservar los términos folicular y luteínica para

aquellos casos en los cuales las fases del ciclo han sido determinadas mediante medidas biológicas directas.

En consecuencia, cada mujer debía contestar el ISRA-específico, el BDI y el ICP-B en la fase intermenstrual (día 14 del ciclo que correspondería al momento de la ovulación o fase periovulatoria); en la fase premenstrual (día 25 del ciclo); en la fase menstrual (día 1) y en la fase postmenstrual (día 7 del ciclo ovárico).

La contestación de las distintas pruebas se distribuyó de forma aleatoria a lo largo de tres ciclos menstruales completos, de modo que cada mujer inició sus mediciones en fases distintas, realizando un total de 12 mediciones de cada una de las variables señaladas (ansiedad, estado de ánimo deprimido y modificaciones emocionales, fisiológicas y motoras).

Esta forma de proceder según la cual el período de evaluación fue de tres ciclos menstruales completos se debe a la necesidad de evaluar los cambios experimentados de forma prospectiva así como a la recomendación de evaluar más de un ciclo, preferiblemente tres, y considerar el valor medio de las puntuaciones obtenidas en los distintos ciclos, dada la alta variabilidad y baja consistencia sintomática interci-

culos (Livesey et al. 1989; Halbreich et al. 1993; Van der Ploeg y Lodder, 1993)

RESULTADOS

En cuanto a los resultados obtenidos en la respuesta general de ansiedad cabe decir, simplemente, que nuestra muestra presentó un patrón básico de ansiedad situado dentro del rango de normalidad, al igual que las puntuaciones obtenidas en las distintas áreas situacionales contempladas en el ISRA .

Por otra parte, los resultados obtenidos en el ICP-A (media = 98,830; mediana = 96,000; hampel = 96,558; y, S = 33,092) indican que el grupo de mujeres que conformaron nuestra muestra presentan una sintomatología premenstrual que, atendiendo a la clasificación de Futterman et al. (1992), y a la de Bancroft et al.(1993) (anexo 2) se sitúa en un nivel de severidad media. Es decir, los cambios experimentados no producen interferencias significativas.

En otro orden de cosas y acerca de las respuestas de ansiedad obtenidas a lo largo de las distintas fases del ciclo menstrual, cabe señalar que el análisis de la varianza, comparaciones múltiples, indica que en la fase premenstrual se produce un incre-

mento significativo de dichas respuestas respecto a la fase intermenstrual; y, nuevamente en la fase menstrual, mientras que en la fase postmenstrual se produce una reducción significativa de las respuestas de ansiedad, alcanzando valores muy similares a los obtenidos en la fase intermenstrual.

Al analizar las respuestas de estado de ánimo deprimido en las distintas fases del ciclo encontramos diferencias significativas entre tales respuestas manifestadas en la fase premenstrual respecto a la intermenstrual, produciéndose un incremento de las mismas; y, en la fase postmenstrual respecto a la menstrual, donde se observa una reducción de estas respuestas. Sin embargo, no se observan diferencias significativas en la fase menstrual respecto a la premenstrual, de modo que se puede asumir que no existen variaciones importantes en las respuestas estado de ánimo deprimido en la denominada fase perimenstrual.

Asimismo, al evaluar los posibles cambios experimentados en el estado general a lo largo de las distintas fases del ciclo mediante el ICP-B encontramos diferencias significativas en el mismo sentido que el observado en las respuestas de ansiedad.

TABLA 2
Puntuaciones obtenidas en el ISRA.

	MEGIA	MEHANA	HAMFEL	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
C	79,323	77,000	78,864	30,169
F	44,022	37,000	39,842	30,119
M	44,779	42,000	41,834	28,643
FI	42,752	77,000	79,889	37,714
FII	19,079	16,000	16,431	13,389
FIII	39,115	29,000	29,878	23,571
FIV	13,840	14,000	13,784	13,877

Nota. **C** = respuestas de ansiedad manifestadas en el sistema cognitivo. **F** = respuestas de ansiedad manifestadas en el sistema fisiológico. **M** = respuestas de ansiedad manifestadas en el sistema motor. **FI** = ansiedad ante la evaluación. **FII** = ansiedad interpersonal. **FIII** = ansiedad fóbica. **FIV** = ansiedad en las situaciones de la vida cotidiana.

TABLA 3
Respuestas de ansiedad obtenidas en distintas fases del ciclo.

ANOVA. Comparaciones múltiples	TOTAL INTER (X = 9,741)	TOTAL PRE (X = 11,003)	TOTAL MENS (X = 12,404)	TOTAL POST (X = 10,328)
TOTAL INTER		t = 2,19982 (P < .05)		
TOTAL PRE			t = 2,12918 (P < .05)	
TOTAL MENS				t = 3,64649 (P < .001)

Nota. **TOTAL INTER**: total respuestas de ansiedad autoinformadas en la fase intermenstrual. **TOTAL PRE**: total respuestas de ansiedad autoinformadas en la fase premenstrual. **TOTAL MENS**: total respuestas de ansiedad autoinformadas en la fase menstrual. **TOAL POST**: total respuestas de ansiedad autoinformadas en la fase.

TABLA 4
Respuestas de estado de ánimo deprimido

ANOVA. Comparaciones múltiples	DEPR.INTER (X = 4,371)	DEPR. PRE (X = 6,083)	DEPR. MENS (X = 6,295)	DEPR. POST (X = 5,030)
DEPR. INTER		t = 3,65178 (P<.0005)		
DEPR. PRE			N.S	
DEPR. MENS				t = 2,15358 (P<.05)

Nota. **DEPR. INTER:** respuestas de estado de ánimo deprimido durante la fase intermenstrual. **DEPR. PRE:** respuestas de estado de ánimo deprimido durante la fase premenstrual. **DEPR. MENS:** respuestas de estado de ánimo deprimido durante la fase menstrual. **DEPR. POST:** respuestas de estado de ánimo deprimido durante la fase postmenstrual.

Es decir, se observa un incremento de sintomatología en la fase premenstrual respecto a la intermenstrual, otro incremento en la fase menstrual y una reducción importante en la fase postmenstrual.

Dados estos resultados nos interesó determinar el valor predictivo de las respuestas de ansiedad rasgo en la experimentación de modificaciones en dicha variable a lo largo de las distintas fases del ciclo menstrual, para lo cual aplicamos el modelo de regresión múltiple, método "stepwise", encontrando, por una parte que las respuestas de ansiedad general expresadas en el sistema motor constituyen la variable de mayor peso en la predicción de la experimentación de respuestas de ansiedad en las distintas fases del ciclo, aunque cabe precisar que en la fase menstrual, igualmente, partici-

pan las respuestas de ansiedad general manifestadas en el canal fisiológico, explicando de tal modo, el 31% de la variancia observada en las respuestas de ansiedad durante la fase menstrual.

Y, por otra parte, las respuestas de ansiedad general ante las situaciones de la vida cotidiana (FIV del ISRA) participan en la predicción de las respuestas de ansiedad a lo largo de todas las fases del ciclo ovárico, si bien en la fase premenstrual, asimismo, participan las respuestas de ansiedad ante las relaciones interpersonales (FII del ISRA); explicando así el 21,08% de la variancia observada en las respuestas de ansiedad autoinformadas durante la fase premenstrual. Mientras que en la fase menstrual, junto a las respuestas de ansiedad ante las situaciones de la vida cotidiana, participan las respues-

TABLA 5
Cambios experimentados a lo largo de las distintas fases del ciclo.

ANOVA Comparaciones múltiples	TOTAL INTER (K = 113,786)	TOTAL PRE (K = 113,781)	TOTAL MENS (K = 114,439)	TOTAL POST (K = 114,589)
TOTAL INTER		$t = -4,10312$ ($P < 0,0001$)		
TOTAL PRE			$t = -5,19784$ ($P < 0,00001$)	
TOTAL POST				$t = 6,94000$ ($P < 0,00001$)

Nota. TOTAL INTER: total cambios en estado general en la fase intermenstrual. TOTAL PRE: total cambios en el estado general en la fase premenstrual. TOTAL MENS: total cambios en el estado general en la fase menstrual. TOTAL POST: total cambios en el estado general en la fase postmenstrual.

TABLA 6
Modelo de regresión múltiple, método «Stepwise»

TOTAL INTER = $1,384685 + ,183915 \times M$	$R^2 = 2324$
TOTAL PRE = $574944 + ,217069 \times M$	$R^2 = 2590$
TOTAL MENS = $5,063236 + ,194483 \times M$	$R^2 = 2681$
TOTAL MENS = $1,989442 + ,121843 \times M + ,103426 \times F$	$R^2 = 3100$
TOTAL POST = $1,63744 + ,184045 \times M$	$R^2 = 2912$
TOTAL INTER = $4,733571 + ,283227 \times FIV$	$R^2 = 1319$
TOTAL PRE = $5,025648 + ,336083 \times FIV$	$R^2 = 1873$
TOTAL PRE = $2,639183 + ,214112 \times FIV + ,234187 \times FII$	$R^2 = 2104$
TOTAL MENS = $1,595949 + ,127817 \times FIV$	$R^2 = 1623$
TOTAL MENS = $1,526692 + ,084910 \times FII + ,208336 \times FIV$	$R^2 = 4953$
TOTAL POST = $4,501616 + ,301726 \times FIV$	$R^2 = 1861$

Nota. TOTAL INTER: total respuestas de ansiedad en la fase intermanstrual. TOTAL PRE: total de respuestas de ansiedad en la fase premenstrual. TOTAL MENS: total respuestas de ansiedad en la fase menstrual. TOTAL POST: total respuestas de ansiedad en la fase postmenstrual. M: respuestas de ansiedad manifestadas en el sistema motor. F: respuestas de ansiedad manifestadas en el sistema fisiológico. FII: respuestas de ansiedad ante la evaluación. FIV: respuestas de ansiedad ante situaciones de relación interpersonal. FIV: respuestas de ansiedad ante las situaciones de la vida cotidiana.

TABLA 7

Correlación entre la media total de puntuaciones en depresión obtenidas en las distintas fases del ciclo y la respuesta general de ansiedad.

	DEPR. INTER	DEPR. PRE	DEPR. MENS	DEPR. POST
C	.25834 (P<.005) .06674	.28166 (P<.005) .07933	.33039 (P<.0005) .10916	.23960 (P<.01) .05741
F	.31827 (P<.001) .10130	.33175 (P<.0005) .11006	.43547 (P<.0001) .18963	.31480 (P<.001) .09910
M	.38595 (P<.0001) .14896	.40030 (P<.0001) .16024	.42162 (P<.0001) .17776	.37423 (P<.0001) .14006
FI	.26530 (P<.005) .07039	.24393 (P<.01) .05050	.37643 (P<.0001) .14170	.23453 (P<.05) .05501
FII	.26158 (P<.005) .06842	.31863 (P<.001) .10152	.24838 (P<.01) .06169	.24850 (P<.01) .06175
FIII	.28482 (P<.005) .08112	.26963 (P<.005) .07270	.25731 (P<.01) .06621	.23179 (P<.05) .05373
FIV	.28653 (P<.005) .08210	.31931 (P<.0005) .10196	.38744 (P<.0001) .15011	.34185 (P<.0005) .11686

Nota. En primer lugar aparece el valor correspondiente a R, en segundo lugar la significación, y en tercero el valor correspondiente a R².

DEPR. INTER: total RR de depresión intermenstrual. **DEPR. PRE:** total RR de depresión en la fase premenstrual. **DEPR. MENS:** total RR de depresión en la fase menstrual. **DEPR. POST:** total RR de depresión en la fase postmenstrual. **C:** ansiedad-rasgo manifestada en el sistema cognitivo. **F:** ansiedad-rasgo manifestada en el sistema fisiológico. **M:** ansiedad-rasgo manifestada en el sistema motor. **FI:** ansiedad ante la evaluación. **FII:** ansiedad interpersonal. **FIII:** ansiedad fóbica. **FIV:** ansiedad interpersonal. **FIII:** ansiedad fóbica. **FIV:** ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana.

tas de ansiedad general elicítadas por las situaciones de evaluación (FI del ISRA), explicando el 49,55% de la varianza observada en las respuestas de ansiedad durante la menstruación.

Finalmente, nos interesó determinar la correlación existente entre la respuesta general de ansiedad y las respuestas de estado de ánimo deprimido experimentadas en las distintas fases

TABLA 8
Correlaciones entre el estado general autopercebido y las respuestas de estado de ánimo deprimido en las distintas fases del ciclo.

	DEPR. INTER	DEPR. PRE	DEPR. MENS	DEPR. POST
ICP-A	.54979 (P<.0001) .30223	.50754 (P<.0001) .25760	.59283 (P<.0001) .35144	.49746 (P<.0001) .24747

Nota. **DEPR. INTER:** respuestas de presión en la fase intermenstrual. **DEPR. PRE:** respuestas de depresión en la fase premenstrual. **DEPR. MENS:** respuestas de depresión en la fase menstrual. **DEPR. POST:** respuestas de depresión en la fase postmenstrual. **ICP-A:** cambios en el estado general evaluados mediante el Inventario de Cambios Premenstruales (ICP-A).

del ciclo, así como con las modificaciones producidas en el estado general durante el mismo período temporal, encontrando resultados que, en todos los casos, ponen de manifiesto correlaciones significativas, aunque pequeñas entre algunas variables, siendo las más elevadas las obtenidas en la fase menstrual.

En el primer caso, concretamente encontramos que las respuestas de estado de ánimo deprimido manifestadas en las distintas fases del ciclo correlacionan, fundamentalmente, con las respuestas de ansiedad-rasgo expresadas en el sistema motor, a excepción de las respuestas de depresión menstruales, cuya varianza observada es explicada en un 18,96% por las respuestas

fisiológicas de ansiedad y en un 17,77% por las motoras.

Asimismo, encontramos que las respuestas de ansiedad ante las situaciones de la vida cotidiana (FIV del ISRA) explican el mayor porcentaje de la varianza observada en las respuestas de estado de ánimo deprimido manifestadas en las distintas fases del ciclo ovárico. Si bien, igualmente se observa que la correlaciones más elevadas de tales respuestas en la fase premenstrual es con el FIV y con las respuestas de ansiedad ante la evaluación (FII del el ISRA), explicando el 10,19% y el 10,15% de la varianza observada respectivamente. Mientras que, en la fase menstrual, destacan las correlaciones encontradas con las respuestas de ansiedad ante la

evaluación (FI del ISRA) que explican el 14,17%; y con el FIV, que explica el 15,01% de la varianza observada en las respuestas de depresión manifestadas en dicha fase.

Y, en segundo lugar, los datos indican que la varianza observada en las respuestas de estado de ánimo deprimido en la fase intermenstrual es explicada por los cambios o síntomas habitualmente experimentados en el estado general en un 30,22%. Tales síntomas, igualmente, explican el 25,76% de la varianza observada en las respuestas de depresión premenstrual; el 35,14% de tales respuestas en la fase menstrual; y, el 24,74% de las respuestas de estado de ánimo deprimido en la fase postmenstrual.

CONCLUSIONES

En base a los resultados obtenidos y en relación a los criterios diagnósticos del SPM, podemos decir:

1°.- En cuanto a la temporalidad de los síntomas premenstruales, nuestros datos indican que la sintomatología premenstrual no sólo no desaparece con el inicio de la hemorragia menstrual - cuestión ya señalada por numerosos autores tales Sampson (1988) -, sino que

además parece intensificarse. En consecuencia, pensamos que resulta más adecuado hablar de síndrome perimenstrual o cambios perimenstruales, ya que el término síndrome premenstrual podría dar lugar a confusión puesto que se refiere a un periodo temporal concreto que excluiría determinados cambios de naturaleza física, emocional y comportamental que, precisamente, alcanzan su pico máximo en otro momento del ciclo.

En otras palabras, el término habitualmente utilizado para referirse a este trastorno parece no reflejar el mismo en toda su amplitud; y, en tal caso, podría dar lugar a la diferenciación de distintos síndromes en función de la fase del ciclo en que aparece la sintomatología aunque sin límites claros entre ellos a excepción del puramente temporal.

2°.- Si bien las puntuaciones obtenidas por nuestra muestra en el ISRA no permite en absoluto hablar de un trastorno, las relaciones encontradas entre la respuesta general de ansiedad y las restantes variables estudiadas, indican que la ansiedad-rasgo constituye una variable de peso en la explicación de la sintomatología perimenstrual. De forma que, en cierto modo, sí se podría hablar de una exacerbación de los repertorios básicos de conducta en determinadas fases del ciclo,

sobre todo cuando los fenómenos propiamente femeninos indicativos del buen funcionamiento corporal son percibidos como estresantes y/o fuera de control.

3°. - En relación con el criterio diagnóstico referido a la pérdida de interés por las actividades habituales y al distanciamiento de las relaciones sociales, los datos obtenidos sugieren que estos cambios parecen estar determinados por el patrón general de ansiedad ante tales situaciones, incluso en aquellos casos en los cuales la sintomatología premenstrual es de severidad media y la ansiedad-rasgo se encuentra dentro del rango de normalidad. De modo que si asumimos, tal como señala Abplanalp (1983) y Levitt et al. (1986) que la severidad de la sintomatología premenstrual

corresponde a un *continuum*, cabría esperar que a mayor ansiedad ante las situaciones de la vida cotidiana y ante las situaciones de relación interpersonal los síntomas pre o perimenstruales presentaran una mayor severidad, puesto que poder representar la severidad de los síntomas en un *continuum*, tal como señalan los mencionados autores, implica que los factores relacionados con la sintomatología media o moderada pueden ser los mismos que los relacionados con la sintomatología severa.

En definitiva, nuestros datos apoyan la idea según la cual los criterios comúnmente utilizados en el diagnóstico del SPM responden más a una manifestación y/o un modelo ideal del trastorno que a los datos obtenidos por numerosos estudios empíricos.

REFERENCIAS


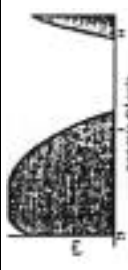
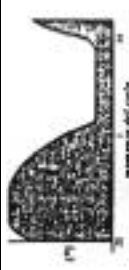
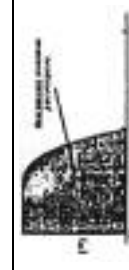

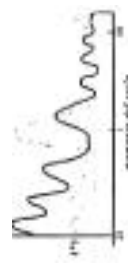
- Abplanalp, J.M. (1983). Psychologic components of the premenstrual syndrome: evaluating the research and choosing the treatment. *Journal of Reproductive Medicine*, 28, 517-524.
- American Psychiatric Association (A.P.A.). (1988). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-III-R*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (A.P.A.). (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV*. Washington: APA.
- Asso, D. (1988). Physiology and psychology of the normal menstrual cycle. En M.G. Brush y E.M. Goudsmit, (Eds.), *Functional disorders of the menstrual cycle* (pp.15-36). Chichester: Wiley.
- Bains, G. y Slade, P. (1988). Attributional patterns, moods, and the menstrual cycle. *Psychosomatic Medicine*, 50 (5), 469-476
- Bancroft, J., Williamson, L., Warner, P., Rennie, D., y Smith, S.K. (1993). Perimenstrual complaints in women complaining of PMS, menorrhagia and dysmenorrhea: towards a dismantling of premenstrual syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 55, 133-145.
- Beck, A.T. (1979). *Inventario de Depresión de Beck*. Traduc. de P. Barreto y A. Capafons (sin publicar).
- Bird, S.J. (1987). Neuroscience research and premenstrual syndrome: scientific and ethical concerns. En B.E. Gingsburg y B.F. Carter (Eds), *Premenstrual syndrome. Ethical and legal implications in a biomedical perspective* (pp.31-46). Nueva York: Plenum Press.
- Clare, A.W. (1983). Psychiatric and social aspects of premenstrual complaint. *Psychological Medicine. Monograph* (suppl. 4). Cambridge University Press.
- Dalton, K. (1964). The influence of menstruation on health and disease. *Proceedings of Royal Society of Medicine*, 57, 18-20.
- Dalton, K. (1977). *Premenstrual Syndrome and Progesterone Therapy*. Londres: Heinemann.
- Dalton, K. (1980). Cyclical criminal acts in premenstrual syndrome. *Lancet*, ii, 1070-1071.
- Dalton, K. (1982). Premenstrual tension: an overview. En R.C. Friedman. (Ed.), *Behavior and the menstrual cycle* (pp.217-242). Nueva York: Marcel Dekker.
- Dalton, K. (1984). *The premenstrual syndrome and progesterone Therapy* (2ª ed.). Chicago: Year Book Medical Pubs.
- Futterman, L.A., Jones, J.E., Miccio-Fonseca, L.C. y Quigley, M.E. (1992). Severity of premenstrual symptoms in relation to medical/psychiatric problems and life experiences. *Perceptual & Motor Skills*, 74, 787-799
- Green, R. y Dalton, K. (1953). The premenstrual syndrome. *British Medical Journal*, 1, 1007-1014.
- Halbreich, U., Bancroft, J., Dennerstein, L., Endicott, J., Faccinetti, F., Genazzani, A., Morse, C., Parry, b., Rubinow, D., Reid, R., Shiff, I., Smith, S. Y Bäckström, T. (1993). Menstrually related disorders: points of consensus, debate and disagreement. *Neuropsychopharmacology*, 9 (1),13-15.
- Lang, P.J. (1968). Fear reduction and fear behavior problems in heating a construct. En Shlien. (Ed.), *Research in Psychotherapy III*. Washington: American Psychological Association.
- Lang, P.J. (1971). The application of psychological methods to the study of psychotherapy and behavior modification. En A.E. Bergin y S.L. Gardfield. (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Nueva York: Willey.

- Levitt, D.B., Freeman, E.W., Sondheimer, S.J. y Rickels, K. (1986). Group support in the treatment of PMS. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 24 (1), 23-27.
- Livesey, J.H., Wells, J.E., Metcalf, M.G., Hudson, S.M y Bates, R.H.T. (1989). Assessment of the significance and severity of premenstrual tension I. A new model. *Journal of Psychosomatic Research*, 33 (3), 269-279.
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A.R. (1988). *ISRA. Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad*. Madrid: TEA.
- Miguel Tobal, J.J. y Cano Vindel, A.R. (1988). *ISRA-específico*. Versión del Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad con fines de investigación (sin publicar).
- Moos, R.H. (1969). Typology of menstrual cycle symptoms. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 103, 390-402.
- Pérez Pareja, F.J. y Borrás Sansaloni, C. (1991). I.C.P. Forma A. Inventario de Cambios Perimenstruales. En C. Borrás y F.J. Pérez Pareja (1999). *El Síndrome Premenstrual* (pp.186-191). Madrid: UNED-FUE.
- Pérez Pareja, F.J. y Borrás Sansaloni, C. (1991). I.C.P. Forma B. Inventario de Cambios Perimenstruales. En C. Borrás y F.J. Pérez Pareja (1999). *El Síndrome Premenstrual* (pp.192-197). Madrid: UNED-FUE
- Rubionw, D.R. y roy-Byrne, P. (1984). Premenstrual Syndromes: overview from a methodological perspective. *American Journal of Psychiatry*, 141:163.
- Sampson, G.A. (1988). Definition of premenstrual syndrome and related conditions. En M.G. Brush y E.M. Goudsmit. (Eds.), *Functional disorders of the menstrual cycle* (pp.37-56). Chichester: Wiley.
- Van der Ploeg, H.M. y Lodder, E.B. (1993). Longitudinal measurement in the diagnostics of the premenstrual syndrome. *Journal of Psychosomatic Research*, 37 (1), 33-38.
- Walker, A.E. (1997). *The menstrual cycle*. Londres: Routledge.

ANEXO I






Términos propuestos o utilizados por distintos autores para referirse a las modificaciones perimenstruales (físicas y/o emocionales)


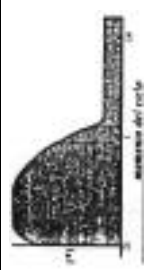

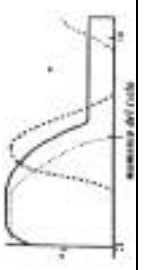

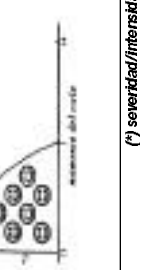
AUTOR/ES	TERMINO	DESCRIPCION	REPRESENTACION GRAFICA
Frank (1931)	tensión premenstrual (TP)	cambios físicos y emocionales que aparecen durante los 10-7 días que preceden a la hemorragia menstrual	
Freed (1945)	Malestar premenstrual	cambios físicos y emocionales que aparecen durante los 10-7 días que preceden a la hemorragia menstrual	
Green y Dalton (1953)	síndrome premenstrual (SPM)	síntomas físicos y emocionales que aparecen, fundamentalmente, durante la fase premenstrual, si bien también pueden manifestarse en torno a la ovulación y estar presentes durante la menstruación. Para su diagnóstico se precisa un período libre de síntomas	
Dalton (1964)	síndrome premenstrual (SPM)	amplia variedad de síntomas cíclicos que pueden recurrir regularmente en la misma fase de cada ciclo menstrual, normalmente durante la fase premenstrual o durante los días cercanos a la menstruación pero, ocasionalmente, también durante la ovulación.	
Sherland y Stewart (1965)	síndrome cíclico o estado de tensión cíclico	término que enfatiza la fisiología y no la patología o trastorno	

Dalton (1977)	síndrome premenstrual (SPM)	la misma que en 1964, pero únicamente diagnosticable cuando existía una variación patológica en los niveles de estrógeno y progesterona durante el ciclo ovárico.	
Dalton (1980)	síndrome premenstrual (SPM)	la recurrencia cíclica de síntomas durante o después de la ovulación que se intensifica durante la fase premenstrual y se mantiene durante la menstruación, con una completa ausencia de síntomas desde el cese de la hemorragia menstrual hasta la ovulación.	
Dalton (1980)	malestar menstrual	no existe período libre de síntomas.	
Dalton (1982)	tensión premenstrual (TP) (*)	presencia de síntomas psicológicos que recurren regularmente en la misma fase de cada ciclo menstrual, seguida de una fase libre de síntomas. <i>No específica que fase, aunque al utilizar el término premenstrual, asumimos que se refiere a esta fase.</i>	
	síndrome premenstrual (SPM) (**)	presencia de síntomas físicos y psicológicos que recurren regularmente en la misma fase de cada ciclo menstrual seguida de una fase libre de síntomas. <i>No específica que fase, aunque al utilizar el término premenstrual, asumimos que se refiere a esta fase.</i>	
	Malestar menstrual	alteración emocional o sintomática en el ciclo menstrual, con un empeoramiento durante la fase premenstrual o durante la menstruación, implica cambios emocionales bruscos y modificaciones en la severidad sintomática a lo largo del ciclo	

(*) severidad/intensidad

ANEXO I (continuación)

AUTOR/ES	TERMINO	DESCRIPCION	REPRESENTACION GRAFICA
Clare (1980) Abplanalp (1983)	síndrome premenstrual (SPM)	incremento significativo de síntomas durante la fase premenstrual	
Dalton (1984)	síndrome premenstrual (SPM)	recurrencia de síntomas en la fase premenstrual con ausencia de los mismos durante la fase postmenstrual. Los síntomas deben aparecer exclusivamente en la segunda mitad del ciclo y deben intensificarse a medida que el ciclo avanza	
Dennerstein et al. (1984)	malestar menstrual	presencia de un trastorno psiquiátrico diagnosticable, el cual es de intensidad moderada a lo largo del ciclo y exacerbado/s durante la fase premenstrual.	
Parry et al. (1985)	síndrome premenstrual (SPM)	sólo aplicable cuando la intensidad de los síntomas se incrementa al menos en un 30% en la fase premenstrual respecto a la intermenstrual	
Moos (1988, 1989); Halbreich y Endicott (1982); Halbreich et al. (1982); Abraham (1983); Logue y Moos (1986)	síndromes premenstruales (SPM/s)	existencia de diferentes síndromes premenstruales con diferentes etiologías biopsicosociales.	

Hamilton et al. (1984)	cambios premenstruales (CPM)	si existe una recurrencia cíclica en la intensidad de los cambios, midiéndose en la segunda semana del ciclo y comparándose con el pico de intensidad de los síntomas durante la fase premenstrual.	
Harrison (1985)	magnificación premenstrual (PMM)	la misma que Dalton (1994) sobre el SPM: recurrencia de síntomas en la fase premenstrual con ausencia de los mismos durante la fase postmenstrual. Los síntomas deben aparecer exclusivamente en la segunda mitad del ciclo y deben intensificarse a medida que el ciclo avanza.	
APA DSM-III-R DSM-IV	trastorno disfórico del final de la fase lútea (TDFFL) trastorno disfórico premenstrual	trastorno psiquiátrico caracterizado por períodos recurrentes de distoría cada mes, en base a una sincronía con el ciclo menstrual, no incluyendo los síntomas físicos ni psicológicos que han sido adscritos al SPM.	
ACNP (1983)	trastorno/s menstrualmente relacionado/s	variedad de condiciones que parecen estar relacionadas con el ciclo menstrual	
Abraham (1984)	síndrome postmenstrual	incremento de eficacia y bienestar así como de respuestas de estado de ánimo positivas que algunas mujeres experimentan hacia el final de la menstruación y que se mantienen hasta la ovulación.	
Giffin y Pashau (1989)	hipomanía premenstrual	cambios premenstruales positivos	

(*) severidad/intensidad

ANEXO II SINTOMATOLOGIA

<ul style="list-style-type: none"> • Fluctuación circadiana. • Calentón abdominal. • Dolor abdominal. • Falta de atención. • Tristeza. • Ira. • Apatía. • Agresividad. • Intolerancia al alcohol. • Ansiedad. • Dolor lumbar. • Llagas. • Letargia. • Pérdida de control. • Indefinición. • Dolor general. • Hinchazón de mamas. • Confusión. • Migrañas. • Dolor o hinchazón en las articulaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión. • Fatiga. • Apatía. • Menor flexibilidad en la conducta sexual. • Dolor pélvico. • Diarrea. • Debilidad. • "botijos". • Dolor de cabeza. • Escamoteo. • Pausa. Disruptiva. • Somnolencia. • Sentimientos violentos. • Tensión. • Alucinaciones. • Erupción. • Tracoma. • Evitación de los contactos sociales. • Migraña. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mefacoa. • Aumento ingesta. • ↓ esp. intelectual. • Una de manifestaciones y acciones. • Tensión muscular. • Ansiedad. • Taquicardia. • Síncopa. • ↑ peso. • Dolor de pecho. • Sens. Saciedad. • Agitación. • ↑ ansiedad. • Alcapón. • Sudores. • Anorexia. • ↑↓ emocionales. • Pausa. Suelta. • Retención líquida. • Dificultad para dormir.
--	---	--

2.1. Síntomas asociados al síndrome premenstrual (SPM).

ANEXO II (CONTINUACION)

1. DOLOR	2. CONCENTRACIÓN	3. CAMBIOS CONDUCTUALES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tensión muscular ▪ Dolores de cabeza ▪ Calambres ▪ Dolor lumbar ▪ Migra ▪ Dolor general 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inquietud ▪ Olvidos ▪ Confusión ▪ Ausencia de memoria ▪ Probl. Concentración ▪ Distracción ▪ Accidentes ▪ ↓ coordinación motora 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rendimiento laboral y/o intelectual ▪ Quiso en casa ▪ Quiso en casa ▪ Evitación de los contactos sociales ▪ ↓ eficacia
4. REACCIONES AUTÓNOMAS	5. RETENCIÓN DE LÍQUIDOS	6. EMOCIONALIDAD NEGATIVA
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vértigo ▪ Sudor frío ▪ Náuseas, vómitos ▪ Rubor 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pese ▪ Trastorno cardíaco ▪ Dolor de mamas ▪ Hinchazón 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Triste ▪ Sentimientos de soledad ▪ Ansiedad ▪ Intranquilidad ▪ Irritabilidad ▪ ↑↓ motivación ▪ Depresión ▪ Tensión
7. ACTIVACIÓN	8. CONTROL	9. CAMBIOS EN EL AFECTO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Batir cardíaco ▪ Eructos ▪ Escalofrío ▪ Escaratar ▪ ↑ energía, actividad 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sensación de sofoco ▪ Dolor de pecho ▪ Zumbido en los oídos ▪ Taquicardia ▪ Estrabocimiento, parestias 	

2.2. Categorización de los síntomas premenstruales a partir del «Menstrual Distress Questionnaire (MDQ)» (Moos, 1969).

ANEXO II (CONTINUACION)

MEDIA	Cuando la mujer percibe cambios en sí misma, el cual, igualmente, es percibido por las personas del entorno, si bien no interfiere en su vida social ni en su capacidad para trabajar.
MODERADA	Cuando la sintomatología repercute negativamente tanto en las relaciones familiares como sociales. La capacidad para trabajar igualmente se ve alterada si bien la mujer puede llevar a cabo sus tareas.
SEVERA	Las relaciones sociales se alteran, desaparece la vida social, incapacidad para asumir tareas. Clara necesidad de tratamiento.

2.3. Niveles de severidad de la sintomatología premenstrual

ANEXO II (CONTINUACION)

SÍNTOMAS AFECTIVOS
Que incluyen la tristeza, la ansiedad, la ira, la irritabilidad y la labilidad emocional.
SÍNTOMAS COGNITIVOS
Que incluyen dificultad para concentrarse, la indecisión, la paranoia, la obsesión recidiva y la inaceptabilidad.
SÍNTOMAS DOLOROSOS
Entre los que destacan el dolor de cabeza, el dolor muscular y en las articulaciones, los espasmos y el dolor de manos.
SÍNTOMAS NEUROVEGETATIVOS
Destacando el insomnio, la hipertermia, la anorexia, el deseo de comer determinados alimentos ("antojos"), la fatiga, la fatiga, la agitación y cambios en el deseo sexual.
SÍNTOMAS VEGETATIVOS
Que incluyen los náuseas, la diarrea, la insensibilidad y la sudoración.
SÍNTOMAS RELACIONADOS CON EL SNC
Destacando síntomas como la torpeza, los ataxias, el vértigo, los parosismos y los temblores.

2.4. Clasificación de la sintomatología premenstrual (Rubinow y Roy-Byrne, 1984).

ANEXO III
EVALUACION

RETROSPECTIVOS, (RETRÓSPÉCTIVOS)	PROSPECTIVOS, (ESPÉCTIVOS)	INSTRUMENTOS.
Moon Menstrual Distress Questionnaire (MDQ) (Moon, 1969)	MDQ (Today's Form) (Moon et al. 1988)	Inventory de Depresión de Beck (BDI) (Beck et al. 1961)
Menstrual Symptom Questionnaire (MSQ) (Chesney y cols., 1973)	Daily Symptom Rating Scale (Taylor, 1979)	Escala de Ansiedad Mariposa de Taylor (Catal y Sabarín, 1961)
Premenstrual Rating Scale (PMRS) (Sobel et al. 1990)	PAR Daily Rating Form (Haberstick et al. 1982)	Multiple Affect Adjective Check List (MAACL) (Zuckerman y Lubin, 1965)
Menstrual Affects Questionnaire (Brooks, Gray y Eadie, 1980)	Ugish PMRS (Scheuler (Sparoff et al. 1984)	Escala de depresión de Hamilton (Hamilton, 1967)
Premenstrual Assessment Form (PAF) (Haberstick et al. 1982)	PRIMA (Raid, 1985)	Activation-Deactivation Check List (Thayer, 1987)
Menstrual Health Questionnaire (Werner y Ranshoff, 1990)	PMF- Cair (Majors y Siskel, 1988)	Inventory de Ansiedad Estado- Rango (STAI) (Spielberger et al. 1970)
Inventory de Cambios Premenstruales (ICP-A) (Pérez-Pareja y Borrás, 1991)	Daily Life Experiences Questionnaire (Schachter et al. 1968)	Profile of Mood States (McNair et al. 1971)
	Daily Well-Being Form (Mansfield et al. 1989)	Differential Emotions Scale IV (Irwin et al. 1974)
	(COPE) Calendar of Premenstrual Experiences (Adler et al. 1990)	Emotions Profile Index (Pincus y Kollerman, 1974)
	Menstrual Symptom Severity List (Mittell, Woods y Laska, 1981)	High Risk Questionnaire (Crumm y Catal, 1976)
	Daily Self Report Questionnaire (Ripper, 1991)	Inventory de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Miquel Tobal y Cobo, 1985)
	Inventory de Cambios Premenstruales (ICP-B) (Pérez-Pareja y Borrás, 1991)	
	Female Self Report Symptom Calendar (Piacoff et al. 1993)	
	Washington Women's Health Diary (Mittell et al. 1984)	

3.1. Algunos instrumentos utilizados en la evaluación del SPM.

ANEXO III (CONTINUACION)

<p>A. Para el diagnóstico definitivo del SPM, se deben cumplir al menos 5 de las siguientes condiciones y, al menos 4 para poder decir que probablemente se trata de un episodio de SPM.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Irritabilidad, hostilidad, agresividad. ▪ Tristeza, fatiga, melancolía. ▪ Eficiencia disminuida. ▪ Distimia, marcada labilidad emocional espontánea, llanto. ▪ Menor coordinación motora, torpeza, tendencia a tener accidentes (ej. Respingar cosas, caídas). ▪ Disociabilidad, confusión, olvidos, dificultad para concentrarse, incapacidad para tomar decisiones. ▪ Modificación en los hábitos alimentarios. ▪ Alteración marcada en el sueño usual.
<p>B. Alteraciones tan severas que al menos una de las características siguientes está presente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seres repentinamente en las relaciones sociales (Estreña, trabajo). ▪ Solicitar medicación, especialmente analgésicos y/o diuréticos, al menos una vez durante la fase premenstrual.
<p>C. Marcados cambios emocionales durante la fase premenstrual, al menos durante los seis meses más recientes anteriores.</p>
<p>D. Padecimiento de síntomas semejantes durante la fase premenstrual durante los períodos de la fase premenstrual.</p>

3.2. Condiciones que, según Abplanalp (1983a y 1983b), se deben reunir para poder diagnosticar el SPM) (se requieren de la A a la D).