

Prevalencia de síndrome disfórico premenstrual en población general

J.L. del Burgo Fernández, M.^a V. Trigueros Canalejas, A.L. Ruiz Serrano, R.M.^a Muñiz Alonso e I. Maestre Moyano

Centro de Salud de Porzuna. Ciudad Real. España.

OBJETIVOS. Medir la prevalencia de síndrome disfórico premenstrual mediante encuesta heteroadministrada con los criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Psiquiatría presentes en el DSM-IV.

MÉTODOS. Se diseña un estudio observacional, descriptivo y transversal, con emplazamiento en la Zona Básica de Salud de Porzuna (Ciudad Real). Ámbito: Atención Primaria de salud; medio rural. Población diana: todas las mujeres de entre 18 y 50 años de edad de la Zona Básica de Salud (948); se seleccionaron 226 por muestreo aleatorio simple, con reemplazo automático y consecutivo de aquellas que rehusaron participar (8), no fueron localizables (21) o reunían criterios de exclusión: menopausia, gestación, déficit mental (11), participando finalmente en el estudio 186 mujeres.

A dichas mujeres se les aplicó una encuesta heteroadministrada recabando información referente a los criterios de la APA para el diagnóstico del síndrome disfórico premenstrual durante el último año, así como datos sociodemográficos, de comorbilidad y sobre tratamiento farmacológico.

RESULTADOS. El 84,33% de las encuestadas presentaba algún tipo de molestia premenstrual, siendo moderada (al menos un síntoma durante todos o la mayoría de los ciclos del último año) en el 69,73% e intensa (5 o más síntomas la mayoría de los ciclos pero sin afectar a la vida laboral, social o familiar) en el 8,11%. La prevalencia encontrada de síndrome disfórico premenstrual según criterios de la Asociación Americana de Psiquiatría es del 6,49% (n = 12; IC 95%: 2,95-10,03%).

CONCLUSIONES. La prevalencia encontrada de síndrome disfórico premenstrual en nuestra población concuerda con los datos publicados en estudios internacionales (2,5-14%) y se aleja de las prevalencias publicadas en nuestro país (20,6-28,6%) con encuestas autoadministradas.

Palabras clave: síndrome disfórico premenstrual, prevalencia, Atención Primaria.

Correspondencia: J. L. del Burgo Fernández
Centro de Salud de Porzuna.
Ctra. de Toledo s/n. 13120 Porzuna. Ciudad Real. España.
Correo electrónico: jldelburgo@majada.net

Recibido el 20-06-05; aceptado para su publicación el 01-02-06.

OBJECTIVES. Measure the prevalence of premenstrual dysphoric syndrome (PMDS) by heteroadministered survey with diagnostic criteria of the American Association of Psychiatry (AAP) present in the DSM-IV.

METHODS. An observational, descriptive and cross-sectional study was designed with location in the Basic Health Area (BHA) of Porzuna (Ciudad Real). Scope: primary health care; rural setting. Target population: all women between 18 and 50 years of age from the BHA (948). A total of 226 were selected by simple random sampling, with automatic and consecutive replacement of those who refused to participate (8). Of these, 21 could not be located or fulfilled exclusion criteria: menopause, gestation, mental retardation (11), 186 women finally participating in the study.

These women were administered a heteroadministered survey, collecting information regarding the AAP criteria for the diagnosis of PMDS during the last year and sociodemographic, comorbidity and pharmacological treatment data.

RESULTS. A total of 84.33% of those surveyed had some type of premenstrual discomfort, these being moderate (at least one symptom during all or most of the cycles of the last year) in 69.73% and intense (5 or more symptoms in most of the cycles but without affecting work, social or family life) in 8.11% Prevalence of PMDS found according to AAP criteria is 6.49% (n = 12; 95% CI: 2.95 - 10.03%).

CONCLUSIONS. Prevalence of PMDS found in our population agrees with the data published in international studies (2.5 - 14%) and moves away from the prevalences published in our country (20.6 - 28.6%) with self-applied surveys.

Key words: premenstrual dysphoric syndrome, prevalence, primary care.

INTRODUCCIÓN

Se estima que hasta un 75% de las mujeres que menstrúan presentan uno o más de los síntomas premenstruales, en especial irritabilidad, tensión mamaria y disforia¹.

El síndrome premenstrual (SPM), un trastorno cíclico descrito por primera vez en 1931 es común en las mujeres jóvenes y de mediana edad, caracterizándose por síntomas emocionales y físicos que se producen de forma invariable durante la fase lútea del ciclo menstrual. Las mujeres con síntomas afectivos más severos se considera que padecen el trastorno premenstrual disfórico o síndrome disfórico premenstrual (SDPM)².

Ambos trastornos pueden manifestarse con una amplia gama de síntomas físicos (dolor o tensión mamaria, cefalea, astenia, dolor abdominal...) y psíquicos (labilidad emocional, insomnio, somnolencia diurna, ánimo depresivo...), variando su intensidad desde las simples molestias premenstruales hasta la incapacidad cíclica para desarrollar con normalidad la vida cotidiana.

La etiología es aún hoy poco clara, evocándose factores genéticos, neurobiológicos y endocrinológicos íntimamente relacionados¹, aunque en su etiopatogenia parecen adquirir cada vez mayor importancia el papel de la serotonina como factor modulador (y así lo atestigua el beneficio observado con el uso de inhibidores de la recaptación de la serotonina –ISRS–) y ciertas enzimas mediadoras en la síntesis de los esteroides^{1,2}.

Como entidad nosológica, el SDPM aparece recogido en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4.^a* ed. (DSM-IV)³ en el Apéndice dedicado a “Criterios y ejes propuestos para estudios posteriores”. Los métodos diagnósticos hasta la fecha utilizados se fundamentan esencialmente en el registro prospectivo de una amplia serie de síntomas a lo largo de períodos de tiempo más o menos prolongados (“Prospective record of the impact and severity of menstruation” –PRISM–, “Calendar of premenstrual experiences” –COPE–)⁴, buscando su repetición cíclica en la fase lútea del ciclo menstrual y valorando la intensidad de la afectación^{1,5}.

La variabilidad de los criterios diagnósticos y de las escalas de medida utilizadas (registros prospectivos, encuestas autoadministradas, heteroadministradas...), el tiempo de registro, los sesgos de memoria, la motivación individual en la respuesta a encuestas autoadministradas, el nivel cultural y otros factores justifican que se informen cifras de prevalencia muy variadas⁶. Estudios de prevalencia del SDPM con criterios de inclusión “estrictos” hablan de prevalencias entre el 4,6%⁷ y el 14%⁶.

En España, y con criterios diagnósticos del DSM-III-R, de la Gándara informa de una prevalencia del 28,6%⁸. Otro estudio de prevalencia realizado en España, con encuestas autoadministradas y dos grupos de mujeres, encuentra en la realizada con personal de enfermería hospitalaria una tasa de respuesta del 6,15% y una prevalencia de SDPM de 20,6%, mientras que la realizada en jóvenes universitarias y con una tasa de respuesta del 16,4%, informa de una prevalencia del 21,4%⁹. Queda pues por aclarar cuál sería la prevalencia del SDPM en población ge-

neral en España con los criterios diagnósticos del DSM-IV y con utilización de escalas heteroadministradas.

El objetivo del presente estudio es conocer cuál es la prevalencia de SDPM en población general mediante la aplicación de los criterios diagnósticos de la American Psychiatric Association (APA) publicados en el DSM-IV y a través de una encuesta heteroadministrada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para conocer la prevalencia de SDPM se ha diseñado un estudio observacional, descriptivo y transversal sobre toda la población femenina entre 18 y 50 años de edad de la Zona Básica de Salud (ZBS) de Porzuna (Ciudad Real), para lo que se ha elaborado un cuestionario en el que se recogían datos sociodemográficos, criterios de inclusión y exclusión, edad, edad de la menarqua, uso de anticonceptivos orales, historia gestacional, presencia de dismenorrea y/o dispareunia, enfermedad física o mental, toma de fármacos y edad de inicio de los síntomas.

En dicho cuestionario se registraban los criterios diagnósticos de la APA para el SDPM (tabla 1) referidos retrospectivamente al último año.

Del total de mujeres entre 18 y 50 años de la ZBS (948), se seleccionaron por muestreo aleatorio simple un total de 186 mujeres (tamaño muestral calculado con la fórmula del intervalo de confianza para una prevalencia esperada del 14% y una precisión del 5%), con reemplazo automático y consecutivo en el listado de aquellas que rehusaron participar, no fueron localizables o reunían criterios de exclusión (menopausia, gestación, déficit mental o anexectomía bilateral), posteriormente se concertaba una cita con las mismas y se les encuestaba personalmente, o bien, por teléfono, a través de los miembros del equipo del Centro de Salud (médicos y ATS).

Todas las encuestas fueron chequeadas para datos anómalos, contrastadas con la historia clínica de las pacientes y revisadas por dos investigadores antes de su análisis. El período de recogida de datos se desarrolló durante un mes. Finalmente se informatizaron con el programa Access y se analizaron con el paquete estadístico G-Stat v.1.5.

RESULTADOS

Fueron invitadas a participar en el estudio 226 mujeres, de las cuales 8 rechazaron participar en el estudio y 32 fueron sustituidas por reunir criterios de exclusión (la mitad de ellas por no ser localizables) o ser errores de la base de datos (fig. 1), por lo que finalmente se incluyeron en el estudio un total de 186 mujeres.

La tabla 2 muestra los datos generales de la muestra. Más de la mitad de las mujeres están casadas y han tenido, al menos, un hijo. La dismenorrea está presente en un 60% de ellas aproximadamente y la dispareunia en el 7,65%.

Un 15,67% de las encuestadas no presentaban molestias premenstruales o bien eran ocasionales o eran consideradas exacerbación de un problema previo. En cambio,

Tabla 1. Criterios de investigación para el trastorno disfórico premenstrual de la APA

- 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 2 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:
1. Estado de ánimo deprimido, sentimientos de desesperanza e ideas de desaprobación acusadas.
 2. Ansiedad, tensión, sensación de agobio o de estar "al límite".
 3. Labilidad emocional evidente (por ejemplo: ataques de tristeza, llanto o hipersensibilidad ante el rechazo).
 4. Enfado, irritabilidad o aumento de conflictos interpersonales de forma acusada y persistente.
 5. Pérdida del interés por las actividades cotidianas (por ejemplo: trabajo, escuela, amigos, aficiones).
 6. Sensación subjetiva de dificultad para concentrarse.
 7. Letargia, fatigabilidad fácil o falta evidente de energía.
 8. Cambios significativos del apetito, atracones o antojos por determinadas comidas.
 9. Hipersomnia o insomnio.
 10. Sensación subjetiva de estar rebasada o fuera de control.
 11. Otros síntomas físicos como hipersensibilidad o aumento del tamaño mamario, dolores de cabeza, molestias articulares o musculares, sensación de hinchazón o ganancia de peso.

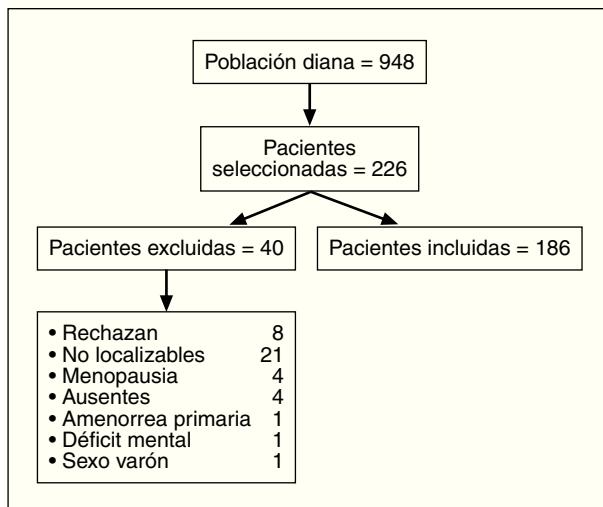
Nota: en las mujeres fértiles la fase lútea corresponde al período de tiempo comprendido entre la ovulación y el inicio de la hemorragia menstrual, que da paso a la fase folicular. En las mujeres amenorreicas (por ejemplo: las que han sido hysterectomizadas), la determinación de las fases lútea y folicular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

- B. Estas alteraciones interfieren acusadamente con el trabajo, la escuela, las actividades sociales habituales o las relaciones interpersonales (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 también a cualquiera de estos trastornos).
- D. Los criterios A, B y C deben ser corroborados por técnicas de valoración diaria y prospectiva de los síntomas en al menos dos ciclos consecutivos. (El diagnóstico puede establecerse provisionalmente a la espera de dicha confirmación).

Fuente: American Psychiatric Association³.

un 69,73% presentaban molestias moderadas (presentaban al menos 1 síntoma durante todos o la mayoría de los ciclos). Estas molestias eran intensas (similares a las del SDPM, pero sin repercusión significativa en su vida social o laboral) en un 8,11%. Por último, presentaban criterios diagnósticos de SDPM 12 mujeres, lo que significa una prevalencia del 6,49%, con un intervalo de confianza al 95% de 2,95-10,03% (fig. 2).

Analizando por síntomas, los más referidos en el conjunto de las mujeres estudiadas han sido la "hinchazón abdominal" (79,03%), tensión mamaria (56,22%), fatigabilidad (39,46%) y labilidad emocional (33,33%) (fig. 3).

**Figura 1. Esquema del estudio.****Tabla 2. Datos sociodemográficos y clínicos del total de pacientes incluidas en el estudio**

Edad media	31,82 ± 9,23
Edad menarquía	12,93 ± 1,53
Estado civil:	
Soltera	34,95%
Casada	61,83%
Separada	2,15%
Viuda	0,54%
¿?	0,54%
G - A - V	1,5 - 0,17 - 1,3
Enfermedad mental	12,02%
Enfermedad física	17,49%
Consumo de alcohol	8,42%
Consumo de tabaco	12,62%
Uso de ACO	18,48%
Dismenorrea	59,68%
Dispareunia	7,65%

La edad de inicio de las molestias es como media los 18 años; un 50,52% de las pacientes toma fármacos para estas molestias al menos ocasionalmente, de los cuales un 53% son antiinflamatorios no esteroideos, un 43% analgésicos, un 3% productos de herbolario y un 1% antidepresivos. Dichos tratamientos fueron prescritos por un médico en el 57,60% de los casos, el resto fueron consejo de un familiar o amistad (19,55%), autoprescripción (18,47%) u otros (consejo publicitario, 4,34%).

Comparadas las pacientes con SDPM con las que no reunían dicho diagnóstico respecto a edad de la menarquía, edad de inicio de los síntomas, consumo de tabaco, consumo de alcohol, uso de anticonceptivos, número de gestaciones, comorbilidad psíquica, comorbilidad física, dismenorrea o dispareunia, solo se encontró diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,01$ en ambas) en estas dos últimas condiciones (tabla 3).

DISCUSIÓN

La cifra de prevalencia encontrada entraría dentro de lo esperado a tenor de las publicaciones internacionales y se alejaría en cambio de las cifras publicadas en estudios españoles (28,6%⁸, 20,6-21,4%⁹). Ello se explica, en nues-

tra opinión, por el tipo de herramienta diagnóstica utilizada, que en los citados estudios fue una hoja de registro prospectiva y autoadministrada, lo que exige del encuestado cierta disciplina en su cumplimentación y cierta motivación para su remisión a los investigadores, factores éstos

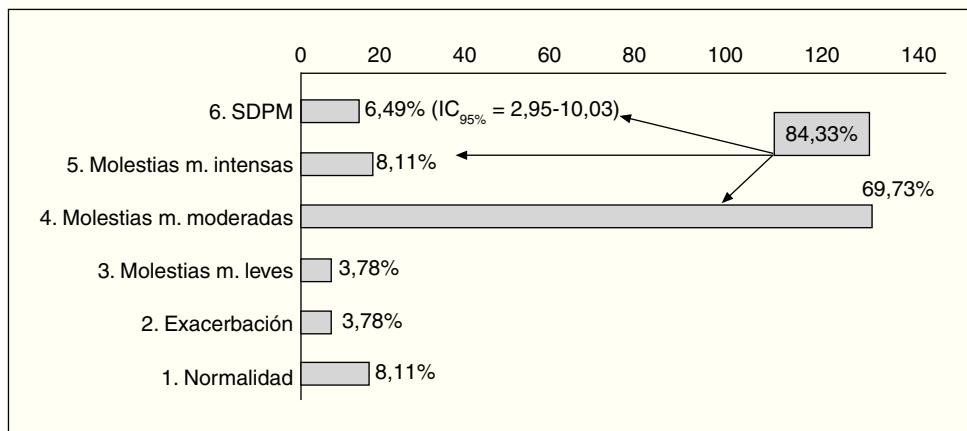


Figura 2. Clasificación de las pacientes según la presencia de sintomatología premenstrual.

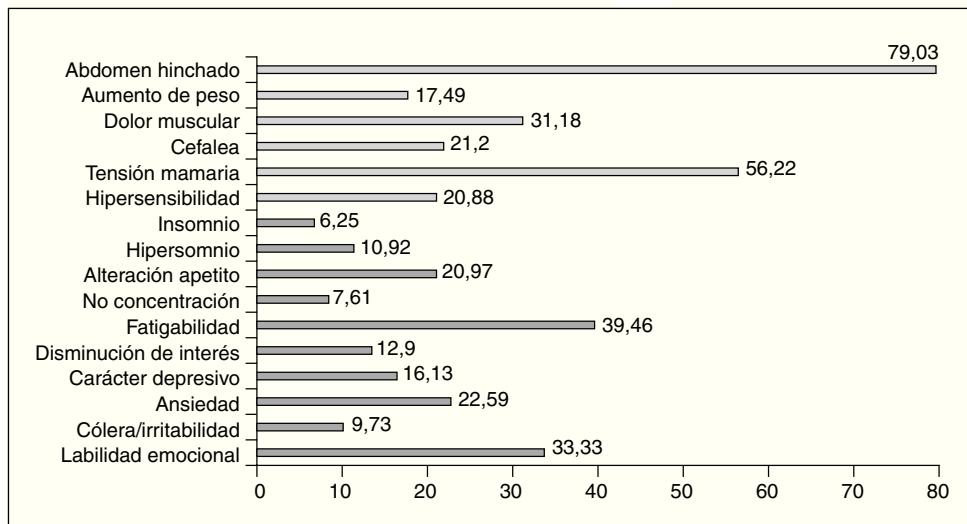


Figura 3. Presencia de sintomatología premenstrual "todos" o "la mayoría de los ciclos".

Tabla 3. Comparación entre pacientes con criterios de síndrome disfórico premenstrual y resto de la muestra

Variable	SDPM	No-SDPM	Estadístico	p
Edad de la menarquía	13,08	12,91	t = -0,3570	0,7210
Edad de inicio de los síntomas	17,91	17,83	t = -0,0320	0,9740
Dismenorrea	100%	56,89%	chi = 8,660	0,0032*
Dispareunia	25%	6,32%	chi = 5,626	0,0177*
Consumo de tabaco	58,33%	32,75%	chi = 3,253	0,0710
Consumo de alcohol	25%	17,24%	chi = 0,463	0,4960
Uso de anticonceptivos	20%	19,65%	chi = 2,651	0,1030
Número de gestaciones	0,75	1,55	t = 1,8050	0,0726
Número de nacidos vivos	0,75	1,34	t = 1,4890	0,1380
Comorbilidad psíquica	8,33%	12,28%	chi = 0,165	0,6844
Comorbilidad física	16,66%	17,54%	chi = 0,006	0,9384

*Diferencia estadísticamente significativa.

que creemos más probable que sucedan en las pacientes con síntomas más severos (sesgo de respuesta). La baja tasa de respuesta en los mismos (6-16%) apuntaría en este sentido y restaría validez externa a los datos.

En cambio, un cuestionario heteroadministrado, como el utilizado en el presente estudio, evita por un lado la baja tasa de respuesta (solo rechaza contestar a nuestra encuesta el 3,53% de las pacientes seleccionadas) y por otro los sesgos culturales y formativos que sí pueden afectar a los cuestionarios autoadministrados.

Un elemento que podría debilitar la fortaleza de los datos obtenidos en nuestro estudio podría venir de un cierto sesgo de complacencia en las encuestadas para con el personal encuestador (médicos y personal de enfermería de la ZBS), factor éste que vemos difícil de solventar.

Como dato llamativo observamos que un altísimo porcentaje (84%) de las mujeres en edad fértil padece molestias de importancia en relación con la menstruación, y que poco más de la mitad acuden a nuestra consulta a pedir ayuda médica para aliviar los síntomas, aunque cada vez es más importante su impacto en áreas como la incapacidad laboral (entre 67.000 y 93.000 anuales)¹⁰.

A este respecto pensamos que lejos de caer en el error de *medicalizar*¹¹ eventos que por su alta frecuencia podrían tentarnos a calificarlos de normales (¿qué dolor o sufrimiento es normal?), tenemos un amplio campo de intervención ante estas pacientes, las cuales siguen buscando alivio a sus molestias fuera del ámbito sanitario casi en el 43% de los casos, cuando las evidencias disponibles apuntan a los ISRS como el grupo terapéutico más esperanzador en la actualidad^{1,12,13}, incluso en pautas discontinuas limitadas a los períodos sintomáticos (fase lútea)¹⁴.

Creemos finalmente que la encuesta utilizada, contemplando los criterios clínicos, numéricos, de fase lútea y de afectación de la calidad de vida, haciéndolos extensivos al año previo, es útil no solo para diagnosticar el SDPM sino para detectar al elevado número de mujeres que presentan molestias que podríamos calificar de “intensas”, relacionadas con su ciclo menstrual (un 14,60% de ellas).

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento a la Dra. Ana Jaime Capardón y a los ATS Agustina García Pliego, Miguel Loro López, Javier Rodríguez Martín y M.^a Dolores Muñoz Camargo, miembros todos ellos del Equipo de Atención Primaria de Porzuna (Ciudad Real) por su importante colaboración en la recogida de datos. Gracias también al Dr. Javier Villar Hidalgo, ginecólogo del Hospital Virgen de Alarcos de Ciudad Real, por sus consejos en la redacción del presente trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Steiner M, Born L. Advances in the diagnosis and treatment of premenstrual dysphoria. CNS Drugs. 2000;13:287-304.
- López-Mato A, Illa G, Boullosa O, et al. Trastorno disfórico premenstrual. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. 2000;38:187-95.
- American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4.^a ed.; Barcelona:Masson; 1995.
- Bocchino S. Salud mental de la mujer. Síntomas y trastornos premenstruales. Clínica y tratamiento. Revista de Psiquiatría del Uruguay. 2004;68:78-89.
- Dickerson LM, Mazyck PJ, Hunter MH. Síndrome premenstrual. Am Fam Physician (ed. española). 2004;11:23-33.
- Villegas E, Herrera J. Síndrome premenstrual. Etiopatogenia y métodos diagnósticos. Toko Ginecología Práctica. 1999;58:211-8.
- Sternfeld B, Swindle R, Chawla A et al. Severity of premenstrual symptoms in a health maintenance organization population. Obstet Gynecol. 2002;99:1014-24.
- De la Gándara Martín JJ, de Diego Herrero E. Trastorno disfórico premenstrual: un estudio epidemiológico. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr Cienc Afines. 1996;24:111-7.
- Camarero M, Godrid M, García MA, et al. Trastorno disfórico premenstrual. Estudio epidemiológico descriptivo. Papeles del P. Jofré, Revista de la Sociedad de Psiquiatría de la Comunidad Valenciana [revista electrónica] 2005 Junio [consulta: 09/04/2004]. Disponible en: http://redfarmamedica.com/spcv/revista/collaboraciones/col_18.htm.
- Los trastornos de la menstruación causan entre 67.000 y 93.000 bajas laborales en España. Jano on-line [revista electrónica] 2004 Abril [consulta: 09/04/2005]. Disponible en: <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/press.plantilla?ident=32528>.
- Márquez S, Meneu R. La medicalización de la vida y sus protagonistas. Gest Clin y San. 2003;5:47-53.
- Wyatt KM, Dimmock PW, O'Brien PMS. Inhibidores selectivos para la recaptación de la serotonina para el síndrome premenstrual (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus; número 4, 2004. Oxford, Update Software Ltd.
- Yonker KA, Halbreich V, Freeman E, et al. Symptomatic improvement of premenstrual dysphoric disorder with sertraline treatment. A randomised controlled trial. JAMA. 1997;278:983-8.
- Freeman EW, Rickel K, Arredondo F, et al. Full- or half-cycle treatment of severe premenstrual syndrome with a serotonergic antidepressant. J Clin Psychopharmacol. 1999;19:3-8.