

Estudio retrospectivo y prospectivo de la sintomatología premenstrual en población comunitaria¹

Gómez Márquez, C.², García García, M.³, Benítez Hernández, M.M.³, Bernal Escobar, L.⁴ y Rodríguez Testal, J.F.³

Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla (España)

RESUMEN

Este trabajo de investigación constó de 3 fases en las que se combinó un método transversal con uno prospectivo (3 ciclos menstruales consecutivos). Se aporta un procedimiento de análisis estadístico (C de Young) que no se reduce a una comparación de puntuaciones sino que analiza los cambios de tendencia en las observaciones y su atribución a la fase premenstrual o folicular. Si se atiende exclusivamente al análisis prospectivo la cifra de incidencia, aunque subsindrómicos, fue del 7% (población general). Las mujeres del grupo premenstrual retrospectivo destacaron por un mayor número de síntomas, gravedad y grado de interferencia por los síntomas, en sus ocupaciones, en las relaciones con los demás e incluso en cuanto a la tendencia a evitar las situaciones sociales. No se pudo verificar una vulnerabilidad cognitiva común con los Trastornos Depresivos. El análisis prospectivo verificó que no se daba una adecuada equivalencia entre la información retrospectiva y prospectiva, que se observan variaciones sintomáticas notables de unos ciclos a otros en la misma mujer (consecutivos o alternos) y un patrón esperado de elevación sintomática premenstrual y descenso folicular, aunque hubo distribuciones de elevación folicular. Los síntomas disfóricos destacan en mayor medida que los caracterizados por un estado anímico depresivo.

Palabras clave: síndrome disfórico premenstrual, sintomatología, prospectiva, retrospectiva

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Disfórico del Final de la Fase Luteínica (fase luteínica tardía) se propuso como entidad diagnóstica para la investigación en el apéndice A del DSM-III-R (APA, 1988) y, posteriormente, pasó a calificarse como Síndrome Disfórico Premenstrual en el DSM-IV (APA, 1995). Este cambio de etiquetado de trastorno a síndrome pareció vaticinar las dificultades e inconsistencias alojadas en los resultados de su estudio y, en definitiva, en su consideración científica de segundo grado entre las alteraciones del estado de ánimo (lo que repercute necesariamente sobre la atención dispensada a la salud de las personas que lo sufren).

Un primer aspecto a tener presente es, desde un punto de vista psicopatológico, que se haya limitado el campo de análisis de las alteraciones premenstruales (se alude en términos generales al concepto clásico

de Trastorno Premenstrual) al estudio del Síndrome Disfórico Premenstrual. Este hecho tiene importancia dado que muchas mujeres incluso, cabría decir, una mayoría de ellas), llegan a tener molestias de diversa índole y grado, pero puede que la interferencia o afectación funcional sea escasa. La mayoría de los indicadores de estas alteraciones premenstruales son físicos (v.g. sensibilidad mamaria) y las manifestaciones afectivas en general son de menor importancia. Únicamente en los casos más severos del Trastorno Premenstrual habría coincidencia con el Síndrome Disfórico Premenstrual (Freeman, Derubets y Rickels, 1996).

En consecuencia, el *Síndrome Disfórico Premenstrual* representa un subgrupo del Trastorno Premenstrual (Frackiewicz, 2001; Freeman, 2003; Stearns, 2001) donde, necesariamente, dominan los síntomas afectivos tanto en frecuencia como en intensidad (v.g. estado de ánimo depresivo, ansiedad, labilidad emocional, irritabilidad, etc.). Las repercusiones sobre el nivel de funcionamiento de la mujer son relevantes, interfiriendo gravemente sobre los ámbitos social, laboral (o de estudios), familiar o interpersonal. El Síndrome Disfórico Premenstrual dista de tener estatus de trastorno (dentro de los Trastornos del Estado de Ánimo), dadas las dificultades para establecer un patrón estable de

¹ Este estudio fue posible gracias a la Ayuda de Investigación del Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica (I+D+I) del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

² Investigación y Terapia Cognitiva (INTECO). Avda Cardenal Bueno Moreal, 6, 1º B 41013 Sevilla (España).

³ Dpto Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla. c/ Camilo José Cela s/n 41018 Sevilla (España). testal@us.es

⁴ Equipo Salud Mental de Distrito Huelva. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez (Huelva, España)

presentación; de conformar un esquema etiológico común, por cuanto exige una observación prospectiva para su diagnóstico y, en parte, por el papel prominente que tiene la valoración subjetiva en la mujer que lo padece.

Comúnmente se acepta que el Síndrome Disfórico Premenstrual tiene una incidencia del 3-9%; en el DSM-IV-TR (APA, 2000) se señala del 3-5% sin modificación con respecto a lo que ya aportaba años atrás el DSM-IV (APA, 1995). Como señalan Halbreich, Borenstein, Pearlstein y Kahn (2003), puede que estas cifras no respondan a lo hallado por los estudios que se han centrado en las formas más graves y sitúan las cifras a tener de referencia entre el 13 y el 19%. Con independencia de un desacuerdo entre porcentajes, puntualizan estos autores, lo verdaderamente destacado es que en el estudio de la OMS acerca de la sobrecarga que representan diversas enfermedades físicas y mentales, no se hace mención del Síndrome Disfórico Premenstrual. Cabría apostillar que esta ausencia es llamativa por parte de la OMS cuando, desde su clasificación internacional (CIE-10) se precisa de menos indicadores sintomáticos para el diagnóstico (del Trastorno de Tensión Premenstrual) que, desde luego, en el caso exigente de la clasificación de la APA. Dicho de otro modo, con criterios menos restrictivos en el caso de la CIE-10 (pues el DSM ha pasado de 10 en la tercera edición revisada a 11 en la cuarta), no se aporta información relativa a las repercusiones sobre el funcionamiento socio-laboral y, sin duda, familiar-relacional en la mujer (en el mencionado estudio de la sobrecarga de las enfermedades), aunque ambos sistemas de clasificación señalan entre sus criterios la interferencia en algún área de funcionamiento de la mujer.

Es común, fuera del ámbito de las clasificaciones internacionales, concebir al Síndrome Disfórico Premenstrual como la expresión de un patrón sintomático físico y emocional de interferencia perimenstrual (del 30-90% de las mujeres señalan molestias físicas y emocionales en dicho periodo), que puede llegar a ser tan verdaderamente perturbador (del 2 al 15% de todas las mujeres) (Marván y Cortés-Iniestra, 2001) como la depresión (Halbreich, 2003; Yonkers, Halbreich, Freeman, Brown *et al.*, 1997) con desaparición postmenstrual aguda (Kahn y Halbreich, 2003) y sin diferencias en sus manifestaciones con respecto a un grupo de comparación a lo largo de la fase folicular (Trunnell, Turner y Keye, 1988).

Este síndrome tiene un efecto aditivo con otras condiciones comórbidas y, aunque parece que la gravedad se incrementa con la edad, el patrón descende conforme toca a su fin la etapa reproductiva en la mujer (Sternfeld, Swindle, Chawla, Long *et al.*, 2002). No se ha establecido un patrón diferencial en cuanto a la gravedad del trastorno en función de la edad cronológica.

Los problemas en el estudio de este síndrome comienzan a partir de la especificación de otros aspectos no meramente sintomáticos. Como señalan Kuan, Carter y Ott (2004) en una carta al editor de una revista, algunas de las inconsistencias en los resultados pueden deberse a los cambios en los ciclos menstruales que experimentan las mujeres a lo largo de los años reproductivos. Otro origen de inconsistencias puede deberse a una influencia cultural en cuanto a la propensión a la expresión de síntomas

en unas mujeres y menos en otras; se han observado más variaciones en la presencia de síntomas físicos que en los emocionales, incluso utilizando autorregistros (McFarland, Ross y DeCourville, 1989), o bien, que la severidad de los síntomas resulta inversa, por consiguiente dependiente, de la percepción del estado de salud (Sternfeld *et al.*, 2002).

La diversidad de aportaciones que se han hecho en los últimos años tropieza, como se ha dicho, con aspectos que hacen resbaladiza la delimitación y seguimiento completo del síndrome, pues precisa de corroboraciones prospectivas. Ello conlleva diseños con pequeñas muestras con el fin de hacer manejables la extraordinaria cantidad de datos producidos, lo que limita una generalización adecuada aunque se mejore en la consistencia interna de los resultados. Además, no existe hasta la fecha una prueba hormonal o test de laboratorio que confirme o indique la presencia y gravedad del síndrome (Freeman, 2003), a pesar de participar un evidente cambio neurohormonal. En suma, esta conjunción de factores hace difícil aprehender de forma segura los componentes que integren un mosaico reconocible. Parecen entonces vigentes las apreciaciones de Rivera-Tovar y Frank (1990) de hace más de 15 años en el sentido de que no hay un acuerdo definitivo acerca de lo que constituye este síndrome y del serio inconveniente de confiar en los diagnósticos retrospectivos (lo que afecta a una buena parte de la investigación realizada).

Desde un punto de vista etiológico, la mayor parte de las investigaciones muestran, como destaca acertadamente Uriel Halbreich (2003), que no se puede achacar a las hormonas gonadales todo el peso de lo que sucede en este síndrome. Se han descrito alteraciones en la neurotransmisión como niveles bajos de beta-endorfinas (que dan lugar a síntomas de ansiedad y agitación al modo del síndrome de abstinencia a opiáceos); afectación de los niveles de serotonina (a juzgar por la efectividad de los ISRS); modificaciones circadianas y desequilibrios de metabolitos como el sodio y potasio (Halbreich y Endicott, 1985; Parry, 1994; Rivera-Tovar, Rhodes, Pearlstein y Frank, 1994). Pero esta atomización de alteraciones indica que hay diferencias individuales notables que abarcan al funcionamiento de varios sistemas y que se traduce en las modificaciones neurohormonales. De este modo, los cambios en los estrógenos intervienen en la regulación de la neurotransmisión implicada, a su vez, en el control del humor, las funciones conductuales y cognitivas (serotonina, noradrenalina, GABA, dopamina y acetilcolina); de este desequilibrio resulta, dicho en términos generales, una mayor excitabilidad neuronal.

Por consiguiente, ha de hablarse de una predisposición o vulnerabilidad genética, a la par que debe hacerse alusión a variables biológicas (hormonas gonadales y neurotransmisión) en interacción con precipitantes ambientales (Kahn y Halbreich, 2003) más los recursos personales de afrontamiento ante las situaciones de estrés ocasionadas.

Se han hecho intentos de establecer los factores de vulnerabilidad que participan en este síndrome, sobre todo, por su proximidad con los Trastornos Depresivos. Por ejemplo, parece que hay una asociación fuerte entre la existencia de un trastorno previo con los síntomas premenstruales (la denominada exacerbación premenstrual). Por dicho

motivo, para el diagnóstico de este síndrome se excluye el caso de un agravamiento premenstrual debido exclusivamente a una condición médica o psicopatológica previa. Los hallazgos de la investigación no sugieren una conexión con entidades diagnósticas concretas, aunque parece más destacada entre quienes ya presentan cuadros ansiosos y depresivos (Hsiao, Hsiao y Liu, 2004) y tal vez cierta sensibilidad al (abuso de) alcohol en la fase luteínica (Nyberg, Wahlström, Bäckström y Poromaa, 2004).

Estos resultados no son sorprendentes. De hecho, los síntomas que mejor caracterizan a este síndrome son la depresión, irritabilidad, fatiga o labilidad emocional (Mortola, 1992), por ejemplo. Aunque el Trastorno Depresivo Mayor tiene un perfil clínico y biológico diferente, no deja de resultar intrigante el hecho conocido de que cuanto más temprana sea la edad de la menarquia mayores probabilidades se dan de que aquél se desarrolle (Kutcher, Kusumakar, LeBlanc, Santor *et al.*, 2004). Por tanto, la coincidencia con otros trastornos, especialmente, con los de tipo afectivo es común (Bancroft, Rennie y Warner, 1994; DeJong, Rubinow, Roy-Byrne, Hoban *et al.*, 1985; Endicott, Halbreich, Schacht y Nee, 1981) y cabe la posibilidad de que compartan etiopatogenia, por un lado, así como que se facilite el paso a un trastorno depresivo en el caso de que haya un Síndrome Disfórico Premenstrual previo (DeJong *et al.*, 1985).

Con respecto a la vulnerabilidad cognitiva hay resultados que sugieren que los estilos atribucionales y de afrontamiento desempeñan un papel en la expresión sintomática y la severidad del síndrome (Sigmon, Whitcomb-Smith, Rohan y Kendrew, 2004). Halbreich (2003) propone un modelo donde integra los factores genéticos, de la neurotransmisión, ambientales y de crianza, hasta los más inmediatos en el tiempo referidos a la percepción y mecanismos de afrontamiento. En este mismo sentido, Bancroft *et al.* (1994) ya establecieron un modelo de tres factores para el estudio del síndrome que nos ocupa en el que destacaron un componente de vulnerabilidad: el neuroticismo, en su papel de predisposición a la depresión. Su importancia radica en el modo en que la mujer reacciona ante los cambios (e inestabilidades) de la menstruación. Sin embargo, algunos trabajos han fracasado en su pretensión de demostrar el papel desempeñado por este tipo de variables en relación con el Síndrome Disfórico Premenstrual (Trunnell *et al.*, 1988).

Dado que se han descrito fluctuaciones en la presencia y tipo de síntomas a lo largo del ciclo que dificultan un retrato preciso de lo que acontece en esta patología (Mortola, 1992); que se observan divergencias acerca de la intensidad de las manifestaciones, en gran medida debidas a razones metodológicas (Steiner, 1992); que se ha orillado una valoración de la repercusión en la mujer de esta manifestación desde un punto de vista socio-económico (Charla, Swindle, Long, Kennedy *et al.*, 2002) y que, en realidad, poco se conoce acerca del papel desempeñado por la vulnerabilidad cognitiva en su desarrollo y mantenimiento, se propone el trabajo actual.

De este modo, nos propusimos como objetivos: determinar la presencia del Síndrome Disfórico Premenstrual; caracterizar el Síndrome Disfórico Premenstrual desde un punto de vista clínico retro y

prospectivamente; determinar las repercusiones sociales, laborales y relacionales del Síndrome Disfórico Premenstrual; comprobar la relación entre el Síndrome Disfórico Premenstrual y la vulnerabilidad cognitiva a la depresión y establecer las diferencias entre el Síndrome Disfórico Premenstrual y los Trastornos Depresivos.

Se plantearon como hipótesis de trabajo: la verificación de continuidad en las características clínicas del grupo sindrómico y subsindrómico excepto en el cumplimiento de los criterios de diagnósticos (A y/o B); la constatación de repercusiones sociales, económicas, laborales y relacionales significativas en las mujeres con el Síndrome Disfórico Premenstrual; la verificación de vulnerabilidad cognitiva a la depresión pero con un perfil diferente entre estas dos alteraciones; un patrón central que caracteriza al síndrome: aumento de la intensidad sintomática premenstrual, disminución folicular y dominancia de indicadores del espectro ansioso-depresivo; una inconstancia en la observación prospectiva de las manifestaciones psicopatológicas de las mujeres con el Síndrome Disfórico Premenstrual y, por último, sin equivalencia entre la valoración retrospectiva y prospectiva del Síndrome Disfórico Premenstrual en cuanto a tipo e intensidad de síntomas.

MÉTODOS

Participantes

En este trabajo de investigación participaron inicialmente, de diciembre de 2001 a diciembre de 2004 un total de 95 mujeres, con un promedio de 23,60 años de edad (d.t. de 3,05); la mayoría solteras (98,9%) y de clase social media (Índice de Clase Social promedio de 36,38; d.t. de 22,86). El 23,2% eran licenciadas universitarias; el 58,9% llevaban realizado algún curso universitario y el 17,9% habían finalizado BUP, COU o FP. El 14,7% desarrollaban su actividad como profesionales libres, el 6,3% como profesionales de formación de grado medio o propietarias de pequeñas empresas, un 1,1% como comerciales y el 1,1% como trabajadoras no cualificadas; el 76,8% restante eran estudiantes.

Con respecto a la evaluación sobre la menstruación, en su primera fase, en la que se llevó a cabo la entrevista inicial autoaplicada (EIA, en adelante) a 85 mujeres, conformó el primer paso del análisis de detección del Síndrome Disfórico Premenstrual de forma retrospectiva. De este modo se establecieron 44 posibles casos premenstruales, 28 subsindrómicos y 13 de control. Tras la primera fase, se descartaron 28 mujeres que no cumplieron todos los requisitos propuestos. En la segunda fase, de aplicación de todas las pruebas y criterios diagnósticos por medio de las entrevistas estructuradas del Eje I del DSM-IV (SCID-I) (APA, 1999) y el Eje II de valoración clínica más el MCMI-II (Millon, 1999), se descartaron un total de 29 mujeres y, finalmente, 16 más abandonaron en el momento de realizar, por espacio de tres meses consecutivos, los autorregistros diarios. Esta depuración de la muestra supuso que quedarán, definitivamente, 12 casos para el estudio prospectivo. El análisis comparativo entre las mujeres objeto de estudio y las que fueron descartadas no ofreció diferencias estadísticamente significativas ni

para la edad ($t = 0,775$; $p = 0,450$); la clase social ($t = 0,397$; $p = 0,697$); el nivel de estudios ($X^2 = 1,334$; $p = 0,513$); la profesión ($X^2 = 1,957$; $p = 0,581$) ni la ocupación actual ($X^2 = 2,378$; $p = 0,304$).

Por otro lado, y en función de las características del intervalo de edad y estado civil, se escogieron mujeres que cumplieron con los requisitos diagnósticos para un Trastorno del Estado de Ánimo actuales, concretamente Trastornos Depresivos (criterios DSM-IV; APA, 1995). En total fueron 10 mujeres que no difirieron con respecto a las 85 restantes en cuanto al promedio de edad ($F = 2,457$; $p = 0,068$); clase social ($F = 0,469$; $p = 0,705$); los estudios realizados ($X^2 = 6,611$; $p = 0,358$); la ocupación actual ($X^2 = 5,764$; $p = 0,450$) pero sí en cuanto a la profesión ($X^2 = 29,286$; $p = 0,004$).

Diseño, variables y condiciones de control

Diseño

Se llevó a cabo un diseño mixto donde se combinó una sección transversal para la exploración retrospectiva (mediante la EIA, la entrevista presencial para los diversos instrumentos y criterios diagnósticos) más la comparación con el grupo de mujeres con trastornos depresivos, y otra longitudinal, de tipo prospectivo, a partir de un grupo seleccionado de las 85 participantes iniciales (diseño de series temporales interrumpidas). Para el momento transversal, el método utilizado fue correlacional de comparación de grupos en una medida y de medidas repetidas de comparación de grupos para uno de los objetivos del estudio relativo a los criterios del estado de ánimo.

Variables Predictivas

Variables sociodemográficas: edad (variable cuantitativa continua); ocupación (cualitativa con cinco niveles: estudiante, paro, profesional técnico, personal administrativo, personal no cualificado); nivel de estudios (cualitativa con tres niveles: EGB /ESO, Bachillerato /FP de Grado Medio, Diplomatura /Licenciatura); estado civil (cualitativa con dos niveles: soltera y casada) y clase social (ICS) que está basado en Hollingshead (1975). Categoriza profesión y nivel de estudios del sujeto o de los padres si es estudiante: suma los productos del valor de la profesión por siete y del nivel de estudios por cuatro (Índice de Clase Social).

Datos de interés con respecto al ciclo menstrual: prescripción de anticonceptivos; volumen de la hemorragia menstrual; presencia de dolor; uso de fármacos; uso de drogas incluyendo el alcohol; salud física y mental actual y pasada. Todas estas variables asignadas se concibieron como variables cualitativas dicotómicas en función de su presencia/ausencia.

Criterios diagnósticos de los Trastornos del Eje I y II del DSM-IV (APA, 1995): variables cualitativas con niveles de presencia/ausencia para cada entidad diagnóstica que se estableció.

Grupos: variable cualitativa de cuatro categorías relativas al diagnóstico retrospectivo, *premenstrual* [1] (cumplimiento de al menos 5 síntomas del criterio A para el diagnóstico Síndrome Disfórico Premenstrual y cumplimiento del criterio B, siguiendo la clasificación del DSM-IV); *subsindrómico* [2] (de 3 a 4 síntomas de intensidad al menos moderada y/o interferencia en el funcionamiento); *control* [3] (no se cumple ninguna de

las condiciones anteriores) y *depresivo* [4] (grupo de comparación con diagnóstico de trastornos depresivos atendidos en consulta privada).

Variables Criterio

Vulnerabilidad cognitiva a la depresión: Variable cuantitativa procedente de la escala DAS de actitudes disfuncionales y sus tres factores.

Sintomatología depresiva: Variable cuantitativa procedente de la puntuación global del inventario BDI de depresión.

Sintomatología ansiosa fisiológica y cognitiva: Variable cuantitativa procedente de las puntuaciones globales de los inventarios BAI y PSWQ, respectivamente.

Sintomatología de somatización: Variable cuantitativa procedente de la puntuación global de la escala SAS de amplificación somatosensorial.

Indicadores del criterio A para el diagnóstico de Síndrome Disfórico Premenstrual. Cada uno de los 11 síntomas que se señalan en el apéndice B del DSM-IV (APA, 1995) como integrantes del criterio A. Se toma cada uno como variable cuantitativa discreta atendiendo a la intensidad, caso de darse el síntoma (de 0 a 10 puntos). También se considera la versión cualitativa de esta variable, distribuyendo la intensidad en las categorías: ausente [0]; leve [1-3]; moderada [4-7] y grave [8-10]. Este criterio fue recogido de forma autoinformada retrospectiva y prospectivamente. Los indicadores son: Ansiedad, Ánimo, Labilidad, Irritabilidad, Interés, Concentración, Energía, Apetito (incluye una forma aparte para los antojos de comida, -frecuencia-), Sueño (incluye una forma aparte para los despertares nocturnos, -frecuencia-), Excitabilidad y Síntomas Físicos (incluye nueve formas diferentes para los tipos de síntomas físicos: pechos sensibles, aumento tamaño mamario, hinchazón en el cuerpo, aumento de peso, dolor de cabeza, molestias o dolores en articulaciones y músculos, problemas digestivos, orinar menos y cambios en la piel).

Indicadores del criterio B para el diagnóstico de Síndrome Disfórico Premenstrual. Además del indicador señalado en el apéndice B del DSM-IV (APA, 1995), se desarrollan diferentes modalidades que indican grado de afectación o perturbación. Se toman como variables cuantitativas discretas atendiendo a la intensidad caso de darse el indicador (de 0 a 10 puntos) (en algunos casos, dada la naturaleza de la variable, se atiende a la frecuencia). También se considera la versión cualitativa de cada una de estas variables, distribuyendo la intensidad en las categorías: ausente [0]; leve [1-3]; moderada [4-7] y grave [8-10]. Estos criterios fueron recogidos de forma autoinformada retrospectiva y prospectivamente. Los indicadores son: Grado de interferencia en la vida diaria; Grado de interferencia en la ocupación; Número de días que no desarrolla su ocupación por síntomas premenstruales (frecuencia); Número de días que no desarrolla su ocupación por síntomas menstruales (frecuencia); Número de días de baja por síntomas premenstruales (frecuencia); Número de días de baja por síntomas menstruales (frecuencia); Grado de disminución de rendimiento por síntomas premenstruales; Grado de disminución de rendimiento por síntomas menstruales; Número de días para recuperar rendimiento adecuado (frecuencia); Grado de sobreesfuerzo para llevar a

cabo las tareas; Grado de interferencia en la relación con los otros; Grado de evitación de situaciones sociales; Grado de enfrentamientos con otros.

Variables relativas al coste socio-sanitario. Variables cuantitativas continuas en cuanto al coste anual en fármacos para tratar los síntomas relacionados con la menstruación y el coste anual de la atención médica. Variables cuantitativas discretas en cuanto al número de visitas a los médicos de atención pública y de asistencia privada.

Condiciones de control

Criterios de inclusión. Para los grupos relacionados con la menstruación: reglas regulares, ausencia de ingesta de anticonceptivos orales, ausencia de abuso de alcohol u otras drogas, tener entre 18 y 35 años, no padecer trastornos mentales y de personalidad en la actualidad, no padecer una enfermedad física relacionada con el aparato genitourinario femenino o una enfermedad crónica que pudiese alterar la menstruación y alcanzar más de seis puntos en la escala de Sinceridad del EPI. En la segunda fase del trabajo se consideraron criterios de inclusión las respuestas normalizadas o esperables a cualquiera de los indicadores de control del MCMI-II (validez, sinceridad, deseabilidad social y alteración).

En el caso del grupo con trastornos depresivos, se incluyeron como participantes a las mujeres de entre 18 y 35 años, que buscaron ayuda psicológica en un centro de tratamiento privado de la ciudad de Sevilla de diciembre de 2002 a diciembre de 2004 (dirección de la primera autora). La condición de participación fue que estas mujeres no hubiesen comenzado la intervención por la que solicitaban ayuda, no presentaran padecimientos físicos relevantes, careciesen de patologías conocidas relativas a la menstruación, hubiese ausencia de abuso de alcohol u otras drogas (que no fueran psicofármacos) y con un resultado de 6 puntos o superior en la escala de sinceridad del EPI. Se aceptó que algunos casos tuvieran otro diagnóstico perteneciente al Eje II, bien como trastorno o como estilo marcado y relacionado con el trastorno depresivo.

Instrumentos

Entrevista inicial autoaplicada (EIA) (Rodríguez-Testal y Gómez Márquez, 2001): Incluye 16 ítem referidos a datos sociodemográficos (edad, estado civil, nivel socio educativo, ocupación), características de la menstruación (regular, irregular, dolorosa, con hemorragias abundantes, prolongada), consumo de anticonceptivos orales, presencia actual o pasada de trastornos físicos o psicológicos, tratamientos farmacológicos para alguna enfermedad y para la menstruación, tipo y frecuencia de consumo de drogas, incluido el alcohol y doce preguntas referidas a los criterios A (sintomatología) y B (interferencia en actividades diarias y sociales) del DSM-IV (APA, 1995) para el SDP, cuyo formato de respuesta es Sí o No, con espacio para cualquier aclaración.

Sinceridad del EPI. Obtenido del Eysenck Personality Inventory (Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G., 1990), se compone de 9 preguntas acerca de situaciones y reacciones que habitualmente le sucede a cualquier persona y a las que se responde Sí o No. Las personas que puntúan por debajo de 6 puntos quedan excluidas

al estimarse que intentan disimular ciertos aspectos esperables en la población general.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck, Epstein, Brown y Steer, 1988). Compuesto de 21 ítem que describen diversos síntomas de ansiedad (la mayoría fisiológicos) que tienen lugar en los siete días anteriores a la aplicación de la batería. Tiene un formato de respuesta Likert de 0 a 3 en intensidad, resultando un margen de puntuación de 0 a 63 puntos. El punto de corte se establece en 25,76 puntos, media considerada para personas con indicadores significativos de ansiedad. Sanz y Navarro (2003) mostraron propiedades psicométricas adecuadas de este instrumento en población española.

Inventario de Depresión de Beck (BDI de 1978, Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; versión de Vázquez y Sanz, 1997; 1999), compuesto de 21 grupos de cuatro afirmaciones cada uno, de modo que la persona señala la que más se ajusta a cómo se ha sentido en la última semana. Cada sección puntúa de 0 a 3 en intensidad depresiva, con un rango en el resultado de 0 a 63 puntos. De este modo, un resultado de 0 a 9 implica ausencia de depresión y de 10 en adelante presencia de la misma, utilizándose para las estudiantes universitarias un punto de corte de 11.

Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS de Weissman y Beck, 1978. Versión de Sanz y Vázquez, 1993; 1994). Contiene 40 enunciados referidos a actitudes o creencias que a menudo se tienen y ante los que se ha de señalar el grado de acuerdo según 7 alternativas de respuesta desde "totalmente en desacuerdo" hasta "totalmente de acuerdo". Como resultado se obtiene una puntuación total (DAS-T), con punto de corte en 143,8 para sujetos con diagnóstico de depresión, y tres factores identificados como Actitudes Disfuncionales de Logro (puntuación significativa para sujetos depresivos en 34 puntos), Actitudes Disfuncionales de Dependencia (punto de corte en 32 puntos) y Actitudes Disfuncionales de Autonomía (punto de corte en 29,7 puntos). Es una medida procesual considerada como indicadora de vulnerabilidad cognitiva a la depresión.

Escala de Amplificación Somatosensorial (SAS, de Barsky, Wyshak y Klerman, 1990. Versión de Belloch, Ayllón, Martínez, Castañeiras *et al.*, 1999). Esta escala permite evaluar la sensibilidad de las personas a los cambios y señales corporales (no a los síntomas de enfermedad). La escala está compuesta por 10 ítem en una gradación tipo Likert de 5 puntos. La puntuación oscila entre 10 y 55 puntos. Se considera que por encima de 21 puntos se indica una tendencia psicopatológica a amplificar las sensaciones.

Cuestionario de Preocupación o ansiedad cognitiva (PSWQ de Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). Este cuestionario recoge la tendencia a la preocupación patológica, incontrolable y generalizada (Fresco, Heimberg, Mennim y Turk, 2002; Stanley, Novy, Bourland, Beck *et al.*, 2001), lo que permite diferenciar entre las personas que presentan Trastorno de Ansiedad Generalizada y otros trastornos de ansiedad (Brown, Anthony y Barlow, 1992). Son 16 enunciados sobre preocupaciones ansiosas ante las que

hay que responder de 1 a 5 según el grado de ajuste del enunciado con las características de la persona evaluada; margen de puntuaciones de 0 a 80 puntos. El promedio para sujetos con niveles significativos de ansiedad es de 68,11, siendo éste el límite tenido en cuenta para considerar una puntuación como significativa.

Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM – IV, SCID – I, versión Clínica (APA, 1999). Compuesta por 26 preguntas generales sobre datos demográficos, historia académica, historia ocupacional, estado de tratamiento actual, principal motivo de consulta y descripción del problema, inicio de la enfermedad o exacerbación actual, nuevos síntomas y recurrencia, contexto ambiental y posibles precipitantes, curso de la enfermedad o de la exacerbación actual, historia de tratamientos previos, otros problemas actuales, funcionamiento social actual, visión general de diagnósticos y seis módulos de ítem para el diagnóstico: Módulo A: 69 ítem para Episodios Afectivos; Módulo B: 15 ítem para Síntomas Psicóticos y Asociados; Módulo C: 39 ítem para el diagnóstico diferencial de los Trastornos Psicóticos; Módulo D: 19 ítem para el diagnóstico de Trastornos del Estado de Ánimo; Módulo E: 32 ítem para el diagnóstico de Trastorno por Consumo de alcohol y otras sustancias; Módulo F: 91 ítem para el diagnóstico de Trastornos de Ansiedad y Otros. Las respuestas en los módulos A, B, E y F se codifican como + (umbral o verdadero), - (subumbral o falso) o ? (información insuficiente para codificar la respuesta como – ó +). En el caso de los módulos C y D se utiliza un formato de árbol de decisión, donde cada criterio diagnóstico se halla ubicado en un cuadro con dos opciones de salida, y cada criterio se puntúa verdadero o falso según las respuestas a los módulos A y B. Para el presente estudio sólo se incluyeron las preguntas de los módulos A, B, E y F, ya que los módulos C y D se valoraron posteriormente, según el registro de audio de las respuestas dadas a las preguntas formuladas en esta entrevista.

Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II, de Millon, 1997) en la versión española de TEA (1999). Este cuestionario consta de 175 ítem con formato de respuesta verdadero / falso. Está integrado por diez escalas básicas de personalidad (esquizoide; fóbica; dependiente; histriónica; narcisista; antisocial; agresivo-sádica; compulsiva; pasivo-agresiva y autodestructiva/ masoquista) y tres escalas de personalidad patológica (esquizotípica; límite y paranoide). Incluye elementos del Eje I (6 síndromes clínicos de gravedad moderada y 3 severos) además de escalas de control (validez, sinceridad, deseabilidad social y alteración). Para este trabajo se tomaron en consideración los dos grupos de escalas de personalidad y, especialmente, las escalas de control, más la observación clínica para detectar la posibilidad de una alteración en este ámbito. Se tomó el punto de corte de la tasa base superior a 75 para considerar la posible existencia de una alteración de la personalidad.

Registro Diario para el Síndrome Disfórico Premenstrual (RSDP – III, a partir de la versión anterior de Gómez Márquez y Rodríguez Testal, 2001).

ÁREA	Ítem RSDP-III	Criterios A (DSM-IV)
Ansiedad	1-3	(2)
descontrol / impulsividad	4	(10)
anergia (y fatiga)	5 y 7	(7)
Concentración	6	(6)
Depresivos	8-13	(1)
depresivos (labilidad/sensibilidad)	12	(3)
depresivos (interés)	13	(5)
ánimo elevado	14-17	
ánimo elevado (irritable)	16	(4)
Sueño	18-20	(9)
Disociativos	21-24	
Psicóticos	25-28	
Apetito	29-32	(8)
Físicos	33,1-33,9	(11)

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

Nota: en negrita los indicadores que en el DSM se consideran de mayor importancia o que han de estar típicamente

Cuadro 1. Equivalencia entre ítem de síntomas del RSDP y criterio A del DSM-IV (apéndice B) (APA, 1995)

Basado en cada uno de los síntomas descritos en el criterio diagnóstico A para el SDP del DSM-IV-TR (APA, 2000) y en la Escala de Apreciación Psiquiátrica Breve (BPRS: Lukoff, Nuechterlein y Ventura, 1986), valora la intensidad o grado en el que se producen una serie de fenómenos físicos, psicológicos y comportamentales a lo largo del ciclo menstrual. Se compone de datos de identificación, instrucciones, ejemplo de elaboración, presencia /ausencia de menstruación y 33 ítem referidos a ansiedad /tensión /agobio (ítem 1-3), descontrol /impulsividad (ítem 4), disminución de energía y fatiga (ítem 5 y 7), merma de la concentración (ítem 6), estado de ánimo depresivo (ítem 8-13), labilidad y sensibilidad (ítem 12), interés (ítem 13), estado de ánimo elevado (ítem 14, no contemplados en el DSM-IV), expansivo (ítem 15, no contemplado en el DSM-IV), irritable (ítem 16), enfado o mal humor (ítem 17), alteraciones del sueño (ítem 18-20), síntomas disociativos (ítem 21-24, no contemplados en el DSM-IV), síntomas psicóticos (ítem 25-28, basados en la escala BPRS), cambios del apetito (ítem 29-32) y síntomas físicos (del 33,1 al 33,9). Las respuestas se dan en formato tipo Likert de 0 a 10 en intensidad.

Dado que la estructura de este registro no sigue exactamente el esquema planteado por el DSM-IV (APA, 1995), en el cuadro 1 se propone una equivalencia entre el RSDP-III y la identificación de los criterios tal y como se muestran en el apéndice B del primero.

Procedimiento

Muestreo y reclutamiento. El muestreo fue de tipo no probabilístico (incidental), basado en las mujeres que respondieron a un anuncio acerca de la menstruación, distribuidos por centros de la ciudad de Sevilla. Los carteles, en un total de 70, se ubicaron en

diferentes facultades de la Universidad de Sevilla (Escuela Universitaria de Magisterio, Psicología, Pedagogía, Filosofía, Historia, Historia del Arte, Geografía, Derecho, Económicas, Dirección y Administración de Empresas, Farmacia, Matemáticas e Informática), así como en Centros Cívicos del Ayuntamiento de Sevilla, centros de empleo del INEM y asociaciones de mujeres. La forma de contacto con las participantes fue por medio de las llamadas telefónicas que hicieron las interesadas, a quienes se hizo una presentación breve del estudio y se recogieron los datos personales (nombre, apellidos, teléfono, edad, anticonceptivos orales, longitud del ciclo, disponibilidad horaria). De esta forma, hubo un contacto inicial con un total de 110 mujeres.

También se seleccionó un grupo de mujeres con trastornos depresivos que respondieran a las características generales de los tres grupos centrados en la menstruación: margen de edad, solteras, principalmente estudiantes. Se reclutaron casos con diagnósticos depresivos (trastorno depresivo mayor, distimia y trastornos depresivos no especificados) y sin un tratamiento psicológico previo que interfiriera en los resultados de las pruebas administradas. Fueron evaluadas y valoradas por el investigador principal de este estudio. En este caso la selección de las participantes fue *ad hoc* en función de las características de los otros grupos.

Condiciones de participación. A todas las participantes se les pidió el consentimiento verbal para utilizar sus datos en la investigación, dejándose claro que sus nombres serían sustituidos por iniciales más un número asignado por orden de participación.

Sistematización de la evaluación. En todas las participantes se siguió un orden de administración de las pruebas en la primera entrevista o *primera fase (retrospectiva)*: Entrevista inicial autoaplicada (EIA), Escala S del EPI, Inventario de Ansiedad de Beck, Inventario de Depresión de Beck, Cuestionario de Preocupación, Escala de Amplificación Somatosensorial y la Escala de Actitudes Disfuncionales. Todas las pruebas se desarrollaron en formato autoinformado, interviniendo los investigadores únicamente en la resolución de alguna duda o cuestión durante el proceso de evaluación; en tales casos se dio la información de manera neutra, sin orientar o inducir las respuestas. En la *segunda fase (de diagnóstico)* (para las mujeres de los grupos relativos a la menstruación), se grabaron las entrevistas y se revisó el cumplimiento de los criterios diagnósticos para un trastorno del Eje I o II con entrevistas estructuradas y el cuestionario MCMI-II. En la *tercera fase (prospectiva)*, se dio indicación para que las participantes llevaran a cabo los autorregistros antes de dormir por la noche, con el objeto de que todas lo hiciesen en el mismo momento, les facilitase el recuerdo de llevar a cabo la tarea, les permitiese valorar todo lo sucedido tras un día completo y no se hiciesen cambios a lo largo del día por las circunstancias vividas.

Fase 1 (retrospectiva): Administración de la Entrevista Inicial Autoaplicada. Aunque inicialmente se dieron 110 contactos claros relativos al estudio llegaron a la entrevista inicial 85 mujeres (de los tres grupos relativos a la menstruación). Antes de la

realización del proceso de evaluación se informó a cada participante de lo que se iba a hacer y en qué consistía su participación. La valoración de los datos de la entrevista inicial permitió establecer tres grupos retrospectivos: 44 en el caso de las mujeres premenstruales o con potencial Síndrome Disfórico Premenstrual; 28 en el caso de las mujeres consideradas subsindrómicas, es decir, incumplimiento de las condiciones rigurosas de diagnóstico pero muestra de otras y 13 consideradas testigo o controles o sin sintomatología clínica relativa a la menstruación. En esta fase se descartó la participación de 28 mujeres porque cumplieron diferentes criterios de exclusión: toma de anticonceptivos orales; trastorno mental actual; irregularidad menstrual; situación actual de embarazo; abandono directo de la fase de entrevista; enfermedad genitourinaria o cualquier otra que, potencialmente, alterara la menstruación.

Fase 2 (de diagnóstico actual): Aplicación de la SCID I, el MCMI-II de personalidad y valoración clínica. En este momento se detectaron 9 casos con un trastorno mental actual (alteraciones del estado de ánimo, en total 4) y manifestaciones cercanas que podían sugerir un trastorno de la personalidad o, cuanto menos, la posibilidad de que su manera de funcionar (estilo de personalidad) pudiese representar una distorsión o sesgo para la realización de las pruebas (en total 5 casos). El motivo de excluir mujeres a las que se había detectado un trastorno del estado de ánimo del estudio en lugar de incluirlo en el grupo depresivo es que se eludía así una posible condición cruzada entre el trastorno mental y las alteraciones menstruales. A este total se han de añadir 20 sujetos más en los que se detectaron puntuaciones insuficientes en alguna de las escalas de control del MCMI-II (validez, sinceridad, deseabilidad y/o alteración) como para disponer de información completamente fiable en el momento de realización de los autorregistros diarios (especialmente importante en el caso de la escala de alteración o tendencia a mostrarse en peor situación de lo que realmente les sucede).

El grupo de mujeres depresivas cumplimentó un protocolo amplio y detallado que coincide con las variables criterioales escogidas. Además, de forma específica, el protocolo estuvo integrado por otros instrumentos relacionados con el trastorno, tratamientos psiquiátricos y variables de funcionamiento social y familiar. Dentro del mismo también se incluyeron las pruebas de personalidad administradas a los otros tres grupos de mujeres citadas. A pesar de algunas diferencias con respecto a la estructura de todo el protocolo, el orden de administración de las pruebas comunes fue el mismo. Las pacientes dieron, antes de realizar el proceso de evaluación, su consentimiento para utilizar la información obtenida con fines de investigación.

Fase 3 (prospectiva): Autorregistros diarios. El momento de la entrega de autorregistros representó un paso especialmente importante pues, como se señaló en la introducción del trabajo, era preciso disponer, al menos, de información consecutiva de dos ciclos y, ventajoso, llegar a cumplimentar tres. De este modo se pudieron analizar con garantías ciclos consecutivos y alternos; mantener la información de al menos dos ciclos consecutivos (fundamental siguiendo los

criterios DSM) y realizar medidas repetidas en cuanto a los criterios de depresión (BDI) y vulnerabilidad (DAS). En este momento, como se muestra en el cuadro 2, abandonó un total de 16 mujeres. Al resto de las participantes se les entregó el conjunto de pruebas (en total 90 autorregistros para cada una). Con el fin de evitar errores en este procedimiento, no se les decía qué registros en concreto se iban a analizar pues en realidad: la información de los tres primeros días tras la menstruación se desechaban, se tomaban los 8 días correspondientes a la fase folicular versus 8 días de la fase premenstrual y se eliminaba el resto. Se les daba la pauta de que 3 días después del comienzo de la menstruación, durante 10 días y, aproximadamente, 10 días antes de que estimaran que llegaría la siguiente menstruación, debían comenzar a añadir a los registros la realización de las pruebas BDI y DAS (para el cálculo transversal de medidas repetidas) que también se les proporcionó.

Grupo	Motivos eliminación	Casos excluidos
Premenstrual	Criterios exclusión directa	16
	Eje I	2
	Eje II	2
	Escalas control MCMI-II	9
	En la entrega registros	10
Subsindrómico	Criterios exclusión directa	8
	Eje I	2
	Eje II	2
	Escalas control MCMI-I	7
	En la entrega registros	5
Control	Criterios exclusión directa	4
	Eje I	1
	Escalas control MCMI-I	4
	En la entrega registros	1

Cuadro 2. Resumen de los casos excluidos y motivos antes de la realización del estudio prospectivo

Determinación de las fases. Desde un punto de vista fisiológico, el ciclo, y con él la fase folicular, comienza el primer día de la menstruación. Sin embargo, desde un punto de vista conductual la remisión sintomatológica premenstrual se da a partir del segundo día de la menstruación. En contraste, se establece que tras los cuatro primeros días, es cuando menos sintomatología aparece en caso de tratarse de un SDP (Mortola, 1992). Por ello, se eliminan los tres primeros días del ciclo, tratando de evitar la contaminación de los datos de fase folicular del ciclo actual con la sintomatología premenstrual del ciclo anterior.

Según la literatura consultada, 6-7 datos por fase son válidos para detectar la posible variabilidad de la muestra, y se evita el solapamiento entre las fases premenstrual y postmenstrual, en caso de haber ciclos cortos.

No obstante, se ha determinado la longitud de las fases en 8 días cada una, con un total de 16 datos, pues, aun teniendo ciclos cortos, la probabilidad de solapamiento es mínima y respetamos el supuesto de la C de Young de un mínimo de 8 datos por período. Se ha comprobado en los ensayos que con menos datos se pierde potencia y da resultados poco fiables.

De este modo, la fase A o línea base se correspondería con los 8 días de fase folicular y la fase B, o de contraste, con la fase premenstrual de su mismo ciclo, de la siguiente forma:

Determinación de casos SDP en el análisis prospectivo. Los criterios para determinar cuándo se consideró que un ítem cumplió con el patrón de aumento en fase premenstrual y para establecer el cumplimiento del SDP en función del número de síntomas aparecido, siguiendo el Criterio A del DSM-IV-TR (APA, 2000):

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28
 Fase folicular (A) Fase premenstrual (B)

Ítem significativo: cambio en la tendencia de una fase a otra en la Zo global de la C de Young, manteniéndose estable la Zo de la línea base y se comprueba mediante el análisis visual y la tendencia de la recta que hay un aumento en intensidad en fase premenstrual respecto a la folicular.

Síndrome Disfórico Premenstrual: Al menos cinco síntomas en dos ciclos consecutivos y afectación en alguna faceta de funcionamiento (criterio B). **Subsindrómico:** Entre tres y cuatro síntomas de intensidad al menos moderada y/o cierto grado de interferencia en el funcionamiento. **Síndrome Disfórico Premenstrual Ausente:** Menos de tres síntomas en ambos ciclos.

Procedimiento estadístico

En la parte descriptiva del estudio se han utilizado análisis de frecuencia, porcentajes y contrastes para variables nominales por medio de Chi-cuadrado.

La comprobación de los supuestos para pruebas paramétricas se llevó a cabo con la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la homogeneidad de la varianza con la F de Levene.

Para la estadística inferencial se ha utilizado la F de Snedecor, con normalidad e igualdad de varianza; en caso contrario, para la comparación entre grupos, se ha aplicado la H de Kruskal-Wallis. La t de Student se ha utilizado como prueba *post hoc*, atendiendo a la presencia o no de varianzas iguales. Para el análisis transversal de medidas repetidas, dado el tamaño de la muestra, se utilizó la prueba de contraste de Friedman.

Todos los análisis se establecieron con un nivel de confianza del 95% y una probabilidad siempre inferior al 0,05; se utilizó el paquete estadístico SPSSwin 11.5.

Para el análisis estadístico de los autorregistros diarios se escogió el estadístico C de Young ya que tiene la ventaja de operar con pocos datos sucesivos (al menos ocho observaciones), puede obtenerse por medio de un cálculo fácil y permite la estimación de la autocorrelación, estando especialmente diseñado para el contraste entre la línea base y el tratamiento (DeCarlo y Tryon, 1993; Tryon, 1982).

Dado que en este caso no se trataba de la aplicación de un tratamiento, el procedimiento estadístico consistió en dividir el total de la serie en dos partes iguales (A, folicular o línea base y B, premenstrual o de contraste). Es esperable que la aplicación del estadístico C no obtenga tendencia en ninguna de sus partes por separado (A o B) lo que indicaría estabilidad en cada serie por separado (Z observada < Z teórica). Finalmente se vuelve a aplicar el estadístico C a toda la serie (A + B) de modo que: si

el estadístico C vuelve a no ser significativo sugeriría que no hay cambio o tendencia en la sintomatología de una fase a otra. Por el contrario, si el estadístico C obtiene un resultado significativo ($Z_o > Z_t$) indicaría que hay un cambio en la tendencia. En este caso, la inspección visual y/u otro procedimiento estadístico (vg. Procedimiento de los mínimos cuadrados) puede indicar la recta que deriva de las puntuaciones y estimar así si hay incremento o descenso a lo largo de la serie de puntos.

Los análisis de las series temporales interrumpidas se llevaron a cabo con un nivel de confianza del 95% y una probabilidad siempre inferior al 0,05. Se utilizó un programa construido al efecto por el Dr. Vicente Manzano, Profesor Titular de Estadística de la Universidad de Sevilla.

RESULTADOS

Estadística descriptiva: grado de comparación de las muestras

Los tres grupos de mujeres participantes relacionados con la menstruación (premenstrual, subsindrómico y control con 44, 28 y 13 participantes, respectivamente) resultaron comparables con respecto a las variables sociodemográficas a pesar de la diferencia en los tamaños de los mismos. No se hallaron diferencias de edad entre los tres grupos ($F = 1,396$; F Levene = 0,038) ni en la clase social ($F = 0,635$; F Levene = 0,411). Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas con respecto al nivel de estudios alcanzado ($X^2 = 4,940$; $p > 0,05$), la profesión ($X^2 = 11,004$; $p > 0,05$) o la ocupación actual ($X^2 = 3,260$; $p > 0,05$). El cuarto grupo, seleccionado *post hoc* en función de los tres anteriores (10 mujeres con trastornos depresivos), no mostró que sus características sociodemográficas fuesen estadísticamente diferentes salvo en la variable profesión ($p < 0,05$), por lo que se estimó comparable con los tres anteriores.

Además, los tres primeros grupos relacionados con la menstruación no difirieron ni en enfermedades médicas previas ($X^2 = 5,045$; $p > 0,05$); trastornos mentales pasados ($X^2 = 3,482$; $p > 0,05$); consumo de drogas (en general) ($X^2 = 0,768$; $p > 0,05$); tabaco ($X^2 = 5,279$; $p > 0,05$); consumo de alcohol ($X^2 = 3,622$; $p > 0,05$); cannabis ($X^2 = 1,875$; $p > 0,05$) o de cocaína ($X^2 = 2,060$; $p > 0,05$); en el caso específico de uso de "pastillas" (tipo ácido, éxtasis, otras anfetaminas, etc.), no se dieron casos en los tres grupos.

En cuanto a las variables centradas en las características de la menstruación estos tres grupos resultaron comparables en cuanto al grado de regularidad de la regla ($X^2 = 0,144$; $p > 0,05$); la presencia de menstruación dolorosa ($X^2 = 5,784$; $p = 0,055$) (en este caso al límite de la significación); menstruación prolongada ($X^2 = 0,194$; $p > 0,05$) y hemorragias abundantes ($X^2 = 1,016$; $p > 0,05$).

Con respecto a la interferencia y perturbación sobre el funcionamiento, el grupo premenstrual muestra que una buena parte de sus integrantes considera que les afecta, al menos, en grado medio (72,7%); esto es válido especialmente para el malestar general en cualquier área de funcionamiento (criterio B tal y como aparece en el DSM), así como para el ámbito laboral (59,1%), el rendimiento (52,3%), el sobreesfuerzo que ha de hacer para reponerse (70,5%),

la interferencia con respecto a los otros (59,1%), la tendencia a evitar o huir de los demás (45,5%) y los conflictos o disputas derivados de estos cambios (54,5%). Las repercusiones laborales en este grupo, desde un punto de vista descriptivo, son marcadas en 8 mujeres (un 18,2%) por síntomas premenstruales y supone que no van a trabajar como mínimo durante un día y máximo dos días y medio. Se llega a dar de baja por este motivo un 2,3% de los casos. Cuando se toman en consideración los síntomas menstruales, 23 mujeres (52,3%) no van a trabajar como mínimo durante medio día y máximo de dos días. Se da de baja un 2,3% del total. Esto podría considerarse una repercusión objetiva o directa pero, además, las mujeres de este grupo estiman que requieren casi cinco días (media de 4,93 días; d.t. 14,62) para recuperar plenamente su capacidad de trabajar o rendir. Dato que va enlazado con el sobreesfuerzo que han de aplicar sobre el trabajo u ocupación, como se ha dicho. El 31,8% de las mujeres de este grupo toma fármacos para la fase premenstrual (típicamente analgésicos), el 88,63% los toma durante la menstruación y, entre las que hacen este uso, gastan un promedio de 14,34 euros anuales. Un 11,4% va a un médico de la seguridad social (otro 4,5% hasta dos veces por este motivo) y un 15,9% acude a un médico privado (un 2,3% hasta dos veces) con un coste anual medio de 33 euros.

Tras la fase 2 (de diagnóstico actual) se eliminaron de este grupo a 16 sujetos (6 por irregularidad menstrual o por uso de anticonceptivos y 10 por abandono). Dos casos al detectarse algún trastorno del Eje I; otros 2 casos por un posible trastorno del Eje II; 9 por puntuaciones que sugieren falta de validez, sinceridad, tendencia a mostrar alteración o deseabilidad social en la administración de las pruebas (a partir del MCMI-II) y 10 abandonos ante la fase de seguimiento diario con registros (fase 3 o prospectiva); por tanto, quedaron 5 sujetos que se consideraron "casos puros" premenstruales identificados o confirmados retrospectivamente.

En el caso del grupo subsindrómico llama enseguida la atención que el nivel de intensidad medio o moderado aparece marcado y en los contenidos sintomáticos (criterio A) referidos a la ansiedad (67,9%), estado de ánimo (60,7%), labilidad (50%) e irritabilidad (60,7%). Mientras el grupo premenstrual reparte todos los indicadores del criterio A entre las puntuaciones moderadas y graves, en el grupo subsindrómico parecen concentrarse, los cuatro indicadores citados, en el nivel medio o moderado. En este grupo subsindrómico la repercusión de los síntomas premenstruales (criterio B) se sitúa preferentemente hacia el nivel leve (75%). Otra particularidad en este grupo consiste en que el absentismo se da en un porcentaje menor, destacando los casos por síntomas menstruales, no premenstruales (el 14,3%). No hay bajas por síntomas premenstruales pero sí un caso de un día de baja por síntomas menstruales. Todo ello conlleva un promedio de casi 5 días (4,67 de media y d.t. de 18,51) para recuperar de forma completa la capacidad de rendir, y representa un sobreesfuerzo por parte de la mujer en el trabajo o en el desarrollo de su ocupación. En este grupo el 21,4% toma fármacos para el periodo premenstrual; el 85,71% los toma durante la menstruación lo que implica una inversión de 13,61 euros anuales para este

tipo de tratamiento. Un 3,6% acude a un médico de la seguridad social, otro 3,6 llega a ir hasta cuatro veces y un 10,7% va a un médico privado por este motivo, lo que representa un coste anual de 30 euros por persona.

De este grupo se eliminaron en la fase 2 (de diagnóstico) a 8 sujetos (3 por irregularidad menstrual o por anticonceptivos y 5 más por abandono); 7 ante falta de sinceridad, validez, tendencia a mostrar alteración o deseabilidad social en la administración de las pruebas (a partir del MCMI-II); 2 más al identificarse un trastorno del Eje I y 2 por un posible trastorno del Eje II. Por último, 5 sujetos abandonaron en el momento en que se entregaron los autorregistros diarios (fase 3 o prospectiva); definitivamente quedaron 4 casos subumbrales por presentar sintomatología en ocasiones no tan marcada como en el primer grupo y, principalmente, ante la ausencia de interferencia clara con el nivel de funcionamiento.

En el grupo de control la mayoría de los síntomas estaban ausentes o presentes en grado leve. A pesar de que la muestra es reducida hubo una clara inversión de los indicadores en este grupo con respecto a los síntomas de los otros dos. Abundan, en todo caso, los síntomas físicos y en las categorías de más gravedad (38,46%, reuniendo todas las molestias físicas en las categorías de moderada y grave). El caso del criterio B se observa similar al descrito para el criterio A, es decir, el grado de afectación es nulo o en grado leve (46,2% en ambos niveles y para la valoración global de la interferencia). Esto se corrobora con el hecho de que ninguna mujer deja de atender sus ocupaciones por este motivo; sólo una mujer no desarrolla su labor por síntomas menstruales y no hay casos de baja en ningún momento del ciclo. Además, en cuanto a la apreciación del tiempo necesario para recuperar el rendimiento, el promedio no alcanza ni a medio día (media de 0,30 días; d.t. de 0,63). El 15,4% de las mujeres de este grupo toma fármacos (analgésicos) para el periodo premenstrual; el 46,2% los toma durante la menstruación y supone un gasto medio de 10 euros de este tipo de tratamiento entre las que lo utilizan. Un 7,7% va a un médico de la seguridad social y ninguna acude a un médico privado por este motivo.

Finalmente, de este grupo se eliminaron a 4 sujetos en la fase 2 (de diagnóstico): 1 por irregularidad menstrual o por anticonceptivos y 3 por abandono; se desechó un caso por detectarse un trastorno del Eje II; 4 por apreciarse puntuaciones no esperables en las escalas de control del MCMI-II y 1 caso más abandonó en el momento de entrega de los registros diarios (fase 3 o prospectiva). De este grupo permanecieron 3 casos.

Estadística inferencial: contraste de medidas transversales

Atendiendo a toda la muestra (los cuatro grupos; N = 95) en la fase 1 (retrospectiva) se halla que las puntuaciones de los diferentes instrumentos de medida muestran una distribución normal (Kolmogorov-Smirnov, Z con $p > 0,05$). Sin embargo, los criterios relativos a la menstruación no se han distribuido de forma normal, por lo que se utilizaron pruebas no paramétricas para las comparaciones entre grupos.

Los contrastes entre grupos sobre los criterios psicopatológicos utilizados muestran diferencias estadísticamente significativas en los casos de la ansiedad física (BAI), depresión (BDI), ansiedad cognitiva (PSWQ) y vulnerabilidad en su puntuación global (DAS-T), de logro (DAS-L) y de autonomía (DAS-A) (tablas 1 y 2). Estas diferencias se deben al grupo depresivo por tener las puntuaciones más elevadas en dichos criterios. Entre los dos grupos principales de estudio sobre la menstruación no se hallan diferencias ni para el BAI ($t = -1,29$; $p > 0,05$); el BDI ($t = -1,91$; $p > 0,05$), el PSWQ ($t = -0,553$; $p > 0,05$) ni para el total de la escala DAS ($t = -0,620$; $p > 0,05$) y sus factores de dependencia ($t = -0,303$; $p > 0,05$), logro ($t = -1,105$; $p > 0,05$) o autonomía ($t = 0,969$; $p > 0,05$).

El grupo de mujeres depresivas obtiene puntuaciones significativamente más elevadas con respecto a los otros tres grupos en cuanto a la medida BAI, BDI, PSWQ, DAS-T y DAS-L (prueba t; $p < 0,05$). Sin embargo, resulta interesante que, en el caso de la medida de vulnerabilidad para la dependencia emocional, no hay diferencias significativas del grupo de mujeres depresivas frente a los otros tres ($p > 0,05$). Más importante aún resulta el caso del contraste de las mujeres depresivas con respecto a los otros tres en la medida de la autonomía: mientras las mujeres depresivas presentan significativamente más actitudes disfuncionales en este sentido que las del grupo control ($t = -2,40$; $p < 0,05$), no se diferencian ni con respecto a las mujeres premenstruales ($t = -1,37$; $p > 0,05$) ni las subsindrómicas ($t = -1,02$; $p > 0,05$). Este resultado se complementa en esta medida ya que no hay diferencias entre las mujeres subsindrómicas versus grupo control ($t = -1,81$; $p > 0,05$) pero sí entre el grupo subsindrómico y las mujeres premenstruales ($t = -2,31$; $p < 0,05$).

Con respecto a las diferentes áreas relativas a la sintomatología premenstrual (retrospectiva) se llevaron a cabo contrastes no paramétricos (H de Kruskal-Wallis).

En el caso del criterio A (tabla 3) se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de las áreas, fundamentalmente debidas al grupo control. Curiosamente, los componentes sin diferencias entre los tres grupos se situaron en el área de los síntomas físicos: 5 de los 9 indicadores. Esto sugiere, como era previsible, que los cambios y molestias físicas o corporales no son tan específicos; consecuentemente, no es el área más adecuada para diferenciar a las mujeres afectas de este síndrome de las que no. Con todo, dos de estos 9 indicadores mostraron diferencias significativas entre el grupo premenstrual y el subsindrómico: aumento del tamaño del pecho ($t = -3,25$; $p = 0,002$) y molestias o dolores en músculos y articulaciones ($t = -2,30$; $p = 0,024$). De este modo, en estos dos indicadores, el grupo que se separa en sus puntuaciones es el calificado como premenstrual y los valores de los otros dos grupos no resultan diferentes entre sí desde un punto de vista estadístico.

El resto de las áreas en las que se dieron diferencias estadísticamente significativas fueron: pérdida de interés ($t = -3,59$; $p = 0,001$); pérdida o dificultades de concentración ($t = -3,93$; $p = 0,0001$);

DAS-T	Media	Desv.típ.	F	DAS-D	Media	Desv.típ.	F
Premenstrual	113,52	21,716	6,688**	Premenstrual	31,07	7,654	2,486
Subsindrómico	110,04	25,560		Subsindrómico	30,50	8,012	
Control	94,08	17,452	F Levene	Control	25,46	5,517	F Levene
Depresivo	138,90	35,003	2,098	Depresivo	34,20	11,793	2,271
DAS-L	Media	Desv.típ.	F	DAS-A	Media	Desv.típ.	F
Premenstrual	31,64	9,504	23,283**	Premenstrual	17,27	4,353	2,927*
Subsindrómico	29,14	9,058		Subsindrómico	18,32	4,667	
Control	24,85	6,631	F Levene	Control	14,77	4,381	F Levene
Depresivo	54,60	11,452	1,555	Depresivo	20,30	6,667	1,922

(N = 95) SIGNIFICACIÓN. * p < 0,05; ** p < 0,01

Tabla 2. Análisis unidireccional de la varianza de los GRUPOS sobre la medida de VULNERABILIDAD COGNITIVA (DAS-A) y factores (dependencia, logro y autonomía)

	Media total (d.t.)	H de K-W	premenstrual Media (d.t.)	subsindrómico Media (d.t.)	Control Media (d.t.)
Ansiedad	5,16(2,94)	26,149**	6,27(2,39)	5,30(2,60)	1,08(1,49)
Ánimo	5,46(2,94)	28,125**	6,66(2,10)	5,64(2,55)	1,00(1,78)
Labilidad	6,51(2,93)	30,618**	7,66(1,85)	7,04(2,28)	1,46(1,71)
Irritabilidad	6,56(10,58)	18,811**	6,55(2,52)	8,79(17,87)	1,85(2,47)
Interés	2,69(2,97)	22,712**	4,07(2,92)	1,71(2,56)	0,15(0,55)
Concentración	2,44(3,13)	17,956**	3,84(3,31)	1,18(2,42)	0,38(0,87)
Energía	4,41(3,33)	13,809**	5,43(3,03)	4,29(3,20)	1,23(2,61)
Apetito	3,87(3,23)	9,170*	4,45(3,19)	4,11(3,31)	1,38(1,93)
Antojos (frecuencia)	5,38(20,98)	3,763	5,22(20,76)	8,00(25,75)	0,27(0,52)
Sueño	1,85(3,13)	8,477*	2,80(3,58)	1,14(2,57)	0,15(0,55)
Despertares (frecuencia)	1,40(10,73)	4,255	2,62(14,89)	0,053(0,28)	0,19(0,48)
Descontrol	5,24(2,92)	19,667**	6,48(1,97)	4,71(3,24)	2,15(2,37)
Pechos muy sensibles	6,13(3,08)	3,478	6,73(2,87)	5,39(3,40)	5,69(2,84)
Aumento tamaño pecho	5,68(3,20)	11,236**	6,82(2,73)	4,25(3,56)	4,92(2,46)
Hinchazón en el cuerpo	4,78(3,20)	5,264	5,36(3,15)	4,68(2,89)	3,00(3,53)
Aumento de peso	4,00(3,24)	3,909	4,18(3,37)	4,50(3,03)	2,31(2,86)
Dolor de cabeza	2,78(3,18)	7,738*	3,57(3,17)	2,39(3,34)	0,92(1,84)
Molestias o dolores (articulaciones, músculos)	3,20(3,67)	6,695*	4,16(3,79)	2,21(3,28)	2,08(3,40)
Problemas digestivos (diarrea o estreñimiento)	4,09(3,51)	6,454*	4,80(3,65)	3,96(3,19)	2,00(2,97)
Orinar menos o en poca cantidad	0,92(1,81)	3,086	1,05(1,90)	1,07(1,99)	0,15(0,55)
Cambios en la piel (granos, sensación de suciedad, grasa, sudoración fuerte)	5,45(2,88)	4,852	5,98(3,01)	5,14(2,53)	4,31(2,95)

(N = 85) SIGNIFICACIÓN. * p < 0,05; ** p < 0,01

Nota: en negrita se destaca la categoría significativa obtenida con los análisis post hoc (prueba t)

Tabla 3. Análisis de Kruskal-Wallis (anova de una vía) de los GRUPOS sobre la intensidad de los indicadores del criterio A para el diagnóstico (retrospectivo) del Síndrome Disfórico Premenstrual

alteraciones del sueño (t = -2,27; p = 0,026) y descontrol (t = -2,58; p = 0,013). Estos resultados son interesantes porque entre el grupo prospectivamente premenstrual, más aquél que cumplía estas condiciones de forma incompleta o sin el grado de afectación suficiente (criterio B), muestran que, por encima de los síntomas puramente disfóricos, sobresalen indicadores cognitivos como la pérdida de interés y concentración.

En el caso del criterio B (tabla 4), se hallaron diferencias entre los tres grupos en la mayoría de los aspectos considerados. La prueba *post hoc* mostró diferencias estadísticamente significativas y con valores superiores en el caso del grupo premenstrual en cuanto al grado de interferencia sobre la vida diaria (t = -2,85; p = 0,006); en el caso específico de la alteración en el desarrollo de la ocupación (t = -8,24; p = 0,0001) y en cuanto al número de días en los que no

desarrolla su actividad por síntomas menstruales (t = -3,89; p = 0,001). Nuevamente, se aprecia que el grupo premenstrual alcanza mayores niveles en estos criterios, en este caso, de interferencia sobre el desarrollo de la actividad en general. Sin embargo, llama la atención que la principal perturbación se dé sobre los días menstruales (y no premenstruales).

Cuando se analiza el grado de disminución del rendimiento que estima cada participante, aparece significativo el grupo premenstrual en el periodo homónimo (t = -5,60; p = 0,0001) y, en el momento menstrual, para el grupo subsindrómico (t = -5,15; p = 0,0001). Complementariamente, el grupo premenstrual destaca en el grado de sobreesfuerzo que se requiere para llevar a cabo las tareas (t = -4,47; p = 0,001), en el grado de interferencia en la relación con los otros (t = -4,50; p = 0,001) y en la tendencia a la evitación de las situaciones sociales (t = 4,60; p = 0,001).

	Media total (d.t.)	H de K-W	premenstrual Media (d.t.)	subsindrómico Media (d.t.)	control Media (d.t.)
Grado de interferencia en la vida diaria	5,34(10,63)	52,829**	6,09(14,04)	2,11(1,72)	0,62(1,79)
Grado de interferencia en la ocupación	3,94(2,94)	49,384**	8,44(1,98)	2,32(2,00)	1,31(0,96)
Número de días que no desarrolla su ocupación por síntomas premenstruales	0,13(0,42)	5,700	0,23(0,55)	0,035(0,18)	0,00(0,00)
Número de días que no desarrolla su ocupación por síntomas menstruales	0,37(0,56)	15,824**	0,60(0,64)	0,14(0,35)	0,07(0,27)
Número de días de baja por síntomas premenstruales	0,011(0,10)	0,931	0,02(0,15)	0,00(0,00)	0,00(0,00)
Número de días de baja por síntomas menstruales	0,023(0,15)	0,489	0,022(0,15)	0,035(0,18)	0,00(0,00)
Grado de disminución de rendimiento por síntomas premenstruales	3,06(2,88)	31,745**	4,70(2,76)	1,64(1,87)	0,54(1,19)
Grado de disminución de rendimiento por síntomas menstruales	4,38(3,15)	34,582**	2,93(2,19)	6,27(2,95)	1,08(1,65)
Número de días para recuperar rendimiento adecuado	4,14(14,91)	30,340**	4,93(14,62)	4,67(18,51)	0,30(0,63)
Grado de sobreesfuerzo para llevar a cabo las tareas	4,46(2,88)	33,809**	6,11(1,90)	3,46(2,74)	1,00(1,68)
Grado de interferencia en la relación con los otros	4,87(2,88)	39,562**	6,59(1,78)	4,07(2,59)	0,77(1,09)
Grado de evitación de situaciones sociales	2,87(2,94)	28,217**	4,41(2,93)	1,68(2,09)	0,23(0,59)
Grado de enfrentamientos con otros	3,69(2,76)	26,162**	4,70(2,46)	3,64(2,55)	0,38(1,12)

(N = 85) SIGNIFICACIÓN. * p < 0,05; ** p < 0,01

Nota: en negrita se destaca la categoría significativa obtenida con los análisis post hoc (prueba t)

Tabla 4. Análisis de Kruskal-Wallis (anova de una vía) de los GRUPOS sobre la intensidad de los indicadores del criterio B para el diagnóstico (retrospectivo) del Síndrome Disfórico Premenstrual

Finalmente, desde un punto de vista económico, el dato principal de los análisis redonda en el gasto farmacéutico (analgésicos) que estas mujeres han de

llevar a cabo. Este resultado no señala diferencias entre los dos grupos de estudio pero sí con respecto al grupo de comparación (tabla 5).

	Media total (d.t.)	H de K-W	premenstrual Media (d.t.)	subsindrómico Media (d.t.)	control Media (d.t.)
Coste anual de fármacos	11,65(19,06)	6,952*	14,34(22,71)	10,69(15,89)	4,61(6,63)
Número de visitas al médico de la Seguridad Social	0,18(0,58)	1,429	0,20(0,50)	0,18(0,77)	0,08(0,27)
Número de visitas médico privado	0,13(0,37)	2,493	0,18(0,44)	0,11(0,31)	0,00(0,00)
Coste anual visita médico	8,00(22,13)	3,206	12,05(27,32)	5,36(16,43)	0,00(0,00)

(N = 85) SIGNIFICACIÓN. * p < 0,05; ** p < 0,01

Tabla 5. Análisis de Kruskal-Wallis (anova de una vía) de los GRUPOS sobre las variables relativas al coste socio-sanitario del Síndrome Disfórico Premenstrual

Una transformación estadística posterior que se llevó a cabo con los datos del estudio consistió en revisar el número específico de indicadores del criterio A del DSM-IV que se daban pero con intensidad igual o superior a 5 (categoría de intensidad moderada). Dicho de otro modo, no se trataba de la consideración de presencia o no de síntomas o del tipo de los mismos, sino de aquéllos con un mínimo de intensidad para ser considerados relevantes. Los indicadores somáticos fueron transformados en un único indicador (aplicando el promedio de sus puntuaciones). Como era esperable al hacer discreta la variable, la prueba de Kolmogorov-Smirnov muestra que la distribución de los datos no es normal (p < 0,05). La prueba de

Kruskal-Wallis sugiere diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (Chi = 39,009; p < 0,05), señalando que el grupo premenstrual presenta hasta 7 indicadores o síntomas de intensidad moderada como mínimo (media de 7,22; d.t. de 2,30) frente al grupo subsindrómico (media de 5,42; d.t. de 1,85) y el grupo de comparación (media de 0,61; d.t. de 1,12). Sin embargo, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de estudio (Chi = 12,249; p > 0,05), probablemente porque el grado de variación de las puntuaciones del grupo premenstrual resulta bastante heterogéneo. Obsérvese, en cualquier caso que, al menos como promedio de síntomas a escala grupal, ambos grupos

de estudio cumplen con el mínimo exigido por el DSM para hacer referencia a la presencia del síndrome (criterio A).

Cuando se analiza únicamente la intensidad promedio de todos los indicadores de criterio A, en lugar del número de síntomas promedio, como se ha dicho antes, sí resulta normal su distribución. El análisis de la varianza sugiere diferencias estadísticamente significativas ($F = 37,285$; $p = 0,0001$), destacando el grupo premenstrual (media de 5,35; d.t. de 1,22) frente al grupo subsindrómico (media de 4,33; d.t. de 2,05) o el de comparación (media de 1,24; d.t. de 0,84). Es importante destacar que las diferencias intragrupo parecen ser mayores que las intergrupo, lo que hace referencia a una variabilidad importante dentro de cada grupo en estos aspectos. Este producto tiene importancia en el sentido de justificar la escasa repercusión sobre el funcionamiento del sujeto; es decir, el despliegue de síntomas es grande pero no así la intensidad promedio y, consecuentemente, el criterio B se apreciará afectado sólo en parte. El análisis post hoc sugiere que las diferencias siguen siendo estadísticamente válidas a favor del grupo premenstrual ($t = -2,66$; g.l. 70; $p = 0,010$).

De igual forma se hizo con los diferentes modos en que se detalló el criterio B. Recuérdese que en el DSM únicamente se habla en general del malestar o interferencia que pueden ocasionar los síntomas. Sin embargo, reuniendo en promedio las diferentes maneras en las que el grado de afectación o interferencia puede darse se llevaron a cabo los análisis. Cuando se contabiliza el número de indicadores con intensidad igual o superior a 5 (K-S sugirió ausencia de normalidad, $p < 0,05$), se observan diferencias entre grupos (K-W Chi = 51,86; $p < 0,05$); diferencias que se mantienen entre los dos grupos de estudio (K-W Chi = 34,77; $p < 0,05$). Este resultado sugiere que las mujeres del grupo premenstrual obtuvieron una frecuencia media de casi 6 indicadores de afectación o interferencia y con intensidad moderada como mínimo (media de 5,86; d.t. de 1,85)

frente al grupo subsindrómico (media de 2,03; d.t. de 2,02) y el de comparación (media de 0,23; d.t. de 0,59).

Al analizar de forma exclusiva la intensidad global vuelve a resultar estadísticamente significativo el grupo premenstrual frente a los demás ($F = 54,456$; $p = 0,0001$); en este caso, las diferencias intergrupo son superiores a las intragrupo y las diferencias *post hoc* entre los dos grupos de estudio son favorables al grupo premenstrual ($t = -7,000$; g.l. 70; $p = 0,0001$). La intensidad promedio con respecto a la interferencia es de casi 6 puntos en el grupo premenstrual (media de 5,91; d.t. de 2,08) frente a los casi 3 del grupo subsindrómico (media de 2,73; d.t. de 1,51) y el grupo control (media de 0,74; d.t. de 0,97). Como se ha dicho, una de las claves de los resultados alcanzados resulta de este análisis en el que el nivel de interferencia o afectación general se ha de considerar modesto incluso para el principal grupo de estudio.

Medidas repetidas

Aunque pertenece al registro prospectivo (fase 3) de los sujetos que permanecieron en el estudio, se han hecho constar las medidas de las pruebas de estado de ánimo y vulnerabilidad para comprobar si se daban o no cambios en las mismas (tomadas como medidas repetidas) y en función de su ubicación en fase folicular o premenstrual. Dado que el tamaño de la muestra era muy pequeño (12 sujetos) se aplicaron contrastes no paramétricos (Chi-cuadrado de Friedman). En la tabla 6 pueden observarse todos los resultados alcanzados. Cabe señalar que, con respecto a la medida BDI de depresión, no se producen diferencias estadísticamente significativas entre las medidas foliculares y premenstruales en ninguno de los tres ciclos consecutivos recogidos.

Con respecto a la medida DAS, en términos generales, los resultados no avalan la tesis de que la vulnerabilidad cognitiva a la depresión cambie (en el sentido previsto de que se incrementen) en el periodo premenstrual de forma estadísticamente significativa.

BDI	Fase folicular Media (d.t.)	Fase premenstrual Media (d.t.)	X ²
Ciclo 1	2,90 (3,41)	2,90 (1,82)	0,667
Ciclo 2	2,60 (3,80)	2,60 (4,83)	0,333
Ciclo 3	4,57 (5,88)	3,29 (2,49)	0,200
DAS-Total	Fase folicular Media (d.t.)	Fase premenstrual Media (d.t.)	X ²
Ciclo 1	111,70 (28,63)	114,70 (26,25)	0,400
Ciclo 2	110,88 (28,66)	115,77 (29,55)	0,111
Ciclo 3	122,14 (27,41)	118,42 (25,40)	0,000
DAS-Dependencia			
Ciclo 1	29,70 (9,78)	32,00 (9,22)	4,50*
Ciclo 2	29,80 (7,88)	29,70 (7,40)	0,143
Ciclo 3	31,12 (6,70)	30,87 (6,28)	0,000
DAS-Logro			
Ciclo 1	28,70 (13,70)	30,30 (9,09)	0,111
Ciclo 2	28,10 (11,27)	30,40 (9,96)	0,500
Ciclo 3	30,50 (8,33)	31,00 (7,23)	0,000
DAS-Autonomía			
Ciclo 1	15,30 (4,90)	17,50 (4,11)	4,50*
Ciclo 2	17,80 (5,75)	18,00 (4,69)	0,111
Ciclo 3	16,75 (4,94)	17,12 (4,99)	0,333

(N = 12) SIGNIFICACIÓN: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tabla 6. Contraste de Friedman para las fases folicular y premenstrual de tres ciclos consecutivos con respecto a la medida de depresión (BDI) y vulnerabilidad cognitiva (DAS-A) y factores

No obstante, prácticamente todas las medias son más pronunciadas en la fase premenstrual. Resultan significativos el factor de dependencia (sólo en un ciclo) y el de autonomía (en el mismo ciclo). No parece, en consecuencia, suficiente para respaldar la idea de que las mujeres pueden resultar más vulnerables a la depresión como consecuencia de los cambios acaecidos hacia el final del ciclo.

Análisis prospectivos

Seguidamente se expondrán los resultados correspondientes a la fase 3 o prospectiva en el seguimiento diario de autorregistros con las 12 participantes que permanecieron hasta el final del estudio. Esto significa el establecimiento de 3 series temporales por participante abarcando un total de 90 días (3 ciclos menstruales) para cada síntoma. En la tabla 7 se resumen los resultados. Se han considerado presentes los síntomas en los que se ha podido constatar un patrón premenstrual y, como puede apreciarse en dicha tabla, no se ha podido ratificar ningún caso en el que se den al menos 5 síntomas más el criterio B en al menos dos ciclos consecutivos. El DSM-IV requiere, además, especificidad para al menos un síntoma de la estirpe depresiva, ansiosa, labilidad emocional o irritabilidad (disforia) o ira. Como puede apreciarse, de las cinco mujeres retrospectivamente calificadas como premenstruales (o SDP presente) en cuatro se estableció la condición subsindrómica (una dudosa) y en una se descartó la posibilidad de presentar el síndrome. De los cuatro casos inicialmente catalogados como subsindrómicos,

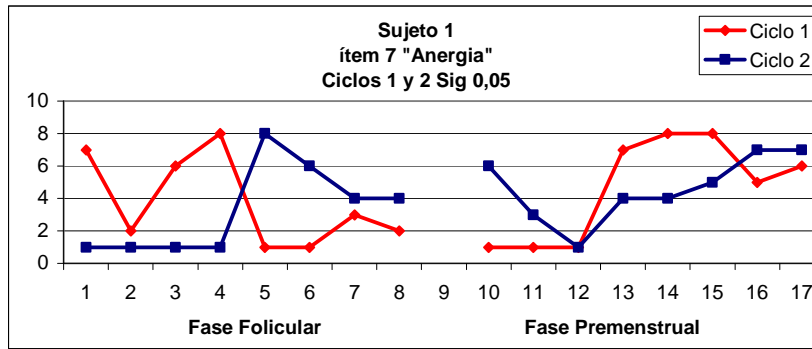
tres mantuvieron esa condición (un caso dudoso) y el cuarto se descartó. Dos de las tres mujeres consideradas testigo se ratificaron como verdaderos negativos y un caso pasó a la condición de subsindrómica.

Se ha tenido en cuenta un tercer ciclo para observar el mantenimiento de los indicadores entre ciclos. Esta información pone de manifiesto una importante variabilidad entre ciclos consecutivos y alternos. Como puede observarse en la tabla 7 destacaron, por orden, los síntomas físicos, los relacionados con la disforia (irritabilidad, estar al límite, labilidad emocional, fuera de control), depresivos (desesperanza, insatisfacción o autodesprecio), la anergia y alteraciones del apetito (principalmente antojos y oscilaciones en la apetencia). Sin embargo, también sobresalieron otros que no aparecen en los criterios diagnósticos DSM como la tendencia a la hiperactividad o expansividad, síntomas disociativos, euforia e ideas de referencia.

Finalmente, se ha incluido en la tabla 7 el cumplimiento de los criterios DSM pero para la fase folicular de los tres ciclos. Este dato es relevante porque refleja una buena presencia de síntomas antes del periodo premenstrual, incluye malestar significativo en muchos casos y una fuente de variación que afecta a las mujeres de cualquiera de los grupos tanto prospectivos como retrospectivos. Para ejemplificar los resultados prospectivos resumidos en la tabla 7 y dada la cantidad ingente de información resultante se han seleccionado algunas gráficas que muestran la distribución de las puntuaciones.

Sujeto	Criterios DSM ciclos consecutivos	Criterios DSM ciclos alternos	Criterios DSM Fase folicular	Síntomas premenstruales significativos (consecutivos y alternos)	Categoría Inicial y Final
1	A ₁ = 3 A ₂ = 5	A ₃ = 2 y B	A ₁ = 3 y B A ₃ = 1	Anergia, "al límite", apetito, disforia, hipersomnia, físicos	Premenstrual Subsindrómica
11	A ₁ = 1 A ₂ = 1	A ₃ = 4	A ₁ = 5 y B A ₂ = 1 A ₃ = 1	"Al límite", desesperanza, físicos	Control Ausente
17	A ₁ = 2 A ₂ = 1	A ₃ = 3	A ₁ = 4 A ₂ = 4 y B A ₃ = 1 y B	"Al límite", impulsividad, desinterés, físicos	Subsindrómica ¿Subsindrómica?
19	A ₁ = 2 A ₂ = 1	A ₃ = 3 y B	A ₁ = 1 A ₂ = 2 A ₃ = 1	Labilidad, anergia, insatisfacción, físicos	Premenstrual Subsindrómica
30	A ₁ = 5 A ₂ = 5	A ₃ = 5	A ₁ = 4 y B A ₂ = 2 A ₃ = 1	Tensión, anergia, tristeza, insatisfacción, labilidad, descontrol, insomnio, apetito, físicos	Premenstrual Subsindrómica
42	A ₁ = 3 A ₂ = 3 y B		A ₁ = 3 A ₂ = 1	Anergia, físicos, somnolencia	Subsindrómica Subsindrómica
49	A ₁ = 3 y B A ₂ = 5 y B	A ₃ = 1	A ₃ = 1	Labilidad, disforia, tensión, tristeza, desinterés, físicos	Control Subsindrómica
55	A ₁ = 2		A ₁ = 1	"Al límite", físicos	Subsindrómica Ausente
63	A ₁ = 4 y B A ₂ = 2	A ₃ = 1	A ₂ = 3 y B A ₃ = 2	"Al límite", apetito, impulsividad, físicos	Subsindrómica Subsindrómica
65					Control Ausente
74	A ₁ = 2		A ₁ = 3 y B	Apetito, físicos	Premenstrual Ausente
78	A ₁ = 7			Tensión, insatisfacción, labilidad, desinterés, disforia, impulsividad, físicos	Premenstrual ¿Subsindrómica?

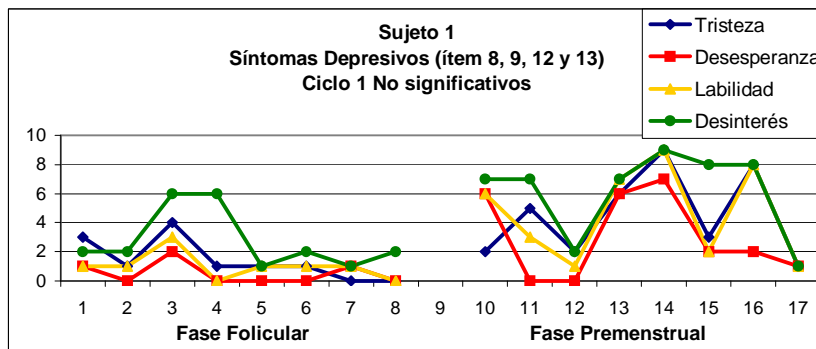
Tabla 7. Resumen de los diagnósticos retrospectivos y prospectivos en función de los ciclos consecutivos y alternos. Se indica si se verifica estadísticamente el criterio A y B premenstrual (C de Young < 0,05)



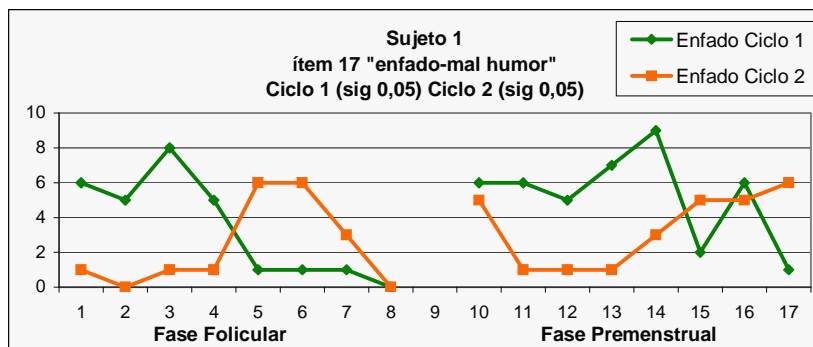
Gráfica 1: Sujeto 1, ítem 7: anergia.

En el caso de la gráfica 1 (sujeto 1), centrado en la anergia, es interesante hacer notar que las manifestaciones en la fase folicular no están ausentes; sin embargo, la tendencia más clara y estadísticamente significativa se aprecia en el periodo premenstrual en forma de elevación de sintomatología relativa a la falta o pérdida de energía o vitalidad en dos ciclos consecutivos ($C_{\text{global}} = 1,82$ y $2,15$, respectivamente, atribuible a los cambios premenstruales; $p < 0,05$). Por contraste, en la gráfica 2, en la que se abordan síntomas de naturaleza depresiva, no se observa cambios de la tendencia de forma estadísticamente significativa (los indicadores se dan sólo en un ciclo). El análisis visual sugiere el patrón esperable de elevación sintomática con la llegada de la fase premenstrual. Sin embargo, el análisis de la C de Young no indica un cambio de tendencia atribuible a un aumento en la fase premenstrual (o al menos no de forma exclusiva): tristeza, desesperanza, labilidad y pérdida de interés ($C_{\text{global}} = 0,217$; $0,108$; $0,43$ y

$1,55$, respectivamente; $p > 0,05$). En la gráfica 3 correspondiente al mencionado sujeto 1 puede apreciarse, sobre dos ciclos consecutivos, alteraciones de orden anímico disfórico (enfado-mal humor) con variaciones entre los mismos. El análisis de las series temporales respalda el patrón premenstrual atribuible por el cambio de tendencia que representa en ambos ciclos ($C = 1,31$ y $1,74$, respectivamente, $p < 0,05$). A pesar de que el patrón se observa en algunos de los síntomas de este paciente, no se obtiene el mínimo de 5 indicadores clínicos (criterio A) y perturbación en el funcionamiento de algún área (criterio B) en dos ciclos consecutivos para poder ratificar la presencia del síndrome desde la óptica diagnóstica del DSM. Además, es interesante resaltar que, mientras el patrón parecía presentarse en mayor medida en los dos primeros ciclos consecutivos, en el tercer ciclo se dio un menor número de indicadores sintomáticos aunque un malestar significativo (criterio B).



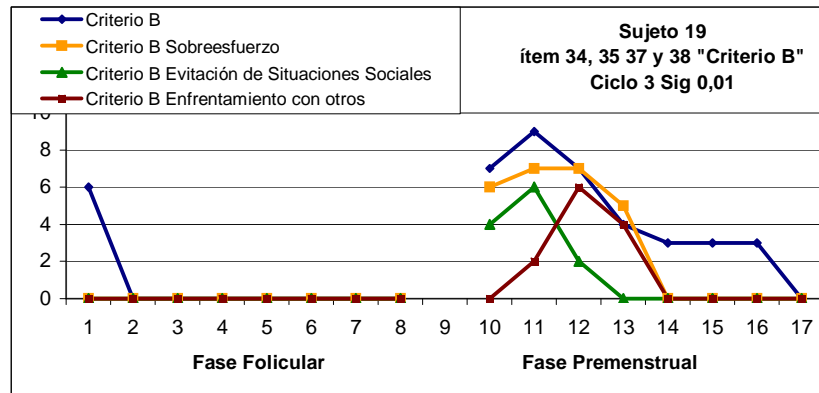
Gráfica 2: Sujeto 1, ítem de síntomas depresivos: tristeza, desesperanza, labilidad y desinterés.



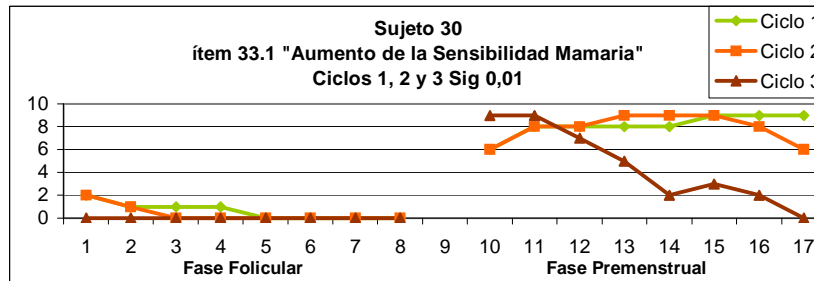
Gráfica 3: Sujeto 1, síntomas anímicos: enfado o mal humor.

En el sujeto 19, es interesante observar una presencia relativamente escasa de síntomas que cumplen la dominancia premenstrual en los dos primeros ciclos y, sin embargo, en el tercero, se cumplen síntomas claramente premenstruales (criterio

A, anergia: 2,59; insatisfacción: 2,85 y síntomas físicos: 3,46; $p < 0,05$), la perturbación general del criterio B: 2,65 $p < 0,01$) y otros indicadores del criterio B (sobreesfuerzo: 2,65; evitación: 2,45 y enfrentamiento a otros: 2,45; $p < 0,01$).



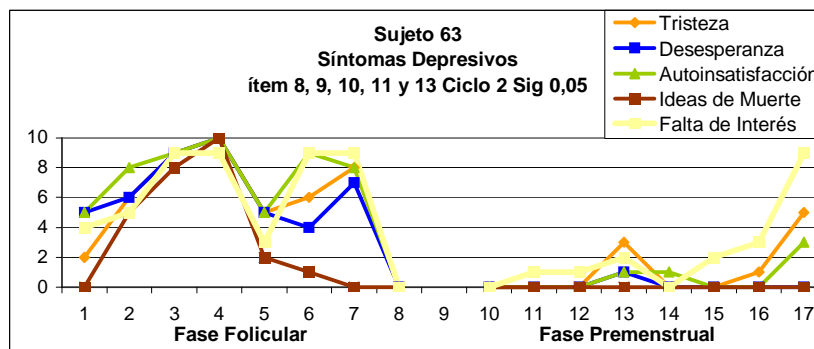
Gráfica 4: Sujeto 19, indicadores del criterio B.



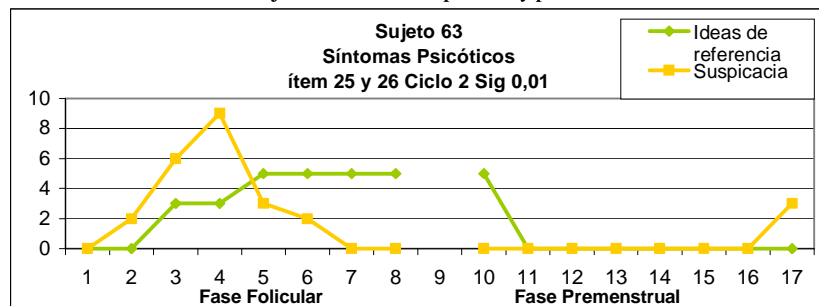
Gráfica 5: Sujeto 30, síntomas físicos: aumento de la sensibilidad mamaria.

Otro ejemplo de distribución premenstrual puede ejemplificarse en la gráfica 5 para la participante 30, en este caso, acerca de los síntomas físicos como aumento de la sensibilidad mamaria en los tres ciclos consecutivos ($C = 3,87; 3,84$ y $2,94; p < 0,01$). Esta

mujer presentó el mínimo de los síntomas premenstruales globales en los tres ciclos consecutivos pero no resultó significativo el criterio B para el diagnóstico del síndrome (que sí se mostró significativo en la fase folicular).



Gráfica 6: Sujeto 63, síntomas depresivos y patrón folicular.



Gráfica 7: Sujeto 63, síntomas psicóticos y patrón folicular.

En el caso de la participante 63 se observan indicadores sintomáticos premenstruales diversos en el primer ciclo (estar rebasada, al límite: $C = 2,04$; impulsividad: $C = 2,07$; apetito: $C = 2,56$ y físicos: $C = 4,08$; $p < 0,05$) más el cumplimiento del criterio B ($C = 2,12$; $p < 0,05$); sin embargo, se ejemplifica en la gráfica 6 el cumplimiento del patrón folicular para el segundo ciclo (tristeza; desesperanza; insatisfacción; ideas de muerte y desinterés; $C = 2,54$; $-0,46$; $3,09$; $2,80$ y $1,97$, respectivamente; $p < 0,05$).

En la gráfica 7 se plantean síntomas psicóticos presentes en el caso 63, aunque de baja relevancia clínica (ideas de referencia y suspicacia). Se trata de síntomas que no aparecen entre los criterios diagnósticos del DSM pero que pueden observarse entre algunas participantes. En este caso sirve para ejemplificar también el patrón folicular, no premenstrual ($C = 3,29$ y $2,64$; $p < 0,01$) aunque en esta paciente también se dio la suspicacia de forma significativa y premenstrual en el ciclo 1 ($C = 1,82$; $p < 0,05$).

Por último, dado que no se hallaron casos de mujeres con el Síndrome Disfórico Premenstrual confirmado prospectivamente, y si se atiende en exclusiva a los casos subsindrómicos considerados seguros mediante este procedimiento, se ha de referir una incidencia del 7% de casos con sintomatología premenstrual (6 casos sobre 85, excluyendo los dos dudosos). Esto sugiere una incidencia bastante reducida de verdaderos casos con el síndrome disfórico premenstrual tal y como queda delimitado por el DSM-IV.

DISCUSIÓN

Este trabajo de investigación constó de 3 fases en las que se complementó un método transversal con uno prospectivo. Dicho procedimiento supuso una pérdida importante de casos debido al rigor con el que se ha escogido la muestra que, en el último paso fue sometida al estudio de seguimiento prospectivo. De este modo: se dispuso de información consecutiva de hasta tres meses; se pudieron analizar con garantías ciclos consecutivos y alternos; en caso de pérdida del último ciclo por cualquier circunstancia, permitió mantener las puntuaciones de al menos dos ciclos consecutivos (fundamental para seguir los criterios DSM) y realizar medidas repetidas para los criterios psicopatológicos. Para este procedimiento era preciso contar con participantes realmente motivadas para continuar con un proceso tan largo y, aunque no complejo en su realización, sí requería de una gran constancia.

Una buena parte de los trabajos consultados destacan la pérdida de casos que tiene lugar cuando el análisis de la sintomatología se trata desde una metodología prospectiva y requiere el uso de autorregistros (Marván y Cortés-Iniestra, 2001; Schnurr, 1989). En esta investigación, además, se descartaron numerosos casos para evitar, por un lado, las puntuaciones de personas con alguna alteración anímica que pudiese confundir los resultados alcanzados (como sucedió en el trabajo de Chawla *et al.*, 2002) y, por otro, que las puntuaciones sugirieran falta de rigor o tendencia a exagerar las manifestaciones durante alguna parte del ciclo menstrual (escala Alteración del MCMI-II).

Consideramos que esto conllevó una eliminación absoluta de los falsos positivos, algo que nos pareció importante precisamente cuando una de las principales limitaciones de los trabajos que abordan esta patología aluden al sesgo en el señalamiento real de los síntomas y su gravedad frente a las expectativas (Marván y Escobedo, 1999).

Además, esta investigación aporta un procedimiento de análisis estadístico exhaustivo que no se reduce a una comparación de puntuaciones sino que analiza los cambios de tendencia en las observaciones y si se puede atribuir a la fase premenstrual o folicular. Schnurr (1989) no observó diferencias entre tres procedimientos de análisis estadísticos con ventajas diversas para su aplicación en la clínica y la investigación (porcentaje de cambio, tamaño del efecto y análisis de tendencias). Sin embargo, creemos que el análisis de las series temporales interrumpidas añade mayor precisión que las estimaciones basadas exclusivamente en porcentajes, medias o varianzas dado que permite trabajar con poca cantidad de datos por serie y hace factible el análisis por medio de la estabilidad e inestabilidad de cada fase (aunque se den cambios bruscos en los valores).

Con respecto a la presencia del Síndrome Disfórico Premenstrual en este trabajo, si atendemos a los casos detectados retrospectivamente, representan prácticamente un 52% del total de participantes. Este dato quedaría muy por encima de lo esperado (APA, 2000; Halbreich, 2003; Halbreich, Borenstein, Pearlstein y Kahn, 2003; Kahn y Halbreich, 2003; Rivera-Tovar y Frank, 1990) y habría que situarse en el encuadre realista de mujeres con quejas y molestias significativas (Marván y Cortés-Iniestra, 2001). Por otro lado, si se atiende exclusivamente a los casos analizados prospectivamente, aunque fuesen catalogados como subsindrómicos, la cifra de incidencia a tener en cuenta fue del 7%. Ha de considerarse que se trata de casos subsindrómicos, por lo que la verdadera incidencia puede ser muy reducida, teniendo en cuenta que se trata de población general y de casos puros, esto es, sin otra psicopatología asociada. Al mismo tiempo, los hallazgos se han basado en la constancia de la intensidad de los indicadores; el tipo de indicadores y ciclos; tanto consecutivos como alternos, por lo que, necesariamente, no han sido sobreestimados. Por el hecho de que no se hallaron casos síndromicos puede plantearse que, además de eliminar falsos positivos, con este procedimiento se ha establecido un límite inferior para la población general que garantiza el control de una buena parte de las distorsiones de respuesta en este tipo de trabajos.

Desde un punto de vista descriptivo (retrospectivo), en cuanto a la delimitación de la sintomatología analizada, ha de resaltarse que el grupo caracterizado como premenstrual retrospectivamente, destaca por la intensidad en los síntomas de ansiedad, impulsividad, estado de ánimo, irritabilidad y alteraciones del apetito. Este aspecto coincide plenamente con lo esperado. La intensidad de la sintomatología pareció seguir una línea continua entre los grupos, siendo de mayor amplitud de síntomas e intensidad en el caso del grupo premenstrual, algo que tiene una lógica repercusión sobre el criterio B. El grupo de comparación,

consecuentemente, presentó menos indicadores y de menor gravedad, con la salvedad de los síntomas físicos. Tal y como era de esperar, los síntomas físicos no parecen ser los que mejor separen a los tres grupos, es decir, resultaron ser los más comunes en términos generales. A pesar de la inespecificidad de los síntomas físicos algunas de estas molestias contribuyeron a diferenciar los dos grupos principales de estudio: el aumento del tamaño del pecho y las molestias o dolores en músculos y articulaciones.

Los contrastes entre las puntuaciones alcanzadas entre los grupos premenstrual y subsindrómico dieron lugar a pocas diferencias, tanto en el caso de las medidas psicopatológicas como en las variables retrospectivas relativas a la menstruación. El grupo premenstrual se diferenció del subsindrómico en indicadores cognitivos y motivacionales (pérdida de interés y concentración). Por tanto, los cuatro síntomas considerados principales en el DSM (ánimo, ansiedad, labilidad e irritabilidad) no permitieron separar los casos limítrofes de los más claramente premenstruales aunque sí de los controles. Este hecho sugiere apoyo a la hipótesis 1 de continuidad entre las características clínicas de ambos grupos, con afectación en áreas más diversas para el grupo premenstrual (muestra de una mayor afectación). En este sentido, síntomas no sólo anímicos sino de afectación cognitivo-motivacional representan una dificultad para el desarrollo de labores profesionales de alta cualificación y actividad intelectual (en la muestra había una gran representación de mujeres universitarias). Es interesante resaltar que algunos estudios han señalado que esta alteración en las manifestaciones cognitivas son de orden subjetivo o apreciativo, dado que los análisis de estas funciones psicológicas no han verificado que se pierda capacidad de rendimiento en cuanto al aprendizaje, memoria o atención; en todo caso, se matiza, una leve disminución psicomotora (Resnick, Perry, Parry, Mostofi *et al.*, 1998).

Tal y como se planteó en la hipótesis 1 lo que diferenciaría a los dos grupos de estudio se centraría en el cumplimiento de los criterios A y B. Esto se observa principalmente en los contrastes acerca del criterio B que implica, a favor del grupo premenstrual, una mayor afectación o perturbación en el funcionamiento de estas mujeres y, evidentemente, diferentes del grupo de comparación. Asimismo, la intensidad global de todos los síntomas diferenció a los dos grupos de estudio pero no en cuanto al número de criterios con un mínimo de intensidad. Por tanto, existe una continuidad entre el grupo premenstrual y el subsindrómico que ha de resolverse por la presencia de ciertos indicadores de gravedad más el criterio B, probablemente más importante que el mero conteo de síntomas.

Este aspecto nos sirve para adentrarnos en otro de los objetivos: las repercusiones de estas manifestaciones en las mujeres que lo presentan. Las mujeres del grupo premenstrual destacaron significativamente por un mayor grado de interferencia en general, en sus ocupaciones, en las relaciones con los demás e incluso en cuanto a la tendencia a evitar las situaciones sociales. Algunas repercusiones son objetivas (aunque retrospectivas) como el absentismo que llega a un máximo de hasta dos días y medio en este grupo; otras son subjetivas como la estimación

en el rendimiento y el sobre esfuerzo que han de llevar a cabo estas mujeres para compensar sus dificultades. Estas variables que suponen una valoración no carecen de importancia; por ejemplo, Stewart, Ricci, Chee, Hahn *et al.* (2003) observaron, para el caso concreto de la depresión, que la reducción de la ejecución o rendimiento durante el trabajo explicó la varianza hasta en un 85% aunque el objetivo de este trabajo fuese determinar la pérdida de tiempo productivo (5,6 horas por semana frente a 1,5 horas del grupo de comparación).

Un resultado que precisa de un análisis ulterior se refiere a la mayor repercusión menstrual que premenstrual en algunos aspectos evaluados como el rendimiento, el absentismo o los días de baja (aunque sólo el rendimiento diferenciara significativamente a los grupos). Este resultado en apariencia contrario a lo esperado puede deberse a una división habitual pero demasiado tajante de los periodos a observar: la aparición del primer sangrado da por concluida la observación premenstrual. En este sentido, el DSM-IV-TR (APA, 2000) describe como patrón sintomático básico la aparición en la semana que antecede a la menstruación y su completa remisión el segundo día del inicio de la misma. Palmero (1987), en su análisis de diferentes trabajos clásicos señala que, como máximo, los indicadores deben estar ausentes 4 días tras el comienzo del flujo menstrual. Halbreich (2003), sencillamente, observa que los síntomas premenstruales no deberán aparecer en la mitad de la fase folicular. Por consiguiente, tal vez sea demasiado estricto, especialmente para variables objetivas como días de baja o absentismo, por ejemplo, ceñirlas al límite del primer día de la menstruación. Probablemente los datos recogidos indiquen que algunas manifestaciones no cesan de modo inmediato, sino que lo hacen progresivamente, aunque sea de forma acelerada. Tal vez sería conveniente determinar hasta qué límite se ha de considerar la fase premenstrual, si es variable entre ciclos y si es diferente en cada mujer: hay perfiles que sugieren un descenso de la sintomatología claramente agudo y en otros casos subagudo. Tal vez en este aspecto radiquen algunas de las diferencias halladas entre investigaciones.

En términos generales, si se atiende concretamente a los días de baja, el coste farmacéutico y las visitas a los facultativos, aparentemente las repercusiones de estas manifestaciones en estas mujeres no son importantes en términos grupales. Como señalaban Halbreich *et al.* (2003), se suele afirmar que la mayor afectación se centra en el ámbito familiar. Sin embargo, estos autores también destacan que muchos de los cálculos pueden estar infraestimados dado que deberían tenerse en cuenta los casos limítrofes o subsindrómicos. De hecho, el gasto farmacéutico (analgésicos) no diferencia entre los dos grupos de estudio pero sí con respecto al grupo de comparación.

El trabajo de Chawla *et al.* (2002), quienes detectaron un 4,7% de casos que cumplieron los criterios diagnósticos (más otros tres grupos con menores niveles sintomáticos), coincide con lo hallado en el presente estudio en cuanto a un descenso de la productividad laboral más que en costes directos. Sólo los casos severos valoraron que limitaron su actividad un día. Probablemente, señalan

Los autores, las repercusiones económicas y la rigidez laboral fueron las responsables de esas cifras. En este sentido, ha de tenerse en cuenta que la muestra que integra la presente investigación tenía una representación importante de estudiantes y profesionales libres; por consiguiente, puede que sean más realista las cifras de bajas y absentismo alcanzadas en nuestro trabajo en el sentido de mostrar la auténtica necesidad de estas personas, sin presiones laborales o económicas. Posiblemente, como indican Chawla *et al.* con muestras de mujeres que trabajen por cuenta ajena o con menor flexibilidad laboral, se obtengan resultados más modestos de los hallados en su estudio. También coinciden los autores antes citados en el hecho de que la afectación de la productividad fuese alrededor de la menstruación y a comienzos de la fase folicular.

En resumidas cuentas, la hipótesis 2 se cumple parcialmente por cuanto también las mujeres del grupo subsindrómico tienen repercusiones sociales, laborales, económicas y relacionales (aunque en menor medida que el grupo premenstrual). Ha de hacerse una extrapolación con datos poblacionales para observar la importancia y alcance de los aspectos analizados tanto en el coste económico que supone (fármacos, atención médica privada) como laboral (absentismo, días de baja). Sin embargo, otras variables de tipo subjetivo son importantes por su repercusión sobre la relación con los demás, el rendimiento y la satisfacción laborales: el grado de sobreesfuerzo con el que deben compensar sus síntomas (que diferenció a los grupos de estudio), los días que precisa para recuperar el funcionamiento habitual (pronunciado pero sin diferencias en los dos grupos de estudio) y el grado de enfrentamiento con los otros.

Con respecto al objetivo de verificar el papel de la vulnerabilidad cognitiva con la previsión de su presencia en común con los Trastornos Depresivos, inicialmente no puede aceptarse la hipótesis de forma concluyente. Por un lado, es el grupo depresivo el que claramente exhibe las principales puntuaciones en estas medidas. El análisis de sus factores indica que es el componente de Logro el que claramente separa el grupo depresivo de los otros tres, en coincidencia con otro trabajo y muestra diferente a la actual (Catalán, Rodríguez-Testal, León, Benítez *et al.*, 1999). Pero el hallazgo más interesante e importante procede de la comparación con respecto al factor de autonomía de la DAS pues, no se hallaron diferencias entre los dos grupos de mujeres relacionadas con la menstruación versus el grupo de mujeres con Trastornos Depresivos. La prueba *post hoc*, acercó el grupo premenstrual al de mujeres depresivas. Por consiguiente, con este grupo conformado retrospectivamente sí habría una característica de propensión o vulnerabilidad a la depresión. Dado que se eliminaron sujetos en la fase II por tener trastornos actuales (del estado de ánimo) antes de iniciar la fase prospectiva, cabe la posibilidad de que aquí radique la fuente de confusión. En cualquier caso, como señala Kirkby (1994), las distorsiones de pensamiento no causan el síndrome, más bien es un resultado del malestar ocasionado por la tensión premenstrual, esto es, un producto dependiente del estado de ánimo. No obstante, como precisó Teasdale (1996; Teasdale, Segal y Williams, 1995) los componentes cognitivos

han de entenderse mejor como procesos que retroalimentan continuamente los esquemas depresivos y contribuyen a la perpetuación de la depresión, más que atribuirles un sentido estrictamente causal.

Por otro lado, los análisis de medidas repetidas no revelaron datos de interés para estos criterios. En este punto quedaron únicamente las mujeres sometidas al estudio prospectivo. Consideramos que se debe continuar profundizando en esta línea por dos motivos: uno, porque aun no siendo significativos los resultados, hay cambios en las medidas en un sentido premenstrual (aparecieron, no obstante, dos resultados puntuales aunque se consideraron insuficientes). Sin embargo, la muestra con la que se ha podido trabajar es pequeña y una representación mayor puede aclarar definitivamente esta propuesta. Dos, no hay casos definitivamente premenstruales (definidos prospectivamente), lo que no excluye definitivamente que el componente de vulnerabilidad cognitiva desempeñe su papel en el sentido pronosticado.

Los grupos de estudio se separaron claramente de los criterios del grupo de mujeres con diagnósticos de Trastornos Depresivos en las medidas de ansiedad física, cognitiva y estado de ánimo, por lo que, incluyendo la prueba de vulnerabilidad (Total y el factor de Logro que, como se ha dicho, caracteriza mejor a las personas depresivas), el perfil resultó claramente diferenciado.

El análisis prospectivo puso de relieve diferentes aspectos. En términos generales, pudo verificarse el patrón esperado de elevación sintomática premenstrual y descenso folicular, si bien, en la muestra definitiva y depurada, hubo distribuciones en las que destacó sistemáticamente una elevación folicular. Como consecuencia del anterior, los criterios diagnósticos DSM-IV-TR (APA, 2000) vigentes en cuanto al número de síntomas (criterio A, más la especificidad sintomática) y malestar significativo (criterio B) verificados prospectivamente en al menos dos ciclos consecutivos, resulta extraordinariamente exigente. Las diferencias entre los grupos premenstrual y subsindrómico de partida, no deben ceñirse a los indicadores retrospectivos tipo pérdida de interés, concentración, alteraciones del sueño, descontrol e indicadores físicos, como se dijo al principio con motivo del estudio transversal. Prospectivamente, los síntomas disfóricos (irritabilidad, mal humor, estar fuera de control, estar al límite, labilidad emocional) destacan en mayor medida que los caracterizados por un estado anímico depresivo, desesperanzado o de autodesprecio (que es situado en el lugar de mayor importancia entre los síntomas para el diagnóstico según criterios DSM). En cualquier caso, en general, estos síntomas que caben bajo una caracterización general de disforia es precisamente el que nombra al síndrome, por lo que tiene sentido que los indicadores más pronunciados sean éstos en lugar del humor clásicamente deprimido. Por todo ello se confirma, parcialmente la hipótesis 4. Destacan también síntomas como la anergia y alteraciones del apetito (principalmente antojos y oscilaciones en la apetencia), además de otros indicadores que no se consideran criterios diagnósticos entre los que destacamos la tendencia a la hiperactividad o

expansividad, síntomas disociativos, euforia e ideas de referencia.

Otro de los productos obtenidos indica que hay variaciones sintomáticas notables de unos ciclos a otros en la misma mujer (consecutivos o alternos), aun cuando el conjunto de indicadores resultantes coincida (criterio A). Este dato confirma la hipótesis 5 y va de acuerdo con la idea de que es común que el acuerdo entre ciclos sea bajo, sobre todo para la severidad de los síntomas y en particular para los de naturaleza emocional (Schnurr, 1989; Sternfeld *et al.*, 2002).

Como era conocido en la literatura y, consecuentemente, esperable (hipótesis 6) no hay una adecuada equivalencia entre la información retrospectiva y prospectiva (excepto para los síntomas físicos). Esto se observa no sólo por la inexistencia de un caso evidente de Síndrome Disfórico Premenstrual, sino por la sobrevaloración de la información retrospectiva (DeJong *et al.*, 1985). Algunos autores han mostrado con claridad este fenómeno. McFarland *et al.* (1989), por ejemplo, señalaron que, fundamentalmente, las mujeres recuerdan la negatividad de los síntomas y las ideas consistentes con el malestar ocasionado por la menstruación. Se ha considerado que los estereotipos y expectativas sobre la menstruación desempeñan un papel destacado, amplificando los cambios premenstruales. Este resultado es válido tanto para las mujeres (Marván y Cortés-Iniestra, 2001; Marván y Escobedo, 1999; Van Tilburg, Becht, Vingerhoets, 2003) como para los profesionales que, en la práctica diaria, no llevan a cabo una valoración prospectiva; limitan la exploración médica a los síntomas físicos y sobreestiman indicadores socioculturales en el diagnóstico (Gottheil, Steinberg, Granger, 1999). En un sentido explicativo, Marván y Cortés-Iniestra (2001) destacan la importancia que el proceso de socialización tiene sobre las expectativas negativas vertidas sobre la menstruación. Esto da lugar a un foco negativo de atención sobre la misma que mediatiza y altera las experiencias vividas acerca del ciclo menstrual. Complementariamente, como plantean McGuire y Troisi (1998), la mujer con este tipo de manifestaciones utiliza el ambiente social de forma que contribuya a regularles fisiológicamente.

Este trabajo tiene una serie de limitaciones que han de tenerse en cuenta. En primer lugar, el tamaño de la muestra. Un número mayor de participantes tanto en la primera fase retrospectiva como prospectiva hubiese aclarado numerosos aspectos. Sin embargo, un seguimiento tan exhaustivo requiere de personas especialmente motivadas y, como se ha comentado, no se trataba de pacientes que buscaran algún tipo de tratamiento sino mujeres de la población general. Además, para el cálculo de las variables sobre las repercusiones sociales, laborales y de salud, hubiese sido preciso una muestra amplia que disminuyese el error tipo II ante la varianza amplia que típicamente se encuentra en ese tipo de información. Por otro lado, el nivel de exigencia para permanecer en el estudio ha sido elevado, lo que da una gran seguridad a los resultados obtenidos. Otra limitación deriva de la anterior: hubiese sido preciso contar con un grupo más amplio de pacientes de Trastornos del Estado de Ánimo, para rubricar los resultados alcanzados y detallar el papel

desempeñado por la vulnerabilidad cognitiva a la depresión.

Para finalizar, se han observado algunas cuestiones que consideramos de interés para futuras investigaciones. En primer lugar, y en coincidencia con la opinión de diversos autores, limitar el estudio o las intervenciones a las mujeres con el Síndrome Disfórico Premenstrual confirmado, obvia las consecuencias de toda índole que realmente padecen las mujeres consideradas subsindrómicas. En segundo lugar, nos parece pertinente que en el estudio prospectivo de esta alteración se tengan en cuenta ciclos consecutivos y alternos, lo que incrementaría el periodo de observación, al menos, a tres ciclos. En tercer lugar, la sintomatología en la fase folicular debería analizarse en mayor profundidad para discernir su relevancia ya que se observa repercusión sobre el funcionamiento. En cuarto lugar, debería analizarse la fase premenstrual y verificar el límite en días a tener presente desde el momento en que comienza la menstruación en lugar de hacer una división tajante en la observación. En quinto y último lugar, basándonos en los datos obtenidos, consideramos de gran importancia delimitar el criterio B en diversas facetas independientes y jerarquizarlas. Esto se debe a que muchas mujeres se quejan de la interferencia que ocasiona la sintomatología en ellas; sin embargo, puede que incluso al tener un efecto sobre su capacidad laboral, familiar u otras ocupaciones e intereses, sencillamente optan por autolimitar su actividad. Al reducir su capacidad de acción en lugar de solicitar ayuda queda, en apariencia, una repercusión menor sobre la salud.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. DSM-IV-TR*. Washington, DC: APA.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (1988). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-III-R*. Barcelona: Masson. (Publicación original en inglés: 1987).
- Asociación Americana de Psiquiatría (1995). *DSM IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Masson. (Publicación original en inglés, 1994).
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (1999). *SCID-I. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Bancroft, J., Rennie, D. y Warner, P. (1994). Vulnerability to Perimenstrual Mood Change: The Relevance of Past History of Depression Disorder. *Psychosomatic Medicine*, 56, 225-231.
- Barsky, A., Wyshak, G. y Klerman, G.L. (1990). The Somatosensory Amplification Scale and Its Relationship to Hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research*, 24, 323-334.

- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. New York: Guilford Press.
- Belloch, A., Ayllón, E., Martínez, M.P., Castañeiras, C. y Jiménez, M.A. (1999). Sensibilidad a las Sensaciones Corporales e Hipocondría. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 4, 1-14.
- Brown, T. A., Antony, M. M. y Barlow, D. H. (1992). Psychometric Properties of the Penn State Worry Questionnaire in Clinical Anxiety Disorders Sample. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 33-77.
- Catalán Mahindo, M.C., Rodríguez Testal, J.F., León Fuentes, J.L., Benítez Hernández, M.M. y Carrasco Ortiz, M.A. (1999, Noviembre). *Vulnerabilidad Cognitiva en la Depresión: La Utilidad de la DAS para su Valoración*. Presentado en las XII Jornadas Internacionales sobre Psicología Clínica y Salud: La Clínica de las Depresiones. Murcia.
- Chawla, A., Swindle, R., Long, S., Kennedy, S. y Sternfeld, B. (2002). Premenstrual Dysphoric Disorder: Is There an Economic Burden of Illness? *Medical Care*, 40, 1101-1112.
- DeCarlo, L.T. y Tryon, W.W. (1993). Estimating and Testing Autocorrelation with Small Samples: A Comparison of the C-Statistic to a Modified Estimator. *Behavior Research and Therapy*, 31, 781-788.
- DeJong, R., Rubinow, D.R., Roy-Byrne, P., Hoban, M.C., Groven, G.N. y Post, R.M. (1985). Premenstrual Mood Disorder and Psychiatric Illness. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1359-1351.
- Endicott, J., Halbreich, U., Schacht, S. y Nee, J. (1981). Premenstrual Changes and Affective Disorders. *Psychosomatic Medicine*, 43, 519-529.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1990). *Cuestionario de Personalidad E.P.I.* Madrid: TEA (6ª Ed).
- Frackiewicz, E.J. y Shiovitz, T.M. (2001). Evaluation and Management of Premenstrual Dysphoric Disorder. *Journal of American Pharmacology Association*, 41, 437-447.
- Freeman, E.W. (2003). Premenstrual Syndrome and Premenstrual Dysphoric Disorder: Definitions and Diagnosis. *Psychoneuroendocrinology*, 28 (Supp3), 25-37.
- Freeman, E.W., Derubets, R.J. y Rickels, K. (1996). Reliability and Validity of Daily Diary for Premenstrual Syndrome. *Psychiatry Research*, 65, 97-106.
- Fresco, D. M., Heimberg, R. G., Mennim, D. S. y Turk, C. L. (2002). Confirmatory factor analysis of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 313-323.
- Gómez Márquez, C. y Rodríguez-Testal, J.F. (2001). *Registro del Síndrome Disfórico Premenstrual II – R.S.D.P. II*. Manuscrito Inédito.
- Gottheil, M., Steinberg, R. y Granger, L. (1999). An Exploration of Clinicians' Diagnostic Approaches to Premenstrual Symptomatology. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 31, 254-262.
- Halbreich, U. (2003). The Etiology, Biology, and Evolving Pathology of Premenstrual Syndromes. *Psychoneuroendocrinology*, 28 (Supp3), 55-99.
- Halbreich, U., Borenstein, J., Pearlstein, T. y Kahn, L.S. (2003). The Prevalence, Impairment, Impact, and Burden of Premenstrual Dysphoric Disorder (PMS/PMDD). *Psychoneuroendocrinology*, 28 (Supp3), 1-23.
- Halbreich, U. y Endicott, J. (1985) Relationship of Dysphoric Premenstrual Changes to Depressive Disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 71, 331-338.
- Hollingshead, A.A. (1975). Five Factor Index of Social Position. Unpublished manuscript. Yale University. New Haven.C.T.
- Hsiao, M.C., Hsiao, C.C. y Liu, C.Y. (2004). Premenstrual Symptoms and Premenstrual Exacerbation in Patients with Psychiatric Disorders. *Psychiatry & Clinical Neurosciences*, 58, 186-190.
- Kahn, L.S. y Halbreich, U. (2003). Understanding Premenstrual Syndromes. *Primary Psychiatry*, 10, 41-45.
- Kirkby, R.J. (1994). Changes in Premenstrual Symptoms and Irrational Thinking Following Cognitive-Behavioral Coping Skills Training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1026-1032.
- Kuan, A.J., Carter, D.M.G. y Ott, F.J. (2004). Premenstrual Complaints Before and After 40 Years of Age. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 215
- Kutcher, S., Kusumakar, V., LeBlanc, J., Santor, D., Lagace, D. y Morehouse, R. (2004). The Characteristics of Asymptomatic Female Adolescents at High Risk for Depression: The Baseline Assessment from a Prospective 8-Year Study. *Journal of Affective Disorders*, 79, 177-185.
- Lukoff, D. Nuechterlein, K.H. y Ventura, J. (1986). Manual para la Escala de Apreciación Psiquiátrica Breve Ampliada (BPRS). En R.P. Liberman y K.H. Nuechterlein (1996). *Symptom Monitoring in the Rehabilitation of Schizophrenic Patients*. *Schizophrenia Bull*, 12; 578-603.

- Marván, M.L. y Cortés-Iniestra, S. (2001). Women's Beliefs About the Prevalence of Premenstrual Syndrome and Biases in Recall of Premenstrual Changes. *Health Psychology, 20*, 276-280.
- Marván, M.L. y Escobedo, C. (1999). Premenstrual Symptomatology: Role of Prior Knowledge About Premenstrual Syndrome. *Psychosomatic Medicine, 61*, 163-167.
- McFarland, C., Ross, M. y DeCourville, N. (1989). Women's Theories of Menstruation and Biases in Recall of Menstrual Symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*, 522-531.
- McGuire, M. y Troisi, A. (1998). *Darwinian Psychiatry*. New York: Oxford.
- Meyer, T.J., Miller, M.L., Metzger, R.L. y Borkovec, T.D. (1990). Development and Validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 28*, 487-495.
- Millon, T. (1999). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. MCMI-II Manual*. Madrid: TEA Publicaciones de Psicología Aplicada. (original: Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II). 1997. Inc. Minneapolis: National Computer System).
- Mortola, J.F. (1992) Issues in the Diagnosis and Research of PMS. *Clinical Obstetrics and Gynecology, 35*, 587-598.
- Nyberg, S., Wahlström, G., Bäckström, T. y Poromaa, I.S. (2004). Altered sensitivity to alcohol in the late luteal phase among patients with premenstrual dysphoric disorder. *Psychoneuroendocrinology, 29*, 767-777.
- Palmero, F. (1987). *El Síndrome Premenstrual: Enfoque Psicofisiológico*. Valencia: Promolibro
- Parry, B.L. (1994). Biological Correlates of Premenstrual Complaints. En J.H. Gold y S.K. Severino (Eds.), *Premenstrual Dysphorias. Myths and Realities* (pp 47-66). Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Resnick, A., Perry, W., Parry, B., Mostofi, N. y Udell, C. (1998). Neuropsychological Performance Across the Menstrual Cycle in Women with and Without Premenstrual Dysphoric Disorder. *Psychiatry Research, 77*, 147-158.
- Rivera-Tovar, A.D. y Frank, E. (1990). Late Luteal Phase Dysphoric Disorder in Young Women. *American Journal of Psychiatry, 147*, 1634-1636.
- Rivera-Tovar, A., Rhodes, R., Pearlstein, T.B. y Frank, E. (1994). Treatment Efficacy. En J.H. Gold y S.K. Severino (Eds.), *Premenstrual Dysphorias. Myths and Realities* (pp 99-148). Washington DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Rodríguez-Testal, J.F. y Gómez Márquez, C. (2001). *Entrevista Inicial Autoaplicada – E.I.A.* Documento interno del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Manuscrito Inédito.
- Sanz Fernández, J. y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés, 9*, 59-84.
- Sanz Fernández, J. y Vázquez Valverde, C. (1993). Adaptación Española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Beck: Propiedades Psicométricas y Clínicas. *Análisis y Modificación de Conducta, 19*, 707-750.
- Sanz Fernández, J. y Vázquez Valverde, C. (1994). Algunas Consideraciones Adicionales sobre la Versión Española de la Escala de Actitudes Disfuncionales (DAS) de Weissman Beck. *Análisis y Modificación de Conducta, 20*, 669-673.
- Schnurr, P.P. (1989). Measuring Amount of Symptom Change in the Diagnosis of Premenstrual Syndrome. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1*, 277-283.
- Sigmon, S.T., Whitcomb-Smith, S.R., Rohan, K.J. y Kendrew, J.J. (2004). The Role of Anxiety Level, Coping Styles, and Cycle Phase in menstrual Distress. *Journal of Anxiety Disorders, 18*, 177-191.
- Stanley, M. A., Novy, D. M., Bourland, S. L., Beck, J. G. y Averill, P. M. (2001). Assessing older adults with generalized anxiety: a replication and extension. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 221-235.
- Stearns, S. (2001). PMS, PMDD, in the Domain of Mental Health Nursing. *Journal of Psychosocial Nursing, 39*, 16-27.
- Steiner, M. (1992). Female Specific Mood Disorders. *Clinical Obstetrics and Gynecology, 35*, 599-611.
- Sternfeld, B., Swindle, R., Chawla, A., Long, S. y Kennedy, S. (2002). Severity of Premenstrual Symptoms in a Health Maintenance Organization Population. *Obstetrics & Gynecology, 99*, 1014-1024.
- Stewart, W.F., Ricci, J.A., Chee, E., Hahn, S.R. y Morganstein, D. (2003). Cost of Lost Productive Work Time among US Workers with Depression. *Journal of the American Medical Association, 289*, 3135-3144.
- Teasdale, J.D. (1996). Clinically Relevant Theory: Integrating Clinical Insight with Cognitive Science, En P.M. Salkovskis (1996) (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp 26-47). New York: Guilford Press.
- Teasdale, J.D., Segal, Z. y Williams, J.M.G. (1995). How Does Cognitive Therapy Prevent Depressive Relapse and Why Should Attentional Control (Mindfulness) Training Help? *Behaviour Research and Therapy, 33*, 25-39.
- Trunnell, E.P., Turner, C.W. y Keye, W.R. (1988). A Comparison of the Psychological and Hormonal

Factors in Women with and Without Premenstrual Syndrome. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 429-436.

Tryon, W.W. (1982). A Simplified Time – Series Analysis for Evaluating Treatment Interventions. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 15, 423-429.

Van Tilburg, M.A.L., Becht, M.C. y Vingerhoets, A.J.J.M. (2003). Self-Reported Crying During the Menstrual Cycle: Sign of Discomfort and Emotional Turmoil or Erroneous Beliefs? *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 24, 247-255.

Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y Valores Normativos de la Versión Española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.

Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y Validez de la Versión Española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en Pacientes con Trastornos Psicológicos. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.

Weissman, A. y Beck, A.T. (1978). Development and Validation of the Dysfunctional Attitudes Scale. Paper presented at the meeting of the association for the Advancement of Behavior Therapy, Chicago,IL.

Yonkers, K.A., Halbreich, U., Freeman, E., Brown, C., Endicott, J., Frank, E., Parry, B., Pearlstein, T., Severino, S., Stout, A., Stone, A. y Harrison, W. (1997). Symptomatic Improvement of Premenstrual Dysphoric Disorder with Sertraline Treatment. A Randomized Controlled Trial. Sertraline Premenstrual Dysphoric Collaborative Study Group. *JAMA*, 278, 983-988.

